

efter lovforslaget. Forsikringspligten pålægges således driftsansvarlige for private sygehuse, driftsansvarlige for apoteker, driftsansvarlige for privat praksis for autoriserede medicinalpersoner, samt driftsansvarlige for private institutioner, som foretager undersøgelser, behandling el. lign. på vegne af ovenstående. Forsikringspligten påhviler endvidere private institutioner og virksomheder, som foretager biomedicinske forsøg med sunde personer, samt private institutioner, som forestår vævs-, organ- og vævsvæskedonorvirksomhed.

Forsikringsselskaberne skal yde erstatning på indtil 30 mill. kr. inden for et forsikringsår. Omfatter forsikringen flere personer, skal forsikringen dække erstatning på indtil 30 mill. kr. pr. autoriseret medicinalperson. Såfremt et selskab inden for et år modtager berettigede erstatningskrav udover det gældende maksimum, skal de godkendte selskaber i fællesskab yde erstatning. Selskaberne har herefter adgang til at rejse regreskrav overfor den erstatningsansvarlige. Endvidere skal selskaberne i fællesskab erstatte skader, som er ansvarspådragende efter loven, men som forårsages af personer, som uretmæssigt ikke er forsikret. Selskaberne har i disse tilfælde ligeledes adgang til at rejse regreskrav overfor den erstatningsansvarlige. Patientforsikringsforeningen vil, på grundlag af Sundhedsstyrelsens registre for autoriserede medicinalpersoner, have mulighed for at identificere uforsikrede driftsansvarlige.

Det forventes, at de fleste amtskommuner vil dække ansvaret efter denne lov gennem Kommunernes Gensidige Forsikringsselskab, som i forvejen dækker de fleste amtskommuners eksisterende erstatningsansvar.

Til at administrere forsikringsordningen danner de forsikringsselskaber, som dækker erstatningsansvar efter lovforslaget, i fællesskab en forening (§ 12) og vælger en bestyrelse for foreningen samt opretter et administrativt sekretariat. Sundhedsministeren godkender vedtægterne for patientforsikringsforeningens styrelse og virksomhed, og sundhedsministeren kan bestemme, at selvforsikrede myndigheder skal være medlemmer af patientforsikringsforeningens bestyrelse. Det findes vigtigt, at der gennem et sådant fællesorgan kan skabes en ensartet praksis på området samt i øvrigt en rationel administration, bl.a. ved selskabernes fælles anvendelse af lægelige konsulenter el. lign. Patientforsikringsforeningen modtager, oplyser og afgør alle erstatningssager efter loven, herunder også for selvforsikrede (§ 13). Foreningen vil efter vedtægterne kunne bemyndige de enkelte forsikringsselskaber og de enkelte selvforsikrede myndigheder

til selv at oplyse og afgøre nærmere beskrevne sagstyper. Patientforsikringsforeningen afgiver årligt en redegørelse til sundhedsministeren om sin virksomhed.

I foreningens vedtægter fastsættes en fordeling, hvorefter forsikringsselskaberne og selvforsikrede myndigheder afholder udgifter til foreningens drift samt udgifter, som i øvrigt pålægges foreningen efter loven.

Samtidig med etableringen af bestyrelsen vil der blive oprettet et uformelt kontaktorgan mellem kommunerne, staten m.fl. Der henvises herom nærmere til bemærkningerne til § 12.

Det har ved udarbejdelsen af lovforslaget været overvejet, om der heri skulle optages en bestemmelse til særlig regulering af forsikringsselskabernes avance på patientforsikringsområdet i princippet svarende til en lignende bestemmelse optaget i arbejdsskadeforsikringsloven (§ 47). Da størstedelen af forsikringsområdet forventes varetaget af kommunernes eget forsikringsselskab, da konkurrenceforholdene skønnes at sikre rimelige præmieopkrævninger på området, og da Finanstilsynet i øvrigt vil føre et almindeligt tilsyn med forsikringsselskaberne på området, herunder også økonomisk, er der ikke i lovforslaget indført en avancebegrænsningsbestemmelse. Det vil, bl.a. gennem den statistik der skal udarbejdes af patientforsikringsforeningen, blive vurderet, om der eventuelt i fremtiden skulle blive behov for at optage en sådan bestemmelse i loven.

Patientforsikringsforeningens afgørelser i de enkelte sager meddeles de respektive forsikringsselskaber, staten eller de selvforsikrende kommuner, som herefter er pligtige til at udbetale de fastsatte ydelser. Dog kan foreningens afgørelser, inden 4 uger efter at klageren har fået meddelelse om afgørelsen, indbringes for Den Sociale Ankestyrelse (§ 14), der foruden at være ankeinstans på det sociale område også er ankeinstans på arbejdsskadeforsikringsområdet. Den Sociale Ankestyrelse, som har den endelige administrative afgørelse, kan se bort fra overskridelse af tidsfristen, når der er særlig grund hertil.

I lovforslaget (§ 15) er det endvidere bestemt, at hvis en afgørelse fra Den Sociale Ankestyrelse ønskes forelagt de almindelige domstole, skal dette ske inden 6 måneder fra det tidspunkt, ankestyrelsen har meddelt sin afgørelse. Det er også med denne 6 månedersfrist ønsket, at erstatningssagerne efter ordningen ikke verserer mange år efter, at skaden er opstået og dermed skaber vanskelighed for bevisførelse m.v.