

Til brug for behandlingen af erstatningssagerne kan patientforsikringsforeningen forlange meddelt enhver oplysning (§ 16) fra kommuner, amtskommuner m.v., herunder sygehuse, institutioner, behandlende læger m.v. samt den skadelidte, som foreningen skønner er af betydning for sagerens afgørelse. Patientforsikringsforeningen kan således indhente sygehusjournaler, journaloptegnelser m.v.

Tilsvarende skal patientforsikringsforeningen afgive de oplysninger til Den Sociale Ankestyrelse og til Sundhedsministeriet, som er nødvendige for disse myndigheders varetagelse af opgaver efter loven.

Erstatningskrav efter loven forældes 5 år efter, at den erstatningsberettigede har fået eller burde have fået kendskab til skaden. Forældelse af erstatningskrav indtræder dog senest 10 år efter den dag, skaden er forårsaget.

8. Hørte myndigheder, organisationer m.v.

Forslaget har, således som det blev fremsat for Folketinget den 19. februar 1987 (Lovforslag nr. 210 i folketingsåret 1986-87), været til udtalelse hos berørte ministerier, organisationer m.fl., herunder forsikrings- og lægemiddelbranchen.

9. Lovforslagets administrative og økonomiske konsekvenser

9.1. Lovforslagets administrative konsekvenser knytter sig næsten udelukkende til forsikringssekskabernes oprettelse af den fælles patientforsikringsforening med hertil hørende bestyrelse og sekretariat til administration af ordningen. I et mindre omfang vil eksisterende myndigheder og organer få arbejdsopgaver på området, jf. nedenfor.

Det er ikke fundet hensigtsmæssigt at knytte patientforsikringsordningen organisatorisk til det klagesystem, der har det faglige tilsyn med medicinalpersoner og sundhedsvæsenet i øvrigt (Sundhedsstyrelsen m.v.), idet det bl.a. ikke efter forsikringsordningen, som for det faglige tilsyn, skal fastslås, om vedkommende medicinalperson har begået en fejl. Da det efter gældende retstilstand er en af forudsætningerne for opnåelse af erstatning, at medicinalpersonen har begået en fejl (handlet culpøst), har flere faglige klager nok primært været rejst for Sundhedsstyrelsen med henblik på at få grundlag for en erstatningssag. Det må derfor forventes, at oprettelsen af en velfungerende patientforsikringsordning som sådan vil reducere antallet

af klagesager over medicinalpersoners faglige forhold.

9.2. Omkostningerne til administration af loven fordeler sig umiddelbart med størstedelen på forsikringsselskaberne, bl.a. gennem selskabernes – og de selvforsikrendes – finansiering af patientforsikringsforeningens og Den Sociale Ankestyrelses virksomhed, i et mindre omfang på sygehuskommunerne, bl.a. i forbindelse med disses vejledning om ordningen og oplysning af sagerne, og endelig i et vist omfang på Sundhedsministeriet.

Forsikringsselskabernes omkostninger knytter sig dels til den almindelige administration af forsikringsvirksomheden, dels til patientforsikringsforeningens virksomhed og dels til dækning af udgifter ved Den Sociale Ankestyrelse. Omkostningerne til den almindelige administration af forsikringsvirksomheden er det ikke muligt at skønne over, mens omkostningerne, som er forbundet med foreningens virksomhed, skønnes at beløbe sig til 5-8 mill. kr. pr. år (jf. rap. s. 137).

Den Sociale Ankestyrelses merudgifter i forbindelse med administration af loven vil være afhængig af ankesageres antal og art. Det er ikke muligt at skønne over antal ankesager. Erfaringerne fra den lignende svenske ordning viser dog, at der kun ankes ca. 3 pct. af de forelagte sager. Der vil i betydeligt omfang være behov for at inddrage (sundheds-) faglig ekspertise i forbindelse med ankestyrelsens forberedelse af sagerne.

Det vil blive nærmere aftalt mellem de involverede ministerier (Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Administrationsdepartementet m.fl.), hvorledes administrationen af ordningen nærmere skal tilrettelægges, herunder hvilke administrative foranstaltninger, der skal træffes for at opnå den bedst mulige udnyttelse af ressourcerne.

Den Sociale Ankestyrelses merudgifter til administration af loven dækkes af patientforsikringsforeningen m.fl. (§ 12, stk. 3) og beregnes på grundlag af det faktiske sagsantal efter hovedretningslinierne i Budgetvejledningens regler om indtægtsdækket virksomhed. Disse retningslinier anvendes allerede ved ankestyrelsens behandling af arbejdsskadesager.

Der kan udover ovennævnte forventes et behov for yderligere personale til Sikringsstyrelsen i det omfang, styrelsen vil komme til at afgive udtalelser vedrørende mængder og erhvervsevnetabsprocenter, jf. bemærkningerne til § 13. Omfanget af Sikringsstyrelsens arbejde hermed kan ikke opgøres nøjagtigt ud fra de foreliggende oplysninger om det forventede sagsantal, men Sikringsstyrelsen forventer, at styrelsens merarbejde over en periode