

soner, der kan få bistand til øgede medicinudgifter, men disse udgifter skønnes kun at ville udgøre ca. 10-15 %, dvs. mellem 1 og 1,6 mio. kr. Endvidere vil der være den fordel ved løsningen, at patienter, der i dag får 100 % refusion af deres medicinudgifter, ikke bliver berørt.

Som anført er det ikke alle patienter, der kommer til at finansiere ordningen. Da de patienter, der omfattes af finansieringen imidlertid repræsenterer hovedparten af apotekernes samlede omsætning, og da de patienter, der varigt eller ofte får receptpligtig medicin typisk har størst risiko for at få en skade, findes det rimeligt at pålægge denne patientgruppe at finansiere erstatningsordningen, bl.a. også fordi beløbet hertil for den enkelte patient er meget lille.

5.2. Erstatningsudgifter

Størrelsen af erstatningsudgifterne er vanskelige at opgøre, men kan mest naturligt opgøres på grundlag af de aktuelle erfaringer fra den svenske lægemiddelforsikringsordning. Herefter forudsættes der i 1995 at blive anmeldt ca. 380 skader til anslået i alt ca. 16,3 mio. svenske kroner i udbetalte erstatningsbeløb. Efter en reduktion for befolkningstal, en vis kursforskel og det forhold, at der i Sverige er et relativt større forbrug af lægemidler end i Danmark, anslås udgiften i Danmark at udgøre ca. 10 mio. dkr., svarende til ca. 230 årligt anmeldte skader, når ordningen er fuldt indkørt. Tages der højde for, at antal anmeldte (antagne) skader i de første år vil være mindre på grund af overgangsreglen om, at erstatningsordningen kun omfatter skader fra lægemidler, der er udleveret til patienten efter lovens ikrafttræden den 1. januar 1996, skønnes i det første år kun ca. 150 anmeldte skader, svarende til ca. 7 mio. dkr. i erstatning. Udgiftsniveauet forventes først at have nået sit endelige niveau to til tre år efter ordningens ikrafttræden.

5.3. Erstatningsordningens samlede udgifter

Idet der henvises til de udgiftsområder, der er nævnt ovenfor i afsnit 5.1., skal nedenfor nærmere redegøres for indhold og størrelse af disse udgifter.

De nævnte udgifter vil senere blive søgt optaget på ændringsforslag til finanslov 1996.

Udgiftsområderne anslås til følgende:

a. Udgifter til erstatningsudbetalinger.

Som anført ovenfor under afsnit 5.2. anslås disse udgifter at udgøre fra 7-10 mio. kr. årligt, men udsving kan meget vel komme på tale.

Udgiften vil blive optaget som en lovbunden udgift på Sundhedsministeriets finanslovskonto i 1996 og BO-årene med følgende beløb 9,0 mio. kr.

Udgiften vil maksimalt kunne udgøre de nævnte 100/150 mio. kr. årligt, som er anført i lovens maksimeringsbestemmelser. Merudgifter vil blive reguleret på de årlige tillægsbevillingslove, om nødvendigt i efterfølgende år for erstatningsafvigelse i slutningen af året, da erstatningsudbetaling skal ske, når beslutning er truffet.

På samme finanslovskonto vil der skulle optages indtægter i forbindelse med de regreskrav (refusion), der måtte blive gennemført over for de efter produktansvarsloven direkte ansvarlige lægemiddelproducenter, importører m.v. Indtægterne er yderst vanskelige at opgøre, men forventes at blive væsentlig mindre beløb end de tilsvarende erstatningsudgifter, idet det netop er vanskeligt at gennemføre refusionskrav p.g.a. bevisbyrdereglerne i produktansvarsloven.

Da der i øvrigt næppe kan forventes gennemført refusionskrav i 1996, vil der ikke blive optaget et indtægtsbeløb for dette år 0,0 mio.kr.

b. Driftsudgifter.

1.

Udgifter til undersøgelse og afgørelse af alle erstatningssager, der som anført forudsættes overdraget til Patientforsikringsforeningen mod betaling af heraf følgende udgifter (aflønning af sagsbehandlere og faglige konsulenter samt til husleje, brug af teknisk apparatur, indkøring m.v.), der foreløbigt for 1996 kan sættes til 1,2 mio.kr.

2.

Udgifter til informationsmateriale om erstatningsordningen anslås til årligt ca. 0,2 mio.kr.

3.

Udgifter bl.a. til personale m.v., til beregning og udbetaling af erstatninger efter indstilling fra Patientforsikringsforeningen samt til omkostninger til advokat m.v. ved gen-