

Advokatrådet



Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

KRONPRINSESSEGADE 28
1306 KØBENHAVN K
TLF. 33 96 97 98

sist@sum.dk og sum@sum.dk

DATO: 12. oktober 2017
SAGSNR.: 2017 - 2598
ID NR.: 485984

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

Ved e-mail af 19. september 2017 har Sundheds- og Ældreministeriet anmodet om Advokatrådets bemærkninger til ovennævnte udkast til lovforslag.

Advokatrådet har følgende bemærkninger:

Udvidelse af patienterstatningsordningen

Det er efter Advokatrådets opfattelse hensigtsmæssigt løbende at forholde sig til, om der er behov for at afgrænse dækningsområdet på en anden måde særligt med henblik på, at patienter, der kan være påført en i øvrigt erstatningsberettigende skade ikke bliver afvist, fordi behandlingen er foregået et sted og/eller af en person, der ikke falder ind under det aktuelle dækningsområde. Det er væsentligt for borgernes respekt for og tiltro til ordningen, at det sikres, at mere eller mindre tilfældige ”teknikaliteter” ikke betyder, at en patient får afvist ret til erstatning. Det er også hensigtsmæssigt, at der generelt ikke gøres forskel mellem fysiske og psykiske skader.

Fredning af udbetalte erstatninger

Advokatrådet kan fuldt ud tilslutte sig, at der er et behov for at indføre en egentlig lovregel om, under hvilke betingelser en patient henholdsvis er og særligt ikke er forpligtet til at tilbagebetale tilkendt og udbetalt erstatning. Den nuværende praksis skaber en betydelig usikkerhed hos de forholdsvis mange patienter, der oplever, at deres erstatning nedsættes eller helt bortfalder, når de klager med det formål at opnå ret til en højere erstatning. Det er heller ikke hensigtsmæssigt, at regionen skal udbetale erstatning indenfor en frist på en måned og alligevel indenfor klagefristen på tre måneder kan klage over en afgørelse til Ankenævnet for Patienterstatning med den påstand, at den tilkendte (og da udbetalte) erstatning er for højt fastsat, eller har det synspunkt, at patienten slet ikke skulle have været tilkendt ret til erstatning.

I redegørelsen for ”gældende ret” mangler der efter Advokatrådets opfattelse en oplysning om, at Vestre Landsretsdøm af 19. januar 2017 – trykt i U.2017.1412V –

er anket til Højesteret og efter det oplyste behandles den 29. november 2017. Det er heller ikke oplyst, at Procesbevillingsnævnet har givet anketilladelse til Højesteret af den nævnte Vestre Landsretsdømme af 24. maj 2017. I Højesteretsdom trykt i U.2016.3276H, udtalte flertallet (4 ud af 5 dommere), at det "... beror på en selvstændig vurdering, om regionen kan kræve tilbagebetaling, og at tilbagebetalingsreglerne i tilstrækkelig grad beskytter en person, der i god tro har modtaget erstatning eller godtgørelse i henhold til en myndigheds afgørelse herom". Det er derfor helt uafklaret under hvilke betingelser en patient efter gældende ret er forpligtet til at tilbagebetale erstatning. Det forslag, der er indeholdt i udkast til lovforslag, kan således vise sig at være et udtryk for, hvad der allerede gælder i dag, og dermed ikke nogen reel forbedring af patienternes retsstilling.

Det er endvidere Advokatrådets opfattelse, at der i lovforslaget nærmere bør redegøres for, hvorfor de gældende regler for arbejdsskader, jf. arbejdsskadesikringsloven § 40 a, ikke kan anvendes efter lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsområdet. Denne bestemmelse bygger på en årelang praksis, hvor man i øvrigt har sikret, at det er afgørelsesmyndighederne og ikke den part, der i givet fald har krav på tilbagebetaling, der skal træffe afgørelse om tilbagebetaling. En sådan ordning vil give patienterne en bedre retssikkerhed.

I udkast til lovforslag pkt. 10 foreslås det, at der kun kan kræves tilbagebetaling for den erstatning, der tilkendt (og udbetalt) i den afgørelse, som patienten har klaget over. Erstatningsbeløb udbetalt i medfør af tidligere upåklagede afgørelser, skal patienten kunne beholde, selvom Ankenævnet når frem til, at betingelserne for at tilkende erstatning ikke er opfyldt. Efter Advokatrådets vurdering har det i hvert fald to indbyggede u hensigtsmæssigheder:

1. Det fremgår ikke klart, hvad der skal gælde, når det er en region, der klager. Da det foreslås, at klagefristen reduceres til en måned svarende til betalingsfristen, må regionerne inden de udbetaler en af Patienterstatningen tilkendt erstatning, forholde sig til, om de mener, at den er korrekt tilkendt. Vælger regionen at klage, bør det direkte af loven fremgå, at klagen betyder, at erstatningen ikke skal udbetales (altså at klagen har "opsættende virkning"). Hvis regionen kun klager over en del, skal der ske udbetaling af den del, der ikke klages over. Får regionen ikke medhold i klagen i Ankenævnet, skal regionen betale den tilbageholdte erstatning med tillæg af morarenter fra den oprindelige betalingsfrist. Det svarer præcist til, hvad der gælder for arbejdsskader (arbejdsskadesikringsloven § 44, stk. 5, 1. pkt.).
2. Det er retssikkerhedsmæssigt betænkeligt, at patientens klage for at forhøje en tilkendt erstatning indebærer en risiko for at miste retten til den i afgørelsen tilkendte (og udbetalte) erstatning, når regionen ikke har fundet grundlag for at klage. Det får den ikke hensigtsmæssige konsekvens for udviklingen af praksis for udmåling af erstatning, at der vil være få patienter, der tør klage over f.eks. en mindre del en afgørelse, når de risikerer at miste hele den tilkendte erstatning i afgørelsen. Herved kommer Ankenævnet

sjældent til at forholde sig til måske væsentlige udmålingsmæssige spørgsmål og endnu sjældnere bliver disse efterfølgende indbragt for domstolene. Der er dermed en risiko for, at praksis for udmåling af erstatning for en anerkendt patientskade bliver et anliggende for Patienterstatningen. Det risikerer at udhule det administrative to-instansprincip og adgangen til domstolsprøvelse.

Ophævelse af undergrænsen og indførelse af fradrag for 7.300 kr.

I udkast til lovforslag pkt. 4 og 15 foreslås indført en "egen betaling" på 7.300 kr. gældende for alle, der findes berettiget til erstatning efter loven. Det betyder, at de få, der i dag er berettiget til en erstatning på mellem 7.301 og 10.000 kr., hvilket fører til afvisning af ret til erstatning på grund af reglen i KEL § 24, stk. 2, bliver bedre stillet. En patient, der efter nugældende regler f.eks. har et krav på 9.000 kr., vil med forslaget få tilkendt 1.700 kr. modsat nu et afslag. Alle der er berettiget til 7.300 kr. eller derunder får stadig ingen erstatning.

For lægemiddelskader betyder forslaget en direkte forringelse, da minimumserstatningen på i dag 3.000 kr. afløses af et fradrag på 7.300 kr. Det betyder også, at den person der tilkendes 15.000 kr. i godtgørelse for svie og smerte for f.eks. 2,5 måneds ekstra hospitalsindlæggelse, fremover kun får 7.700 kr. Altså en halvering af erstatningen.

Endelig bemærkes, at der i forslaget ikke synes at være forholdt til, at patienterne vil have adgang til at kræve fradraget på 7.300 kr. erstattet, hvis sundhedenheden er erstatningsansvarlig efter almindelige erstatningsretlige regler.

Med venlig hilsen


Nicolai Pii

ERFA – Forslag til ændring af patientforsikringsordningen – begrænsning af tilbagesøgningskrav

12. oktober 2017

Lovforslag af 19. september 2017 om ændring KEL

Sundheds- og Ældreministeriet har den 19. september 2017 sendt et lovforslag om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang i høring. Lovforslaget, der bl.a. lægger op til en udvidelse af lovens anvendelsesområde samt en "fredning" af udbetalte erstatning, vil, hvis det vedtages i sin nuværende form, få omfattende administrative og økonomiske konsekvenser for sundhedssektoren.

Lovforslaget i overblik

Det foreslås for det første, at patienterstatningens område udvides:

- KEL § 19, stk. 1, nr. 3-7 og 9-10 ophæves, og der indsættes i stedet en mere generel formulering af lovens område. Udvidelsen indebærer, at enhver undersøgelse, behandling e.lign., som foretages af personer, der er autoriserede i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver, omfattes af loven. Der er i lovforslaget s. 17 medtaget en oversigt over behandlere, som forventes at blive omfattet af loven ved denne udvidelse.
- KEL § 38 ændres, således at lægemiddelskadeordningen fremover omfatter både fysiske og psykiske skader.

For det andet "fredes" udbetalte erstatninger, således at disse alene kan kræves tilbagebetalt, hvis det er patienten selv eller dennes efterladte, der har anket Patienterstatningens afgørelse, og således at kun udbetaling i henhold til den konkrete påklagede afgørelse kan kræves tilbagebetalt, såfremt Ankenævnet for Patienterstatningen ophæver Patienterstatningens afgørelse. Fristen for at påklage Patienterstatningens afgørelser ændres samtidig til en måned.

For det tredje og fjerde indføres frist for fremsendelse af materiale til Patienterstatningen, og reglerne om erstatning for tandskader ændres, således at indsatte og værnepligtige undergives samme regler som øvrige patienter.

For det femte ophæves de hidtidige undergrænser for erstatning på hhv. kr. 3.000 og 10.000, og erstattes med et eget-bidrag på kr. 7.300, der finder anvendelse i alle sager.

Endelig præciseres det i loven, at formanden for Ankenævnet for Patienterstatningen og et betydeligt antal af næstformændene skal være landsdommere.

Bemærkninger

Hidtidig praksis om tilbagebetaling af erstatning

Patienterstatningens afgørelser kan af den erstatningsansvarlige eller patienten påklages til Ankenævnet for Patienterstatningen. Man ser ofte, at klage først indgives, når Patienterstatningen træffer afgørelse om de tungere erstatningsposter (tabt arbejdsfortjeneste og erhvervsevnetab).

Ankenævnet for Patienterstatningen er undergivet officialprincippet og er således ved modtagelse af en klagesag forpligtet til af egen drift at påse, om erstatningsbetingelserne er opfyldt.

Højesteret har i U 2005.1520 H fastslået, at dette indebærer, at ankenævnet ved modtagelse af en klage over en afgørelse om udmåling af erstatning efter loven er berettiget til at påse, om den forudgående afgørelse om anerkendelse af patientskaden (ansvarsafgørelsen) er korrekt. Hvis Ankenævnet for Patienterstatningen ikke finder, at der foreligger en patientskade omfattet af loven, er ankenævnet berettiget til at ophæve ansvarsafgørelsen. Det er ikke en betingelse herfor, at ansvarsafgørelsen er påklaget.

Det fremgår som begrundelse for dommen, at Ankenævnet for Patienterstatning som udgangspunkt er forpligtet til at træffe en materiel korrekt afgørelse, at KEL ikke indeholder regler om, at parterne skal nedlægge påstande eller gøre anbringender gældende under klagesagen, og at en afgørelse om erstatningspligt efter sit indhold er en delafgørelse.

Højesteret har efterfølgende i U 2016.3276 H fastslået, at konsekvensen af, at Ankenævnet for Patienterstatning under en klagesag ophæver en forudgående afgørelse om anerkendelse af patientskaden, er, at alle øvrige afgørelser om erstatningsfastsættelse skal ophæves. Dette gælder, selv om hverken afgørelsen om erstatningspligt eller de tidligere afgørelser om erstatning og godtgørelse er påklaget til ankenævnet.

Det fremhæves i Højesterets præmisser, at der ikke hermed er taget stilling til, hvorvidt den erstatningspligtige kan kræve allerede foretagne udbetalinger tilbagebetalt, idet spørgsmålet herom må afgøres efter de almindelige regler om *condictio indebiti*.

Det fremgår i dag af den klagevejledning, der fremgår af Patienterstatningens afgørelser, at Ankenævnet for Patienterstatningen i tilfælde af en klage kan ændre afgørelserne til skade for patienten, og at ankenævnet i den forbindelse kan ændre også de ikke påklagede afgørelser, og at sådanne afgørelser kan føre til et krav om tilbagebetaling.

Blandt andet med henvisning hertil har Vestre Landsret i U 2017.1412 V fastslået, at en region, der havde udbetalt erstatning efter loven, var berettiget til at tilbagesøge denne erstatning, efter Ankenævnet for Patienterstatningen havde ophævet Patienterstatningens afgørelse om anerkendelse. Dommen er anket til Højesteret, hvor den er berammet til hovedforhandling den 29. november 2017 (Højesterets sagsnummer 84/2017).

Det kan bemærkes, at Højesteret i U 2016.2138 H har udtalt, at Ankenævnet for Patienterstatnings pligt til at træffe en materielt korrekt afgørelse tilsvarende indebærer, at ankenævnet skal ændre Patienterstatningens afgørelse til gunst for skadelidte, hvis det under klagebehandlingen bliver klart, at Patienterstatningens afgørelse er ukorrekt. Dette gælder også for erstatningsposter, som skadelidte ikke har indgivet klage vedrørende.

Lovforslagets ordning

Det er foreslået at tilføje to nye bestemmelser i KEL, §§ 33 a (patienterstatningsordningen) og 55 a (lægemiddelskadeordningen), hvorefter allerede udbetalt erstatning og godtgørelse ikke senere kan kræves tilbagebetalt eller modregnet i andre erstatningskrav.

Der er ikke med reglerne lagt op til en ændring af rammerne for Ankenævnet for Patienterstatningens rekursprøvelse. Ankenævnet skal således ikke præjudicielt lægge tidligere (upåklagede) afgørelser til grund, og ankenævnet kan derfor i forbindelse med en klage over en udbetalingsafgørelse tage stilling til, om patienten er påført en skade omfattet af loven. Besvares dette spørgsmål benægtende, vil konsekvensen som hidtil være, at tidligere afgørelser er ugyldige. Ændringen består i, at der ikke i anledning af afgørelsernes ugyldighed kan rejses tilbagebetalingskrav.

Undtagelse herfra gøres for det første i de tilfælde, hvor patienten selv indbringer en erstatningsafgørelse for Ankenævnet for Patienterstatningen, og ankenævnet ved den afgørelse når frem til, at patienten ikke er berettiget til at modtage erstatningen. I disse tilfælde vil patienten skulle tilbagebetale erstatning modtaget i henhold til den påklagede afgørelse.

For det andet gøres undtagelse, hvis patienten mod bedre vidende har undladt at afgive oplysninger eller har afgivet urigtige oplysninger, og de manglende eller urigtige oplysninger har haft indflydelse på Patienterstatningens afgørelse. I disse tilfælde skal patienten tilbagebetale erstatning i henhold til den eller de afgørelser, som den manglende eller urigtige oplysning har haft indflydelse på. Det henstår uklart, hvordan undtagelsen nærmere skal administreres, men det er nærliggende at antage, at man vil søge inspiration i forsikringsaftalelovens §§ 4-6.

Det foreslås endeligt, klagefristen ændres, således at denne fremover vil være sammenfaldende med fristen for udbetaling i henhold til Patienterstatningens afgørelse. Der er derimod ikke medtaget forslag om, at en klage skal tillægges opsættende virkning.

Bemærkninger til lovforslaget

Det fremgår af lovforslagets almindelige bemærkninger, at det "i den seneste tid har [været] fokus på sager, hvor den erstatningspligtige – først og fremmest regionerne – har krævet tilbagebetaling af erstatning og godtgørelse [...]" og videre, at "regeringen finder det urimeligt, at patienter og efterladte til patienter risikerer, at skulle tilbagebetale erstatning og godtgørelse lang tid efter udbetaling." At lovgivningen har til formål at lukke et opfattet "hul" i lovgivningen understreges af, at der i høringsvaret lægges op til, at loven skal have tilbagevirkende kraft (ikrafttræden på tidspunktet for lovforslagets fremsættelse).

Det fremsatte lovforslag giver på punkter indtryk af en hurtig behandling, og dele heraf kunne med fordel genovervejes. Som uddybet nedenfor kan der argumenteres for, at det ville være rigtigst, hvis videre bearbejdning afventede Højesterets vurdering af tilbagebetalingsspørgsmålet, og man kan i givet fald håbe, at den mellemkommende tid sammen med de indkomne høringsvar kan facilitere dette.

Behov for regulering

Det kan for det første overvejes, om det beskrevne behov overhovedet eksisterer. Den nuværende regulering tager som beskrevet hensyn til, hvis patienten i god tro har modtaget betaling og indrettet sig i tillid hertil.

Det anføres i lovforslaget, at den eksisterende retsstilling (*condictio indebiti*) er "uklar":

Adskillige domme udtaler ganske vist, at den, der har betalt en erstatning eller godtgørelse som "udgangspunkt", har ret til at kræve beløbet tilbagebetalt. Denne ret modificeres dog af en række momenter, som afvejes over for hinanden i en konkret helhedsvurdering – oftest uden at det er muligt at udlede, hvilket moment der er mest afgørende for resultatet

Det citerede er – helt korrekt – udtryk for, at læren om *condictio indebiti* indebærer en konkret afvejning af hensynet til dén, der urigtigt har betalt, over for dén, der har modtaget betalingen (og navnlig dennes gode/onde tro). At retsstillingen skulle være uklar, blot fordi de enkelte momenter kan indgå med forskellig vægt i forskellige sager, er ingenlunde retvisende.

Det kan herover anføres, at der er tale om en fleksibel ordning, der lader domstolene vurdere den konkrete sag, og som i øvrigt har været anvendt jævnlige uden større problemer – både på området for patienterstatning og andre steder. Hvis det i sig selv er udtryk for et retssikkerhedsmæssigt problem (en uklar retsstilling), at et retsspørgsmål skal afgøres efter en konkret vurdering, skal megen dansk ret omskrives.

Det bør i denne sammenhæng – som også fremhævet i U 2017.1412 V – erindres, at det i dag af klagevejledningen til Patienterstatningens afgørelser fremgår, at en klage kan med-

føre, at også tidligere afgørelser ophæves. Det er derfor ikke oplagt, at der er behov for at beskytte patientens indrettelseshensyn – og formuleringen giver i øvrigt netop, hvad lovforslaget efterspørger; en anvisning af det centrale moment i vurderingen.

Den lignende regel i arbejdsskadesikringslovens § 40 a kritiseres med lignende argumenter af Michael Kielberg: Arbejdsskadesikringsloven med kommentarer (6. udgave 2016) s. 900-01 for at være uegnet i reformatio in pejus situationerne.

Manglende sammenhæng mellem regler om opsættende virkning og tilbagebetalingsregler

Såfremt der vurderes at være behov for regulering af skadelidtes tilbagebetalingspligt, bør dette koordineres med lovens øvrige bestemmelser. Lovforslaget falder på dette punkt "kort".

Lovforslaget indebærer som beskrevet, at klagefristen afkortes til en måned. Dette svarer til fristen for betaling i henhold til Patientforsikringens afgørelse. Der er derimod ikke med lovforslaget lagt op til nogen ændringer i Ankenævnet for Patienterstatnings praksis for at tillægge klager opsættende virkning. Denne er – som i øvrigt beskrevet i lovforslaget – restriktiv. I mange sager vil der derfor ske det, at skadevolderen klager inden en måned og herefter under klagesagen udbetaler erstatning i henhold til den påklagede afgørelse. Når det er sket, kan klagesagen efter loven ikke medføre krav om tilbagebetaling, og formålet med klagen vil herefter være forspildt.

Vedtages loven i sin nuværende form indebærer dette således reelt, at skadevolderen fratages muligheden for at påklage afgørelser om udmåling (udbetaling) af erstatning. Det forekommer at være en lovteknisk lapsus, som man må håbe rettes, forinden loven eventuelt vedtages.

Dette kan enten ske ved, at give adgang til tilbagebetaling (for den konkrete afgørelse) også ved skadevolders rettidige klage – en løsning, der har meget for sig al den stund, at skadevolderen med de ændrede klagefrister vil skulle indgive klage *inden* tidspunktet for erstatningsbetalingen, hvorefter patienten ikke vil kunne have indrettet sig på, at kunne beholde betalingen – eller ved at indføre en regel om, at skadevolders rettidige klage har opsættende virkning.

Lovforslagets "timing"

Som beskrevet verserer der aktuelt en sag ved Højesteret, hvorved vi kan forvente en stillingtagen til håndteringen af tilbagebetalingsopgør i reformatio in pejus situationen.

Hvis lovforslaget reelt er begrundet i, at den eksisterende retsstilling er uklar, forekommer det ejendommeligt at foreslå regulering, *imens* der verserer en sag om spørgsmålet ved Højesteret. Det kan i denne sammenhæng bemærkes, at Højesteret så sent som den 7. juni 2017 i en patientskadesag udtalte, at der ikke var grundlag for henvisning til landsret-

ten i 1. instans fordi Højesteret allerede behandlede en sag om disse spørgsmål (U 2017.2883 H).

Den foreslåede ændring foregriber (og griber i kraft af forslaget om tilbagevirkende kraft ind i) den verserende prøvelse af tilbagebetalingsspørgsmålet, og man kunne som det mindste forvente, at et lovinitiativ som det foreliggende ville afvente udfaldet af Højesterets prøvelse af tilbagebetalingsspørgsmålet.

Friere betragtninger

Afslutningsvist kan det overvejes, om en lovændring som den foreslåede fuldt ud er i skadelidtes interesse.

Det kan således undre, at man for at "beskytte" patienten etablerer et system, der motive­rer skadevolder til løbende at påklage afgørelser. Mange patientskadesager giver anledning til 4, 5, 6 eller flere afgørelser. For sådanne sager har den hidtidige praksis medført, at der kun skal behandles en enkelt klagesag – og at skadevolder i øvrigt har haft et solidt grundlag for at vurdere, om det er relevant at klage, hvilket i sig selv må formodes at bidrage til at minimere antallet af klagesager. Den foreslåede lovændring vil betyde, at der i disse sager skal klages løbende – både 4, 5 og 6 gange – ligesom mange af klagerne uvægerligt vil blive indgivet på et ringere oplysningsgrundlag (fordi de indgives tidligere). Dette vil medføre, at mange patienter vil kunne se frem til et større antal klagesager.

Det er i lovforslaget estimeret, at ændringen vil føre til en forøgelse i antallet af ankesager på mellem 15 og 25 pct., og det burde derfor måske overvejes, om der ved en "midtervej" kunne findes en bedre balance.

Aarhus, den 12. oktober 2017

Kristian Torp

Danmarks Apotekerforening

Bredgade 54 · 1260 København K

Telefon 33 76 76 00 · Fax 33 76 76 99

apotekerforeningen@apotekerforeningen.dk · www.apotekerforeningen.dk



Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

11-10-2017
MKA/4201/00001

Høringssvar over udkast til lovforslag om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Sundheds- og Ældreministeriet sendte den 19. september 2017 udkast til lovforslag om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet i høring.

Lovforslaget er en udmøntning af bl.a. en politisk aftale om udvidelse af patienterstatningsordningens dækningsområde og fredning af allerede udbetalte erstatninger.

Med lovforslaget udvides patienterstatningsordningens dækningsområde, således at ordningen for så vidt angår behandlingsskader kommer til at omfatte alle skader påført i forbindelse med behandling, undersøgelse og lignende af sundhedspersoner, uanset hvor dette er sket.

Lovforslaget indebærer endvidere, at patienter, der påføres en psykisk skade som følge af egenskaber ved et lægemiddel (lægemiddelskade), i lighed med personer, der får en fysisk skade efter brug af et lægemiddel, får adgang til at søge erstatning efter patienterstatningsordningen.

Danmarks Apotekerforening noterer sig, at det fremgår af lovforslagets bemærkninger, at apoteksområdet ikke er omfattet af ordningen vedrørende behandlingsskader. Der er med lovforslaget ikke lagt op til ændringer heri. Apotekerforeningen har ikke bemærkninger hertil.

For så vidt angår erstatning for lægemiddelskader bakker Apotekerforeningen op om den foreslåede udvidelse til også at omfatte psykiske skader.

Danmarks Apotekerforening skal i den forbindelse bemærke, at det synes relevant udtrykkeligt i bemærkningerne at tage stilling til erstatningsordningens anvendelse, når der er tale om personer, som har fået ordineret og udleveret cannabis til medicinsk brug i overensstemmelse med det lovforslag, som sundhedsministeren fremsatte for Folketinget den 5. oktober 2017 (Lovforslag nr. L57). Det fremgår således af bemærkningerne hertil, at *"Behandlingen i forsøgsordningen med medicinsk cannabis vurderes også at være omfattet af klage- og erstatningslovens patienterstatningsordninger for behandlingsskader og lægemiddelskader."*

Relevante aktører, herunder apotekerne, har i dag pligt til at udlevere oplysninger til brug for behandling af sager vedrørende lægemiddelskader. Med lovforslaget pålægges aktørerne at medvirke hertil vederlagsfrit, ligesom der som noget nyt fastsættes en frist på 30 dage for at stille disse oplysninger til rådighed.

Apotekerforeningen har ikke principielle indvendinger imod de foreslåede ændringer. Apotekerforeningen finder dog anledning til at bemærke lovgivningen vedrørende databeskyttelse indebærer, at apotekernes muligheder for at bidrage med historiske data kan være begrænsede.

Apotekerforeningen lægger endvidere til grund, at der - forud for beslutning om indhentelse af oplysninger hos private aktører og i det omfang datalovgivningen tillader det - gøres brug af oplysninger, som kan tilvejebringes via eksisterende data, der er indberettet til myndighederne. Det gælder fx de detaljerede indberetninger vedrørende salg af lægemidler, som apotekerne er pålagt at foretage. Dette kan evt. præciseres i lovforslagets bemærkninger.

Med venlig hilsen


Merete Kaas

Fra: Lars Holsaae [mailto:lh@ato.dk]

Sendt: 13. oktober 2017 12:33

Til: Signe Struberga <SIST@SUM.DK>; DEP Sundheds- og Ældreministeriet <sum@sum.dk>

Cc: Birgitte Sindrup, Arbejde <38481@ishoj.dk>; Birgitte Sindrup, privat <Birgitte@sindrup.dk>; Christa Buch <christa.buch@koege.dk>; Gitte Bruun, Studenterrep. Aarhus <Bruun10@hotmail.com>; Hanne Jacobsen <hajac@horsens.dk>; Hanne Jacobsen (privat) <hanne.jacobsen1@gmail.com>; Helle Søderberg <Helle.Soderberg@egekom.dk>; Irene Lund <iap@faaborgmidtfyn.dk>; Lars Holsaae <lh@ato.dk>; Lene Juul Jensen <ljj@ato.dk>; Rikke Svanterud Larsen <rikke.svanterud.larsen@skanderborg.dk>; Tobias Færregaard, Studenterrepræsentant, København <sponsorat@odontologiskforening.dk>

Emne: SV: HØRING: Udkast til lovforslag om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Til Sundheds- og Ældreministeriet

Ansatte Tandlægers Organisation har modtaget ovennævnte udkast til lovændring i høring.

Som anført ved tidligere ændringer af samme lov er det ATO's opfattelse, at det generelle patientklage – og patienterstatningssystem bør gælde for alle sundhedspersoner og for al sundhedsfaglig virksomhed. Det gælder således også tandlægers sundhedsfaglige virke og tandskadeerstatning, der bør være omfattet af de generelle bestemmelser og ikke udliciteret til et særligt klage- nævn for praktiserende tandlæger og en særlig tandskadeerstatning for alle tandlægers sundhedsfaglige virksomhed. Kun på denne måde kan der sikres borgerne et gennemskueligt system, der kan sikre en ensartet behandling af såvel patientklage- som patienterstatningssager samt en ensartet afgørelsespraksis.

Vi skal derfor opfordre ministeren til at få det særlige tandklage- og tandskadeerstatningssystem udfaset snarest muligt, så der kan skabes et enstrengt og for borgeren transparent klage- og erstatningssystem, der tillige kan sikre en ensartet afgørelsespraksis på tværs af sundhedsprofessionerne og deres sundhedsfaglige virksomhed.

Med venlig hilsen

Lars Holsaae

Direktor

Mobil: +45 40 26 61 81

Hovednr: +45 33 14 00 65

Web: www.ato.dk

Peter Bangs Vej 30, 4 sal
DK-2000 Frederiksberg

Sekretariatets åbningstider:

Mandag-fredag: Kl. 9 -15



Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
5700 København K

DANSKE
REGIONER



12-10-2017

EMN-2017-04032

1087289

Jane Brodthagen

Svar på høring over udkast til lovforslag om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. (Udvidelse af patienterstatningsordningen, fredning af udbetalte erstatninger m.v.).

Danske Regioner har modtaget høring over udkast til lovforslag om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. (Udvidelse af patienterstatningsordningen, fredning af udbetalte erstatninger m.v.).

Danske Regioner deler intentionen om, at reglerne på området for erstatningsudbetalinger ændres, så de i højere grad tilgodeser patienterne. Danske Regioner kan derfor støtte, at erstatninger, hvor fristen for at anke er udløbet, aldrig skal tilbagebetales af patienten.

Danske Regioner mener dog ikke, at det fremlagte forslag er en god løsning på en u hensigtsmæssig retsstilling. På en række punkter går forslaget videre, end hvad der er nødvendigt for at imødekomme patienternes behov. Lovforslaget lægger f.eks. op til at gøre regionerne økonomisk ansvarlige for behandlere m.v., som de ikke har nogen instruktionsbeføjelse over, det lægger op til at patienter, der ikke får medhold i en anke - i strid med almindelige retsprincipper - kan beholde skattefinansierede erstatninger, og det lægger op til betydelige merudgifter for regionerne, som kun kan finansieres ved besparelser på et i forvejen presset sundhedsbudget.

Danske Regioner foreslår derfor, at forslaget justeres på en række væsentlige punkter. Regionerne indgår gerne i en dialog med ministeriet om, hvordan en ny patienterstatningsordning kan udformes.

Lovforslaget indeholder en betydelig udvidelse af erstatningsordningen, som medfører, at regionerne kommer til at hæfte for langt flere situationer, hvor autoriserede sundhedspersoner kan udføre skade på patienterne. Der er tale om situationer og persongrupper – f.eks. en læge eller fysio-

DANSKE REGIONER
DAMPFÆRGEVEJ 22
2100 KØBENHAVN Ø
+45 35 29 81 00
REGIONER@REGIONER.DK
REGIONER.DK

rapeut, der er ansat af et privat firma til undersøgelse og behandling af firmaets ansatte – hvor regionen ikke kan instruere, efteruddanne eller holde den pågældende sundhedsperson opdateret på nyeste viden. Med forslaget skal regionen alligevel afholde erstatningsudgifter, når den pågældende ikke lever op til den faglige standard. Der synes i øvrigt at være behov for en nærmere præcisering af udvidelsens omfang.

Med lovforslaget forkortes fristen for at anke fra tre måneder til en måned. Det betyder, at fristen for at anke bliver sammenfaldende med fristen for udbetaling af erstatning.

Det er vanskeligt at se formålet med forslaget om ændring af ankefristen fra tre måneder til en måned, med mindre anken får opsættende virkning i forhold til udbetaling af erstatning. Danske Regioner mener, at i de tilfælde, hvor en sag ankes, bør erstatningen først udbetales, når ankesagen er afgjort – og hvis patienten har fået medhold. Det er ikke hensigtsmæssigt, at patienten skal have udbetalt en erstatning, som Ankenævnet ikke finder, der er grundlag for at udbetale. Den foreslåede model bryder grundlæggende med gængse retsprincipper og erstatningspraksis. Til sammenligning gælder der f.eks. på arbejdsskadeområdet en model, hvor anke har opsættende virkning.

Som lovforslaget er udformet fredes erstatningen i de tilfælde, hvor regionen anker sagen. Det forekommer ikke hensigtsmæssigt. Lovforslaget indebærer, at regionerne ikke har noget direkte incitament til at anke sagerne, idet ankeafgørelsen ikke får nogen betydning i forhold til erstatningsudbetalingen. Regionen vil - uanset ankens udfald - skulle udbetale erstatning. Den eneste betydning regionens anke kan have er, at patienten ikke kan rejse flere sager om erstatning for den konkrete skade.

Danske Regioner mener derfor, at forslaget rækker ud over hensynet til at beskytte patienten mod tilbagebetaling af erstatning flere år efter, at patienten har fået den udbetalt. Det betyder, at patienten kan beholde en millionerstatning, som er skattefinansieret, og som patienten i henhold til ankeafgørelsen ikke er berettiget til.

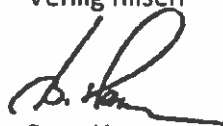
Danske Regioner vurderer sammenfattende, at lovforslaget vil medføre en uhensigtsmæssig anvendelse af sundhedsvæsnets ressourcer, og at forslaget ikke vil være den model, der samlet set bedst tilgodeser hensynet til patienterne. Samtidig betyder en forøgelse af regionernes administrative arbejde i forbindelse med klagesagsbehandlingen.

Danske Regioner forventer, at regionerne kompenseres fuldt ud for de merudgifter, der følger af lovforslaget. Danske Regioner finder således, at den foreslåede økonomiske compensation ingenlunde dækker de forven-

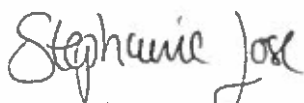
tede merudgifter. Danske Regioner forudsætter derfor en drøftelse af økonomien i lovforslaget.

Der henvises i øvrigt til bilag med uddybende tekniske bemærkninger til lovforslaget.

Venlig hilsen



Bent Hansen



Stephanie Lose

BILAG



Teknisk bilag til høringsvar over udkast til lovforslag om ændring af lov om klage og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. (Udvidelse af patienterstatningsordning, fredning af udbetalte erstatninger m.v.)

06-10-2017
EMN-2017-04032
1090240
Jane Brodthagen

Der er i lovforslaget lagt op til en udvidelse af lovens anvendelsesområde til at gælde for skader forårsaget på institutioner på det sociale område (fx plejehjem og døgninstitutioner), i private virksomheder og organisationer, optiker- og bandagistkæder, private laboratorier og ikke mindst skader forårsaget ved enhver autoriseret sundhedspersons gerning – handling eller undladelse - i fritiden.

Yderligere er der lagt op til, at en række af disse udvidelser af behandleransvaret (erstatningspligten) fremadrettet økonomisk skal bæres af regionerne.

Regionerne finder det uhensigtsmæssigt og ikke rimeligt, at der i lovforslaget er lagt op til, at det er regionerne, der bliver gjort erstatningsansvarlige og dermed hæfter for alle behandlingsskader efter § 19 stk. 1 nr. 11, 12 og 13, som fremadrettet også omfatter erstatningspligt for en bred kreds af private behandlere/private behandlingsskader/private sundhedspersoner, hvor behandlingen ligger uden for det offentliges regi og opgavevaretagelse.

Dette ud fra betragtninger om, at regionernes erstatningspligt hermed udvides til en kreds af behandlere/behandlingsskader i privat regi, som regionen på ingen måde har indflydelse på i forhold til kvalitetsstyring, læring og risikostyring.

Det findes rimeligt, at regionerne fremadrettet hæfter for behandlingsskader under de regionale sociale tilbud, som er underlagt indberetningspligten jf. sundhedsloven § 213 C, samt at læger, der handler efter autorisationslovens § 42, stk. 1, om akut lægehjælp er omfattet af bopælsregionens erstatningspligt.

Regionerne finder, at det bør fremgå tydeligt af loven, at det er skadestedets beliggenhed, som afgør hvilken region der er erstatningsansvarlig.

Udvidelsen af kredsen af sundhedspersoner omfattet af loven og hæftelsen for disses behandlingsskader bør i stedet omfattes af en ordning, hvor disse forpligtes til at tegne særskilt forsikring dækkende behandlingsskader omfattet af loven, idet private virksomheder/private behandlere vil være de nærmeste til at bære risikoen for egen kvalitet i behandlinger/sundhedsydelse herunder kvalitetsstyring/risikostyring. Det i stil med privathospitalers og klinikkers eksisterende forpligtelse til at tegne forsikring for patienter under det udvidede frie sygehusvalg og privat betalende patienter. Dette vil sikre, at der ikke opstår konkurrenceforvridning mellem autoriserede behandlere på privat hospitaler og den foreslåede udvidede gruppe autoriserede sundhedspersoner. Forslaget om udvidelsen af kredsen af sundhedspersoner er ikke en hensigtsmæssig anvendelse af sundhedsvæsnets ressourcer.

Sammenfattende foreslår regionerne, at regionerne hæfter for de skader der sker, når lægerne handler efter autorisationslovens § 42, stk. 1, og de skader, der sker på de sociale institutioner – men kun for disse to (nye) typer skader - og altså således, at regionerne ikke hæfter for de skader der forvoldes, når læger handler erhvervsmæssigt, det vil sige handler som led i et egentligt ansættelsesforhold være sig til f.eks. en sportsklub. Videre således så regionerne heller ikke hæfter, når en læge uden for sit generelle ansættelses- eller overenskomstforhold behandler familie, naboer, venner eller bekendte.

Fredning af udbetalte erstatninger

I lovforslaget foreslås det at frede udbetalte erstatninger/godtgørelser, således at der kun kan kræves tilbagebetaling, når patienter selv eller dennes pårørende har anket en afgørelse, som omgøres af Ankenævnet for Patienterstatningen - og da kun for den ankede afgørelse og dermed ikke for tidligere udbetalte erstatninger.

Erfaringen viser, at det i langt overvejende grad er patienterne, der anker Patienterstatningens afgørelser til Ankenævnet for Patienterstatningen, mens regionerne anker få nøje udvalgte afgørelser. Af de flere end 3.200 sager, der blev anket til Ankenævnet for Patienterstatningen i 2016, blev kun 129 anket af regionerne eller private sygehuse. Regionernes anker bidrager til at normalisere retstilstanden på patienterstatningsområdet – idet retstilstanden bør afspejle begge parter synspunkter.

Regionerne er positive over for forslaget om, at regionen ikke længere kan gøre tilbagebetalingskrav gældende i forhold til *ikke-ankede afgørelser*, selvom Ankenævnet for Patienterstatningen foretager en materiel prøvelse af hele sagen, som ændres til skade for patienten. Denne retsstilling opleves

utryk og uhensigtsmæssig for patienterne, som flere år efter udbetalingen kan risikere at blive mødt med et tilbagebetalingskrav.

Imidlertid giver det ingen mening at frede udbetaling af erstatninger/ godtgørelser fra afgørelser, som ankes rettidig – uanset, hvilken part der anker. Denne retstilstand vil betyde, at der på trods af ugyldig afgørelse ift. patienten og regionens rettidige anke af en konkret afgørelse, ikke kan ske tilbagesøgning af et således uberettiget modtaget pengebeløb.

Et par illustrerende eksempler:

1. Patienterstatningen træffer afgørelse i sag, hvor Patienterstatningens lægekonsulent finder, at et barn er påført en fødselsskade som følge af overtrædelse af erfaren specialiststandard. I samme afgørelse, hvor der sker anerkendelse af skaden, udmåles erstatning på 4 mio. kr. Regionen udbetaler erstatningen indenfor 4 ugers fristen for udbetaling. Yderligere anker regionen afgørelsen inden for den foreslåede 1 mdr. frist, idet regionen finder, at afgørelsen hviler på et lægefagligt forkert grundlag. Skaden er med overvejende sandsynlighed opstået under graviditeten.

Ankenævnet ændrer afgørelsen og er enig i, at der ikke er tale om en behandlingsskade, men der er tale om en skade opstået under graviditeten. Erstatningsbetingelserne er dermed ikke opfyldt.

Med det ny lovforslag kan regionen herefter ikke – uanset rettidig anke og medhold i sagen – søge erstatningsbeløbet tilbage.

2. Patienterstatningen træffer afgørelse om anerkendelse af skade efter rimelighedsreglen (hændelig komplikation, der er sjælden (under 2%) og alvorlig henset til patientens grundsygdom).

Der træffes et par delafgørelser i sagen vedr. mén og svie-smerte, som findes rimelig, hvorfor regionen ikke anker disse. Der træffes efterfølgende delafgørelse af Patienterstatningen, som berettiger patienten til et erhvervsevnetab på 1,5 mio. kr. Regionen udbetaler erstatningen som forpligtet til inden for 4 uger efter afgørelsen.

Regionen finder, at der ikke er sket korrekt fratæk for konkurrerende skadesårsager, som vil betyde, at patienten efter reglerne kun er berettiget til 1 mio. kr. Regionen anker afgørelsen inden for den foreslåede 1 måneders frist, og Ankenævnet ændrer den konkret ankede afgørelse til nedsættelse af erstatningen til 1 mio. kr. som følge af patientens eksisterende erhvervsbegrænsende grundsygdomme.

Med det ny lovforslag kan regionen herefter ikke – uanset rettidig anke og medhold i sagen – søge erstatningsbeløbet tilbage.

Nærværende lovforslag i dets nuværende udformning er derfor for vidtgående i forhold til at nå intentionerne om, at patienter ikke skal kunne blive mødt af et tilbagesøgningskrav flere år tilbage, som følge af "reformatio in pejus-sagerne". Lovforslagets ulighed i retsvirkning af en anke fra to lige ankeberettigede parter strider med det almindelige forvaltningsretlige princip om to-instansprøvelse. Derudover virker det stødende i samfundsmæssigt perspektiv, såfremt regionen skal udbetale en skattefinansieret erstatning fra en forkert erstatningsafgørelse, og patienten kan beholde den uberettigede erstatning, selvom Ankenævnet giver regionen medhold i en anke.

Regionerne vil derfor opfordre til, at der indsættes bestemmelse i loven om, at når regionerne anker, så tillægges anken opsættende virkning i forhold til udbetalingen af erstatningen. Det svarer til den måde man håndterer arbejdsskadeområdet på i dag, - og det vil sikre, at patienten ikke bliver stillet i den ubehagelige situation at skulle tilbagebetale allerede modtagne beløb i de situationer, hvor det er regionen, som anker.

Det betyder selvfølgelig, at patienten skal undvære beløbet i en periode, men det er til gengæld ikke anderledes end i arbejdsskadesager og ikke mere byrdefuldt for patienter end for skadelidte i arbejdsskadesager.

Alternativt skal de to ankeberettigedes parters anke ligestilles. Sådan at i de situationer, hvor ankeinstansen giver regionen medhold, så vil regionens anke, i lighed med patientens anke medføre, at regionen kan kræve tilbagebetaling af den erstatning, der er udbetalt til patienten på baggrund af den påankede afgørelse.

Med den foreslåede § 33 a, stk. 3, kan den erstatningspligtige kræve tilbagebetaling af udbetalt erstatning, når patienter eller efterladte til patienter mod bedre vidende har undladt at give oplysninger efter loven.

Det er efter regionernes opfattelse hensigtsmæssigt, at kompetencen til at træffe afgørelse herom placeres hos Patienterstatningen. Regionerne foreslår, at der indføres lovhjælp, svarende til arbejdsskadeområdet, at 1. instansen træffer afgørelse om tilbagebetalingskravet i disse situationer.

Det er også vigtigt for regionerne at fremhæve, at de facto ophævelse af reformatio in pejus alt andet lige vil medføre, at patienterne vil have et større incitament til at indbringe Patienterstatningens afgørelser for Ankenævnet for Patienterstatningen – når nu den erstatningspligtige/regionerne kun kan

kræve tilbagebetaling af allerede udbetalt erstatning og godtgørelse i henhold til den påklagede afgørelse – og kun den i den afgørelse – og kun, når det er patienten der anker. Dermed må det forventes, at langt flere patienter end det er tilfældet i dag, vælger at indbringe en afgørelse for Ankenævnet for Patienterstatningen. Dette vil medføre en væsentlig øget udgift for regionerne til betaling af det årlige takstbidrag til Ankenævnet, se nærmere herom under afsnittet Økonomiske konsekvenser.

Ophævelse af undergrænsen for udbetaling af tilkendt erstatninger og indførelse af egetbidrag (7.300 kr.)

Det foreslås at ophæve de nuværende undergrænser for udbetaling af erstatning og godtgørelse på hhv. 10.000 kr. for behandlingsskader og 3.000 kr. for lægemiddelskader. Undergrænserne foreslås i stedet erstattet af et egetbidrag på 7.300 kr., der fratrækkes i alle sager, hvor der udbetales erstatning og godtgørelse. Bidraget fratrækkes erstatningens eller godtgørelsens hovedstol.

Forslaget vil medføre sagsbehandling af forholdsvis små erstatningsbeløb, som herefter skal udbetales af regionen. I forhold til sagsbehandlingsudgifterne til behandling af en patienterstatningssag er det regionernes opfattelse, at en ændringen vil forøge administrationsomkostningerne, og i ringe grad være til gavn for patienterne.

Yderligere må det forventes, at patienterne vil søge at få egetbidraget dækket via ansvarskrav mod regionerne baseret på almindeligt ansvarsgrundlag efter dansk rets almindelige erstatningsregler, hvilket kan betyde yderligere erstatningsudbetalinger og administration.

Desuden må forventes en stigning i patienters anmeldelse af skader, eftersom bagatelgrænsen på 10.000 kr. formentlig har afholdt en del patienter fra at anmelde skader. Det vil medføre længere sagsbehandlingstid og flere udgifter for regionerne, som betaler ca. 13.000 kr. i takstbidrag pr. sag til Patienterstatningen, uanset om det er patienten eller regionen, der har anmeldt sagen.

Egetbidraget vil betyde, at Patienterstatningen i alle sager fremadrettet skal træffe materielle afgørelser, og ikke kan afvise sagen blot på formaliteten - som det sker i en række sager i dag – ved at henvise til, at kravet ikke kommer over bagatelgrænsen på 10.000 kr. Dette må forventes at kunne influere på sagsbehandlingstiden hos Patienterstatningen generelt set og på regionernes udgifter til Patienterstatningsordningens administration.

Der vil således være en række sager, som Patienterstatningen har brugt sagsbehandlingstid på at træffe materiel afgørelse i, herunder brugt tid på at ind-

hente lægefaglig udtalelse i. Efterfølgende munder sagen så aldrig ud i en erstatningsudbetaling, idet erstatningen ikke er større end egetbidraget eller ender med minimal erstatningsudbetaling.

Det må forventes, at ordningen vil betyde, at en række yderligere sager af bagtelmæssig karakter vil tilgå Ankenævnet og belaste denne instans. Det bemærkes, at udgiften for regionerne (takstbidragsbetalingen) ligger på ca. 17.800 pr. ankesag pt. ved hver oprettet anke.

Det bemærkes, at tandområdet er undtaget forslaget om lovændring vedrørende egetbidraget. Regionerne gør opmærksom på, at det betyder yderligere vanskeligheder med eventuelt at harmonisere området med reglerne gældende for det øvrige sundhedsvæsen.

Udnævnelse af Ankenævnet for Patienterstatningens formand og næstformænd

Det foreslås at indføre krav om, at formanden og et betydeligt antal af næstformændene i Ankenævnet for Patienterstatningen skal være landsdommere. Baggrunden herfor er ifølge forslaget, at Ankenævnet også stilles overfor juridisk komplicerede og principielle spørgsmål, hvorfor det er væsentligt, at formandskabet kan bestå af både byrets – og landsdommere.

Det er regionernes vurdering, at kvaliteten i Ankenævnets sagsbehandling er særdeles god - hvilket undersættes af det faktum, at kun et fåtal af Ankenævnets afgørelser bliver omgjort af domstolene.

Ankenævnet træffer i omegnen af 3.000 afgørelser årligt. I 2016 blev 264 sager blev færdigbehandlet ved domstolene, hvoraf 194 blev hævet af patienterne. (Ofte på baggrund af Retslægerådets udtalelser, som går patienten imod). Af de resterende 70 sager tabte Ankenævnet 13 sager svarende til ca. 18 %, (hvoraf lidt mindre end halvdelen vedrørte spørgsmålet om der var påført en behandlingsskade/lægemedelskade eller ej).

Den nuværende ordning, hvor de enkelte formænd primært er byretsdommere, og altså ikke landsretsdommere, fungerer således efter regionernes vurdering upåklageligt.

Regionerne ønsker at udtrykke bekymring over, at vanskeligheder med at få stillingerne besat med tilstrækkelig antal landsretsdommere, vil få sagsbehandlingstiden til at stige.

Bedre vilkår for Patienterstatningens sagsbehandling

Anmodninger fra Patienterstatningen om indsendelse af journalmateriale fremsendes allerede i dag med en fast frist på 30 dage. Regionernes sygehuse er meget fokuserede på at imødekomme denne frist og arbejder målrettet herefter.

Ændringsforslaget om, at Patienterstatningen skal underrettes om grunden til en eventuel fristoverskridelse, og om hvornår anmodningen kan forventes færdigbehandlet, indebærer en uhensigtsmæssig administrativ arbejdsbyrde og vil generelt medføre en samlet forlænget sagsbehandlingstid på fremsendelse af materiale til Patienterstatningen.

En generel underretningspligt er efter regionernes opfattelse ikke i tråd med regeringens tiltag om regelforenkling og afbureaukratisering.

Ikrafttrædelse

Det fremgår af lovforslaget, at dato for ikrafttrædelse er pr. 1. juli 2018, dog fremgår det af høringsbrevet, at man fra aftalepartierne har fremsat ønske om, at dækningsområde og fredning af udbetalte erstatninger bør gælde for skader, der er forårsaget på datoen for fremsættelse af lovforslaget.

Særligt vedrørende udvidelsen af patienterstatningsordningens dækningsområde og fredning af visse udbetalte erstatningsbeløb, er der tale om ændringer, der kan have stor økonomisk betydning for såvel regionerne som den enkelte patient.

Regionerne bemærker, at det ikke er muligt stats – og forvaltningsretligt at lovgive i et høringsbrev. Det følger af legalitetsprincippet. Hvis Folketinget ønsker, at loven skal have virkning for kendsgerninger, som ligger forud for loven, skal dette fremgå af loven – at den har tilbagevirkende kraft.

Regionerne anbefaler, at der arbejdes for utvetydige ikrafttrædelsesbestemmelser, der i videst muligt omfang detaljeret regulerer retstillingen fremadrettet, sådan at tvivlsspørgsmål i overgangsfasen om den enkeltes retsstilling undgås.

Økonomiske konsekvenser

Regionerne forudser, at lovforslaget vil få vidtgående økonomiske konsekvenser, som ikke tilnærmelsesvis kan rummes inden for det foreslåede egetbidrag. Foreløbige vurderinger viser, at udgiften bliver mellem 60 – 90 millioner kroner.

Regionerne imødeser fuld økonomisk kompensation for lovforslaget konsekvenser, og ønsker lovforslaget medtaget i lov- og cirkulæreprogrammet.

Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K
sist@sum.dk

12. oktober 2017

Høring over Forslag til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

(Udvidelse af patienterstatningsordningen, fredning af udbetalte erstatninger m.v.).

Dansk Erhverv har modtaget Forslag til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet i høring.

De overordnede formål med lovforslaget er at forbedre patienterstatningsordningen ved dels at frede udbetalte erstatninger og godtgørelser, så sådanne kun kan kræves tilbagebetalt i de tilfælde, hvor patienten eller dennes efterladte har anket Patienterstatningens afgørelse til Ankenævnet for Patienterstatningen, og dels at udvide dækningsområdet for patienterstatning. Hertil kommer en række ændringer i forhold til sagsbehandling, værnepligtige og sammensætning af Ankenævnet for Patienterstatningen.

Lovforslaget vedrører en meget bred vifte af private virksomheder og selvejende organisationer, der er medlemmer af Dansk Erhverv. Dette drejer sig om blandt andet private hospitaler og klinikker, bo- og opholdssteder, pleje- og rehabiliteringsinstitutioner, tandlæger, optikere, bandagister, private transportfirmaer, der transporterer patienter, samt andre virksomheder indenfor det præhospitale område.

Dansk Erhverv finder det i den forbindelse kritisabelt, at Dansk Erhverv ikke har været involveret i den evaluering, der har været gennemført af den eksisterende lovgivning, og at Dansk Erhverv ej heller har været inddraget på et tidligere tidspunkt i processen i forhold til udarbejdelsen af dette lovforslag.

Helt overordnet finder Dansk Erhverv forslaget om fredning af udbetalte erstatninger, der fastholdes, selv når ankeinstansen har fastslået, at der ikke har været et ansvarsgrundlag, stærkt kritisabelt, da det er ødelæggende for sundhedsvirksomhedernes grundlæggende retssikkerhed at bryde med det fundamentale to-instansprincip i dansk ret, ligesom det også påfører virksomhederne øgede økonomiske og administrative omkostninger.

Dansk Erhverv har en række principielle bemærkninger til lovforslaget samt en række generelle og specifikke bemærkninger til specielt udvidelse af patienterstatningsordningen, fredning af udbetalte erstatninger og ophævelse af undergrænsen for udbetaling af tilkendte erstatninger. Dansk Erhverv har samtidig anbefalinger til andre løsninger, end de af ministeriet foreslåede.

Principielle bemærkninger

Manglende retssikkerhed i forslaget om fredning af udbetalte erstatninger

Med lovforslaget ønsker samtlige partier i Folketinget at frede erstatninger og godtgørelser udbetalt på baggrund af afgørelser truffet af Patienterstatningen, som senere er blevet omgjort til skade for patienten eller dennes efterladte af Ankenævnet for Patienterstatningen. Tilbagebetaling af forkert udbetalte erstatninger skal alene kunne ske i tilfælde, hvor patienter eller efterladte til patienter selv indbringer Patienterstatningens afgørelse for Ankenævnet for Patienterstatningen, og således at kun erstatnings- og godtgørelsesbeløbet i den ankede afgørelse skal kunne kræves tilbagebetalt, hvis afgørelsen omgøres til skade for patienterne eller de efterladte til patienterne. En udbetalt erstatning og godtgørelse kan dermed ikke kræves tilbagebetalt, hvis det er sundhedsaktøren eller dennes repræsentant, der indbringer spørgsmålet om erstatningspligt for Ankenævnet for Patienterstatningen.

Det fremgår af lovforslaget, at partierne bag forslaget finder det urimeligt, at patienter og efterladte til patienter risikerer at skulle tilbagebetale erstatning og godtgørelse lang tid, efter udbetalingen er sket, og at de skal kunne indrette deres livsførelse i tiltro til, at en udbetalt erstatning og godtgørelse, som patienter eller efterladte til patienter ikke selv indbringer for Ankenævnet for Patienterstatningen, kan beholdes.

Dansk Erhverv forstår det bagvedliggende politiske ønske om at tage et hensyn til patienter, der ikke selv indbringer, deres sag for Ankenævnet for Patienterstatningen, men konsekvenserne af forslaget er dybt problematiske.

Dansk Erhverv finder, at forslaget om fredning af udbetalinger grundlæggende strider mod to-instansprincippet, hvorefter alle - både klager og indklagede - har ret til at få prøvet deres sag i to instanser. To-instansprincippet er et grundlæggende princip i dansk ret, herunder i forvaltningsretten, der sikrer retssikkerheden i Danmark ved, at de materielt rigtige afgørelser bliver truffet. Inden for retsplejen følger retten til to-instansprincippet direkte af grundloven.

To-instansprincippet vil blive udvandet ved at gøre det umuligt - i visse tilfælde - at kræve tilbagebetaling af erstatninger, som er blevet udbetalt uberettiget, selvom ankeinstansen er kommet frem til dette resultat. Dansk Erhverv mener, at en sådan annullering af muligheden for at retshåndhæve materielt rigtige afgørelser truffet af en ankeinstans generelt vil krænke retssikkerheden for klagepart på så væsentligt et område som sundhedsområdet.

Retsvirkningen af afgørelserne vil nemlig blive illusoriske, når sundhedsaktørerne kan få en afgørelse fra Ankenævnet for Patienterstatningen, der giver medhold i, at man er berettiget til at kræve den udbetalte erstatning tilbage. Men med denne lovændring bliver det så ikke muligt at kræve beløbet tilbage, da der sker en fredning af den pågældende persons udbetalte erstatning.

Afgørelsen vil således alene have retsvirkning til eksempelvis at få "renset" en uskyldig læge eller sundhedsperson for et ansvar, men erstatningen vil stadig skulle udbetales. Man indfører altså en ny erstatningspligt i tilfælde, hvor der ikke er indtrådt et erstatningsansvar. Dette er

retssikkerhedsmæssigt yderst betænkeligt, og Dansk Erhverv mener, at man bør være yderst tilbageholden med at indføre en så vidtgående regel.

Dansk Erhverv anbefaler, at et reelt ankesystem bibeholdes. Det kan ske ved at indføre automatisk opsættende virkning ved klager til Ankenævnet for Patienterstatningen. I lovforslaget er dette i forvejen beskrevet som en mulighed, der dog kun bruges i sjældne tilfælde. I Arbejds-skadelovens § 44, stk. 6, er dette angivet som praksis, hvor arbejdsgiveren (eller selskabet) klager over en afgørelse, hvor klagen får opsættende virkning.

Uproportional begunstivelse af patienter

Patienterstatningsordningen er, som det allerede er anført på side 8 i bemærkningerne til lovforslaget, fordelagtig for patienterne. Ansvarsgrundlaget og bevisreglerne er lempeligere end efter de almindelige erstatningsregler. Et ansvarsgrundlag foreligger således, hvis blot en erfaren specialist ville have handlet anderledes og dermed havde undgået skaden.

I bevismæssig sammenhæng er det tilstrækkeligt, at der foreligger overvejende sandsynlighed for, at en skade er forvoldt ved behandling eller mangel på samme. Patienterstatningens sagsbehandling er hurtigere end ved domstolene. Det er endvidere gratis for patienter eller efterladte til patienter at indbringe sagen, og de sparer dermed udgifter til advokat og har fri adgang til at få prøvet afgørelsen i Ankenævnet for Patienterstatningen.

Patienterne er med patienterstatningsordningen dermed sikret bedre muligheder for at få erstatning og godtgørelse, end hvad der ellers følger af dansk rets almindelige erstatningsregler. Der er altså allerede efter de gældende regler en øget beskyttelse af patienten eller dens efterladte i forhold til dansk rets almindelige erstatningsretlige udgangspunkt. At denne gruppe med forslaget skal beskyttes yderligere ved, at personer, der uberettiget har fået udbetalt erstatning, ikke skal tilbagebetale denne, når der ikke er fundet grundlag for en erstatning eller godtgørelse, finder Dansk Erhverv uproportionalt.

Dette skal ses i lyset af, at det er meget få sager, som ankes af den part, der er fundet erstatningspligtig i første instans. Ifølge Ankenævnet for Patienterstatningen var det i 2016 ud af 2.998 sager, som Ankenævnet for Patienterstatningen har afgjort, kun 108, som var påklaget af den erstatningsansvarlige.¹

Lovforslaget vil således indføre vidtgående ændringer på et område, hvor patienterne i forvejen nyder en særlig beskyttelse i form af et lempeligere ansvarsgrundlag, og hvor de potentielt erstatningsansvarlige reelt mister en ankemulighed i strid med grundlæggende principper om retssikkerhed efter to-instansprincippet i dansk ret – til trods for, at der i disse tilfælde kun er tale om et fåtal af sager, der bliver indbragt ved Ankenævnet for Patienterstatningen.

Generelle bemærkninger

Principperne i erstatningsansvarslovens § 16, stk. 1, 3. pkt., bør ikke overføres.

¹ Der henvises til Ankenævnet for Patienterstatningens årsberetning 2016 (<https://stps.dk/da/udgivelser/2017/ankenævnet-for-patienterstatningens-aarsberetning-2016/>), se særligt side 9.

Dansk Erhverv mener ikke, at principperne i erstatningsansvarslovens § 16, stk. 1, 3. pkt., bør overføres.

Vedrørende bemærkningen på side 11 i betænkningen til lovudkastet om erstatningsansvarslovens § 16, stk. 1, 3. pkt., skal Dansk Erhverv gøre opmærksom på, at grundlaget for indførelsen af denne bestemmelse ikke kan sammenlignes med denne sag.

Grundlaget for at indføre erstatningsansvarslovens § 16, stk. 1, 3. pkt., var, at det kunne være vanskeligt at opgøre, hvorvidt der var tale om varige mén, altså selve mén-opgørelsen - og ikke om selve ansvarsgrundlaget for at udbetale erstatningen er til stede.

Ifølge motiverne til erstatningsansvarslovens § 16, stk. 1, 3. pkt., forventede lovgiver, at overkompensation kun ville blive aktuel i ganske få tilfælde, fordi det normalt er muligt at vurdere det varige erhvervsevnetab endeligt inden for tidsfristen i loven.

Bestemmelsen har således intet med selve ansvarsgrundlaget at gøre, men fokuserer alene på opgørelsen af erstatningen og de tilfælde, hvor opgørelsen har været umulig at foretage indenfor den to års frist, der gælder i den sammenhæng.

Der er altså ikke tale om, at man skulle være afskåret fra at kræve tilbagebetaling af den urettiligt udbetalte erstatning i de tilfælde, hvor der ikke forelå et erstatningsansvar hos sundhedsaktøren. Med andre ord ville sundhedsaktøren gå fri, hvis der ikke var et erstatningsansvar - naturligvis.

Det er derfor misvisende at overføre princippet til patientskadesager, da de samme forhold ikke gør sig gældende. Opgørelsen af erstatningens størrelse er ikke det samme som vurderingen af et ansvarsgrundlag.

Ophævelse af undergrænsen for udbetaling af tilkendte erstatninger

Med lovforslaget ophæves undergrænsen for udbetaling af erstatning og godtgørelse. Argumentationen for denne ændring er udelukkende økonomisk. Dansk Erhverv finder, at når private hospitaler og klinikkers administrationsomkostninger til enhver sag, der indbringes for Patienterstatningen, allerede i dag er kr. 12.000 pr. sag, og de derudover har omkostninger forbundet med at skulle svare og belyse sagerne, så er det urimeligt, at der ikke er en minimumsgrænse.

Det betyder, alt andet lige, at antallet af klager vil stige, ligesom sagerne, når de ikke afvises indledende, vil koste private virksomheder u hensigtsmæssigt mange administrative omkostninger.

Dansk Erhverv anbefaler, at minimumsgrænsen bibeholdes - og at staten, hvis denne gruppe patienter ønskes beskyttet, vælger at finansiere den ekstra omkostning, det giver.

Vedrørende udvidelse af dækningsområdet

Lovforslaget lægger op til en udvidelse af patienterstatningsordningen i forhold til at dække behandlingssteder, der er omfattet af registreringspligten i sundhedsloven, og hvor sundhedspersoner udøver behandling.

Ifølge forslaget udvides dækningsområdet blandt andet til at omfatte sundhedspersoner, der udøver sundhedsfaglig virksomhed som ansatte i fx private firmaer, botilbud, plejehjem indenfor det sociale område, optikere, mv. Med forslaget sikres det blandt andet, at skader, der er påført af den autoriserede sundhedsperson (defineret i sundhedsloven § 6), omfattes af patienterstatningsordningen uanset, hvor skaden sker.

Dansk Erhverv kan støtte dette, og finder det positivt, at alle i det udvidede dækningsområde fremadrettet vil omfattes af patienterstatningsordningen, og som det står anført i lovforslagets § 29, stk. 1, nr. 10-14, se særligt nr. 11-13, at det er kommunen eller regionen, der har erstatningsforpligtigheden og dermed også de økonomiske udgifter forbundet med patienterstatningsordningen.

Dansk Erhverv vil ud fra et ligebehandlings- og konkurrencehensyn anbefale, at privathospitaler og klinikker får samme status.

Økonomiske konsekvenser for specifikt for privathospitaler og klinikker

I lovforslagets bemærkninger står, at forslaget ikke vil påføre erhvervslivet større økonomiske omkostninger.

Dansk Erhverv finder dette direkte misvisende.

For privathospitaler og klinikker vil ophævelsen af undergrænsen i sig selv medføre en omkostning. Det er højst usandsynligt, at der med indførelsen af et egenbidrag på kr. 7.300 i alle sager vil kunne skabes en nulsums-situation på privathospitalernes andel af sagerne.

Da privathospitalerne reelt kun havde 150 sager i 2016, vil egenbidraget på kr. 7.300 rent teknisk tilføre privathospitalerne en samlet ekstra omkostning på cirka kr. 1 mio.. Men hvis postulatet om ingen økonomiske konsekvenser skal være sand, skal det være den enkelte virksomhed, der skal have et nulsum.

Når der samtidig indføres en fredning af alle sager, hvor det fx er erstatningsansvarlige privathospitaler, der anker, er det usandsynligt, at lovforslaget reelt ikke påfører erhvervslivet store ekstra omkostninger. Når den gennemsnitlige tilkendte erstatning i 2016 var kr. 283.043, så skal der kun én ankesag til for den enkelte virksomhed, før regnestykket ikke hænger sammen.

Da stort set alle afgjorte sager ligger under de fleste privathospitalers selvrisiko, vil det påvirke den enkelte virksomhed direkte. Samtidig er det sandsynligt, at forslaget giver anledning til at påstå en udvidet risiko for forsikringssekskabet ved den manglende konsekvens ved anken. Så forslaget vil også give indirekte omkostninger i form af forhøjede præmiesummer.

Når man fastholder en forsikringsforpligtighed overfor privathospitaler, der tager udgangspunkt i den enkelte virksomhed, er det problematisk, at der tegnes et regnestykke, der bygger på de store tals lov for en hel branche.

Økonomiske og administrative konsekvenser for det udvidede dækningsområde

Det fremføres i forslaget, at den foreslåede udvidelse ikke vil medføre merudgifter for erhvervslivet. Som nævnt ovenfor, mener Dansk Erhverv, at forslaget vil påføre privathospitalerne en væsentlig merudgift.

Når dækningsområdet bliver udvidet vil det desuden medføre en administrativ omkostning for de nævnte sundhedsaktører, der i konkrete sager vil skulle bruge tid på at fremskaffe, fremlægge og dokumentere et givent behandlingsforløb.

Det skønnes, at en udvidelse af patienterstatningsordningen vil koste det offentlige 20,4 mio. kroner. Udgifterne foreslås finansieret inden for de 7.300 kroner i egetbidrag.

Dansk Erhverv kan ikke af høringsmaterialet læse, om denne finansiering er tilstrækkelig, og derfor ser vi med bekymring på, om den offentlige merudgift vil "dryppe" nedad, og dermed blive pålagt de enkelte virksomheder og institutioner i den udvidede dækning.

Dansk Erhverv foreslår, at lovforslaget i sin endelige form og såfremt det vedtages, følges op af en letforståelig vejledning.

Dansk Erhverv står naturligvis til rådighed for uddybning af ovenstående høringssvar.

Med venlig hilsen

Katrina Feilberg
Sundhedspolitisk chef
Dansk Erhverv

kfs@danskerhverv.dk
tlf. 60101018

Fra: Pia Ravn [mailto:pr@danskkiropraktorforening.dk]
Sendt: 12. oktober 2017 10:25
Til: Signe Struberga <SIST@SUM.DK>
Cc: DEP Sundheds- og Ældreministeriet <sum@sum.dk>; Birgitte Gram Blenstrup <bgb@danskkiropraktorforening.dk>
Emne: Høring: Udkast til ændring af lov om klage- og erstatningsadgang

Sundheds og Ældreministeriet

Dansk Kiropraktor Forening har modtaget høring over udkast til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (Udvidelse af patienterstatningsordningen, fredning af udbetalte erstatninger m.v.).

DKF har ingen bemærkninger til udkastet.

Med venlig hilsen
Pia Ravn

Dansk Kiropraktor Forening
Peter Bangs Vej 30
2000 Frederiksberg
Tel: +45 33930400
Direkte: +45 33376097
www.danskkiropraktorforening.dk

10. oktober 2017

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

Dansk Psykiatrisk Selskab anerkender ønsket om udvidelse af patienterstatningsordningens dækningsområde og fredning af allerede udbetalte erstatninger.

Der er imidlertid fortsat et stykke vej inden, der er ligestilling mellem psykiske og somatiske lidelser. Ligestilling er en målsætning, der blev lanceret i psykiatриhandlingsplanen fra 2014.

Patienter med psykiske lidelser har svært ved at gøre sig gældende i behandlingssystemet. Dansk Psykiatrisk Selskab vil derfor benytte lejligheden til at fremhæve den utvivlsomme forskel, der fortsat vil være i adgangen og udmålingen af erstatning mellem somatiske og psykiske lidelser. Man kan forestille sig, at dette misforhold har en tilbagevirkende effekt på de behandlingstilbud, som stilles til rådighed af det offentlige.

Hvis det fortsat er et politisk ønske, at ligestille psykiske lidelser med somatiske, så bør det også ske på erstatningsområdet.

På Dansk Psykiatrisk Selskabs vegne.



Torsten B. Jacobsen

Overlæge ph.d.

Formand

Dansk Psykiatrisk Selskab
www.dpsnet.dk

Formand: Torsten Bjørn Jacobsen, tbj@dadlnet.dk

Sekretær: Helen Gerdrup Nielsen, helen.gerdrup.nielsen@regionh.dk

Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
DK-1057 København K

København, den 12. oktober 2017

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

Dansk Psykolog Forening takker for det tilsendte materiale samt muligheden for at afgive høringssvar.

I nærværende høringssvar forholder sig til det første delelement vedrørende udvidelse af patienterstatningsordningen samt sjette delelement vedrørende udnævnelse af Ankenævnet for Patienterstatningens formand og næstformænd.

Dansk Psykolog Forening forholder sig positivt til udvidelsen af patienterstatningsordningen, da det er vores holdning, at psykiske lidelser kan og bør ligestilles fysiske. DP ser således positivt på udvidelse af ordningen, som medfører mulighed for erstatning også ved psykisk skade som følge af lægemiddelsbrug, og ikke kun som tidligere, at der alene er mulighed for erstatning ved fysisk skade. DP ser også positivt på, den anerkendelse af psykiske skader og mén, såsom depression, forårsaget af brug af lægemidler, som følger af udvidelsen.

DP stiller sig endvidere positiv til at Ankenævnet for Patienterstatnings formandskab i fremtiden vil bestå af en betydelig repræsentation af landsretsdommere. På baggrund af den juridiske kompleksitet i sagerne, samt den omstændighed, at der ofte er tale om afklaring af principielle spørgsmål, mener DP, at det vil øge kvalitet og retssikkerheden for patienter.

Med venlig hilsen

Eva Secher Mathiasen
Formand, Dansk Psykolog Forening



Sundheds- og Ældreministeriet

22. september 2017

HØRING: Udkast til lovforslag om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Dansk Selskab for Almen Medicin takker for muligheden for at kommentere på ovennævnte høring.

Vi kan dog meddele, at vi ikke har bemærkninger til det fremsendte.

Med venlig hilsen



Anders Beich
Formand, Dansk Selskab for Almen Medicin

Stockholmsgade 55, st.
2100 København Ø

T: 7070 7431
dsam@dsam.dk
www.dsam.dk

Til Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

c/o Hvidovre Hospital
P610 Kettegård Alle 30
DK – 2650 Hvidovre

T +45 3862 2171
E info@patientsikkerhed.dk

www.patientsikkerhed.dk

12. oktober 2017

Høring over udkast til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Dansk Selskab for Patientsikkerhed takker for muligheden for at give høringssvar til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgangen inden for sundhedsvæsenet.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed støtter udvidelsen af patienterstatningsordningen, så den fremover vil omfatte alle skader påført i forbindelse med behandling, undersøgelse og lign. (behandlingsskader) af personer, der er autoriserede i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed støtter, at psykiske skader, der påføres som følge af egen-skaber ved et lægemiddel, også bliver omfattet af patienterstatningsordningen. I Dansk Selskab for Patientsikkerhed arbejder vi ud fra et såkaldt bredt skadesbegreb, der udover fysisk personskade også omfatter psykiske skader, der påføres i mødet med sundhedsvæsenet. Forslaget er er med til at forbedre patienters rettigheder og bidrager til at ligestille somatiske og psykiske skader i sundhedsvæsenet.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed støtter at frede udbetalte patienterstatninger og godtgørelse.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed opfordrer til, at negative konsekvenser af at indføre egetbidraget på 7300 kroner i forbindelse med tilkendelse af erstatninger, overvejes.

På vegne af Dansk Selskab for Patientsikkerhed
Jens Reventlov

Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K



Høringssvar til udkast til lovforslag om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Danske Fysioterapeuter takker for udkast til lovforslag om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet.

Udkastet giver forslag til, at dækningsområdet udvides til skader, som er opstået i forbindelse med behandling hos alle autoriserede sundhedspersoner og medhjælpere hertil.

Danske Fysioterapeuter mener, at det er positivt, at dækningsområdet nu skal omfatte skader påført af autoriserede sundhedspersoner. Den nye afgrænsning af dækningsområdet vil udrydde den usikkerhed, der har været i forbindelse med behandling igennem eks. sundhedsordninger.

Lovændringen medfører, at patienter, der får skader i forbindelse med behandling hos en fysioterapeut, - uanset fysioterapeutens tilhørsforhold og uanset hvem der betaler for det-, vil kunne anlægge sag om erstatning i Patienterstatningen.

Det bliver dermed nemmere for fysioterapeuterne at navigere i systemet og rådgive patienterne korrekt.

Danske Fysioterapeuter har ikke kommentarer til øvrige forslag til ændringer.

Med venlig hilsen

Tina Lambrecht
Formand

Dato:
06-10-2017

Email:
gp@fysio.dk

Tlf. direkte:
3341 4656



Danske Handicaporganisationer

Blekinge Boulevard 2
2630 Taastrup, Danmark
Tlf: +45 3675 1777
Fax: +45 3675 1403
dh@handicap.dk
www.handicap.dk

Taastrup, den 03. oktober 2017

Sag 17-2015-00043 – Dok. 339546/ik_dh

Høringssvar om ændring af klage- og erstatningsloven (udvidelse af patienterstatning, fredning af udbetalte erstatninger)

Indledende bemærkninger

DH takker for muligheden for at komme med bemærkninger til lovforslaget, der bygger på en bred politisk aftale.

DH er overordnet set godt tilfreds med lovforslaget. Det indeholder en række ændringer, som DH har arbejdet for gennem længere tid.

Det gælder den udvidelse af patienterstatningens dækningsområde, lovforslaget indeholder. Det er godt, at man som patient fremover kan få dækket skader via Patienterstatningen, hvis man fx kommer til skade forvoldt af en sundhedsperson på et botilbud. Eller hvis man kommer til skade under behandling hos en praktiserende fysioterapeut, der arbejder uden for overenskomsten med regionerne.

Det er godt, at psykiske skader (som depression e.l.) forvoldt af lægemidler nu foreslås dækket. I dag er det kun fysiske skader, der dækkes.

Det er positivt, at lovforslaget lægger op til delvist at frede udbetalte erstatninger. Den nuværende retstilstand, hvor patienter oplever at miste hele den udbetalte erstatning i ankesager, skaber usikkerhed for patienterne og er ikke rimelig.

DH havde dog gerne set, at man i den politiske aftale og i lovforslaget var gået en smule længere i patienternes retning. Det gælder omfanget af fredningen af erstatninger og finansieringen af de udgifter, lovforslaget vil medføre. Mere herom i de specifikke bemærkninger nedenfor.

Specifikke bemærkninger

Fredning af erstatningerne bør gå et skridt videre

Lovforslaget lægger op til, at en udbetalt erstatning fredes i to tilfælde.

- a) Hvis det er den erstatningspligtige (fx regionen), der anker.
- b) Afgørelser, som ikke er indbragt for Ankenævnet for Patienterstatningen, og som nævnet efterfølgende ændrer ved behandlingen af andre afgørelser i en sag.

Det er som sagt gode skridt i den rigtige retning. Men DH havde gerne set en total fredning, så krav om tilbagebetaling alene kunne rejses i de tilfælde, hvor patienten var i ond tro – dvs. har tilbageholdt oplysninger eller bevidst har afgivet forkerte oplysninger af betydning for afgørelsen i sagen.

Patienterne bør ikke betale for lovforslaget

Det skønnes, at lovforslaget medfører en samlet udgift for det offentlige og det private erhvervsliv på 11 mio.kr. årligt. Den foreslås finansieret ved at indføre et egetbidrag – en slags selvrisiko – på 7.300 kr., der fratrækkes de erstatningsbeløb, patienter får tilkendt.

DH finder det mest rimeligt, at det ikke er patienterne, der kommer til at bære omkostningerne ved de foreslåede ændringer. DH opfordrer til, at man finder pengene i de forestående forhandlinger om finansloven.

Med venlig hilsen



Thorkild Olesen, formand

For nærmere oplysninger kontakt chefkonsulent Torben Kajberg på tk@handicap.dk

Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K
E-mail: sist@sum.dk; cc sum@sum.dk

Høringssvar vedr. forslag til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (Udvidelse af patienterstatningsordningen, fredning af udbetalte erstatninger m.v.)

Danske Patienter takker for muligheden for at kommentere på det tilsendte materiale vedr. den foreslåede ændring af lov om klage- og erstatningsadgang.

Det er positivt, at ordningen fremover kommer til at omfatte alle behandlingsskader påført af sundhedspersoner, og at psykiske lægemiddelskader også gøres til genstand for erstatningsmulighed. Ligeledes er vi meget tilfredse med den foreslåede § 33a, som freder erstatninger udbetalt til patienter eller deres efterladte. Den hidtidige tilbagesøgningspraksis fra regionerne har ramt patienter, som i god tro har modtaget et for dem betydeligt beløb, urimeligt hårdt. Derfor er Danske Patienter glade for, at der med lovforslaget bliver sat en stopper for den praksis.

Vi er til gengæld ikke positive over for den foreslåede finansieringsmodel, hvor der indføres en egenbetaling på 7.300 kroner for alle tilkendte erstatninger. Med denne model bliver det de skadelidte patienter, der skal finansiere regionernes manglende indtægter på ankesager. Det synes urimeligt at indføre brugerbetaling i et tilfælde, hvor brugerne er patienter, der uforstyldt er blevet udsat for skade.

De samlede merudgifter for udvidelsen af ordningen og fredningen af udbetalte erstatninger skønnes til 20,4 millioner kroner. 20 millioner udgør en meget lille procentdel af sundhedsvæsenets (og regionernes) samlede budget. Omvendt udgør 7.300 kroner en relativt stor del af erstatningsbeløbet for mange af de patienter, der tildeles erstatninger. For eksempel viser en udregning baseret på de udbetalte erstatninger i første halvår af 2017, at halvdelen af alle psykiatripatienter, der er berettiget til og får tilkendt en erstatning for behandlingsskade, fremover vil få en erstatning, der er mellem 26-73 % mindre, end det er tilfældet i dag. For somatiske patienter er den samme reduktion 11-73 %. For lægemiddelskader reduceres erstatningen med 29-73 % for halvdelen af de skadelidte.

Dato:
11. oktober 2017

Danske Patienter
Kompagnistræde 22, 1. sal
1208 København K

Tlf.: 33 41 47 60

www.danskepatienter.dk

E-mail:
jk@dankepatienter.dk

Cvr-nr: 31812976

Side 1/2

Merudgifterne af lovforslagets positive ændringer bør ikke finansieres inden for rammen af erstatningsordningen selv. Derfor støtter Danske Patienter Dansk Folkepartis ambitioner om at søge ændringerne finansieret via en finanslovsbevilling.



Side 2/2

Med venlig hilsen



Morten Freil

Direktør

Sundheds- og Ældreministeriet

sist@sum.dk

sum@sum.dk

Sagsnr.: 1703524



VI HJÆLPER HINANDEN

DANSKE SENIORER

Griffenfeldsgade 58

2200 København N

Tlf.: 3537 2422

Fax: 3535 2880

CVR: 10 78 87 14

Arbejdernes Landsbank

Kontonr.: 5301 0273256

info@danske-seniorer.dk

www.danske-seniorer.dk

Kontoret i Sdr. Omme:

Stadion Allé 11

7260 Sdr. Omme

Tlf.: 7534 1217

anj@danske-seniorer.dk

København N, den 6. oktober 2017

Høring over udkast til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Sundheds- og Ældreministeriet har i skrivelse af 19. september 2017 anmodet om eventuelle kommentarer til ovenstående lovforslag.

Lovforslaget indebærer en række forbedringer af adgangen til erstatning for skader påført af sundhedsvæsenet. Således sker der en udvidelse af ordningen, og der sker fredning af allerede udbetalte erstatninger, så fremtidige uværdige tilbagebetalingsager undgås.

Danske Seniorer kan fuldt ud gå ind for de foreslåede forbedringer, men er betænkelig ved finansieringen. Efter forslaget skal forbedringerne for klagerne finansieres af klagerne selv, således at forslaget er udgiftsneutralt. Det sker ved, at klagerne selv skal bære de første 7.300 kr. af erstatningen. Denne "selvrisiko" forventes så at dække de merudgifter, forbedringerne vil påføre det offentlige.

Ved beregning af det beløb, klagerne selv skal dække, er man udelukkende gået ud fra, at forslaget skal være udgiftsneutralt. Man kan også gå den modsatte vej og se på, om der er tale om en rimelig "selvrisiko" uanset om dette skulle medføre, at forslaget ikke fuldt ud er selvfinansieret. Der er i alle tilfælde tale om udgifter, der er ubetydelige for det samlede offentlige budget.

Danske Seniorer foreslår derfor, at man revurderer størrelsen af det beløb, klagerne selv skal bære, og overvejer at nedsætte beløbet til f. eks. 5.000 kr.

Med venlig hilsen

Jørgen Fischer
Landsformand

Henrik Grüber Sivgaard
Direktør

Fra: Lisbeth Grøndahl [mailto:lg@danske-aeldreraad.dk]

Sendt: 10. oktober 2017 10:36

Til: Signe Struberga <SIST@SUM.DK>; DEP Sundheds- og Ældreministeriet <sum@sum.dk>

Cc: 'Lisbeth Grøndahl' <lg@danske-aeldreraad.dk>

Emne: VS: NO.22 - HØRING: Udkast til lovforslag om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Att.: sist@sum.dk og sum@sum.dk

Kære Signe Struberga

DANSKE ÆLDRE RÅD takker for mulighed for at afgive høringssvar på lovændringerne vedr. patienterstatning.

DANSKE ÆLDRE RÅD har ikke kommentarer til lovændringen.

Venlig hilsen

Lisbeth Marie Grøndahl

Ældrepolitisk Konsulent



DANSKE ÆLDRE RÅD



VI ER EN DEL AF
FOLKEBEVÆGELSEN
MOD ENSOMHED

DANSKE ÆLDRE RÅD

Jernbane Allé 54, 3. th.

2720 Vanløse

Tlf.: 38 77 01 60

Direkte nr.: 38 77 01 64

Mail: lg@danske-aeldreraad.dk

Hvis du vil vide mere om DANSKE ÆLDRE RÅD se www.danske-aeldreraad.dk



Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

Att. sist@sum.dk med kopi til sum@sum.dk

Dato: 10. oktober 2017

Sagsnr.: 1707280

Dok.nr.: 451769

Sagsbeh.: UH.DKETIK

Høring over udkast til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (udvidelse af patienterstatningsordningen, fredning af udbetalte erstatninger m.v.)

Det Ethiske Råd takker for modtagelse af ovennævnte i høring. Rådet har ingen bemærkninger til lovudkastet.

Med venlig hilsen
på Det Ethiske Råds vegne

Gorm Greisen
Formand

Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

Sendt til: sist@sum.dk
Cc: sum@sum.dk, jm@jm.dk

5. oktober 2017

Vedrørende høring over udkast til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Datatilsynet
Borgergade 28, 5.
1300 København K

Ved e-mail af 19. september 2017 har Sundheds- og Ældreministeriet anmodet om Datatilsynets bemærkninger til ovennævnte udkast til lovforslag.

CVR-nr. 11-88-37-29

Telefon 3319 3200
Fax 3319 3218

Datatilsynet forudsætter, at persondataloven¹ og regler udstedt i medfør heraf, herunder sikkerhedsbekendtgørelsen², vil blive iagttaget i forbindelse med de behandlinger af personoplysninger, der vil ske som følge af lovforslagets bestemmelser.

E-mail
dt@datatilsynet.dk
www.datatilsynet.dk

Udkastet giver ikke umiddelbart Datatilsynet anledning til bemærkninger.

J.nr. 2017-112-0770
Dok.nr. 446011
Sagsbehandler
Camilla Andersen
Direkte 3319 3211

Datatilsynet skal for god ordens skyld gøre opmærksom på, at databeskyttelsesforordningen³ får virkning fra 25. maj 2018, og at persondataloven samtidig ophæves.

Kopi af dette brev sendes til Justitsministeriets Lovafdeling til orientering.

Med venlig hilsen

Camilla Andersen

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

² Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 528 af 15. juni 2000, som ændret ved bekendtgørelse nr. 201 af 22. marts 2001, om sikkerhedsforanstaltninger til beskyttelse af personoplysninger, som behandles for den offentlige forvaltning.

³ Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EU) 2016/679 af 27. april 2016 om beskyttelse af fysiske personer i forbindelse med behandling af personoplysninger og om fri udveksling af sådanne oplysninger og om ophævelse af direktiv 95/46/EF.

Fra: Anders Kallfoed [mailto:andk@nanoq.gl]

Sendt: 10. oktober 2017 19:22

Til: DEP Sundheds- og Ældreministeriet <sum@sum.dk>; Signe Struberga <SIST@SUM.DK>

Emne: Sv: HØRING: Udkast til lovforslag om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (Nanoq - ID nr.: 6366594)

Naalakkersuisut, Departementet for Sundhed takker for høringen vedrørende ændring af lov om klage- og erstatningsadgang.

Departementet for Sundhed har ingen bemærkninger til lovforslaget.

Inussiarnersumik Inuulluaqqusillunga - Med venlig hilsen - Best regards

Anders Kallfoed

Inatsisileritooq - Jurist - Legal Officer

Peqqissutsimut Naalakkersuisoqarfik
Departementet for Sundhed - Ministry of Health
P.O. Box 1160. 3900 Nuuk
Oq./Tel.: +299 34 58 55
andk@nanoq.gl
www.naalakkersuisut.gl

Fra: Mikkel Bruun Pedersen [mailto:mbp@farmakonom.dk]

Sendt: 3. oktober 2017 15:10

Til: Signe Struberga <SIST@SUM.DK>

Cc: DEP Sundheds- og Ældreministeriet <sum@sum.dk>

Emne: Udkast til lovforslag om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (FF ID: 228314)

Til Sundheds- og Ældreministeriet

Farmakonomforeningen har ingen bemærkninger til lovforslaget om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Med venlig hilsen



FARMAKONOMFORENINGEN

MIKKEL BRUUN PEDERSEN

Politisk Konsulent

M: 4214 4802

mbp@farmakonom.dk

Skindergade 45-47

1159 København K

T: 3312 0600

www.farmakonom.dk

Sundheds- og ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

Høringssvar vedr. udkast til lovforslag om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang

Med henvisning til Sundheds- og Ældreministeriets høring af 20. september 2017 skal FOA hermed fremkomme med følgende bemærkninger:

FOA støtter udvidelsen af patienterstatningsordningen, så den fremover vil omfatte alle skader påført i forbindelse med behandling, undersøgelse og lign. (behandlingsskader) af personer, der er autoriserede i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar. Det vil skabe de samme rettigheder for alle patienter uanset hvor de behandles i sundhedsvæsenet.

FOA støtter, at psykiske skader, der påføres som følge af egenskaber ved et lægemiddel, også bliver omfattet af patienterstatningsordningen. Forslaget er med til at forbedre patienters rettigheder og bidrager til at ligestille somatiske og psykiske skader i sundhedsvæsenet.

FOA støtter at frede udbetalte patienterstatninger og godtgørelse.

Med venlig hilsen



Karen Stæhr
Sektorformand
FOA

Dato:
10-10-2017

Dokumentnummer:
17/245658/5

Ref.:
KAS

FOA

Stauings Plads 1-3
1790 København V

Telefon:
+45 46 97 26 26

Mail:
foa@foa.dk

www.foa.dk

Sundheds- og Ældreministeriet
sist@sum.dk
sum@sum.dk

11-10-2017
Dok. 170259/

Høring over udkast til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Forbrugerrådet Tænk har modtaget ovenstående lovudkast i høring. Grundlæggende hilser vi intentionerne bag forslagene velkommen. Vi har følgende kommentarer.

Psykiske skader efter lægemidler skal dækkes

Forbrugerrådet Tænk er meget tilfreds med, at mentale skader efter lægemidler bliver erstatningsberettiget og dermed sidestilles med behandlingsskader. Vi har i årevis gjort opmærksom på denne klare mangel ved loven, da vi ved, at flere lægemidler giver mentale skader. Denne ændring vil have meget stor betydning for de enkelte borgere, som er blevet mentalt skadet af lægemidler.

Forbrugerrådet Tænk foreslår, at denne bestemmelse om erstatning af mentale skader indføres som en direkte lovparagraf. Det vil dreje sig om meget få sager, men det er nødvendigt, at ændringen præciseres i loven. Vi foreslår, at § 38 affattes således:

*§ 38. Til patienter, der påføres fysisk **og mental** skade **eller symptomer på skade** som følge af egenskaber ved lægemidler, der er anvendt ved undersøgelse, behandling el.lign. (lægemiddelskade), ydes erstatning efter reglerne i dette kapitel. Det samme gælder for efterladte til sådanne patienter.*

Fredning af udbetalte erstatninger er den rette vej frem

Forbrugerrådet Tænk støtter i høj grad fredning af allerede udbetalte erstatninger og særligt, at det ikke længere bliver muligt for regionerne at kræve allerede udbetalte erstatninger tilbage. Endelig finder vi det også yderst fornuftigt at frede erstatningerne fra tidligere afgørelser. Nugældende lov og praksis har medført ændring af afgørelser, som ligger flere år tilbage. Dermed er tidligere udbetalte erstatninger blevet krævet tilbage, og det har kun kunnet opfattes som uforståelig og urimelig praksis for forbrugere og patienter.

Bedre forbrugerinformation, når ankefristen forkortes

Forbrugerrådet Tænk kan støtte, at ankefristen forkortes til 3 måneder. Dog vil vi gøre opmærksom på, at klagerne er syge og/eller skadet skal navigere i dette meget svære juridiske system. Det er derfor nødvendigt med forbedret forbrugerinformation. Det bør præciseres, at forbrugerne og patienterne kan nøjes med at skrive, at de anker sagen og de efterfølgende har mulighed for at skrive yderligere og sende relevant dokumentation, og der ikke er en 4 ugers frist for dette.

'Selvrisiko' bør ikke være finansieringsformen

Forslaget lægger op til en form for selvrisiko, hvor alle de der får udbetalt erstatning, skal afgive de første 7.300,- kr. Forbrugerrådet Tænk finder det ikke rimeligt med en ordning, hvor man lader de allerede skadede betale for ændringen. Det normale udgangspunkt for andre typer af erstatningspligt er jo, at skadelidte har krav på en erstatning, der svarer til den lidte skade, og borgerne vil have meget svært ved at forstå, at de først gives erstatning, og derefter trækkes en del fra igen for at betale for andres skader. Dette er særlig omkostningsfuldt for de patienter, som modtager en mindre erstatning.

Evaluering af finansieringen er nødvendig

Såfremt finansieringen af ændringerne fastholdes, vil vi foreslå en grundig evaluering inden 2 år. Forbrugerrådet Tænk er ikke overbevist om, at de foreslåede ændringer vil nødvendiggøre en så stor ændring af beregningerne, at erstatningsberettigede og skadede borgere skal betale hele 7.300 af deres erstatning.

Med venlig hilsen

Vagn Jelsøe
Vicedirektor

Sine Jensen
Seniorrådgiver, sundhedspolitik

Sundheds- og Ældreministeriet

sum@sum.dk
sist@sum.dk



**forsikring
& pension**

Forsikring & Pensions hørings svar

Forsikring & Pension takker for muligheden for at give bemærkninger til "Udkast til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet".

Som repræsentant for både de selskaber, der tegner de lovpligtige patientforsikringer, og de selskaber, som dækker behandlingsudgifter på private sygehuse mv., har vi et to-delt fokus. For det første er det vores holdning, at alle patienter skal have ens patientrettigheder uanset, hvor, hvornår og af hvem de bliver behandlet. For det andet arbejder vi for, at reglerne om forsikringspligten fortsat understøtter et velfungerende marked for patientforsikringer. Vi må desværre konstatere, at lovforslaget ikke bidrager til sidstnævnte.

Vores hørings svar falder i to dele. Først nogle generelle, principielle bemærkninger. Dernæst konkret input til lovforslagets forskellige dele. Vores hørings svar har alene fokus på behandlingsskader.

Generelle bemærkninger

Indledningsvis bemærker vi, at vi finder det principielt forkert, at patienter, der efter Ankenævnets afgørelse ikke har fået en behandlingsskade, i mange tilfælde må beholde erstatninger, som de reelt ikke er berettiget til. Det forekommer desuden urimeligt, at denne fredning af udbetalte erstatninger skal finansieres gennem lavere erstatninger til patienter, der rent faktisk har fået en behandlingsskade.

Vi anerkender det politiske ønske om at finde en model, som reducerer antallet af tilfælde, hvor patienter – lang tid efter udbetaling af en erstatning – skal tilbagebetale denne. Vi mener dog ikke, at en fredning af udbetalte erstatninger er den rigtige vej at gå. Vi foreslår i stedet en løsning, hvor en anke automatisk medfører opsættende virkning på samme måde som på arbejdsskadeområdet. Vi uddyber forslaget nedenfor.

11.10.2017

Forsikring & Pension
Philip Heymans Allé 1
2900 Hellerup
Tlf.: 41 91 91 91
Fax: 41 91 91 92
fp@forsikringogpension.dk
www.forsikringogpension.dk

Astrid Breuning Sluth
Chefkonsulent, cand.oecon
Dir. 41919071
abs@fogp.dk

Vores ref. abs
Sagsnr. GES-2017-00291
DokID 346836

Dårligere kvalitet i klage- og erstatningssystemet

Lovforslagets del om fredning af udbetalte erstatninger har betydelige negative konsekvenser for klage- og erstatningssystemet. Det skyldes, at de erstatningspligtiges incitament til at anke en afgørelse fra Patienterstatningen forsvinder, når deres mulighed for at kræve tilbagebetaling af udbetalt erstatning forsvinder.

Tal fra Ankenævnet viser, at omgørelsesprocenten for ankesager anlagt af de erstatningspligtige er ca. 46, mens omgørelsesprocenten samlet set er 14 procent. Kvaliteten af klage- og erstatningssystemet kommer dermed uundgåeligt til at lide under lovforslaget.

Øgede præmier

Samtidig øger lovforslagets del om fredning af udbetalte erstatninger præmien på den lovpligtige patientforsikring, som private sygehuse, speciallægepraksisser og klinikker skal have. Det skyldes, at det foreslåede egetbidrag ikke tilnærmelsesvis dækker de udgifter, som fredningen af udbetalte erstatninger medfører. Lovforslaget synes alene at have fokus på den offentligt finansierede del af ændringerne og tager ikke højde for den privatfinansierede del, som adskiller sig betragteligt fra den offentligt finansierede del.

Samtidig er vi i tvivl om, om lovforslaget – utilsigtet – udvider forsikringspligten til også at omfatte skader forvoldt af andre end sundhedspersoner på private sygehuse, speciallægepraksisser og klinikker. Hvis dette er tilfældet, vil det også have væsentlig betydning for præmierne.

Klarere regler er til gavn for patienterne

Vi vil gerne kvittere for forslaget om at simplificere og dermed udvide ordningens dækningsområde, så patienternes mulighed for at få erstatning ikke afhænger af fx behandleren ansættelsesretlige forhold. Vi bakker også op om de foreslåede ændringer, som understøtter Patienterstatningens arbejde for at nedbringe sagsbehandlingstiderne.

Konkrete bemærkninger til lovforslagets forskellige dele

Udvidelse af dækningsområdet

Med lovforslaget foreslås det at simplificere reglerne om, hvilke skader der er omfattet af ordningen. Simplificeringen medfører en udvidelse af ordningens dækningsområde, så der ydes erstatning til patienter eller efterladte til patienter, der her i landet påføres skade i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende, som er foretaget af:

- a. Autoriserede sundhedspersoner og personer, der handler på dissers ansvar uanset, hvor skaden bliver forvoldt.
- b. Andre personer end sundhedspersoner på et offentligt eller privat behandlingssted, som er omfattet af registreringspligten i sundhedslovens § 213 c.
- c. Af andre end sundhedspersoner som led i den præhospitale indsats efter sundhedsloven eller
- d. Af Sundhedsstyrelsen af sager i henhold til sundhedslovens kapitel 21, regler udstedt i medfør heraf eller regler udstedt i medfør af § 5 d i lov om sygehusvæsenet som opretholdt ved sundhedslovens § 277, stk. 12.

Forsikring & Pension

Vores ref. abs
Sagsnr. GES-2017-00291
DokID 346836

Ad a

Vi forstår lovforslaget sådan, at alle skader forvoldt af autoriserede sundhedspersoner er omfattet af dækningsområdet. Det gælder ikke kun uanset, hvor skaderne bliver forvoldt, men også uanset, hvornår på døgnet skaderne forvoldes – eksempelvis også, hvis skaden forvoldes i sundhedspersonens fritid. Det kunne med fordel præciseres i bestemmelsen.

Ad b

Det fremgår af de specifikke bemærkninger til § 1, nr. 1, at det ved udvidelsen af dækningsområdet i 2003 blev vurderet, at det var u hensigtsmæssigt at inddrage uautoriserede sundhedspersoner i ordningen. Tilsvarende argumentation blev fremført for nylig, da man indførte forsikringspligt for registrerede alternative behandlere, der foretager manipulationsbehandling af rygsøjlen. Det lader til, at man med den foreslåede nye formulering af lovens § 19, stk. 1, nr. 2, gør op med det synspunkt.

Vi mangler en afklaring af, hvilke grupper af personer der er omfattet af "andre end sundhedspersoner". Er det fx en registreret alternativ behandler? Afklaringen er vigtig for forsikringsselskaberne (og regionerne) uanset, hvem der er erstatningspligtig for skader forvoldt af andre end sundhedspersoner på forsikringspligtige behandlingssteder, jf. nedenfor.

Udvidelse af forsikringspligten?

Der er med lovforslaget ikke eksplicit lagt op til at ændre eller udvide forsikringspligten, men vi er usikre på, om lovforslaget – utilsigtet – alligevel medfører en udvidelse af forsikringspligten.

I dag dækker patientforsikringerne eksempelvis skader forvoldt af *autoriserede sundhedspersoner* på forsikringspligtige behandlingssteder, når behandlingen sker som led i det udvidede frie sygehusvalg (DUF) eller er betalt direkte uden om det offentlige sundhedsvæsen. Præmien på forsikringen er beregnet ud fra præcis den forudsætning. Med lovforslaget bliver skader forvoldt af *andre end sundhedspersoner* på disse behandlingssteder fremover også omfattet af dækningsområdet.

Det fremgår ikke klart, hvem der bliver erstatningspligtig for disse skader, og om erstatningspligten afhænger af, om behandlingen sker som led i DUF eller finansieres direkte uden om det offentlige sundhedsvæsen.

Ministeriet har oplyst os om, at der ikke lægges op til en udvidelse af forsikringspligten, og at ministeriet arbejder på en ændring af de relevante bestemmelser, så det bliver klart, at der ikke er tale om en udvidelse af forsikringspligten.

Fredning af udbetalte erstatninger

Formålet med fredningen af udbetalte erstatninger er at undgå situationer, hvor patienter – lang tid efter udbetaling af erstatning – skal tilbagebetale disse.

Lovforslaget lægger op til en model, hvor både tidligere udbetalte erstatninger knyttet til afgørelser, som ikke er blevet anket, og erstatninger knyttet til den aktuelt ankede afgørelse fredes, hvis den erstatningspligtige anker afgørelsen. Hvis derimod patienten eller efterladte til denne anker afgørelsen, fredes "kun" tidligere udbetalte erstatninger, og den aktuelle erstatning er så at sige "i spil".

Alle skal selvfølgelig anke inden for ankefristen

Vi har fuld forståelse for den triste situation, som en patient kan ende i, hvis en tabt ankesag fører til et krav om tilbagebetaling af en erstatning, som er modtaget for lang tid siden, og som patienten måske har brugt på at komme på fode igen efter skaden.

Vi ser derfor med positive øjne på, at tidligere udbetalte erstatninger altid fredes uanset, hvem der anker. Det bør være sådan, at patienterne kan vide sig sikre på, at de kan beholde udbetalte erstatninger, hvis afgørelsen ikke er anket inden for ankefristen. Hvis den erstatningspligtige er uenig i en afgørelse, skal denne afgørelse selvfølgelig ankes inden ankefristens udløb.

Fredning går ud over kvaliteten af klage- og erstatningssystemet

Vi finder det dog ikke rimeligt, at erstatningen knyttet til den aktuelle ankesag fredes, hvis den erstatningspligtige anker. Det er principielt forkert, at patienten får lov at beholde en erstatning, som vedkommende viser sig ikke at være berettiget til, og man kan frygte, at fredning af udbetalte erstatninger får afsmittende effekt på andre forsikringspligtige områder.

Ud over det principielt forkerte i fredningsforslaget bemærker vi, at de erstatningspligtiges incitament til at anke Patienterstatningens afgørelser forsvinder, fordi selv den aktuelle erstatning er tabt for dem uanset udfaldet af anken. Tal fra Ankenævnet for Patienterstatningen viser, at omgørelsesprocenten for ankesager anlagt af de erstatningspligtige er ca. 46, mens omgørelsesprocenten samlet set er 14 procent. Kvaliteten af klage- og erstatningssystemet kommer dermed uundgåeligt til at lide under lovforslaget. Det kan ingen være tjent med.

Fredningsforslaget bidrager desuden til at skævvride ankesystemet, fordi det kun kan betale sig for patienten at anke. De erstatningspligtige vil reelt set blive omfattet af et "en-instans-system". Det betyder, at Patienterstatningens afgørelser reelt set vil være endelige for de erstatningspligtige. Det kan føre til, at de erstatningspligtige og de forsikringspligtige løbende skal give partsindlæg under sagsbehandlingen i Patienterstatningen, hvilket vil føre til en uhensigtsmæssig sagsbehandling og fokus på en nulfejlskultur med forlænget sagsbehandlingstid som konsekvens.

Forslag om opsættende virkning

Vi foreslår derfor, at man i stedet indfører automatisk opsættende virkning, når en afgørelse ankes af den erstatningspligtige. Opsættende virkning i kombination med den foreslåede ankefrist på én måned vil betyde, at patienten får udbetalt erstatningen ved ankefristens udløb i de tilfælde, hvor den erstatningspligtige ikke anker Patienterstatningens afgørelse. I de sager, hvor den erstatningspligtige anker Patienterstatningens afgørelse, får patienten udbetalt erstatningen plus renter – hvis patienten fortsat er berettiget til den – efter ankenævnets afgørelse. Dette forslag overflødiggør indførelsen af egetbidraget, og man undgår tilbagebetalingsproblematikken.

I stedet for automatisk opsættende virkning kunne man overveje en model, hvor en anke medfører opsættende virkning, hvis den erstatningspligtige gør det gældende.

Forsikring & Pension

Vores ref. abs

Sagsnr. GES-2017-00291

DokID 346836

Lovforslaget giver ikke Patienterstatningen mulighed for at sætte sagsbehandlingen i bero, hvis en afgørelse om anerkendelse og/eller erstatning og godtgørelse ankes. Det betyder, at Patienterstatningen skal fortsætte sagsbehandlingen og træffe yderligere afgørelser velvidende, at en afgørelse om anerkendelse eller erstatningsudmåling er anket. Tilsvarende er de erstatningspligtige forpligtet til at udbetale disse erstatninger velvidende, at ankenævnet behandler en anke i sagen. Det forekommer uhensigtsmæssigt for alle parter. Man kunne derfor overveje at supplere den automatiske opsættende virkning med en mulighed for, at Patienterstatningen sætter sagsbehandlingen i bero, indtil ankenævnets afgørelse foreligger.

Endelig bemærker vi, at mange af ankenævnets afgørelser indbringes for domstolene. Lovforslaget ændrer ikke på, at både patienterne og de erstatningspligtige kan indbringe ankenævnets afgørelse for domstolene. Hvis domstolen afgør sagen til fordel for den erstatningspligtige, er det i dag patienten, der skal tilbagebetale erstatningen. Det er uklart, om dette ændres med lovforslaget. Hvis lovforslaget endegyldigt skal friholde patienten fra risiko for tilbagebetaling – også efter en eventuel domstolsafgørelse – må dette fremgå tydeligt. Det bør i så fald ligeledes fremgå tydeligt, hvem der i en sådan situation skal tilbagebetale erstatningen til den erstatningspligtige.

Finansiering og de økonomiske konsekvenser for erhvervslivet

Lovforslaget ophæver undergrænsen på 10.000 kroner i lovens § 24 og erstatter denne med et såkaldt egetbidrag på 7.300 kroner, som fratrækkes erstatningens eller godtgørelsens hovedstol. Formålet er at finansiere fredningen af udbetalte erstatninger.

Vi undrer os over, hvordan man er kommet frem til, at omkostningerne for erhvervslivet er under én million kroner om året. Egetbidraget vil ikke tilnærmelsesvis dække de øgede udgifter, som fredningsforslaget medfører for forsikringsselskaberne. Eksempelvis kan en afgørelse om erhvervsevnetab medføre en erstatning på flere millioner kroner. En enkelt af disse afgørelser, som den erstatningspligtige anker, vil langt overstige én million kroner.

Vi er opmærksomme på, at nogle politikere arbejder for at finansiere fredningen af udbetalte erstatninger via Finansloven. Hvis det bliver en realitet, opfordrer vi til, at forsikringsselskabernes ekstra udgifter i forbindelse med fredningen tænkes ind, ligesom forsikringsselskaberne i så fald bør have mulighed for at hæve præmierne uden at fritstille kunderne.

Bedre vilkår for Patienterstatningens sagsbehandling

Det er positivt, at lovforslaget styrker Patienterstatningens arbejde med at nedbringe sagsbehandlingstiderne ved at indføre en frist på 30 dage for videregivelse af oplysninger til Patienterstatningen.

Fristen omfatter oplysninger fra de erstatningspligtige om, efter hvilke regler i sundhedsloven patienten er undersøgt, behandlet eller lignende, eller om undersøgelsen, behandlingen eller lignende er betalt uden om det offentlige sundhedsvæsen, jf. § 33. Fristen omfatter tillige oplysninger fra relevante parter, jf. §§ 37 og 58.

Det er endvidere præciseret i §§ 37 og 58, at de oplysninger, som indhentes i henhold til nævnte bestemmelser, indhentes vederlagsfrit. Patienterstatningen indhenter også funktionsattester. Det kan med fordel præciseres i bemærkningerne, at den, der udfylder en sådan attest, fortsat honoreres for udfyldelsen.

Forsikring & Pension

Vores ref. abs

Sagsnr. GES-2017-00291

DokID 346836

Rækkevidden af hjemlen til indhentning af oplysninger

Patienterstatningen og Forsikring & Pension har gennem en årrække oplevet tvivl hos forsikrings- og pensionsselskaberne om rækkevidden af lovens § 37. Tvivlen vedrører primært, om Patienterstatningens hjemmel til at indhente oplysninger gælder oplysninger fra alle forsikrings- og pensionsselskaber til trods for bestemmelsens ordlyd, der siger "forsikringsgiver efter lovens § 30, stk. 1".

For at imødegå denne tvivl foreslår vi, at det præciseres i lovens § 37, stk. 1, at hjemlen omfatter oplysninger fra "forsikrings- og pensionsselskaber".

Tilsvarende har der været udfordringer med at forstå præcis, hvilke oplysninger Patienterstatningen har hjemmel til at indhente fra forsikrings- og pensionsselskaberne. Det kunne derfor også med fordel præciseres i bemærkningerne, at hjemlen også omfatter oplysninger om, hvilke erstatningsbeløb selskabet har udbetalt vedrørende behandling (fysioterapi, kiropraktorbehandling, tandskadebehandling samt eventuelle andre behandlinger) på ulykkesforsikringer samt oplysninger om udbetalt erstatning og godtgørelse på ansvarsforsikringer er omfattet. Endelig vil det være en fordel for forståelsen af hjemlens rækkevidde, hvis det præciseres i bemærkningerne, at hjemlen ikke omfatter oplysninger om erstatningsudbetalinger vedrørende varigt mén på ulykkesforsikringerne samt selskabets interne lægelige vurderinger.

Ikrafttrædelse

Lovforslaget foreslås at træde i kraft 1. juli 2018 og gælde for skader, der er forårsaget den 1. juli 2018 eller senere.

Det fremgår af høringsbrevet, at aftalepartierne bag den politiske aftale ønsker, at lovforslagets dele om udvidelse af ordningens dækningsområde samt fredning af erstatninger bør gælde for skader, der er forårsaget på datoen for fremsættelsen af lovforslaget eller senere.

Imødekommelse af dette ønske vil betyde lovgivning med tilbagevirkende kraft, hvilket vi på ingen måde kan støtte, da det strider mod de almindelige forsikrings- og erstatningsprincipper. Derudover er det urealistisk, at forsikringsselskaberne kan nå at foretage de nødvendige tilpasninger af forsikringsbetingelserne og præmierne, inden lovforslaget fremsættes.

Vi står som altid til rådighed for en uddybning af vores hørings svar.

Med venlig hilsen

Astrid Breuning Sluth



Til Sundheds- og Ældreministeriet
sis@sum.dk
sum@sum.dk

Vordingborg
11. oktober 2017

Hørings svar vedr. Lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Sundheds- og Ældreministeriet har ved mail af den 19. september 2017 bedt Foreningen af Kommunale Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedschefer i Danmark (FSD) om eventuelle bemærkninger til høring over udkast til forslag om ændring af Lov om Klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

FSD ser det som positivt, at der foreslås en enklere afgrænsning af patienterstatningsordningens dækningsområde. Med det nye forslag er det mere tydeligt, hvilke skader borgere har mulighed for at indbringe for patienterstatningsordningen.

Samtidig foreslås en markant udvidelse af patienterstatningsordningens dækningsområde, som kommer til at påvirke kommunerne i særlig grad. Også andre end sundhedspersoner på et offentligt eller privat behandlingssted, som er omfattet af registreringspligten i sundhedslovens § 213c, foreslås omfattet af ordningen.

FSD ser også dette som overvejende positivt, idet borgere i så fald ikke er afhængige af på hvilket sted, den sundhedsfaglige behandling foregår. Samtidig er de heller ikke afhængige af, om den pågældende handling, som har medført en skade, er udført af en autoriseret sundhedsperson, eller om den pågældende har handlet på delegation fra en sådan.

FSD bemærker dog, at forslaget potentielt kan have stor konsekvens for kommunernes økonomi, da også almindeligt personale på plejehjem m.v. omfattes af ordningen i medfør af § 19, stk. 1, nr. 2. Ud fra det foreliggende er det svært at vurdere, om et egetbidrag på 7.300 kr. i et tilstrækkeligt omfang kan bidrage til at finansiere det ekstra økonomiske ansvar, der kommer til at påhvile kommunerne.

Med venlig hilsen

Helle Linnet
Landsformand

Fra: Anne-Mette Schroll [mailto:JMF-AMS@jordemoderforeningen.dk]

Sendt: 12. oktober 2017 11:36

Til: Signe Struberga <SIST@SUM.DK>

Cc: DEP Sundheds- og Ældreministeriet <sum@sum.dk>

Emne: Høringssvar, udkast til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Til Sundheds- og Ældreministeriet

Jordemoderforeningen takker for det tilsendte materiale vedrørende høringen over udkast til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Jordemoderforeningen finder, at en udvidelse af erstatningsordningen er i overensstemmelse med udviklingen indenfor det sundhedsfaglige område og har ikke yderligere kommentarer til lovforslaget. Da lovforslaget har til formål at sikre patienterne, støtter Jordemoderforeningen, at ændringerne bør gælde for skader, der har fundet sted efter lovforslagets fremsættelse, fremfor at afvente til efter lovens ikrafttrædelse. Vi har i ikke yderligere kommentarer til dette forslag i høringsbrevet.

Med venlig hilsen

Anne-Mette Schroll

Forsknings- og udviklingskonsulent, jordemoder, cand.scient.san, ph.d.

Jordemoderforeningen

Sankt Annæ Plads 30

1250 København K

Direkte telefon: 46 95 34 03



JORDEMODERFORENINGEN



KL's høringssvar vedr. ændring af lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet

KL har den 19. september modtaget høring til udkast til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet.

Det har ikke været muligt at behandle KL's høringssvar politisk indenfor tidsfristen, hvorfor KL tager forbehold for senere politisk behandling og for senere økonomiske kompensation af forslaget.

KL bakker op om, at det skal være muligt for alle borgere, uafhængig af behandlingssted, at klage over sundhedsvæsenet i tilfælde af fejl i deres behandling. Dog finder KL en række problemer med finansieringen og organiseringen af den foreslåede ændring:

1. Økonomisk usikkerhed vedr. omfanget af udvidelsen

Administrationsgebyret for en indberettet klage er 11.000 kroner. Beløbet er uagtet, hvorvidt der bliver tilkendt erstatning eller ej. Eftersom ordningen bliver udvidet meget bredt i kommunerne, må det forventes, at der fremadrettet kommer langt flere klager, der vedrører kommunerne. Udover selve administrationsgebyret, får kommunen også et stigende antal udgifter til erstatninger.

Desuden vil antallet af klager formentlig stige yderligere, hvis egetbidraget ikke bliver vedtaget, da incitamentet for den enkelte borger i så fald bliver styrket yderligere for at klage.

KL vil foreslå, at ordningens omfang evalueres efter 2 år, så det er muligt at justere for u hensigtsmæssigheder.

2. Fjernelse af minimumsgrænse for udbetaling af erstatning

Det må forventes, at de fleste af de behandlingsskader der finder sted i kommunalt regi, relativt set, giver mindre erstatninger. Det administrationsbidrag, som den påklagede myndighed skal betale er imidlertid uafhængig af erstatningens størrelse. KL vil foreslå, at man differentierer administrationsbidraget ift. erstatningens størrelse.

3. Begrebsafklaring

I høringmaterialet står der "skader påført i forbindelse med behandling, undersøgelse o. lign."

Det er usikkert for KL, hvad begrebet 'behandlingsskader' dækker over – og foreslår, at det bliver specificeret i vejledningen.

Dato: 12. oktober 2017

Sags ID: SAG-2017-05044
Dok ID: 2415368

E-mail: LDY@kl.dk
Direkte: 3370 3952

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 2



4. *Mere administrativt arbejde for kommunerne*
KL vil gerne gøre opmærksom på, at udvidelsen kan (afhængig af omfanget) komme til at betyde et betydeligt administrativt arbejde for kommunerne.

Med venlig hilsen

Hanne Agerbak, Kontorchef, Social- og Sundhed

Dato: 12. oktober 2017

Sags ID: SAG-2017-05044
Dok. ID: 2415368

E-mail: LDY@kl.dk
Direkte: 3370 3952

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 2

29. september 2017

Sundheds- og Ældreministeriet
Att. Signe Struberga

Patientstøtte & Lokal Indsats

Strandboulevarden 49
2100 København Ø

Tlf +45 3525 7500

www.cancer.dk

UNDER PROTEKTION AF
HENDES MAJESTÆT DRONNINGEN

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

Hermed fremsendes hørings svar fra Kræftens Bekæmpelse. Indledningsvist ønsker foreningen at udtrykke stor glæde over velviljen til at ændre ved lov om klage- og erstatningsadgang.

Foreningen finder i særdeleshed de foreslåede ændringer vedr. tilbagebetaling af erstatninger positive, idet den nuværende retstilstand opleves urimelig over for patienter, der er blevet mødt med tilbagebetalingskrav. Den foreslåede ændring skaber klarhed over reglerne og fremadrettet vil det fremgå af loven, under hvilke omstændigheder patienter kan risikere at skulle betale tilkendt erstatning tilbage.

Kræftens Bekæmpelse ønsker i den forbindelse at gøre opmærksom på, at foreningen oplever en stor efterspørgsel på mere viden om, hvordan sagerne forløber, behandles og vurderes. Det er derfor foreningens vurdering, at der er behov for mere viden om hvilke risici, der løbes ved at anke og også hvilke økonomiske konsekvenser en tilkendelse af erstatning kan få, eksempelvis i forhold til aktivlovens vurdering af formue i henhold til § 14, stk. 1. Der henvises i den forbindelse til U.2017.2716/ 1Ø, der viser, at erstatning for medicinudgifter betragtes som formue og derfor modregnes i kontanthjælp.

I forhold til at ruste patienter bedre at vurdere, om en sag ønskes anket, kunne meget vindes ved at optrykke en informerende tekst om risikoen for tilbagebetaling på den blanket, der anvendes til at anke en afgørelse fra Patienterstatningen. Patienterstatningen gør allerede på nuværende tidspunkt opmærksom herpå i sin afgørelse, men der kan være behov for yderligere information.

Hvad angår forslaget om udvidelse af lovens dækningsområde, finder Kræftens Bekæmpelse det meget positivt, at der med forslaget indføres en enklere og mere favnende afgrænsning af om skader er omfattet af ordningen. I forhold til de psykiske skader som følge af behandling med et lægemiddel, finder foreningen det særdeles positivt, at disse nu omfattes på lige fod med de somatiske skader.

Den foreslåede ændring vedr. afgrænsning af den del-erstatning, der ved en anke sættes på spil, er ligeledes en forbedring for patienterne. Ved at afgrænse anken til en specifik del-afgørelse og ikke den samlede erstatningssum, skabes der en bedre gennemsigtighed for patienterne.

Forslaget om at forkorte ankefristen fra tre måneder til en måned, giver god mening i forhold til, hvornår udbetalingen af erstatningen finder sted og kan tillige være med til at give et bedre flow i patienterstatningssager.

Den kortere frist vil dog kræve, at patienterne hurtigere tager stilling til, om en sag skal ankes og der kan derfor være et behov for hurtig og konkret rådgivning, som behandlingsstederne skal kunne honorere. Henset til der også i andre sagstyper er en ankefrist på en måned, eksempelvis i sociale sager, hvor afgørelsen skal ankes inden 4 uger, er det dog foreningens vurdering, at dette er et rimeligt vilkår, som det er muligt at disponere i henhold til.

Jf. ovenstående betragtning om et bedre flow i patienterstatningssager, er forslaget om en 30 dages frist til at indsende sags materiale et meget velkomment forslag.

Ophævelsen af undergrænsen for udbetaling af tilkendte erstatning, hvorved bagatelgrænsen forsvinder, foreslås erstattet af et eget bidrag på 7.300 kr. Modellen minder om en selvrisiko, der kendes fra forsikringsverden.

Fordelen ved ophævelsen af bagatelgrænsen er, at flere patienter vil opleve at få udbetalt en tilkendt erstatning, som beløber sig på mere end 7.300 kr. i modsætning til i dag, hvor det alene er beløb, der er større end 10.000 kr. der kommer til udbetaling. For denne gruppe vil ændringen opleves som værende positiv, om end i den beskedne ende. For de patienter, der i dag tilkendes erstatninger på mere end 10.000 kr. vil ændringen opleves mindre positiv, idet de vil opleve, at der fra deres tilkendte erstatning fratrækkes et eget bidrag på 7.300 kr.

Kræftens Bekæmpelse har forståelse for, at den foreslåede ændring er med til at finansiere udvidelsen af lovens dækningsområde og fredningen af erstatningen. Den kollektive hæftelse for at opnå et gode, kan være nødvendigt, men det ville være at foretrække om ikke den enkelte patient, der tilkendes erstatning, skal fratrækkes dette relative store beløb.

Hvad angår forslaget om indførelse af krav om, at formanden og et betydeligt antal af næstformændene i Ankenævnet for Patienterstatningen skal være landsdommere, er det med til sikre et højt niveau af juridisk ekspertise, hvilket foreningen finder rimeligt og positivt.

Afslutningsvist bemærkes, at det foreslås, at ændringerne skal træde i kraft den 1. juli 2018 og skal gælde for skader, der er forårsaget den 1. juli 2018 eller senere, men at aftalepartierne er enige om, at udvidelsen af dækningsområdet og fredningen af udbetalte erstatninger skal

gælde for skader, der er forårsaget på datoen for lovforslagets fremsættelse eller senere. Ovenstående finder Kræftens Bekæmpelse særdeles positivt og håber, at dette kommer til at afspejle sig i den endelige lovændring.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Laila Walther', written in a cursive style.

Laila Walther
Afdelingschef

Ø.L.D. 10. maj 2017 i anke 11. afd. B-1503-16

Erstatning for fremtidige og midlertidige medicinaludgifter er omfattet af aktivlovens § 14, stk. 1.

(Hovedresumé)

A, der modtog kontanthjælp, fik udbetalt 29.205 kr. i erstatning for fremtidige og midlertidige medicinudgifter efter en patientskade. Kommunen foretog modregning i kontanthjælpen efter lov om aktiv socialpolitik § 14, stk. 1, for så vidt angik et formuebeløb, der oversteg 10.000 kr. Afgørelsen blev stadfæstet af Ankestyrelsen. Landsretten fandt, at erstatningen for fremtidige og midlertidige medicinudgifter var omfattet af formuebegrebet i § 14, stk. 1. Undtagelsesbestemmelserne i § 14, stk. 2-8, kunne ikke finde anvendelse, heller ikke efter analogi - eller hensigtsbetragtninger.

(Karsten Bo Knudsen, Thomas Lohse, Rikke Plesner Skovby (kst.)).

A (adv. Jacob Bartholin Holm, Kbh.) mod Ankestyrelsen (adv. Anders Bang Mønster Hansen, Kbh.).

Retten i Nykøbing Falsters dom 18. maj 2016, BS 1-877/2015

Sagens baggrund og parternes påstande

Sagen drejer sig om fortolkning af formuebegrebet i aktivlovens § 14, nemlig om Guldborgsund Kommune var berettiget til at standse sagsøgerens kontanthjælp under henvisning til at hun ejede formue.

Sagsøgeren har nedlagt følgende påstande:

Principal:

Ankestyrelsens afgørelse af 29. juni 2015 ophæves i sin helhed.

Subsidiært:

Ankestyrelsen tilpligtes at anerkende, at A's erstatning for fremtidige medicinudgifter på 22.505 kr. ikke er omfattet af formuebegrebet i aktivlovens § 14.

Mere subsidiært:

Ankestyrelsens tilpligtes at anerkende, at A's erstatning for midlertidige medicinudgifter på 6.700 kr. ikke er omfattet af formuebegrebet i aktivlovens § 14.

Sagsøgte har nedlagt påstand om frifindelse.

Oplysningerne i sagen

Denne dom indeholder ikke en fuldstændig sagsfremstilling, jf. retsplejelovens § 218 a, stk. 2.

Det fremgår af sagen, at A den 30. oktober 2014 fik anerkendt en patientskade i form af en nerveskade fra skulderen. Hun blev samtidig tilkendt en godtgørelse for varigt mén på 12 %.

Ved Patienterstatningens afgørelse af 15. april 2015 blev A tilkendt yderligere 29.205 kr. i erstatning. Erstatningsbeløbet vedrørte dels 6.700 kr. for midlertidige udgifter til medicin, dvs. udgifter A allerede havde afholdt, dels 22.505 kr. til fremtidige medicinudgifter.

Ved afgørelse af 6. maj 2015 foretog Guldborgsund Kommune modregning i disse to erstatningsbeløb, således at der skete afbrydelse af A's kontanthjælp i perioden 14. maj 2015 til 11. juli 2015. Guldborgsund Kommune foretog den 8. juni 2015 genvurdering af sagen og fastholdt sin afgørelse, hvorefter sagen blev indbragt for Ankestyrelsen. Ankestyrelsen stadfæstede den 29. juni 2015 Guldborgsund Kommunes afgørelse. Ankestyrelsens afgørelse er indbragt for retten ved stævning af 2. september 2015.

Forklaringer

Sagsøger, A, har forklaret blandt andet, at hun den 28. august 2015 blev godkendt som flexjobber og nu er i arbejde få timer om ugen i Citykiosken. Erstatning for midlertidige og fremtidige medicinudgifter fik hun udbetalt efter en fejloperation, som efterfølge er anerkendt som en patientskade. Hun er afhængig af medicinen, der er temmelig dyr, på grund af smerter.

Parternes synspunkter

Sagsøgeren har til støtte for den principale påstand gjort gældende, at det var uberettiget, at Guldborgsund Kommune stoppede A's kontanthjælp, idet hendes erstatning for midlertidige og fremtidige medicinudgifter ikke skal medregnes som formue efter aktivlovens § 14, stk. 1, jf. aktivlovens § 14, stk. 4, 6 og/eller stk. 8, jf. bekendtgørelse nr. 654 af 18. juni 2014 § 1, nr. 1.

Det er ubestridt, at A havde en formue, som oversteg de beløbsmæssige grænser i aktivlovens § 14, stk. 1, og at dette skyldes, at A har fået udbetalt en erstatning for fremtidige og midlertidige medicinudgifter, jf. erstatningsansvarslovens (EAL) §§ 1 og 1a, som følge af en anerkendt patientskade, dvs. efter klage- og erstatningslovens § 24.

Sagens stridspunkt er således alene, hvorvidt erstatning for disse medicinudgifter skal henføres til aktivlovens § 14, stk. 4, 6 og/eller stk. 8, (eventuelt ud fra en analogi), eller om bestemmelsen skal fortolkes på den måde, som Ankestyrelsen gør i sin afgørelse af 29. juni 2015, jf. hertil principafgørelse 62-11, og hvorefter medicinudgifter tilkendt efter EAL §§ 1 og 1a anses for formue, der medregnes efter aktivlovens § 14, stk. 1.

Det gøres i første række gældende, at erstatning for såvel afholdte medicinudgifter som fremtidige medicinudgifter ikke skal medregnes som formue

efter aktivlovens § 14, stk. 1, idet erstatningsposterne skal anses som »godtgørelse for ikke økonomisk skade«, jf. stk. 6.

Det gøres anden række gældende, at aktivlovens § 14, stk. 4, 6 og 8, har et anvendelsesområde, der er bredere end bestemmelsens ordlyd, og at der kan ses bort fra andre erstatninger og godtgørelser end tab af erhvervsevne og varigt mén, når der foretages en vurdering af, hvad der skal betragtes som formue efter aktivlovens § 14.

Det må endvidere antages, at en sådan vurdering må tage udgangspunkt i erstatningens/godtgørelsens formål sammenholdt med formålet med aktivlovens § 14.

Sagsøgers hovedsynspunkt er i den forbindelse, at de samme hensyn, som gør, at erstatning for tab af erhvervsevne og godtgørelse for varigt mén ikke kan begrunde standsning af kontanthjælp, også gør sig gældende ved erstatninger for midlertidige og fremtidige medicinudgifter, hvorfor beløb, der stammer fra sådanne erstatninger, ikke kan begrunde afbrydelse af kontanthjælp, men ud fra formålet med aktivlovens § 14 ikke skal betragtes som formue, der er omfattet af stk. 1.

Hvor godtgørelse for varigt mén dækker skadelidtes fremtidige gener af en skade, og erstatning for tab af erhvervsevne skal kompensere for nedsættelsen af en fremtidig indtjeningsevne, skal erstatning for medicinudgifter kompensere A for nogle faktiske udgifter, som hun dels har afholdt til nødvendig medicin, dels senere skal afholde til nødvendig medicin for følgerne af en anerkendt behandlingsskade. Allerede ud fra erstatningens formål bør den sammenstilles med de erstatningsposter, som ubestridt ikke kan begrunde standsning af kontanthjælp.

Hvis Ankestyrelsens fortolkning af aktivlovens § 14, stk. 4, er korrekt, vil det medføre en retsstilling, hvorefter A - og personer i en lignende situation - reelt ikke vil kunne købe nødvendig medicin, da de i stedet tvinges til at bruge den erstatning, som de er tilkendt, på deres egen forsørgelse. En sådan fortolkning af aktivlovens § 14 strider mod lovens intentioner og formål.

Ankestyrelsens afgørelse af 29. juni 2015 bør derfor ophæves i sin helhed, idet den beror på en fejlagtig fortolkning af aktivlovens § 14.

De subsidære påstande er nedlagt for det tilfælde, at retten finder, at en af de to erstatningsposter kan begrunde afbrydelse af kontanthjælpen. Der henvises i øvrigt til de ovenfor anførte anbringender.

Sagsøgte har til støtte for sin påstand gjort gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte Ankestyrelsens afgørelse af 29. juni 2015 (bilag 6), hvorved Ankestyrelsen stadfæstede Guldborgsund Kommunes afgørelse af 6. maj 2015 (bilag 3) om, at A ikke havde ret til kontanthjælp i perioden fra den 14. maj 2015 til den 11. juli 2015.

A har bevisbyrden for, at der foreligger et sådan grundlag, og denne bevisbyrde har hun ikke løftet.

Det var således berettiget, at Ankestyrelsen ligesom kommunen fandt, at den erstatning A havde fået tilkendt for midlertidige og fremtidige medicinudgifter af Patienterstatningen (bilag 2) skulle medregnes som formue efter aktivlovens § 14, stk. 1. Dermed havde A en formue, som oversteg de beløbsmæssige grænser i § 14, stk. 1, og som kunne dække hendes økonomiske behov, hvorfor hun ikke var berettiget til kontanthjælp i perioden fra den 14. maj 2015 til den 11. juli 2015.

Det er ubestridt, at erstatningen, som A har fået udbetalt til udgifter til medicin, blev fastsat efter erstatningsansvarslovens §§ 1 og 1a, jf. klage- og erstatningslovens § 24 (bilag 2).

Det følger af ordlyden, opbygningen af aktivlovens § 14 samt af fast administrativ praksis, at § 14, stk. 2-8, udtømmende opregner de tilfælde, hvor der skal ses bort fra udbetaling af en formue ved vurdering af kontanthjælp.

Erstatning for udgifter til midlertidig eller fremtidig medicin er *ikke* nævnt i nogen af de udtømmende undtagelser i § 14, stk. 2-8. Derfor falder det under hovedreglen i § 14, stk. 1, og skal indgå i vurderingen af kontanthjælp.

Det var derfor korrekt, at Ankestyrelsen i sin afgørelse (bilag 6) medregnede A's erstatning for medicinudgifter som formue efter § 14, stk. 1.

Det bestrides, at A's erstatning ud fra en analog fortolkning skulle henføres til undtagelsen i aktivloven § 14, stk. 4, jf. bekendtgørelse nr. 654 af 18. juni 2014, da der ikke er grundlag for, som § 14 er opbygget, at foretage en analog fortolkning.

Det følger af ordlyden i § 14, stk. 4, jf. bekendtgørelse nr. 654 af 18. juni 2014, at der efter denne undtagelsesbestemmelse alene kan bortses fra *erstatning for tab af erhvervsevne*, hvilket understøttes af bestemmelsens forarbejder samt af fast administrativ praksis.

A's erstatning for udgifter til medicin er utvivlsomt ikke en erhvervsevnetabserstatning, og erstatningen skal derfor medregnes som formue efter hovedreglen i § 14, stk. 1

Det bemærkes, at der mellem parterne er enighed om, at Ankestyrelsen i sin praksis *ikke* har udvidet anvendelsesområdet for § 14, stk. 4 (og stk. 5), til også at omfatte såvel andre erstatninger som godtgørelser, der er udbetalt for ikke-økonomisk skade. A's synspunkt om analog fortolkning af undtagelsesbestemmelsen savner derfor støtte i administrativ praksis.

Det bestrides endvidere, at erstatningen for medicinudgifterne - enten direkte eller ud fra analogi - er omfattet af reglen i § 14, stk. 6, om bl.a. *godtgørelse* for varigt mén og anden *ikke-økonomisk skade*.

En erstatning for medicinudgifter er nemlig kompensation for en udgift, altså en *erstatning for økonomisk skade* og *ikke* en *godtgørelse* for en ikke-økonomisk skade.

A's synspunkt om anvendeligheden af reglen i § 14, stk. 6, har hverken støtte i lovens ordlyd, opbygning, forarbejder eller i administrativ praksis.

Tilsvarende bestrides, at der grundlag for A's synspunkt om, at erstatningen for midlertidige og fremtidige medicinudgifter ud fra en analogi skal anses for omfattet af undtagelsesbestemmelsen i lovens § 14, stk. 8, om engangsbeløb på op til 150.000, kr. pr. forsikringsbegivenhed, der udbetales fra forsikring mod visse kritiske sygdomme.

Der er hverken i bestemmelsens ordlyd eller forarbejder noget grundlag for A's synspunkt om, at hendes tilkendte erstatning for midlertidige og fremtidige medicinudgifter fra Patienterstatningen (bilag 1 og 2) ud fra analogi skulle være omfattet af bestemmelsen.

Synspunktet mangler desuden støtte i administrativ praksis. Endvidere taler det forhold, at der er tale om en undtagelsesbestemmelse, i sig selv imod, at der er grundlag for udvidende og analog fortolkning.

A har i øvrigt ikke godtgjort, at hendes anerkendte *patientskade* i form af nervesmerter fra skulderen (bilag 1) er en kritisk *sygdom* som omfattet af hendes forsikringssselskabs betingelser.

A's synspunkt om, at de samme hensyn, der gør, at erstatning for tab af erhvervsevne og godtgørelse for varigt mén ikke kan begrunde standsning af kontanthjælp, også gør sig gældende ved erstatning af for midlertidige og fremtidige medicinudgifter, kan ikke føre til, at der skal ses bort fra lovens klare ordlyd. Det fremgår klart og udtømmende af ordlyden i § 14, stk. 2-8, hvilke tilfælde lovgiver har ønsket at undtage fra hovedreglen i § 14, stk. 1, og erstatning for udgifter til medicin er ikke blandt disse undtagelsestilfælde. Lovgiver har altså valgt *ikke* at sidestille erstatning for udgifter til medicin med erstatning for tab af erhvervsevne og godtgørelse for varigt mén efter § 14.

Det bestrides, at Ankestyrelsens fortolkning af § 14, stk. 4, strider mod lovens intentioner og formål.

For så vidt angår A's subsidiære påstande henvises der til Ankestyrelsens ovenstående anbringender, idet der hverken i aktivlovens ordlyd, forarbejder eller administrativ praksis er grundlag for at sondre mellem erstatning for midlertidige og fremtidige medicinudgifter.

Rettens begrundelse og afgørelse

Lov om aktiv socialpolitik (aktivloven) § 14, stk. 1, slår fast, at kommunen ikke kan yde hjælp, hvis ansøgeren og dennes ægtefælle har formue. Der ses i den forbindelse bort fra beløb på op til 10.000 kr. for enlige og 20.000 kr. for et ægtepar.

Der er enighed om, at A ved udbetalingen af erstatningen havde en formue, der oversteg dette beløb. Spørgsmålet er herefter, om der skal ses bort fra erstatningen i medfør af aktivlovens § 14, stk. 4, 6 og/eller 8.

Aktivlovens § 14, stk. 2-8, indeholder en række nærmere specificerede undtagelser fra hovedreglen. Efter lovens forarbejder og ordlyd finder retten, at der er tale om en udtømmende opremsning af, hvilke beløb der skal ses bort fra ved opgørelsen af formuen. Bestemmelserne må således forstås som enkeltstående undtagelser, der efter deres ordlyd og forarbejderne har begrænset anvendelsesområde. Bestemmelserne kan derfor ikke fortolkes analogt og efter hensigtsbetragtninger.

Da erstatningen ikke er en erstatning for tabt arbejdsfortjeneste efter de i stk. 4 opregnede love, ikke er en udbetaling fra et forsikringsselskab som forsikring mod visse kritiske sygdomme, jf. stk. 8, og ikke er en godtgørelse for ikke økonomisk skade, jf. stk. 6, er erstatningen ikke undtaget fra hovedreglen og skal medregnes i sagsøgerens formue.

Sagsøgte frifindelsespåstand tages derfor til følge.

Thi kendes for ret

Ankestyrelsen frifindes.

Sagsøgeren skal inden 14 dage i sagsomkostninger til sagsøgte betale 17.000 kr.

Østre Landsrets dom

Nykøbing Falster Rets dom af 18. maj 2016 (- - -) er anket af A med påstande som for byretten om, at Ankestyrelsens afgørelse af 29. juni 2015 ophæves i sin helhed, subsidiært at Ankestyrelsen tilpligtes at anerkende, at A's erstatning for fremtidige medicinudgifter på 22.505 kr. ikke er omfattet af formuebegrebet i aktivlovens § 14, mere subsidiært at Ankestyrelsen tilpligtes at anerkende, at A's erstatning for midlertidige medicinudgifter på 6.700 kr. ikke er omfattet af formuebegrebet i aktivlovens § 14.

Indstævnte, Ankestyrelsen, har påstået stadfæstelse.

Forklaringer

A har supplerende forklaret, at hun ikke mere arbejder i Citykiosken, da den er lukket. Hun er nu i praktik i Kvickly i Nykøbing Falster. Hun arbejder 15 timer om ugen og får udbetalt cirka 11.800 kr. om måneden. Hun havde i 2015 medicinudgifter for ca. 2.000 kr. pr. måned. Nu får hun kronikertilskud, hvilket indebærer, at hun selv skal betale 18.000 kr. om året. Udgifter derudover betales af regionen.

Hun får stadig medicin, men hun har udskiftet et præparat. Det nye medicin er dyrere, så udgifterne pr. måned udgør nu cirka 4.000 kr. I 2015 havde hun ikke råd til at købe al den medicin, hun skulle bruge. Hun får også medicin mod forhøjet blodtryk.

Procedure

Parterne har for landsretten gentaget deres anbringender for byretten og har i det væsentlige procederet i overensstemmelse hermed.

A har for landsretten yderligere gjort gældende, at beløbet ikke er omfattet af formuebegrebet i aktivlovens § 14, stk. 1.

Landsrettens begrundelse og resultat

Landsretten finder, at erstatningen for fremtidige og midlertidige medicinudgifter på i alt 29.205 kr. er omfattet af formuebegrebet i aktivlovens § 14, stk. 1.

Med denne bemærkning og af de grunde, der i øvrigt er anført af byretten, stadfæster landsretten byrettens dom.

A skal betale sagsomkostninger for landsretten til Ankestyrelsen med i alt 15.000 kr. Beløbet omfatter udgifter til advokatbistand inkl. moms. Ved fastsættelsen af beløbet til dækning af udgifterne til advokatbistand er der ud over sagens værdi taget hensyn til sagens omfang og varighed.

Thi kendes for ret

Byrettens dom stadfæstes.

I sagsomkostninger for landsretten skal A betale 15.000 kr. til Ankestyrelsen.

Det idømte skal betales inden 14 dage efter denne doms afsigelse.

Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8 a.



Høringssvar

Høring over udkast til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsområdet (udvidelse af patienterstatningsordningen, fredning af udbetalte erstatninger m.v.)

Lægeforeningen støtter de foreslåede ændringer af patienterstatningsordningen

Lægeforeningen ser patienterstatningsordningen som en ordning, der er til fordel for både patienter og sundhedspersoner.

Derfor er det efter Lægeforeningens opfattelse positivt, at der med de foreslåede ændringer sker både en mere enkel afgrænsning af patienterstatningsordningens dækningsområde samtidig med en udvidelse af dækningsområdet, som medfører, at alle skader påført i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende af autoriserende sundhedspersoner og personer, der handler på disse ansvar vil være omfattet af ordningen.

Lægeforeningen har ingen kommentarer til ønsket om at lade ændringerne om udvidelse af patienterstatningsordningens dækningsområde og om fredningen af udbetalte erstatninger gælde for skader, der er forårsaget på datoen for lovforslagets fremsættelse eller senere.

Med venlig hilsen

Andreas Rudkjøbing

Formanden

D. 12. oktober 2017

Jr. 2017-6969

Domus Medica
Kristianiagade 12
2100 København Ø

Tlf.: 3544 8500
E-post: dadl@dadl.dk

www.laeger.dk

Sundheds- og Ældreministeriet
sits@sum.dk

kopi til: sum@sum.dk

Ørestads Boulevard 5
Bygning 37K, st.
2300 København S

M: kontakt@nvk.dk
W: www.nvk.dk

Høringsvar fra National Videnskabsetisk Komité over udkast til lovforslag om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (Udvidelse af patienterstatningsordningen, fredning af udbetalte erstatninger m.v.)

Dato: 12. oktober 2017

Sagsnr.: 1706861

Dok.nr.: 441049

Sagsbeh.: MLN.DKETIK

National Videnskabsetisk Komité (NVK) har følgende bemærkninger til udkast til lovforslag om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (Udvidelse af patienterstatningsordningen, fredning af udbetalte erstatninger m.v.):

Ad lovforslagets § 1, nr. 1 og nr. 8

Det fremgår af lovforslagets bemærkninger, at man ønsker en mere enkel afgrænsning af lovens dækningsområde, og at dette også vil medføre en udvidelse af ordningen, der vil lukke de omtalte "huller", der er i lovens nuværende dækningsområde.

NVK har tidligere adresseret den problemstilling, at lovens nuværende dækningsområde medfører, at der er visse sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter, der ikke er omfattet heraf, herunder fx de situationer, hvor der i projektet ikke sker et samarbejde med et sygehus eller en autoriseret sundhedsperson. NVK er derfor enig i udvidelsen af dækningsområdet.

De foreslåede ændringer medfører bl.a., at alle skader påført af autoriserede sundhedspersoner i forbindelse med behandling, undersøgelse el. lign., omfattes af ordningen, herunder personer, der handler på disses ansvar. Herudover vil alle skader påført af andre personer end autoriserede sundhedspersoner omfattes af ordningen, såfremt skaden sker på et behandlingssted, der er omfattet af registreringspligten i sundhedslovens § 213c.

Der vil imidlertid med de foreslåede ændringer fortsat være behandling, der udføres som led i sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter, som ikke vil være omfattet af ordningen. Eksempelvis er hverken alternative behandlere eller biologer omfattede af betegnelsen "autoriserede sundhedspersoner", jf.

sundhedslovens § 6, jf. autorisationsloven. Sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter, der udgår fra disse uautoriserede sundhedspersoner, vil således fortsat ikke være omfattede, med mindre de udføres på et behandlingssted, der er omfattet af registreringspligten i sundhedslovens § 213c, eller med mindre den uautoriserede sundhedsperson fungerer som medhjælp for en autoriseret sundhedsperson.

Skader udført af uautoriserede sundhedspersoner blev oprindeligt ikke medtaget under lovens dækningsområdet, idet man mente, at en offentlig styret patientforsikringsordning burde forbeholdes autoriserede sundhedspersoner. Med den foreslåede udvidelse af dækningsområdet har man imidlertid åbnet op for, at patientforsikringsordningen ikke længere er forbeholdt behandling udført af autoriserede sundhedspersoner herunder disses medhjælp.

NVK finder det problematisk, at der ikke er lige adgang til erstatning for alle frivillige forsøgspersoner, der deltager i sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter, men at der skelnes imellem, hvorvidt forskningsprojektet udføres på et behandlingssted, der er omfattet af registreringspligten i sundhedslovens § 213c eller ej. NVK bemærker hertil, at der er forskel på hensynet, der bør tages til patienter, der vælger at modtage behandling hos fx en alternativ behandler, og frivillige forsøgspersoner, der lægger krop til et videnskabetisk godkendt sundhedsvidenskabeligt forskningsprojekt.

Lovforslaget bør således ændres, således at alle forsøgspersoner, der deltager i forskningsprojekter godkendt af det videnskabetiske komitéssystem, vil være dækkede af ordningen – herunder forskningsprojekter foretaget af eksempelvis alternative behandlere eller biologer, hvor behandlingen ikke udføres på et behandlingssted, der er omfattet af registreringspligten i sundhedslovens § 213c.

Ad lovforslagets § 1, nr. 4 og nr. 15

NVK bemærker indledningsvist, at det er uklart, hvorledes regnestykket i lovændringen skal forstås.

Det fremgår af udkastet til lovforslaget, at §§ 24, stk. 2 samt 46, stk. 2 fremover vil lyde: *"Erstatning m.v. efter stk. 1 ydes, efter at 7.300 kr. (2017-niveau) er fratrukket erstatningen eller godtgørelsens hovedstol."*

I bemærkningerne på s. 26 under pkt. 4, fremgår det, at beløbet på 7.300 kr. foreslås fratrukket *i alle de sager, hvor der udbetales erstatning og godtgørelse, der samlet udgør mere end 7.300 kr.*

Det er ud fra formuleringen i lovændringen sammenholdt med bemærkningerne på s. 26 uklart,

- om egetbidraget på 7.300 kr. kun fratrækkes, når erstatningsbeløbet vurderes at udgøre mere end 7.300 kr., således at erstatningsmodtagere, som modtager erstatning og godtgørelse, der udgør mindre end 7.300 kr. ikke skal betale egetbidrag? (Nuværende formulering i lovændringen kan læses således, at undergrænsen nedsættes til 0 kr., men at der altid

betales et egetbidrag på 7.300 kr., når der søges om erstatning, hvorved erstatningsmodtageren kan ende med at have udgifter forbundet hermed, hvis denne tildeles en erstatning og/eller godtgørelse, der udgør mindre end 7.300 kr., men fortsat får fratrukket egetbidraget på 7.300 kr.)

- såfremt egetbidraget på 7.300 kr. kun fratrækkes, når erstatningsbeløbet vurderes at udgøre mere end 7.300 kr., bliver en erstatningsmodtager, som tildeles eksempelvis 5.000 kr., og derfor ikke skal betale egetbidrag, hermed stillet bedre, end en erstatningsmodtager, som tildeles eksempelvis 8.000 kr. men som skal betale 7.300 kr. i egetbidrag, og derefter ender ud med 700 kr.?
- om der kun bliver ydet erstatning, når denne overstiger 7.300 kr.? Hvis dette er hensigten, foreslås den tidligere anvendte formulering om, at der kun ydes erstatning, *såfremt denne overstiger XX antal kr.*, bibeholdt, samt med tilføjelse om, at der herudover tilføjes et egetbidrag på 7.300 kr.

På grund af ovenfor nævnte uklarheder, bør lovtæksten præciseres.

NVK finder det herudover ikke hensigtsmæssigt, at forsøgspatienter, der deltager i lægemiddelforsøg, og som oplever erstatningsgivende skader, der er omfattet af Patienterstatningens ordning, bliver stillet væsentlig ringere end ved gældende lovgivning (graden heraf dog afhængig af udregningsmetoden, som pnt. er uklar jf. ovenstående). NVK kan være bekymret for, om en ringere mulighed for at opnå kompensation, når man som forsøgspatient lægger krop til et sundhedsvidenskabeligt forskningsprojekt, kan medføre en lavere interesse i at deltage heri, og hermed kan medføre forringede muligheder for at gennemføre lægemiddelforskning i Danmark.

NVK bemærker herudover, at forsøgspatienter, ved frivilligt at lægge krop til sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter med de risici det indebærer, bidrager til videnskabelige og samfundsmæssige interesser. Forsøgspatienter bør derfor ikke sidestilles med almindelige patienter.

Ad lovforslagets § 1, nr. 14

Det bemærkes, at det "I", der indleder sætningen, bør slettes, således at det blot fremgår, at "*§ 38, stk. 2, 3. pkt., ophæves.*"

Ad ikrafttrædelse

NVK kan tilslutte sig, at lade loven, fsva. angår udvidelsen af patienterstatningsordningens dækningsområde og fredning af udbetalte erstatninger, gælder for skader, der er forårsaget efter lovens fremsættelse men inden lovens ikrafttrædelse, og har ikke yderligere kommentarer i forlængelse heraf.

Med venlig hilsen

For
Johs Gaub
Formand



Mette Luise Nielsen
Fuldmægtig, cand. jur.

Sundheds- og Ældreministeriet
Att.: Signe Struberga

Bredgade 20, 1 sal, th.
DK-1260 København K
Telefon 45 86 15 33
dg@optikerforeningen.dk
www.optikerforeningen.dk

6. oktober 2017

Udkast til lovforslag om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (Udvidelse af patienterstatningsordningen, fredning af udbetalte erstatninger m.v.)

Optikerforeningen har modtaget ovennævnte forslag i høring.

Optikerforeningen er enig i, at der er behov for en mere enkel afgrænsning af patienterstatningsordningens dækningsområde og for en udvidelse af dækningsområdet.

Optikerforeningen skal specielt bemærke, at det af punkt 3.1.2.1. Behandlingsskader, fremgår, at skader opstået i forbindelse med undersøgelse og behandling foretaget af ansatte optikere/optometriste i optikerkædebutikker ikke tidligere var omfattet af ordningen.

Optikerforeningen noterer sig med tilfredshed, at dette ændres med det fremsatte lovforslag, hvor skader opstået i forbindelse med undersøgelse og behandling foretaget af alle sundhedspersoner, der som led i deres erhverv leverer ydelser efter sundhedslovgivningen, fremover vil være omfattet af erstatningsordningen.

Optikerforeningen læser forslaget således, at dette medfører, at ikke alene skader opstået i forbindelse med undersøgelse og behandling foretaget af en optiker/optometrist ansat i en kædevirksomhed, vil blive omfattet, men at dette gælder for alle skader opstået i forbindelse med undersøgelse og behandling foretaget af optiker/optometriste uanset ansættelsesretligt forhold.

Optikerforeningen har ikke yderligere kommentarer.

Med venlig hilsen

Jette Rosenstand Møller

Kontorchef Cand.jur.

Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

12. oktober 2017
Dokumentnummer:
17PEBL-18457

Ved mail af 19. september 2017 har Sundheds- og Ældreministeriet anmodet om bemærkninger til udkast til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (Udvidelse af patienterstatningsordningen, fredning af udbetalte erstatninger m.v.).

Patienterstatningens høringssvar er opdelt således:

A. Bemærkninger fra Patienterstatningens bestyrelse

B. Bemærkninger fra Patienterstatningen:

- B.0. Sammenfatning
- B.1. Udvidelse af patienterstatningsordningen
- B.2. Fredning af udbetalte erstatninger
- B.3. Bedre vilkår for Patienterstatningens sagsbehandling
- B.4. Tandskader – værnepligtige og indsatte
- B.5. Ophævelse af undergrænserne for udbetaling af erstatning og godtgørelse
- B.6. Ankenævnet – formand og næstformand
- B.7. Færøerne
- B.8. Lovens ikrafttræden

A. Bestyrelsens bemærkninger:

Udkastet til lovforslaget blev sendt i høring 19. september 2017 om aftenen. Patienterstatningens bestyrelse behandlede forslaget på et ordinært bestyrelsesmøde 22. september 2017. I bestyrelsesmødet deltog medlemmerne udpeget af Danske Regioner og Forsikring & Pension.

Bestyrelsens synspunkter fra mødet kan for så vidt angår fredningen af erstatninger sammenfattes således:

Der har i offentligheden været kritik af, at den erstatningspligtige efter den praksis, som Højesteret har lagt, kan anke den seneste erstatningsafgørelse fra Patienterstatningen med den virkning, at erstatning tilkendt ved tidligere afgørelser mistes, hvis Ankenævnet for Patienterstatningen træffer afgørelse om, at der ikke er sket en patientskade. Dette sker, selv om hverken patienten eller den erstatningspligtige har anket de tidligere afgørelser, og patienten har indrettet sig på at kunne beholde erstatningen fra disse og måske har brugt pengene.

Bestyrelsen er helt enig i, at dette er en urimelig og uholdbar retsstilling. Der er derfor enighed i bestyrelsen om, at loven bør ændres, således at alle tidligere udbetalte erstatninger kan beholdes, når afgørelserne om dem ikke er anket til Ankenævnet for Patienterstatningen inden for ankefristen.

For så vidt angår den aktuelt tilkendte erstatning, som den erstatningspligtige har anket inden for ankefristen, der med lovforslaget nedsættes til en måned, mener bestyrelsen ikke, at der er samme hensyn at tage til patienten. Patienterstatningen vil i afgørelsen vejlede om, at der vil være en ankefrist på en måned, og derfor ved patienten, at der er en risiko for, at den erstatningspligtige anker inden for denne frist. Sagen kompliceres af, at lovudkastet ikke forudsætter eller lægger op til, at anken tillægges opsættende virkning. Når en anke ikke har opsættende virkning, betyder det, at den erstatningspligtige efter klage- og erstatningslovens (KEL) § 33, stk. 4, skal udbetale erstatningen inden en måned, og at beløbet ved udbetalingen er fredet – trods anken.

Bestyrelsen mener, at det er et problem, at der ikke er ligeværdighed mellem parterne, Den erstatningspligtige får reelt intet ud af en anke. Det er også betænkeligt, at en patient på den måde kan beholde et måske meget stort beløb, som vedkommende ikke er berettiget til. Desuden er det betænkeligt, at ordningen via egetbidraget skal finansieres af dem, som reelt er berettiget til erstatning.

Bestyrelsen ønsker at pege på, at en fredning af ikke kun tidligere, men også den aktuelt udbetalte erstatning, kan lægge et meget stort pres på Patienterstatningen for at skulle træffe 100 % korrekte afgørelser (0-fejlskultur), fordi en ændring i ankeinstansen modsat i dag ikke vil betyde, at den erstatningspligtige kan kræve erstatningsbeløbet tilbage. Det er ikke sundt for en organisation og kan gå ud over sagsbehandlingen og være til skade for patienterne, fordi sagsbehandlingen forlænges på grund af ekstra sagsoplysning, ekstra kvalitetskontrol, ekstra konsultation af lægekonsulenter mv.

Bestyrelsens forslag til ændring:

Bestyrelsen er enig i, at tidligere udbetalte erstatninger, som ingen af parterne har anket til Ankenævnet for Patienterstatningen inden for ankefristen, skal være fredet.

Bestyrelsen foreslår, at en anke fra en erstatningspligtig, som ankes inden for ankefristen på en måned, efter klage- og erstatningsloven tillægges opsættende virkning, således at erstatningsbeløbet ikke skal udbetales.

B. Administrationens bemærkninger

B.O. Sammenfatning:

I afsnittene nedenfor følger Patienterstatningens bemærkninger til de enkelte dele af lovforslaget. Bemærkningerne følger den rækkefølge, der er valgt i lovforslagets "Almindelige bemærkninger".

Det er væsentligt for Patienterstatningen, at vi efter lovændringen har en lov, som er klar og administrerbar, og som de involverede parter i erstatningssagerne kan forstå og finder rimelig.

Patienterstatningens væsentligste bemærkning relaterer sig derfor til lovforslagets fredning af erstatningerne. Vi er enige i, at tidligere tilkendte og ikke ankede erstatninger bør fredes, uanset hvem der måtte anke den seneste erstatningsafgørelse i sagen. Men vi er på lige fod med vores bestyrelse alvorligt bekymrede for forslaget om at frede den erstatningsafgørelse, som den erstatningspligtige måtte vælge at indbringe for Ankenævnet for Patienterstatningen. Hvis ankesystemet skal bevare sin integritet, er det vigtigt, at balancen i ankeprocessen ikke forskubbes. Desuden er det afgørende, at det ikke bliver helt tilfældigt, om patienten ender med at få lov at beholde et beløb på 250.000 kr. i modsætning til et beløb på 2.500.000 kr., jf. eksemplerne under punkt B.2.2.

Problemet bør løses ved, at der i loven indsættes en bestemmelse om, at en anke fra den erstatningspligtige automatisk tillægges opsættende virkning, så erstatningsudbetalingen afventer Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse. Et tilsvarende system findes i dag på arbejdsskadeområdet, hvor det fungerer problemfrit. Hvis en anke tillægges opsættende virkning, vil det efter vores opfattelse være muligt at operere med en skarp ikrafttrædelsesdato, således at loven finder anvendelse på alle sager, hvori der *træffes afgørelse* 1. juli 2018 eller senere, hvilket vil være til klar fordel for patienterne. Der henvises til vores bemærkninger under B.2.

En anden væsentlig bemærkning findes under punkt B.8., hvor vi gør opmærksom på, at lovforslagets formulering af ikrafttrædelsesbestemmelsen er uhensigtsmæssig, fordi den vil føre til en meget langsom indfasning af det nye lovforslag. I op til 30 år skal Patienterstatningen arbejde med to parallelle systemer, og problemerne med manglende fredning af tidligere erstatninger vil dukke op igen og igen i mange år.

På dette punkt kommer vi med et forslag til en bestemmelse, der vil give lovforslaget fuld virkning allerede fra lovens ikrafttrædelse. En tilsvarende bestemmelse findes allerede på klageområdet jf. KEL § 63, stk. 3.

Endelig henleder vi opmærksomheden på det hensigtsmæssige i at opretholde minimumsgrænserne i loven, hvis man vælger at finansiere lovændringen uden eget bidrag. I modsat fald kommer Patienterstatningen til at behandle sager, hvor de administrative omkostninger ved at behandle sagerne langt overstiger de erstatninger, der udbetales. Der henvises til bemærkningerne under punkt B.5.

B.1. Udvidelsen af Patienterstatningsordningen

Ved lovforslaget foretages en væsentlig udvidelse af patienterstatningsordningens dækningsområde, så alle væsentlige "huller" i dækningsområdet lukkes. Dette indebærer bl.a., at behandling på plejehjem og sociale institutioner, lægelig behandling i private firmaer og organisationer, lægebehandling i fritiden og psykiske lægemiddelskader fremover omfattes af dækningsområdet.

Patienterstatningen støtter fuldt ud dette forslag, der udover at udvide retten til erstatning for skader i sundhedsvæsenet, gør patienterstatningsordningen mere overskuelig og gennemsigtig til gavn for patienter og sundhedspersonale. Med lovforslaget undgås de komplicerede og svært forståelige begrænsninger, som det nuværende dækningsområde giver anledning til.

B.1.1. IT-fejl

Problemstilling:

Patienterstatningen har igennem de senere år behandlet mange sager om skader efter manglende indkaldelse til screeningsundersøgelser på grund af systemfejl. Efter praksis omfattes sådanne skader, der ikke skyldes en menneskelig fejl, af de gældende regler efter en udvidende fortolkning af KEL § 19. Denne fortolkning foreslås medtaget i lovbemærkningerne, så der ikke er tvivl om hjemmelsgrundlaget i disse sager.

Forslag til ændring:

Patienterstatningen foreslår, at det præciseres i lovbemærkningerne i forbindelse med forslaget til § 19, stk. 1, nr. 2, at forsinket eller manglende behandling som følge af systemfejl (IT-fejl), omfattes af dækningsområdet.

B.1.2. Private klinikker, der drives af uautoriserede sundhedspersoner

Problemstilling:

Ifølge den nye regel i KEL § 19, stk. 1, nr. 1, omfattes behandling foretaget af alle autoriserede sundhedspersoner og disses medhjælp af dækningsområdet. Efter forslaget § 19, stk. 1, nr. 2, udvides dækningsområdet til også at omfatte behandling ydet af "andre personer", hvis behandlingen er foretaget på et behandlingssted omfattet af sundhedslovens § 213 c. Denne bestemmelse omfatter sygehusenheder, klinikker, praksisser, plejecentre, plejehjem, bosteder, sundheds- eller genoptræningscentre og andre behandlingssteder, hvor sundhedspersoner udøver behandling.

Lovforslagets § 19, stk. 1, nr. 2, er vidtgående og betyder, at behandling ydet af uautoriserede behandlere som noget nyt i stort omfang omfattes af dækningsområdet. Dette er for så vidt et brud med de oprindelige tanker bag den offentligt styrede patienterstatningsordning. Hidtil har uautoriserede behandlere kun været omfattet af loven, hvis de har handlet på ansvar af en autoriseret sundhedsperson.

Bestemmelsen indebærer, at alternative behandlere fx akupunktører, zoneterapeuter, osteopater og private klinikker med uautoriserede sundhedspersoner, omfattes af dækningsområdet, hvis der i klinikken tillige udføres behandling af en autoriseret sundhedsperson. Det er i så fald al behandling på klinikken, der omfattes af dækningsområdet, både uautoriseret og autoriseret behandling.

Der er ikke i bestemmelsen noget krav til omfanget af den autoriserende sundhedspersons behandling. Det betyder fx, at hvis klinikken har ansat en læge eller sygeplejerske en time om ugen, omfattes hele klinikken virksomhed af dækningsområdet. Patienterstatningen anerkender, at reglen sikrer en enkel og nem afgrænsning af dækningsområdet, men vi gør samtidig opmærksom på, at reglen åbner op for, at private klinikker med uautoriserede behandlere får en let og gratis adgang til patienterstatningsordningen. Dette skal ses i sammenhæng med, at klinikkerne ikke får forsikringspligt. Erstatningspligten pålægges ifølge lovforslagets § 29, stk. 1, nr. 12, det offentlige, dvs. den region, hvor klinikken er beliggende.

Forslag til ændring:

Vi foreslår, at det overvejes at indskrænke dækningsområdet for private klinikker, så det kun er den del af klinikkenes behandling, der ydes af autoriserede sundhedspersoner, som har journalføringspligt, der omfattes af dækningsområdet.

Herudover er det vores vurdering, at den nye bestemmelse i § 29, stk. 1, nr. 12, i visse situationer kan skabe tvivl om, hvem der har erstatningspligten for private klinikker. Erstatningspligten påhviler ifølge lovbemærkningerne regionen, hvis klinikken drives af en uautoriseret sundhedsperson. Derved gøres det formelle ejerforhold til det afgørende kriterium, og det vil fx betyde, at en privat lægeklinik, der ejes af en ikke-sundhedsfaglig forretningsmand, omfattes af regionens erstatningspligt.

Dette er uhensigtsmæssigt og i strid med den nuværende regel i § 29, stk. 1, nr. 7, om forsikringspligt for private klinikker, hvor der udføres lægelig behandling. Efter vores vurdering bør der være forsikringspligt for lægeklinikker, der udfører behandling omfattet af § 29, stk. 1, nr. 7, uanset ejerforholdet.

B.1.3. Erstatning for lægelig behandling i fritiden

Problemstilling:

Lovforslagets § 29, stk. 1, nr. 13, indebærer, at erstatningspligten for lægegering i fritiden pålægges lægens bopælsregion. Dette begrundes i lovbemærkningerne med en formodning om, at det i de fleste tilfælde vil være samme region, hvor lægen har sin private klinik eller er ansat. Patienterstatningen gør opmærksom på, at der kan opstå sager, hvor skaden er forvoldt af en læge eller anden sundhedsperson med bopæl uden for Danmark, fx i Malmø.

Forslag til ændring:

Vi foreslår, at erstatningspligten i stedet pålægges den region, hvor skaden er forårsaget.

B.1.4. Psykiske skader efter brug af lægemidler og fjernelse af erstatningsloftet

Med henblik på at sikre en større grad af ensartethed i dækningen af henholdsvis behandlingsskader og lægemiddelskader, er der i lovforslaget lagt op til, at psykiske lægemiddelskader – i lighed med fysiske lægemiddelskader – også skal være omfattet af erstatningsordningen. Patienterstatningen kan tilsluttes sig dette forslag, idet det i dag er svært for den skadelidte, der får psykiske bivirkninger af et lægemiddel, at forstå, at denne skade ikke kan erstattes.

Problemstilling:

I dag findes der en grænse for, hvor høje erstatninger, der kan fastsættes for lægemiddelskader. Bestemmelsen findes i KEL § 50, stk. 4 som fastslår, at erstatningen ikke kan overstige 5 mio. kr. pr. skadelidte.

Forslag til ændring:

Hvis man ønsker en fuldstændig ensartet dækning af henholdsvis behandlings- og lægemiddelskader, bør det overvejes at fjerne særbestemmelsen for lægemiddelskader i KEL § 50, stk. 4.

B.2. Fredning af udbetalte erstatninger

Fredning af tidligere afgørelser om erstatning, hvor ingen af sagens parter har anket afgørelsen inden ankefristens udløb, er uproblematisk og forekommer rimelig, og vi kan derfor tilslutte os denne del af lovforslaget.

Patienterstatningens administration kan også tilslutte sig forslaget om, at ankefristen reduceres fra 3 til 1 måned, således at ankefristen følger udbetalingsfristen i KEL § 33, stk. 4. En afkortning af ankefristen vil i sager, hvor der søges opsættende virkning, føre til en afkortning af den periode, hvor der er usikkerhed om, hvorvidt patienten kan få lov at beholde erstatningen.

Derimod opstår der efter administrationens opfattelse en række alvorlige problemer, hvis det besluttes at frede den erstatning, der udbetales i henhold til en erstatningsafgørelse, der ankes af den erstatningspligtige inden ankefristens udløb, og uden at anken tillægges opsættende virkning.

I det følgende vil vi illustrere de problemer, der opstår, med et par eksempler. I eksemplerne er der taget udgangspunkt i, at Ankenævnet for Patienterstatningen ikke ændrer administrativ praksis og derfor som i dag kun helt undtagelsesvist tillægger en anke opsættende virkning. Baggrunden herfor er, at forslaget ikke forudsætter eller lægger op til en ændret og mindre restriktiv praksis. Uden en klar lovhjemmel til andet må ankenævnet fortsat forventes at følge den meget restriktive domstolspraksis.

B.2.1. Foreløbige afgørelser om erstatning og godtgørelse

Når Patienterstatningen anerkender en skade, forsøger vi sammen med anerkendelsen at tilkende i hvert fald nogen erstatning eller godtgørelse. Det gør vi af hensyn til patienten, som ofte har stort behov for pengene, og af hensyn til den erstatningspligtige (region, forsikringsselskab mv.), som herefter ikke skal forrente det tilkendte erstatningsbeløb længe end til den dag, det udbetales. Vi tilkender foreløbige erstatninger eller godtgørelser for fx varigt mén, tabt arbejdsfortjeneste, svie og smerte, tab af erhvervsevne og forsørger- tabserstatning.

Eksempel: Hvis vi ikke på det foreliggende grundlag kan vurdere, hvorvidt den endelige godtgørelse for varigt mén bliver på 40 % eller 60 %, vil vi typisk tilkende en foreløbig godtgørelse svarende til 40 % mén. Vi mangler ofte oplysninger i sagen på dette stadium af sagsbehandlingen for at kunne træffe den endelige afgørelse. Først når patienten har været til undersøgelse hos en læge, som har udarbejdet en patientskadeerklæring, kan vi fastsætte det endelige mén, ofte efter samråd med en af vores lægekonsulenter. Denne proces kan tage flere måneder.

En foreløbig fastsættelse af en méngrad er imidlertid ikke nogen eksakt videnskab. Det er et hurtigt skøn, vi foretager for at tilgodese både patienten og den erstatningspligtige. Hvis denne foreløbige godtgørelse er fredet, også selv om den erstatningspligtige med det samme anker Patienterstatningens anerkendelse og den foreløbige ménfastsættelse, vil der naturligvis komme et voldsomt pres på Patienterstatningen. Patienterne vil presse på for at få så stor en foreløbig méngrad som muligt sammen med anerkendelsen, mens de erstatningspligtige vil presse på for, at vi fastsætter den foreløbige méngrad så lavt som muligt, fordi den erstatningspligtige håber, at ankenævnet har afgjort spørgsmålet om, hvorvidt patienten har en patientskade eller ej, inden Patienterstatningen er klar med den endelige ménfastsættelse i sagen.

Dette er en uhensigtsmæssig retsstilling, som vil føre til utilfredshed fra både patienter og de erstatningspligtige og til kritik af Patienterstatningen, idet Patienterstatningens foreløbige erstatningsfastsættelse vil få stor betydning for størrelsen af den erstatning, patienten får lov at beholde.

B.2.2. Sagsbehandlingstid i Ankenævnet for Patienterstatningen og Patienterstatningen

I ovennævnte eksempel træffer Patienterstatningen afgørelse 1. september 2018, og den erstatningspligtige anker med det samme anerkendelsen og den foreløbige méngrad på 40 %, der efter aldersreduktion svarer til 250.000 kr. Ankenævnet for Patienterstatningen tillægger ikke anken opsættende virkning. Patienterstatningen afventer lægeundersøgelse af patienten, men 1. december 2018 træffer Ankenævnet afgørelse om, at patienten ikke er påført en patientskade. Patienten beholder det udbetalte beløb, men får ikke yderligere erstatning, fordi Patienterstatningen skal lukke sagen. Patienten får efter reduktion for alder en godtgørelse på 250.000 kr., som ikke kan kræves tilbage.

Træffer Ankenævnet for Patienterstatningen på grund af travlhed først afgørelse 1. juni 2019, kan sagen få et helt andet udfald. Patienterstatningen træffer 1. marts 2019 endelig afgørelse om en méngrad på 60 % samt et erhvervsevnetab på fx 75 %, samlet svarende til 2.500.000 kr. Den erstatningspligtige anker også denne afgørelse med det samme, men ankenævnet tillægger heller ikke denne anke opsættende virkning. Den 1. juni 2019 træffer Ankenævnet afgørelse om, at patienten ikke er påført en patientskade. Patienten beholder dog de udbetalte 2.500.000 kr., fordi udbetalte erstatninger er frede.

Som det ses af eksemplet, bliver ankenævnets og Patienterstatningens sagsbehandlingstid helt afgørende for, om patienten får 250.000 kr. eller 2.500.000 kr.

Det vil være helt umuligt at forsvare.

Forslag til ændring:

Patienterstatningen foreslår, at erstatning udbetalt i henhold til ikke ankede afgørelser fredes, således som der er lagt op til i forslaget.

Patienterstatningen foreslår desuden, at en anke fra en erstatningspligtig automatisk tillægges opsættende virkning, lige som det sker i arbejdsskadesager, jf. arbejdsskadesikringslovens § 44, stk. 5.

ASL § 44, stk. 5:

”I det omfang arbejdsgiveren, forsikringsselskabet eller bestyrelsen for Arbejdsmarkedets Tillægspension indbringer Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings afgørelse for Ankestyrelsen, har klagen opsættende virkning”.

Det fremgår af note 228 i KARNOV, at der rejser sig et særligt problem, hvis arbejdsgiveren - uden at underrette forsikringsselskabet eller Arbejdsmarkedets Erhvervssygdomssikring - anker Arbejdsskadestyrelsens (i dag Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings) afgørelse (for så vidt angår anerkendelsen) og forsikringsselskabet eller Arbejdsmarkedets Erhvervssygdomssikring udbetaler erstatning m.v. til tilskadekomne eller efterladte. Den godtgørelse eller erstatning m.v., der er udbetalt til tilskadekomne eller de efterladte, kan ikke kræves betalt tilbage, hvis Ankestyrelsen træffer afgørelse om, at skaden ikke kan anerkendes. Arbejdsgiveren bør derfor underrette sit forsikringsselskab, når afgørelsen ankes.

Tilsvarende må gælde på patientskadeområdet: Hvis et privathospital eller en alment praktiserende læge anker, må man huske at underrette henholdsvis forsikringsselskabet eller regionen om anken. Hvis erstatningen er udbetalt, fordi den erstatningspligtige ikke kendte anken, er erstatningen fredet.

En opsættende virkning vil også betyde, at Patienterstatningen på sædvanlig måde kan fortsætte med at tilkende erstatninger. Hvis den erstatningspligtige er uenig i disse erstatningsafgørelser, må den erstatningspligtige anke disse. Patienterstatningen har ikke indsigt i, om ankenævnet opkræver gebyr pr. anket sag eller pr. anket afgørelse, men der skal muligvis ske en gebyrtilpasning.

En opsættende virkning vil også betyde, at sagsbehandlingstiden i Ankenævnet for Patienterstatningen og Patienterstatningen ikke får betydning for størrelsen af den samlede erstatning.

Det forhold, at en anke tillægges opsættende virkning vil også betyde, at de erstatningspligtige fortsat har en interesse i at anke. Hvis erstatningen er fredet ved udbetalingen, vil der ikke være det store incitament til at anke Patienterstatningens afgørelser. Dette betyder færre afgørelser fra Ankenævnet for Patienterstatningen på specifikke punkter, hvilket kan gå ud over både den medicinske og juridiske læring.

Opsættende virkning vil også have den fordel, at erstatningen ikke bliver udbetalt til patienten, med mindre denne får medhold i Ankenævnet for Patienterstatningen. Får den erstatningspligtige medhold, kommer erstatningen slet ikke til udbetaling, og man undgår den situation, at en udbetalt erstatning skal søges tilbage fra patienten.

Det vil naturligvis være ønskeligt, hvis ankenævnet opretter et "hurtigt spor" til behandlingen af sager, som den erstatningspligtige har anket.

B.2.3. Undtagelser fra fredningen

Hvis den erstatningspligtige anker, er der i lovforslaget lagt op til, at også den ankede erstatning er fredet. Dette gælder dog jf. KEL § 33 a., stk. 3 ikke:

"Når patienten eller efterladte til patienten mod bedre vidende har undladt at afgive oplysninger eller har afgivet urigtige oplysninger, og de manglede eller urigtige oplysninger har medført en anden afgørelse, end Patienterstatningen eller Ankenævnet for Patienterstatningen ville have truffet, hvis oplysningerne eller de korrekte oplysninger havde foreligget."

Problemstilling og forslag til ændring:

Patienterstatningen mangler en bestemmelse, der ophæver fredningen i den situation, hvor der i sagsbehandlingen eller i forbindelse med udbetalingen sker fejl, der er så oplagte, at skadelidte eller dennes efterladte mod bedre vidende uberettiget modtager ydelser efter loven.

Inspiration til en sådan bestemmelse kan hentes i Arbejdsskadesikringslovens § 40 a., stk. 1, nr. 3.

B.3. Bedre vilkår for Patienterstatningens sagsbehandling

Med lovforslaget sættes der en frist på 1 måned for indsendelse af oplysninger, som Patienterstatningen har anmodet om at få, til brug for sagsbehandlingen. Samtidig fastsættes det nu ved lov, at Patienterstatningen skal modtage oplysningerne vederlagsfrit.

Patienterstatningens administration er glad for, at disse to områder, der er centrale for oplysningen af sagerne, nu medtages i loven, og vi har en forventning om, at det vil kunne gøre sagsbehandlingen både hurtigere og mere smidig.

B.3.1. Indhentelse af oplysninger fra forsikrings- og pensionselskaber

Problemstilling og forslag til ændring:

I KEL § 37, stk. 1, og § 58, stk. 1, om Patienterstatningens adgang til at indhente oplysninger til brug for sagsbehandlingen foreslår vi, at det præciseres, at Patienterstatningen også har ret til at indhente oplysninger fra forsikrings- og pensionselskaber. Dette er en lovfæstelse af gældende praksis. I 2011 indgik Patienterstatningen og Forsikring & Pension en aftale om, at forsikringsbranchen anerkender, at KEL § 37 indeholder hjemmel til, at der kan indhentes relevante oplysninger fra branchen. For at tydeliggøre og udbrede kendskabet til denne aftale, og af hensyn til Patienterstatningens administration, foreslår vi, at aftalen lovfæstes.

B.4. Tandskader – værnepligtige og indsatte

Sagsbehandlingen på dette område varetages i dag af Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning. Patienterstatningen har derfor ingen kommentarer til de foreslåede tilføjelser på dette område.

B.5. Ophævelse af undergrænserne for udbetaling af erstatning og godtgørelse

I lovforslaget foreslås det at ændre henholdsvis lovens § 24, stk. 2, og § 46, stk. 2, således, at de anførte minimumsgrænser på henholdsvis 10.000 kr. og 3.000 kr. fjernes og i stedet erstattes af et generelt "egetbidrag", som fratrækkes i alle de sager, hvor patienten tilkendes erstatning. Egetbidraget er på 7.300 kr.

Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at egetbidraget skal finansiere dels de omkostninger, der er forbundet med udvidelsen af lovens dækningsområde og dels omkostningerne ved fredning af allerede udbetalt erstatninger, når sager ankes.

B.5.1 Indførelse af et egetbidrag på 7.300 kr. og ophævelse af minimumsgrænserne

B.5.1.1 Egetbidrag

Et egetbidrag på 7.300 kr. vil i realiteten betyde, at der indføres en ny minimumsgrænse på 7.300 kr.

Det vil altid være således, at en sænkning af minimumsgrænserne for erstatning vil influere på tre forhold:

1. Antallet af anmeldelser vil stige.

2. De administrative udgifter vil stige, hvis grænserne sænkes, fordi flere sager skal realitetsbehandles, og der skal træffes flere afgørelser efter erstatningsansvarsloven.
3. De samlede erstatningsudgifter vil stige.

Ad 1. Vi vurderer ikke, at antallet af anmeldelser ændres mærkbart med den foreslåede lovændring. Det skyldes, at det i forvejen kan være meget vanskeligt for patienterne at vurdere størrelsen af en eventuel erstatning og derfor vide, om sagen vil ligge under eller over minimumsgrænsen på 10.000 kr.

Ad 2. Vi vurderer, at de administrative omkostninger vil stige svagt, fordi flere sager skal realitetsbehandles. Patienterstatningen afviste i 2016 ca. 720 sager med henvisning til minimumsgrænsen på 10.000 kr. Omtrent halvdelen af disse blev ikke realitetsbehandlet, fordi erstatningen var "åbenbart" under minimumsgrænsen på 10.000 kr. En større del af disse sager skal nu realitetsbehandles. Vi kan ikke vurdere den præcise administrative omkostning, men den skønnes ikke at overstige 0,5 mio. kr.

Ad 3. Den samlede besparelse for de erstatningspligtige ved egetbidraget er i forslaget estimeret til 20,4 mio. kr. Vi sætter imidlertid spørgsmålstegn ved, om de samlede erstatningsudgifter rent faktisk reduceres i et omfang som beregnet:

Over halvdelen af de sager, som Patienterstatningen anerkender som erstatningsberettigede, anerkendes efter reglen i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1. Det betyder, at vi i disse sager anerkender, at undersøgelse eller behandling ikke var i overensstemmelse med erfaren specialistbehandling, og at skaden kunne være undgået, hvis det havde været tilfældet.

En del af de patienter, der får deres sag anerkendt efter denne bestemmelse, vil være berettiget til at få udbetalt det foreslåede egetbidrag på 7.300 kr., selv om Patienterstatningen fratrækker beløbet i erstatningen efter klage- og erstatningsloven. Det drejer sig om de patienter, hvis skade skyldes, at behandlingen ikke har været i overensstemmelse med sædvanlig og god behandlingsstandard, og hvor der altså er erstatningspligt for skadevolder efter almindelige erstatningsretlige regler (culpa-reglen).

Patienterstatningen er forvaltningsretligt forpligtet til at orientere patienten/dennes advokat om, at de kan rejse krav efter almindelige erstatningsretlige regler direkte overfor den erstatningspligtige, altså regionen eller et forsikringselskab.

Vi vurderer, at det vil være helt naturligt for mange patienter og deres advokater at rejse kravet overfor den erstatningspligtige, set i lyset af, at det allerede er anerkendt, at skaden kunne være undgået ved en bedre undersøgelse og behandling.

Omkostningerne for de erstatningspligtige ved at skulle tage stilling til disse krav kan meget vel blive væsentligt større end 7.300 kr. Dels vil der være tale om egne administrative omkostninger, og dels vil der være tale om dækning af omkostninger til patientens advokat for varetagelse af patientens sag. Sådanne omkostninger dækkes sædvanligvis ved behandling af krav efter almindelige erstatningsretlige regler.

Problemstilling:

Fra Patienterstatningens side er vi bekymrede over forslaget til et egetbidrag, fordi det ikke fører til den ønskede besparelse, men i stedet

- tager erstatninger fra patienter, der rent faktisk har lidt et tab svarende til egetbidraget, hvilket vil blive opfattet som urimeligt og dermed er til skade for erstatningsordningens omdømme,
- vil føre til nye erstatningssager efter almindelige erstatningsretlige regler. Hermed undergraves en væsentlig forudsætning i den nuværende ordning, hvorefter patienten ikke behøver en advokat til at føre erstatningssagen.

B.5.1.2 De gældende minimumsgrænser

Ud over problemstilling om egetbidraget, så hæfter vi os ved, at det af den politiske aftale indgået 19. september 2017 fremgår, at man vil overveje et alternativ til egetbidraget på 7.300 kr. i forbindelse med finanslovsforhandlingerne for 2018.

Vi er naturligvis helt klar over, at lovforslaget i dets nuværende udformning tager udgangspunkt i et egetbidrag på 7.300 kr., men vi vil allerede nu gøre opmærksom på et problem, der kan opstå, hvis man vælger at fjerne egetbidraget. Bliver der indgået aftale om en alternativ finansiering, så skal det nøje overvejes, hvorvidt man ønsker at bevare de nuværende minimumsgrænser eller - som forudsat i lovforslaget - ønsker at fjerne dem.

Patienterstatningen har tidligere efter anmodning fra Sundheds- og Ældreministeriet i 2010 foretaget en beregning af omkostningerne ved en ophævelse af minimumsgrænserne. Beregningen blev foretaget på grundlag af, at vi på daværende tidspunkt afviste ca. 600 anmeldelser om behandlingsskader med henvisning til minimumsgrænsen på 10.000 kr. I 2016 var antallet af sager, der afvistes med henvisning til minimumsgrænsen steget til ca. 720.

Vi skønnede i 2010, at en ophævelse af minimumsgrænserne ville betyde

- en stigning i antallet af anmeldelser på 400,
- merudgifter til erstatning på 1,15 mio. kr., og
- administrative merudgifter i Patienterstatningen på 8,4 mio. kr.

Vi ser ikke nogen grund til, at en ophævelse af minimumsgrænsen her 7 år senere skulle føre til ændrede tal for så vidt angår stigningen i antallet af anmeldelser og merudgifterne til erstatning, men de administrative merudgifter skal reguleres op til ca. 9,5 mio. kr.

Omkostningerne vedrører alene Patienterstatningens merudgifter. Den omfatter altså ikke administrative merudgifter i Ankenævnet for Patienterstatningen og hos de erstatningspligtige.

Såfremt man indgår politisk aftale om en anden finansieringsmodel end et egetbidrag på 7.300 kr., foreslår vi, at man bevarer en minimumsgrænse, fordi det er forbundet med uforholdsmæssigt store omkostninger helt at afskaffe en minimumsgrænse.

I den forbindelse henviser vi også til, at det samlede lovforslag først og fremmest har været båret af et politisk ønske om dels at udvide lovens dækningsområde og dels at frede udbetalte og ikke-ankede erstatninger. Forslaget har ikke været båret af et ønske om at udvide erstatningsordningen til også at omfatte økonomisk meget små skader. Vi oplever efterhånden også meget lidt kritik af den nugældende grænse på 10.000 kr.

Endelig foreslår vi, at man benytter lejligheden til at standardisere de nuværende minimumsgrænser, således at de bliver identiske for behandlings- og lægemiddelskader.

B.6. Ankenævnet – formand og næstformand

Patienterstatningen vil overlade det til Ankenævnet for Patienterstatningen at komme med eventuelle bemærkninger til denne del af lovforslaget.

B.7. Færøerne

Denne del af lovforslaget vedrører alene klagesystemet og ikke Patienterstatningens område, hvorfor vi ingen bemærkninger har til denne del af lovforslaget.

B.8. Lovens ikrafttræden

Det fremgår af ikrafttrædelsesbestemmelsen i § 3, at lovændringen finder anvendelse for sager, hvor skaden er forårsaget 1. juli 2018 eller senere. Denne bestemmelse betyder, at patienter stilles helt afgørende forskelligt, alt efter om skaden er forvoldt før eller efter 1. juli 2018. Patienterstatningen er opmærksom på, at det overvejes, at ikrafttrædelsestidspunktet skal være datoen for lovforslagets fremsættelse i november 2017. I nedenstående eksempler er der regnet med en skæringsdato 1. juli 2018, men indholdet af eksemplerne er det samme, uanset om skæringsdatoen er 1. juli 2018 eller fx 15. november 2017.

B.8.1 Meget lang indfasningsperiode på 3, 10 og 30 år

Problemstilling:

Patienter, hvis skade er forvoldt før 1. juli 2018, er underkastet de gældende regler, hvorefter den erstatningspligtige (regioner, privathospitaler mv.) efter retspraksis kan kræve også tidligere udbetalte erstatninger tilbagebetalt, hvis Patienterstatningens afgørelser ændres i Ankenævnet for Patienterstatningen. Desuden er der en undergrænse på henholdsvis 10.000 kr. (behandlingsskader) og 3.000 kr. (lægemiddelskader).

Patienter, hvis skade er forvoldt efter 1. juli 2018, kan drage fordel af de nye regler, hvorefter både tidligere erstatninger, men også den aktuelle erstatning er fredet, hvis det er den erstatningspligtige, der anker, og erstatningen er udbetalt. Disse patienter skal betale et egetbidrag på 7.300 kr., men får beløb over denne grænse udbetalt.

Med lovforslagets formulering af ikrafttrædelsesbestemmelsen vil en række patienter ikke få glæde af den nye fredningsbestemmelse, fordi deres sager fortsat reguleres af de gamle regler i 3, 10 og op til 30 år.

Baggrunden herfor er følgende:

Efter KEL § 59, stk. 1, (behandlingsskader) og 60 stk. 1, (lægemiddelskader) er forældelsesfristen 3 år fra det tidspunkt, hvor patienten (eller de pårørende) har fået eller burde have fået kendskab til skaden.

Efter § 59, stk., 2, og § 60 stk. 2, forældes erstatningskravet dog senest 10 år efter den dag, hvor skaden er forårsaget, henholdsvis hvor lægemidlet er udleveret til skadelidte.

Efter § 60 b., stk. 1, som regulerer fristen i forbindelse med genoptagelsessager, løber der dog en ny frist på tre år efter en positiv afgørelse i den oprindelige erstatningssag, men efter § 60 b., stk. 3, således at der er en absolut frist på 10 år efter den sidste positive afgørelse om erstatning. Ved gentagne positive afgørelser i samme sag kan fristen strækkes til 30 år fra det tidspunkt, hvor skaden er forårsaget eller lægemidlet udleveret til skadelidte.

Det vil altså sige, at en patient eller en pårørende, der var bekendt med skaden, og som 30. juni 2021 anmelder en skade fra 30. juni 2018 vil være omfattet af de gamle regler om ikke-fredning og tilbagebetaling af alle erstatninger i sagen samt minimumsgrænserne.

Det betyder også, at en patient eller pårørende, der ikke var eller ikke burde være bekendt med skaden, og som 30. juni 2028 anmelder en skade fra 30. juni 2018 vil være omfattet af de gamle regler om ikke-fredning og tilbagebetaling af alle erstatninger i sagen samt minimumsgrænserne.

For en patient, som får en erstatningsberettigende skade 30. juni 2018, kan de gamle regler i sager om genoptagelse i yderste fald finde anvendelse frem til 30. juni 2048.

Det vil svært for patienterne, de pårørende og formentlig også for offentligheden at forstå, at retsstillingen er så forskellig i mange år fremover. Ankenævnet har oplyst, at nævnet allerede nu får anmodninger om, at nævnets erstatningsafgørelse sættes i bero på lovændringen, fordi patienterne har en urigtig formodning om, at fredningen kommer til at gælde allerede verserende sager.

Hertil kommer det politisk uholdbare i, at en problemstilling om tilbagebetaling af udbetalte erstatninger, som man forsøger at løse med en lovændring, helt forudsigeligt vil dukke op igen og igen i mange år fremover.

Patienterstatningen må også pege på, at det forhold, at vi i mange år frem skal arbejde med to regelsæt og bruge to forskellige ankevejledninger om henholdsvis risiko for at miste al erstatning/fredning i vores mange forskellige typer af erstatningsafgørelser vil give yderligere administration og desværre uanset kvalitetskontrol mv. og udbygning af vores it-system medføre fejl.

Opmærksomheden henledes på, at også Ankenævnet for Patienterstatningen skal arbejde efter to regelsæt i mange år.

Forslag til ændring:

Hvis en anke fra den erstatningspligtige tillægges opsættende virkning, må det være muligt at operere med en skarp overgangsdato fx 1. juli 2018, således at loven finder anvendelse på alle erstatningssager, hvori der *træffes afgørelse* 1. juli 2018 eller senere. I verserende sager har de erstatningspligtige hele tiden haft mulighed for at anke tidligere anerkendelser og erstatningsafgørelser på det tidspunkt, hvor afgørelsen blev truffet, selv om den sidste afgørelse først træffes efter 1. juli 2018. Afgørelser om erstatning efter 1. juli 2018 kan ankes, og anken tillægges opsættende virkning. Derved er der ikke noget retstøb for den erstatningspligtige. Efter ankenævnets praksis har de erstatningspligtige på intet tidspunkt haft noget retskrav på at få prøvet tidligere ikke ankede afgørelser i forbindelse med anke af en senere afgørelse.

Følges forslaget om en skarp overgangsdato, vil lovændringen få virkning også for verserende sager allerede fra dagen for lovens ikrafttræden. Det vil ikke være nødvendigt at skulle operere med to forskellige regelsæt, og fredningen af erstatningerne vil få virkning fra ændringslovens ikrafttræden.

Patienterstatningen betragter dette som den bedste løsning og samtidig en løsning, der med det samme vil løse de politiske problemer, de erstatningspligtiges tilbagebetalingskrav har skabt.

En formulering som det foreslåede er ikke usædvanlig. En næsten tilsvarende bestemmelse findes allerede i dag i KEL § 63, stk. 3 (klageområdet).

Hvis det besluttes, at loven skal finde anvendelse allerede på skader forårsaget efter lovforslagets fremsættelse, vil det betyde, at Patienterstatningen får anmeldt skader, der er forårsaget mellem tidspunktet for lovforslagets fremlæggelse (f.eks. december 2017) og lovens ikrafttræden 1. juli 2018. Disse sager vil det være nødvendigt at sætte i bero, indtil loven er trådt i kraft. Denne løsning finder Patienterstatningen derfor uhensigtsmæssig.

Med venlig hilsen

Karen-Inger Bast
direktør

Fra: kos-Direktionssekretariatet@politi.dk [mailto:kos-Direktionssekretariatet@politi.dk]

Sendt: 20. september 2017 13:35

Til: Signe Struberga <SIST@SUM.DK>

Cc: JGP005@politi.dk

Emne: SV: HØRING: Udkast til lovforslag om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Kære Signe Struberga

Rigspolitiet har ikke bemærkninger til lovforslaget.

Med venlig hilsen

Patrycja Sosfa
Politifuldmægtig

POLITI

Rigspolitiet
Direktionssekretariatet

Polititorvet 14
1780 København V

Telefon 41747477
E-mail pas003@politi.dk

Web www.politi.dk
Facebook [facebook.com/politi](https://www.facebook.com/politi)
Twitter twitter.com/rigspoliti



Sundheds- og Ældreministeriet

Vedrørende høring om udkast til lovforslag om ændring om lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Den 11. oktober 2017 }

Psykolognævnet er i høringsbrev af den 19. september 2017 bedt om eventuelle kommentarer til lovforslaget.

J.nr. 2017-0017-51344

Vi har ikke bemærkninger til udkastet til lovændringen.

Psykolognævnet
Ankestyrelsen
7998 Statsservice

Venlig hilsen

Tel +45 3341 1200

Mette Thostrup

ast@ast.dk

sikkermail@ast.dk

www.ast.dk

EAN-nr:

57 98 000 35 48 21

Åbningstid:

man-fre kl. 9.00-15.00

Sundheds- og Ældreministeriet
Sagsbeh.: DEPSIST
Sagsnr.: 1703524
Dok. nr.: 434736

12. oktober 2017

Høringsvar vedr. "Udkast til lovforslag om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet"

Foreningen af danske sundhedsvirksomheder, Sundhed Danmark, har den 19. september 2017 modtaget høringen af "udkast til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet".

Sundhed Danmark repræsenterer privathospitaler og -klinikker, lægeklinikker og behandlingssteder, der bliver påvirket af det udsendte udkast til lovforslag. Derfor var Sundhed Danmark også inviteret til at bidrage til evaluering af forsikringspligten efter klage- og erstatningsloven, der blev udsendt i april 2017, som vi naturligvis svarede på. Vi kan se, at vores bidrag input ikke er medtaget i den videre proces, hvilket bekymrer os.

Lovforslaget indeholder flere ændringer - Udvidelse af patienterstatningsordningen, Fredning af udbetalte erstatninger, Bedre vilkår for Patienterstatningens sagsbehandling, Ens erstatningsvilkår for indsatte og værnepligtige, Ophævelse af undergrænsen for udbetaling af tilkendte erstatninger, Udnævnelse af Ankenævnet for Patienterstatningens formand og næstformænd og Bemyndigelsesbestemmelse for Færøerne.

Sundhed Danmark har både en række generelle og principielle bemærkninger til lovforslaget, konkrete kommentarer til specielt Udvidelse af patienterstatningsordningen, Fredning af udbetalte erstatninger og Ophævelse af undergrænsen for udbetaling af tilkendte erstatninger og har samtidig anbefalinger til andre løsninger, end de foreslåede. Derudover henviser til vores bidrag til evalueringen indsendt til Sundheds- og Ældreministeriet, Sagsnr. 1701784, 1. juni 2017.

Generelle bemærkninger

Baggrunden for ændringerne

Baggrunden for de fremførte forslag er, at specielt regionerne opleves at anke længe efter første afgørelse med den konsekvens, at et medhold i anken har den konsekvens, at patienterne skal tilbagebetale den udbetalte erstatning. Til trods for en forståelse for, at det er yderst uhensigtsmæssigt for den enkelte, at man skal tilbagebetale beløb, så er det et faktum, at det er patienterne, der næste altid anker. Kun 108 af de sager, der blev afgjort i 2016, var påklaget af den erstatningsansvarlige. Og samlet ændrede Ankenævnet i 2016 373 tilfælde Patienterstatningens afgørelse, hvilket svarer til en meget lav ændringsprocent på 13,8.

Derudover er der allerede i dag indført et skærpet ansvarsgrundlag via specialistreglen, og derudover er det Patienterstatningen og ikke patienter eller efterladte til patienter, der skal oplyse sagerne og godtgøre, at erstatningsbetingelserne er opfyldte og endelig er det gratis at klage. Alt sammen forhold der tilgodeser patienten.

Allerede efter de gældende regler i dag er der en øget beskyttelse af den erstatningssøgende i forhold til dansk rets almindelige erstatningsretlige udgangspunkt. At denne gruppe skal beskyttes yderligere ved, at

personer, der ubetiget har fået udbetalt deres erstatning, ikke skal betale denne tilbage igen, forekommer uproportionel.

Så det virker umiddelbart som om, at der foreslås gennemført store ændringer, hvor patienterne i forvejen er beskyttede. Og hvor de erstatningsansvarlige reelt mister en grundlovssikret ankemulighed, til trods for, at problemet er forsvindende lille i den store sammenhæng.

Principperne i erstatningsansvarslovens § 16, stk. 1, 3 pkt., bør ikke overføres.

Vedrørende bemærkningen på side 11 om erstatningsansvarslovens § 16, stk. 1, 3 pkt., skal vi gøre opmærksom på, at grundlaget for indførelsen af denne bestemmelse ikke kan sammenlignes med denne sag.

Grundlaget for at indføre erstatningsansvarslovens § 16, stk. 1, 3 pkt., var, at det kunne være vanskeligt at opføre, hvorvidt der var tale om varige mén, altså selve mén opgørelsen - og altså ikke om selve ansvarsgrundlaget for at udbetale erstatningen er til stede.

Ifølge motiverne til erstatningsansvarslovens § 16, stk. 1, 3 pkt., forventede lovgiver, at overkompensation kun ville blive aktuel i ganske få tilfælde, fordi det normalt er muligt at vurdere det varige erhvervsevnetab endeligt inden for tidsfristen i loven.

Bestemmelsen har således intet med selve ansvarsgrundlaget at gøre, men fokuserer alene på selve opgørelsen af erstatningen og de tilfælde hvor selve opgørelsen har været umuligt at foretage indenfor den 2 års frist der gælder i den sammenhæng.

Der er altså ikke tale om, at man skulle være afskåret fra at kræve tilbagebetaling af den uberettigede udbetalte erstatning, i de tilfælde hvor der ikke forelå et erstatningsansvar hos sundhedsaktøren. Med andre ord ville sundheds aktøren gå fri, hvis der ikke var et erstatningsansvar – naturligvis.

Det er derfor misvisende at overføre princippet til patientskadesager. Da de samme forhold ikke gør sig gældende. Opgørelsen af erstatningen størrelse er ikke det samme som vurderingen af et ansvarsgrundlag.

Udvidelse af patienterstatningsordningen uden ligestilling i branchen

Udvidelsen af ordningen har ikke omfattende konsekvenser for foreningens medlemmer, men branchen er meget uforstående overfor den foreslåede konkretisering af udvidelsen, som anført i §29, stk. 1, nr. 10-14, hvor det er kommunen eller regionen, der har erstatningsforpligtigelsen. Og ikke den private virksomhed – som det er for bl.a. privathospitalerne, der er pålagt at tegne en forsikring.

I dialogen med Ministeriet efter den udsendte høring, erfarer vi, at dette skyldes, at man ikke vil pålægge private yderligere byrder. Det er et synspunkt, vi principielt støtter. Men mener, det bør dække alle, der er omfattet af patienterstatningsordningen. Det er brancheforeningens vurdering, at privatsektoren er blevet pålagt en omkostningsforvridende udgift, der udelukkende sikrer, at det samlede sundhedsvæsen bliver mere omkostningstungt, da regionen ved en voldgift blev pålagt højere takster for ydelser til de private og de private betaler store summer i præmier og har samtidig måtte acceptere store selvrisici for at sænke præmiebeløbene.

Allerede i dag er der patienter, der behandles af de private, hvor regionen har erstatningsansvaret. Så praksis er etableret på området – og uden at det umiddelbart har givet store udfordringer for regioner. Der er dem, der kommer via Det Udvidede Frie Sygehusvalg og dem, der kommer via samarbejdsaftaler/udbud eller Sundhedslovens §82b. Her er forskellen, at det offentlige påtager sig ansvaret for alle dem, der ikke kommer via DUF. Det er der ikke umiddelbart nogen logisk forklaring på – udelukkende, at den private

aktør er blevet forpligtet på de patienter, der kommer via Sundhedslovens §87. Og her var der indtil oktober 2016 ikke inkluderet udredningspatienter – de var nemlig tidligere hjemlet i §82b, men §87 blev udvidet til også at inkludere udredningspatienter.

I den forbindelse er det vigtigt at holde fakta for øje. Kun hhv. 1 (2014), 5 (2015) og 22 (2016) ankesager fra private er blevet omgjort i ankenævnet, så der er på ingen måde et problem her. Om end det ikke har været muligt at få oplyst beløbsstørrelserne på de angivne sager, da det ikke registreres.

Ligesom antallet af sager til Patienterstatningen ligger på et lavt, lettere faldende, niveau med 482 i 2015, 448 i 2016 og 246 i 1. halvår 2017. Og disse sager har en gennemsnitlig anerkendelse på ca. 30 pct. – stort set samme som det offentlige. Så det er heller ikke her, der er et problem.

Ministeriet bør derfor sikre, at der er ligebehandling for alle private under patienterstatningen, så det i alle tilfælde er kommunen eller regionen, der har erstatningsforpligtigelsen.

Fredning af udbetalte erstatninger

Med lovforslaget vil lovgiver blandt andet udvande udgangspunktet om et to-instans-princip, hvorefter alle har ret til at få prøvet deres sag i to instanser. Inden for strafferetten og ekspropriation følger retten til to-instans princippet direkte af grundloven.

Princippet vil blive udvandet ved, i visse tilfælde, at gøre det umuligt at kræve tilbagebetaling af erstatninger, som er uberettiget udbetalt. Sundhed Danmark mener, at dette vil svække retssikkerheden for sundhedsaktørerne på området.

Retsvirkningen af kendelserne vil nemlig blive illusoriske, da sundheds aktørerne kan få en kendelse, der i princippet afgør, at sundhedsaktøren er berettiget til at kræve den udbetalte erstatning tilbage. Men med denne lovændring bliver det så ikke muligt at kræve beløbet tilbage, fordi første instans prøvelsen (i patienterstatningen) var forkert.

Kendelsen/dommen vil alene have retsvirkning til eksempelvis at få "renset" en uskyldig læge/sundheds aktør erkendt uskyldig, men erstatningen vil stadig skulle udbetales. Man indfører altså en ny erstatningspligt i tilfælde, hvor der ikke er et erstatningsansvar. Dette er retssikkerhedsmæssigt yderst betænkeligt og man bør være yderst tilbageholden med at indføre en så restriktiv regel.

Derfor anbefaler Sundhed Danmark, at et reelt ankesystem bibeholdes. Det kan ske ved at indføre automatisk opsættende virkning ved klager.

I lovforslaget er dette i forvejen beskrevet som en mulighed, men at det kun bruges i sjældne tilfælde. Denne praksis er allerede gældende i Arbejdsskadeloven (§ 44, stk. 6), hvor arbejdsgiveren (eller selskabet) klager over en afgørelse, hvor klagen får opsættende virkning.

Ophævelse af undergrænsen for udbetaling af tilkendte erstatninger

Argumentationen for denne ændring er udelukkende økonomi. Sundhed Danmark finder, at når branchens administrationsomkostninger til Patienterstatningen i forvejen er ca. kr. 12.000 og at virksomhederne derudover har store omkostninger ved at skulle svare og belyse sagerne, så virker det helt urimeligt, at der ikke er en minimumsgrænse. Det betyder, alt andet lige, at antallet af klager vil stige ligesom at sagerne, når de ikke afvises indledende, vil koste branchens u hensigtsmæssigt mange administrative omkostninger.

Og effekten af dette er udelukkende at lade den erstatningspligtige beholde kr. 7.300. Erstatningen på 10.000 plus en administrationsudgift på 12.000 medfører en udgift for private på 22.000, hvor det reelt er et lille beløb, der kommer patienten til gode.

Sundhed Danmark anbefaler, at minimumsgrænsen bibeholdes – og at Staten, hvis denne gruppe patienter ønskes beskyttet, vælger at finansiere den ekstra omkostning, det giver.

De økonomiske konsekvenser

I det udsendte forslag er det Ministeriets vurdering, at der ingen merudgifter er for erhvervslivet. Ministeriet har oplyst os, at der er udarbejdet en større økonomisk beregning, der underbygger, at de kr. 7.300 kan give denne konklusion, men indsigt i materialet er blevet os nægtet.

Ophævelsen af undergrænsen vil selvstændigt koste os penge, som angivet ovenfor. Det er højst usandsynligt, at det med indførelsen af kr. 7.300 vil kunne skabes et nulsum på branchens del af sagerne. Når det reelt kun handler om 150 sager i 2016, vil det rent teknisk give ca. 1 mio samlet. Men hvis postulatet om ingen økonomiske konsekvenser skal være sand, skal det være den enkelte virksomhed, der skal have et nulsum.

Når der samtidig indføres en fredning af alle sager, hvor de private anker, så er det om end meget lidt sandsynligt, at Ministerens forslag reelt ikke påfører erhvervslivet store ekstra omkostninger. For når den gennemsnitlige tilkendte erstatning i 2016 var kr. 283.043, så skal der kun én ankesag til for den enkelte virksomhed til, at regnestykket ikke hænger sammen.

En forkert afgørelse med millionererstatning vil kunne medføre konkurs for et selskab, der med stor selvrisiko kan påføres en uberettiget erstatning uden mulighed for at kunne berigtige den forkerte afgørelse

Da stort set alle afgjorte sager ligger under de fleste virksomheders selvrisiko, vil det påvirke den enkelte virksomhed direkte. Samtidig er det sandsynligt, at forslaget giver anledning til at påstå en større risiko for forsikringselskabet med den manglende konsekvens ved anken. Så forslaget vil også give indirekte omkostninger til branchen.

Når Ministeriet på den ene side fastholder en forsikringsforpligtigelse overfor branchen, der tager udgangspunkt i den enkelte virksomhed, er det uantageligt, at der på den anden side laves et meget optimistisk regnestykke, der bygger på de store tals lov for en hel branche.

Konklusivt mener branchen, at der uden al tvivl bør indføres automatisk opsættende virkning af anke inden for den foreslåede tidsfrist på en måned.

Sundhed Danmark stiller sig meget gerne til rådighed for uddybning af ovennævnte.

Med venlig hilsen



Jesper Danneris Luthman
Branchedirektør

Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K
sist@sum.dk, sum@sum.dk

Tandlægeforeningen
Amallegade 17
1256 København K

Tel.: 70 25 77 11
Fax: 70 25 16 37
Info@tandlaegeforeningen.dk
www.tandlaegeforeningen.dk

CVR nr. 21318418

Dato: 12. oktober 2017

Sagsbeh: MH
E-mail:
Journal: hoering_81_2017

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

Tak for det tilsendte høringsmateriale, som Tandlægeforeningen modtog den 19. september 2017. Tandlægeforeningen har følgende bemærkninger:

Indledningsvist skal det bemærkes, at Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning i februar 2016 fremsendte forslag til ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, idet der ønskedes en præcisering af hjemmelen for Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning og Tandskadeankenævnet til at afgøre mangelsansvar. Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning anmodede om, at der i loven blev foretaget en indskrivning af hjemmelsgrundlaget for Tandskadeerstatningen til at foretage en vurdering af og træffe afgørelse af spørgsmålet om tilbagebetaling af erlagt honorar eller vederlagsfri udbedring/genbehandling, hvor der samtidig foreligger en tandskade. Der henvises til brev af den 2.2.2016.

I den korrespondance og mødeaktivitet der har været det seneste 1½ år mellem ministeriet og Tandlægeforeningen, har vi flere gange fået oplyst, at ministeriet havde forståelse for relevansen og nødvendigheden af de ønskede ændringer, og at ændringerne ville blive medtaget i det kommende ændringsforslag. Det er derfor med stor forundring, at det ønskede hjemmelsgrundlag ikke er medtaget i det fremsendte ændringsforslag til loven.

Der skal derfor atter opfordres til en **præcisering af hjemmelsgrundlaget for at afgøre mangelsansvar for skader forvoldt af tandlæger i privat praksis** indskrives i lovændringen.

Ændringen i § 19, stk. 1 vil for Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning betyde, at alle sager, som ved bekendtgørelse nr. 1099 af den 12.12.2003 og senere ved bekendtgørelse nr. 1264 af den 28.10.2016 blev henlagt til behandling af Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning og Tandskadeankenævnet jfr. § 1, stk. 1 i bekendtgørelsen, fremover vil være indeholdt i lovens § 19, stk. 1, nr. 1.

Den foreslåede nye formulering af § 19, stk. 1, nr. 1 og 2 vil medføre, at skader påført af en autoriseret tandlæge i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lign. er omfattet af loven, uanset at undersøgelse, behandling eller lign. ikke sker som led i tandlægens ansættelsesforhold i kommunalt, regionalt eller tandlægeskolens regi eller i privat tandlægepraksis. Af den foreslåede § 29, stk. 1 nr. 10 til 14 fastsættes erstatningspligten for sådanne skader til staten, en kommune eller en region.

De undersøgelser og behandlinger som i det nye lovforslag ligger ud over det der ved bekendtgørelse 1099 af 12.12.2003 og bekendtgørelse 1264 af 28.10.2016 er henlagt til Tandskadeerstatningen og Tandskadeankenævnet, skal behandles ved Patienterstatningen, medmindre der udarbejdes en ny bekendtgørelse med underliggende aftaler herom med Tandlægeforeningen. Såfremt en sådan ny bekendtgørelse udstedes og underliggende aftaler indgås, vil der for sådanne skader gælde en minimumsgrænse på 10.000 kr. svarende til alle øvrige skader som behandles af Tandskadeerstatningen og som ikke er sket i privat tandlægepraksis.

Såfremt den i § 24, stk. 2 fastsatte minimumsgrænse på 10.000 kr. ophæves generelt men fortsat ønskes bevaret i forhold til sager, der er henlagt til behandling af Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning, ønskes der en forklaring/beskrivelse af argumenterne bag beslutningen om ikke at lade minimumsgrænserne for tandskadesagerne erstatte af et egetbidrag, som alle øvrige sager, idet en sådan beskrivelse vil kunne anvendes som forklaring og begrundelse overfor patienterne.

Det noteres at fredningerne på udbetalte erstatninger ikke skal gælde for erstatninger og godtgørelse for tandskader, der er afgjort af Tandskadeerstatningen eller Tandskadeankenævnet. Der ønskes en forklaring/beskrivelse af argumenterne for denne beslutning, idet en sådan beskrivelse vil kunne anvendes som forklaring og begrundelse overfor patienterne.

Forslag til nyt § 24, stk. 5, 2. punktum lyder således: For indsatte og værnepligtige, som nævnt i § 29, stk. 1 nr. 9 og nr. 10, ydes erstatning og godtgørelse, såfremt den samlet overstiger 1.000 kr. Der eksisterer ikke et stk. 10 i § 29. § 29, stk. 1 nr. 8 og 9 omhandler værnepligtige og indsatte omfattet af § 19, stk. 9 og stk. 10. § 29, stk. 1 nr. 9 omfatter dog for tandskader alene de behandlinger som en indsat har ret til. Såfremt man kan tænke sig situationer, hvor en indsat fik foretaget undersøgelse eller behandling "indenfor murene" ud over hvad han/hun har ret til, så vil der for skader opstået i forbindelse hermed gælde en 10.000 kr.'s grænse, da disse skader ikke er omfattet af ordlyden af § 24, stk. 5.

Af de særlige bemærkninger side 37, 6 afsnit fremgår det, at det foreslås, at staten pålægges erstatningspligt for så vidt angår kontraktansatte, der påføres skade som følge af sundhedsfaglig behandling i det militære forsvar eller beredskab. Såfremt der ønskes en udvidelse af aftalen om Tandskadeerstatningens behandlinger af sager i henhold til loven til også at omfatte sådanne kontraktansatte, skal der samtidig tages stilling til om 1.000 kr.'s grænsen i § 24, stk. 5, 2. punktum også skal gælde disse.

Af ikrafttrædelsesbestemmelserne (§3) fremgår det af stk. 3, at den i § 1, nr. 5 foreslåede ændring af lovens § 24, stk. 5, 2. pkt. gælder for skader forårsaget den 1. juli 2006 eller senere. Det skal hertil bemærkes, at indtil lovforslaget vedtages og træder i kraft (1.7.2018) vil skader der behandles inden den 1. juli 2018 skulle behandles efter de eksisterende regler, hvor der er en minimumsgrænse på 10.000 kr. for alle andre skader end forårsaget af tandlæger i privat praksis. I det omfang en sag i dette tidsrum afvises med den begrundelse, at erstatningen ikke udgør mindst 10.000 kr., vil der imidlertid efter den 1.7.2018 være grundlag for at genoptage sagen og foretage en ny vurdering af om erstatningen udgør mindst 1.000 kr. og herefter skal realitetsbehandles.


Det skal bemærkes, at der med udvidelsen af lovens dækningsområde i § 19, stk. 1 nr. 1 og 2 sammenholdt med erstatningsansvar herfor i § 29, stk. 1, må antages at ske en ikke betydningsløs udvidelse af antallet af indrapporterede skader for de enkelte regioner i henhold til bekendtgørelse nr. 1084 af 11.9.2015.

Indsættelsen af nyt 2. og 3. pkt. til § 37 med en 30-dagesfrist vil være en hjælp til at sikre smidig og hurtig administration af sagerne. For at have en faktisk effekt vil det dog være ønskeligt at sanktioner for overskridelse af fristen blev anført.

Endelig skal det bemærkes, at det er ønskværdigt, at der gælder ensartede ikrafttrædelsesbestemmelser af hensyn til den administrative håndtering af loven. I ministeriets fremsendelsesbrev af den 19. september 2017, angives det under ikrafttrædelse, at der er blandt aftalepartierne enighed om, at udvidelsen af dækningsområdet og fredningsreglerne på udbetalte erstatninger bør gælde for skader, der er forårsaget på datoen for lovforslagets fremsættelse eller senere. Det er administrativt svært håndterbart og for sagens parter svært forståeligt såfremt der er flere forskellige ikrafttrædelsesdatoer for forskellige forhold i en sag. Det anbefales derfor at ikrafttrædelsesdatoen for dette lovforslag bliver som anført i lovforslagets tekst til ændringsforslag §3.

Med venlig hilsen


Freddie Sloth-Lisbjerg
Formand Tandlægeforeningen


Joakim Lilholt
Adm. direktør

Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K
Att.: kontorchef Mette Touborg Heydenreich

Svanemøllevej 85
2900 Hellerup
Tel.: 39 46 00 60
Fax: 39 46 00 88
web@tf-patientskade.dk
www.tf-patientskade.dk

CVR nr. 21 31 84 18

Dato: 2.2.2016

Forslag om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet – præcisering af hjemmel til at afgøre mangelsansvar

Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning anmoder om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang, således at det i loven præciseres, at der er hjemmel til i forbindelse med afgørelse af erstatningsspørgsmålet også at tage stilling til mangelsansvar i forbindelse med den skadegørende behandling.

I dag dækker Tandskadeerstatningen i sådanne tilfælde både udgiften til skaden og selve omlavningen.

Som eksempler på mangelfuldt arbejde, som erstattes og efterfølgende opkræves hos tandlægen kan følgende situationer nævnes:

En fem-leddet bro med utilstrækkelig vedhæftning på bropiller medfører tab af tænder samt bro. Der tilkendes derfor erstatning for udgifterne til kroner og implantatbaserede kroner, og der gøres mangelsansvar gældende over for tandlægen for så vidt angår omgørelsesudgiften for brobehandling.

Behandling med rodkanalforankret rodstift og krone med skævboring og gennembrydning af roden til følge, som ikke konstateres på behandlingstidspunktet. Efterfølgende betændelse ved tanden medfører tab af tand. Der tilkendes derfor erstatning for udgiften til implantatbåret krone, og der gøres mangelsansvar gældende over for tandlægen for så vidt angår omgørelsesudgiften for opbygning og krone.

Der er altså ikke tale om et regreskrav for erstatningen, men om, at tandskadesystemet (i sidste ende forsikringsselskaberne Codan og nu Tryg eller regionen) kan søge den del af det samlede beløb, der vedrører det mangelfulde tandlægearbejde, tilbage fra tandlægen.

Ordningen hvorefter både erstatning og mangelsansvaret afgøres i samme system, er til gavn for patienterne, som dermed ikke bliver henvist til at forfølge

deres krav for mangelfuldt tandlægearbejde ved en sideløbende sag i klagesystemet eller ved domstolene.

I den følgende gives en nærmere gennemgang af problemstillingen

Forud for ændring af patientforsikringslovens dækningsområde i 2004 til også at omfatte bl.a. privatpraktiserende tandlæger blev der udgivet Kommisionsbetænkning 1997 nr. 1346 om revision af lov om patientforsikring. Uddrag heraf vedrørende privatpraktiserende tandlæger vedlægges.

På baggrund af denne kommissionsbetænkning blev det besluttet, at tandskader forårsaget af blandt andre privatpraktiserende tandlæger fortsat skulle oplyses og afgøres i det af Tandlægeforeningen (tidl.: Dansk Tandlægeforening) allerede etablerede erstatningssystem. I forbindelse med lovændringen blev der således udstedt bekendtgørelse 2003-12-12 nr. 1099 om henlæggelse af behandlingen af sager efter lov om patientforsikring til Dansk Tandlægeforenings Patientskadeersikring og Tandskadeankenævnet.

Ved aftale med Indenrigs- og Sundhedsministeriet af 8. december 2003 om henlæggelse af behandlingen af sager efter lov om patientforsikring for privatpraktiserende tandlæger og tandlæger under amtstandplejen og de kommunale tandplejeordninger blev det bl.a. fastlagt, at der for sager, der anmeldes til Dansk Tandlægeforenings Patientskadeersikring vedr. privatpraktiserende autoriserede tandlæger, gælder en undergrænse på 1.000 kr. for retten til erstatning.

Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning havde, som det fremgår af kommissionsbetænkningen, forud for 2004 behandlet tandskaderne i privatpraksis anderledes end lovens bestemmelser på 2 områder: for det første er der en lavere minimumsgrænse for tandskader end for øvrige patientskader (nemlig 1.000 kr. mod 10.000 kr.), og for det andet tager Tandskadeerstatningen, når der foreligger en tandskade, også stilling til spørgsmålet om tilbagebetaling af erlagt honorar eller vederlagsfri udbedring/genbehandling.

Denne praksis er, som det fremgår af både hjemmesiden for og årsberetningerne fra Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning, videreført også efter disse sager i 2004 blev omfattet af patientforsikringsloven. Begrundelsen for at videreføre den tidligere praksis også efter tandskaderne blev omfattet af loven støttes bl.a. på, at det i betænkningen er anført, at "såfremt behandlingen af tandlægesager foregår i Praksisforsikringens regi, vil patienten kunne få hele sin sag behandlet under et". Uagtet at den tidligere praksis, for så vidt angår minimumsgrænsen og tilbagebetaling af erlagt honorar/vederlagsfri udbedring, ikke er direkte gengivet i bekendtgørelse 2003-12-12 nr. 1099 om henlæggelse af behandlingen af sager efter lov om patientforsikring til Dansk Tandlægeforenings Patientskadeersikring og Tandskadeankenævnet specifikt, anses disse forhold for gældende.

Fra tid til anden bliver der stillet spørgsmål ved Tandskadeerstatningens hjemmelsgrundlag for at kunne foretage vurdering af spørgsmålet om tilbagebetaling af erlagt honorar eller vederlagsfri udbedring/genbehandling i sager, hvor der samtidig er en tandskade, ligesom den lavere minimumsgrænse ikke fremgår af loven eller bekendtgørelsen og derfor giver anledning til forvirring og usikkerhed.

Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning skal derfor anmode om, at der i forbindelse med en kommende revision af hele eller dele af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet foretages en **indskrivning af hjemmelsgrundlaget** for Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning til at foretage en vurdering af og træffe afgørelse af spørgsmålet om tilbagebetaling af erlagt honorar eller vederlagsfri udbedring/genbehandling, hvor der samtidig foreligger en tandskade. Ligeledes ønskes der i loven **en præcisering af minimumsgrænsen på 1.000 kr.** for skader forvoldt af tandlæger i privat praksis.

Såfremt ovenstående præciseringer ikke medtages i en revision af klage- og erstatningsloven vil en præcisering i bekendtgørelse 2003-12-12 nr. 1099 også kunne imødekomme behovet for hjemmelsgrundlag.

Vi har i øvrigt følgende ønsker om rettelser i forbindelse med en revideret bekendtgørelse:

- Dansk Tandlægeforening hedder nu Tandlægeforeningen
- Dansk Tandlægeforenings Patientskadeforsikring hedder nu Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning
- Ny § 2 stk. 4: Danske Regioner og Forbrugerrådet udpeger hver et medlem til de enkelte nævn under Tandskadeankenævnet. Kommunernes Landsforening og universiteternes tandlægeskoler kan hver udpege et medlem, som kan deltage i Tandskadeankenævnets møder, når der behandles sager inden for disse foreninger.
- Ny § 3 stk. 1: Afgørelser efter denne bekendtgørelses § 1 kan indbringes for Tandskadeankenævnet, der har den endelige administrative afgørelse. Klagen skal indgives inden 3 måneder efter klageren har fået meddelelse om afgørelsen.
- Ny § 6 stk. 2: Tandskadeankenævnets afgørelse kan indbringes for de almindelige domstole, der kan stadfæste, ophæve eller ændre afgørelsen. Indbringelsen skal ske inden 6 måneder efter, at afgørelsen er meddelt.

Såfremt der ønskes yderligere oplysninger eller uddybelse af ovenstående står jeg til rådighed, ligesom jeg naturligvis gerne deltager i et møde om sagen.

Venlig hilsen
Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning

Mette Heegaard
Direktør

Sundheds- og Ældreministeriet

sist@sum.dk
cc: sum@sum.dk

11. oktober 2017 · ms

Hørings svar vedr. udkast til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Ældre Sagen takker for invitation til høring og har følgende kommentar.

Vi hilser det velkomment, at der foreslås udvidelse af patientskadeordningen, fredning af udbetalte erstatninger og bedre vilkår for sagsbehandling. Vi er dog bekymrede for, at der i forbindelse med forslag om at ophæve undergrænser for udbetaling af tilkendte erstatninger på hhv. 10.000 og 3.000 kr. foreslås en egenbetaling på 7.300 kr. Det er en høj egenbetaling for den patient, der kun får tilkendt et mindre beløb i erstatning, og som oplever at være påført en skade. Særligt i forhold til skader som følge af lægemidler vil det betyde et væsentlig højere beløb end de nuværende 3.000 kr. I praksis vil det for den enkelte patient betyde mere end en fordobling af det beløb, der ikke udbetales af tilkendt erstatning.

Venlig hilsen



Bjarne Hastrup
Adm. direktør

Sundheds- og Ældreministeriet
Att.: sist@sum.dk
Kopi: sum@sum.dk

Den 6. oktober 2017/dø

Emne: Lovforslag vil skubbe hundredvis af patienter ud af patienterstatningsordningen.

Høringssvar vedr.: Udkast af 19.9.2017 til forslag til lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (Udvidelse af patienterstatningsordningen, fredning af udbetalte erstatninger m.v.). Høringsfrist: 12.10.2017.

Øfeldt Centrene har læst Sundheds- og Ældreministeriets ovennævnte udkast til lovændringsforslag og skal på denne baggrund alene kommentere den del, der omhandler Centrene: *Behandling foretaget på Øfeldt Centrene efter sundhedslovens § 79, stk. 3.*

Resumé:

Patienterstatningsordningens oprindelige dækningsområde omfattede patienter "der behandles på sygehuse, som det offentlige har driftsoverenskomst med". Det fremgår af bemærkningerne til lovændringerne helt frem til nu, at denne afgrænsning er ønsket bevaret/videreført i lovgivningen.

Patienter, som behandles på Øfeldt Centrene i medfør af sundhedslovens § 79 om sygehusbehandling, reguleres igennem indgåede driftsoverenskomster mellem regionerne og Centrene. Det er således hævet over enhver tvivl, at disse patienter ifølge lovgivningen må have et retskrav på at kunne få hjælp fra Patienterstatningen, hvis der sker skade, men alene er blevet forhindret heri pga. ministeriets (forkerte) fortolkning af lovgivningen.

Lovforslagsudkastet, som netop er sendt i høring, lægger op til at fjerne lovens hidtidige stedlige afgrænsning af patienterstatningsordningens dækningsområde, hvorved de mange hundrede patienter, som lægehenvises til specialiseret ambulans behandling på Øfeldt Centrene i medfør af sundhedslovens § 79, vil miste deres retskrav på hjælp fra Patienterstatningen i tilfælde af skade.

Øfeldt Centrene har oplyst 2 løsningsmodeller (på side 3 og 4).

Bemærkninger:

Med ovennævnte lovforslagsudkast ønskes en samtidig udvidelse og forenkling af reglerne. Det foreslås på denne baggrund at ophæve bl.a. den nuværende stedlige afgrænsning i patienterstatningsordningens dækningsområde: "På et sygehus eller på vegne af dette" (§ 19, stk. 1, nr. 1) til fordel for bl.a. afgrænsningen: "Sundhedspersoner, jf. § 6 i sundhedsloven" ("Personer, der er autoriserede i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar").

Øfeldt Centrenes træningsterapeutuddannelse er endnu ikke autoriseret - selvom det nu er mere end 6 år siden, at et flertal i Folketingets Sundhedsudvalg opfordrede ministeren til at lægge et forløb tilrette, der kunne føre til autorisation af Centrenes terapeutuddannelse.

Som en konsekvens heraf, udelukker lovforslagsudkastets nye foreslåede afgrænsning: "Sundhedspersoner, jf. § 6 i sundhedsloven" patienter, som modtager specialiseret ambulans behandling på Øfeldt Centrene i medfør af sundhedslovens § 79, stk. 3, fra patienterstatningsordningens dækningsområde.

../2

ØFELDT CENTRENE ApS

v/ TEDDY ØFELDT

BJÆLKEVANGEN 23 • 2690 KARLSLUNDE • TLF.: 4615 2428 • FAX: 4615 5160

MOSE ALLÉ 8 • 2610 RØDOVRE • TLF.: 3670 6405 • FAX: 3670 6406

GIRO: 4 02 83 41 • SE-NR.: 14 48 59 02 • WWW.OFELDT.DK

Herudover er Øfeldt Centrene af den opfattelse, at lovforslagsudkastets samtidige *ophævelse af lovens nuværende stedlige afgrænsning*: "På et sygehus eller på vegne af dette" (§ 19, stk. 1, nr. 1) vil fratage disse patienter den adgang til Patienterstatningen, som de ellers har (eller burde have) haft, siden Folketinget vedtog at overflytte Centrene til sundhedslovens § 79, stk. 3.

Det fremgår nemlig ganske klart af patienterstatningsordningens oprindelige bestemmelser, at lovens dækningsområde bl.a. skulle omfatte: "Sygehuse det offentlige har driftsoverenskomst med" jf. § 1, stk. 1 i lov om patientforsikring af 6. juni 1991, som trådte i kraft 1. juli 1992: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=46928>

Denne bestemmelse er opretholdt helt frem, til patienterstatningsordningens dækningsområde blev udvidet til bl.a. også at omfatte privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner (i 2004). Herefter blev bestemmelsen afløst af formuleringen: "På sygehus eller på vegne af dette".

Det fremgår imidlertid af bemærkningerne til det bagvedliggende lovforslag (bemærkninger til § 1, nr. 1: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=88969>), at lovforslaget *alene indebar en udvidelse* af dækningsområdet i forhold til den på daværende tidspunkt gældende lov, "hvor- efter kun offentlige sygehuse, sygehuse, som det offentlige har driftsoverenskomst med eller finansierer mindst halvdelen af driftsudgifterne af... er omfattet". Det fremgik endvidere, at lovforslaget ikke ville få negative administrative konsekvenser for borgerne.

Afgrænsningen fra 2004: "På sygehus eller på vegne af dette" (klage- og erstatningslovens § 19, stk. 1, nr.1), som således er en videreførelse af det oprindelige dækningsområde tilbage fra 1992, for så vidt angår institutionerne i sundhedslovens § 79 om sygehuse, er opretholdt helt frem til nu.

Øfeldt Centrene bemærker, at ministeren, i sit lovforslagsudkast, oplyser, at skader, der er omfattet af den gældende bestemmelse i § 19, stk. 1, nr. 1 *fortsat* vil være omfattet af loven (hvis det nye lovændringsforslag vedtages).

Dette er ikke korrekt, idet det aktuelle lovforslag lægger op til, at patienterstatningsordningens oprindelige (men i lovgivningen videreførte) dækningsområde: "Sygehuse som det offentlige har driftsoverenskomst med eller finansierer mindst halvdelen af driftsudgifterne af" *nu skal skrives ud af loven* og erstattes af bl.a. begrebet "sundhedspersoner" (jf. definitionen i sundhedslovens § 6).

En vedtagelse af lovforslaget vil således fjerne det nuværende lovgrundlag for patienter, som lægehenvises til Øfeldt Centrene i medfør af sundhedslovens § 79, stk. 3, til at kunne få hjælp fra Patienterstatningen i tilfælde af skade.

Øfeldt Centrene er opmærksomme på, at ministeriet er uenig i, at disse patienter er omfattede af patienterstatningsordningens dækningsområde iht. de nuværende regler (meddelt af ministeren i flere svar til Folketinget).

Ministeriet forholder sig imidlertid ikke til kendsgerningerne; nemlig at Folketinget i 2011 vedtog at:

- Flytte Øfeldt Centrene fra praksissektoren til sundhedslovens § 79 om sygehuse.
- Der skulle indgås driftsoverenskomst mellem Centrene og regionerne (sundhedslovens § 75, stk. 3).
- Centrene skulle underlægges årlig ministerfastsat økonomisk ramme (sundhedslovens § 235, stk. 4).

Bestemmelsen om indgåelse af driftsoverenskomst og årlig ministerfastsat økonomisk ramme var en konsekvenstilretning af sundhedsloven, som havde til formål at administrere Øfeldt Centrene efter samme betingelser, som gælder for de øvrige specialsygehuse i sundhedslovens § 79.

Det bør således være hævet over enhver tvivl, at patienter, der lægehenvises til specialiseret ambulant behandling på Øfeldt Centrene i medfør af sundhedslovens § 79 om sygehusbehandling, naturligvis må være omfattet af både patienterstatningsordningens oprindelige og nuværende dækningsområde.

Ovenstående lovforslagsudkast lægger dermed - helt uforståeligt - op til at skubbe flere hundrede patienter ud af patienterstatningsordningens dækningsområde, selvom udkastet giver indtryk af det modsatte. Patienter som vel at mærke i reglen henvises til Øfeldt Centrenes specialiserede behandling som en sidste mulighed, når anden behandling i sundhedsvæsenet har vist sig utilstrækkelig.

Vedhæftede figur 1 viser, hvorledes patienter, der lægehenvises til Øfeldt Centrene, når almindelig behandling i praksissektoren ikke kan hjælpe, *henvises ud af Patienterstatningens dækningsområde*. Hverken læger eller patienter forestiller sig, at et sådant "step up" i behandlingsintensitet og specialiseringsgrad samtidig indebærer et "step down" i patientens retstilstand. Paradokset har også overrasket en række folketingspolitikere, ligesom en sundhedsminister, som besøgte Øfeldt Centrene, var overbevist om, at patienterne i § 79, stk. 3 måtte være omfattet af Patienterstatningen på lige fod med patienter i § 79, stk. 2. Og for at understrege hvor ubegribelig retstilstanden for Øfeldt Centrenes patienter er, skal det oplyses, at endog Patienterstatningen tog fejl tilbage i 2004, idet man ved en fejl kom til at udbetale erstatning til en patient, som kom til skade på Centrene ved en faldulykke, og dette var endda før, Centrene blev flyttet til sundhedslovens § 79 (sygehussektoren).

Herudover har 4 fhv. sundhedsministre i breve til ministeriet appelleret til, at Centrenes patienter kan blive omfattet af Patienterstatningens dækningsområde. Det lader således til, at kun ministeriets embedsværk kan finde argumenter for, at patienter, der henvises til Øfeldt Centrene, ikke er (og ikke bør være) omfattede. Dette ændrer imidlertid ikke på patienternes helt urimelige retstilling.

Vedhæftede figur 2 viser, hvorledes mere eller mindre al tilskudsberettiget og vederlagsfri behandling *inden for sundhedsloven* er omfattet af Patienterstatningens dækningsområde - med undtagelse af behandling på Øfeldt Centrene, som, på baggrund af ministeriets (forkerte) fortolkning af lovgivningen, efterlader patienterne i samme situation som personer, der søger alternative behandlere som f.eks. healer eller hypnotisør uden for sundhedsloven. Patienterne må, i tilfælde af skade, for egen regning og risiko opsøge advokat og forsøge at rejse sagen ved domstolene, og deres muligheder for at få medhold er markant ringere. En retstilstand som man forlod i Danmark for mere end 25 år siden - for bl.a. *sygehuse som det offentlige har driftsoverenskomst med...* Og patienterstatningsordningens dækningsområde er siden blevet udvidet til nu også at hjælpe kriminelle indsatte (uden for sundhedsloven).

Øfeldt Centrene skal på denne baggrund anmode ministeriet om at udfærdige det endelige lovforslag således, at også Øfeldt Centrenes patienter i sundhedslovens § 79, stk. 3 kan få hjælp fra Patienterstatningen, hvis der sker skade under deres lægehenviste behandling på Centrene.

Dette kan ske ved at bevare den oprindelige (og i senere lovgivning videreførte) afgrænsende bestemmelse i lovens dækningsområde: "Sygehuse som det offentlige har driftsoverenskomst med" samt ved at præcisere i bemærkningerne til det endelige lovforslag, at patienter, som henvises til Øfeldt Centrene i medfør af sundhedslovens § 79, stk. 3, er omfattet af Patienterstatningen ad denne vej.

Såfremt ministeriet står fast på at ophæve denne oprindelige og i loven videreførte stedlige afgrænsning i det endelige lovforslag, kan en løsning i stedet etableres ved en mindre ændring (præcisering) af den nuværende definition af "sundhedspersoner" i sundhedslovens § 6:

"§ 6. Ved sundhedspersoner forstås personer, der er autoriserede i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar".

Til:

"§ 6. Ved sundhedspersoner forstås personer, der er autoriserede i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar *samt personer, der leverer vederlagsfrie ydelser i henhold til sundhedslovens § 79, stk. 3, reguleret i driftsoverenskomst med regionerne*".

En sådan præcisering vil bringe sundhedslovens definition af sundhedspersoner i overensstemmelse med lægernes og patienternes opfattelse af Øfeldt Centrene's terapeuter, idet disse terapeuter:

- Behandler *patienter efter lægehenvi*sning med hjemmel i sundhedsloven.
- Har udført *tilskudsberettiget behandling* for regionerne (tidligere amterne) i mere end 40 år.
- Har udført *specialiseret ambulant behandling* for regionerne siden 2012 i medfør af sundhedslovens § 79 om sygehusbehandling (med berettigelse til sygehustransport).

Ministeriets begrundelse for ikke at medtage patienter på Øfeldt Centrene i nærværende lovforslagsudkast: *At der ikke arbejder sundhedspersoner på Øfeldt Centrene*, forekommer således helt absurd og meningsløs i virkelighedens verden.

En præcisering af sundhedslovens § 6 (om sundhedspersoner) har herudover den store fordel, at den samtidig vil etablere lovhjemmel til, at de flere hundrede lægehenviste patienter til Øfeldt Centrene vil kunne søge aktindsigt i diverse forhold omkring deres behandling. Denne lovhjemmel har patienterne nemlig *ikke på nuværende tidspunkt*, fordi bestemmelserne herom i sundhedslovens § 36 kun omfatter patientjournaler m.v., *"der udarbejdes af sundhedspersoner"*.

Herudover er der behov for ændring af lovforslagsudkastet vedr. klage- og erstatningslovens § 29, nr. 6 til også at indeholde § 79, stk. 3, således at regionerne ikke kun har erstatningspligten for skader jf. sundhedslovens § 79, stk. 2, men naturligvis også for stk. 3 (Øfeldt Centrene), idet *begge* understykker udgør en del af regionernes planlagte behandlingsskapacitet:

"§ 29. Pligt til at yde erstatning efter dette kapitel har:

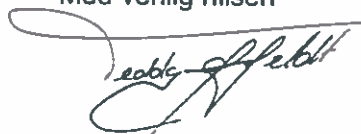
Den region, hvor et privat sygehus, en klinik eller en speciallægepraksis er beliggende, hvis behandling sker som en del af regionernes planlagte behandlingsskapacitet, jf. sundhedslovens § 64, stk. 1-3, § 75, stk. 2, § 79, stk. 2 (*her indføjes: "og 3"*), og § 89, stk. 2".

Det forhold, at Øfeldt Centrene jo netop udgør en del af "regionernes planlagte behandlingsskapacitet", indebærer, at regionerne, i kraft af den af sundhedsministeren fastsatte årlige økonomiske ramme (<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=188801>) og de indgåede driftsoverenskomster, råder over ca. 30.000 timer (ca. 70 %) af Centrene's årlige behandlingsskapacitet mod at yde Centrene økonomisk kompensation herfor.

Ministeriet bedes derfor medtage i sine overvejelser, at det således ikke er *Øfeldt Centrene's patienter*, der skal findes en løsning for, men *regionernes patienter*. Vel at mærke en særligt udsat patientgruppe, som lider af komplicerede sygdomme, hvorved det ikke kan undgås, at patienterne kan komme til skade under deres behandling på Centrene, f.eks. ved apparatursvigt.

Afslutningsvis skal Øfeldt Centrene beklage ikke at være med på høringslisten. Centrene finder dette uforståeligt. Dels fordi Øfeldt Centrene omtales i udkastet til lovforslaget. Dels fordi Centrene gentagne gange har anmodet ministeriet om at blive omfattet af høringslister vedr. lovgivning, som er relevant for Centrene - anmodninger som ministeriet aldrig har besvaret.

Med venlig hilsen



Teddy Øfeldt

PATIENTERSTATNINGENS DÆKNINGSOMRÅDE

DÆKNING

ADGANG TIL PATIENTERSTATNINGEN



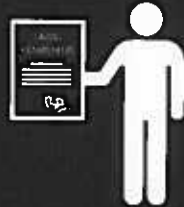
ALMEN FYSIOTERAPI



KIROPRAKTOR



FODTERAPEUT



INGEN DÆKNING

INGEN ADGANG TIL PATIENTERSTATNINGEN



ØFELDT CENTRENE

- OFFENTLIGT TILSKUD I MERE END 40 ÅR
- SYGEHUSTRANSPORT
- AFTALE MED REGIONERNE
- SPECIALISERET BEHANDLING

DET ER IKKE RIMELIGT, AT KLAGE- OG ERSTATNINGSLOVEN FORENKLESBEHANDLET
LÆGEHENVIST OG OFFENTLIG FINANSIERET BEHANDLING!

 **ØFELDT**

LÆGEHENVISTE OG OFFENTLIGT FINANSIEREDE PATIENTER FORSKELSBEHANDLES



PATIENTERSTATNINGEN:

- ◉ BEDRE RETSSTILLING
- ◉ RÅDGIVNING & SAGSBEHANDLING
- ◉ STILLINGTAGEN TIL & FASTSÆTTELSE AF ERSTATNING

INDEN FOR SUNDHEDSLOVEN:

SYGEHUSBEHANDLING:

- § 79.1 SYGEHUSENE
- § 79.2 SPECIALSYGEHUSENE
(PTU, CENTER FOR HJERNESKADE, SCLEROSECENTER HASLEV, BY M.F.)
- § 79.3 SPECIALISERET AMBULANT BEHANDLING PÅ ØFELDT CENTRENE

BEHANDLING MED TILSKUD I PRAKSISSEKTOREN:

- § 66 KIROPRAKTOR
- § 67 FYSIOTERAPEUT
- § 68 FODTERAPEUT
- § 71 ØFELDT CENTRENE

UDEN FOR SUNDHEDSLOVEN:

- ◉ FÅNGSLEDFINDSÆTTE
- ◉ VÆRNEPLIGTIGE

UDEN FOR SUNDHEDSLOVEN:

- ◉ ALTERNATIVE BEHANDLERE
(EKS. HEALERE, HYPNOTISØR M.F.)

PGA. IKKE ADGANG TIL PATIENTERSTATNINGEN



ADVOKAT:

- ◉ DÅRLIGE RETSSTILLING
- ◉ CIVILT SØGSMÅL FOR I DEN REGNING RISIKO

 ØFELDT