

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

1. Formålet med lovforslaget

Formålet med lovforslaget er, at finansieringen af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn overgår fra staten til amterne, Hovedstadens Sygehusfællesskab, Bornholms Kommune samt Københavns og Frederiksberg kommuner ved opkrævning af en standardtakst pr. klage eller sag, der indbringes for Patientklagenævnet af borgere, der behandles m.v. ved institutioner, der drives af de nævnte amter og kommuner m.v. – samt i privat praksis og på private sygehuse, beliggende i de nævnte kommuner. Herved overføres finansieringen af behandlingen af klager og indberetninger over sundhedspersonalets faglige virksomhed til sundhedsvæsenets driftsansvarlige myndigheder, hvor sundhedspersonalet typisk er ansat. Dette indebærer bl.a., at de driftsansvarlige myndigheder får mulighed for og incitament til lokalt at iværksætte foranstaltninger, der begrænser anledningen til borgernes indsendelse af klager til Patientklagenævnet.

Staten afholder fortsat udgifterne vedrørende klager over sundhedspersonale ved institutioner, der drives af staten eller kommunerne samt, efter aftale med Færøernes eller Grønlands hjemmestyre, ved sundhedsvæsenet på Færøerne eller i Grønland.

Ordningen skal have virkning fra 1. januar 2006. Ordningen vil i anden lovgivning blive tilpasset kommunalreformen pr. 1. januar 2007.

2. Lovforslagets baggrund og indhold

I aftalen af juni 2004 mellem regeringen og amterne om amternes økonomi i 2005 indgår, at regeringen vil søge støtte til, at finansieringen af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn overgår til amterne, således at der fremover opkræves en standardtakst pr. klage, som indbringes til Patientklagenævnet fra borgere i de respektive amter. Ændringen vil være omfattet af DUT-princippet og vil i øvrigt være udgiftsneutral for stat og kommuner.

Ministeren vil efter lovforslaget skulle fastsætte nærmere regler for takstfinansieringsordningens ind-

hold. Beregninger viser, jf. nedenfor, at de situationer, der giver anledning til klage, i de allerfleste tilfælde vil involvere sygehuspersonale i amtskommunerne, Hovedstadens Sygehusfællesskab, Bornholms Kommune eller privatpraktiserende sundhedspersonale i de pågældende amter samt Københavns og Frederiksberg kommuner.

Der tilstræbes indført en administrativ enkel takstbetalingsordning, der samtidig indeholder et lokalt incitament til nedbringelse af klageantallet. Ordningen findes derfor bedst at kunne gennemføres ved, at den grundlæggende afgrænsning af takstbetalingen base- res dels på amtskommunernes og Hovedstadens Sygehusfællesskabs driftsansvar for sygehusvæsenet, dels på at amtskommunerne samt Københavns og Frederiksberg kommuner mest enkelt kan afholde takstbetalingen i den private praksissektor, private sygehuse, særligt på baggrund af de mange grupper af sundhedspersonale, der overenskomstmæssigt er knyttet til Sygesikringen i amtskommunerne m.v. Hovedstadens Sygehusfællesskab forudsættes også at afholde udgiften for klager over behandlingen på private sygehuse inden for H:S-området, når sygehusfællesskabet henviser patienter dertil efter den udvidede fritvalgsordning.

Som det fremgår af nedenstående oversigt (tabel 1) vedrører ca. 90 % af samtlige indsendte klager og indberetninger til nævnet sundhedspersonale med tilknytning til det amtskommunale sundhedsvæsen, Bornholms Kommune, samt Københavns og Frederiksbergs kommuner samt Hovedstadens Sygehusfællesskab, dels ved sygehuse (ca. 59 %) dels i privat praksis (Sygesikringsomfattede, f.eks. læger, tandlæger, fysioterapeuter m.v. og andre privat praktiserende) (ca. 30 %).

Nævnets behandling af klager og indberetninger over de psykiatriske ankenævn vedrørende tvangsbehandling m.v. finansieres ligeledes af amtskommunerne m.v., da der er tale om anke af klager over tvangsansvendelse på de amtskommunale psykiatriske institutioner. Det drejer sig om ca. 100 sager årligt.