



## 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 behandlingssklinikker/private sundhedspersoner, hvor behandlingen ligger uden for det offentlige 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/sundhedsydelser 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 normere 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 arbejds-skadeområdet 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 lovhjemmel, 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 bagatelmæssig 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 formandsskabet kan bestå af både byrets – og landsdommere.

Det er regionernes vurdering, at kvaliteten i Ankenavnets sagsbehandling er særdeles god - hvilket undersættes af det faktum, at kun et fåtal af Ankenavnets 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/lægemiddelskade 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.