

Bemærkninger til forslaget

Normalt er alle patienter omfattet af lov om patientforsikring. Det fremgår af dækningsområdet for lov om patientforsikring, at patienter, som her i landet påføres skade i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende foretaget på offentlige sygehuse og sygehuse, som det offentlige har driftsoverenskomst med, ydes erstatning, hvis der opstår en erstatningsberettiget skade efter lovens § 2.

Om driftsoverenskomst er det præciseret, at reglen ikke kun omfatter de tilfælde, hvor staten eller en (amts)kommune har indgået en egentlig overenskomst med en privat institution som led i løsningen af sine opgaver efter lov om sygehusvæsen, men også i tilfælde, hvor der sker en faktisk benyttelse heraf. Efter §§ 3 og 4 i bekendtgørelse nr. 666 af 3. august 1995 er det en betingelse for dækning efter loven, at benyttelsen har et sådant omfang, at mindst halvdelen af driftsudgifterne vedrører patientbehandling, som betales af sygehus(amts)kommunen. Kun egentlige sygehuse er omfattet; indgår der f.eks. overenskomst om benyttelse af privat kur- og rekonvalescenthjem, er skader indtruffet dér ikke dækket.

Erstatningsmuligheden i loven er mere vidtgående end i øvrigt efter dansk erstatningsret, idet en forudsætning for erstatning ellers er, at der er begået fejl, dvs. at skadevolder kan pålægges et decideret ansvar.

Private hospitaler er ikke omfattet af lov om patientforsikring, hvorfor kun principperne i den almindelige erstatningsret sædvanligvis gælder. Altså kun erstatning ved egentlig fejlbehandling.

Konsekvensen er, at der vil være en lang række situationer, hvor patienterne kan få erstatning for en skade i det offentlige sygehusvæsen, mens de ikke kan få erstatning for den samme skade, hvis den er opstået i det private sygehusvæsen.

Hvis et offentligt sygehusvæsen indgår aftale med et privat sygehus om - mod betaling - at udføre behandling af et antal patienter, gælder erstatningsreglerne for private sygehuse, uanset at behandlingen udføres på vegne af eller efter henvisning fra det offentlige sygehusvæsen. Patienterne orienteres ikke om, at deres mulighed for erstatning er ringere, hvis en skade opstår i det private sygehusvæsen, end hvis den opstår i det offentlige sygehusvæsen.

Naturligvis får patienterne ikke selv den tanke, at forsikringsdækningen er dårligere i det private sygehusvæsen, hvis behandlingen foregår efter aftale med eller efter henvisning fra det offentlige sygehusvæsen.

Der er tilfælde, hvor patienter ikke er omfattet af lov om patientforsikring. Det drejer sig typisk om patienter, der har været indlagt på privatklinikker, som har så lidt med det offentlige sygehusvæsen at gøre, at der ikke er krav om, at klinikkerne skal have overenskomst med Patientforsikringen. Disse klinikker kan, mod betaling, få Patientforsikringen til at vurdere, om et uheldigt behandlingsforløb ville være faldet inden for dens område, hvis der havde været overenskomst.

Selv om hovedparten af de patienter, som det offentlige sundhedsvæsen sender til behandling i privat regi er omfattet af en direkte overenskomst mellem privathospitalerne og Patientforsikringen, så finder forslagsstillingerne, at reglerne om erstatning må være ens, uanset om man er blevet fejlbehandlet på et offentligt eller privat sygehus.

Eventuelt kan præciseringen foretages ved i lov om patientforsikring at fastslå, at hverken offentlige eller private sygehuse, klinikker eller læger må påbegynde behandling af en patient, såfremt patienten ikke er omfattet af lov om patientforsikring eller er dækket af en forsikring, der mindst svarer til omfanget af lov om patientforsikring.