



Lovtidende A

2018

Udgivet den 18. maj 2018

3. maj 2018.

Nr. 488.

Bekendtgørelse om forsikringspligtens gennemførelse

I medfør af § 30, stk. 3, 5, 6, og 7 og § 31, stk. 4, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, jf. lovbekendtgørelse nr. 1022 af 28. august 2017, fastsættes:

Kapitel 1

Indledende bestemmelser

§ 1. Bekendtgørelsen finder anvendelse på forsikringer, der tegnes af private sygehuse, klinikker og speciallægepraksis til dækning af krav i medfør af § 29, stk. 1, nr. 7 og § 29, stk. 2, 1. pkt., i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

§ 2. Ved forsikringspligtig forstås i denne bekendtgørelse det enkelte behandlingssted eller behandlingssteder samlet under en juridisk enhed.

Stk. 2. Ved lægelig patientbehandling forstås i denne bekendtgørelse behandling, der er forbeholdt læger eller som i øvrigt udføres af læger, herunder ved brug af medhjælp.

Stk. 3. Ved speciallægepraksis, jf. § 1, forstås i denne bekendtgørelse behandlingssteder, hvor én eller flere læger overvejende udfører lægelig behandling i henhold til overenskomst mellem Foreningen af Speciallæger og Regionernes Lønnings- og Takstnævn, eller som udfører behandling svarende til ydelser, som er anført i nævnte overenskomst. Endvidere forstås speciallægepraksisser med speciale i almen medicin, som ikke virker efter overenskomst, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1, jf. § 60, stk. 1.

Stk. 4. Ved privat sygehus eller klinik, jf. § 1, forstås i denne bekendtgørelse behandlingssteder, som udfører lægelig behandling, og som ikke omfattes af stk. 3.

§ 3. Et forsikringsselskab kan vælge at tilbyde at tegne eller overtage forsikring efter loven til alle behandlingssteder omfattet af § 2, stk. 3 og 4, til alle behandlingssteder omfattet af § 2, stk. 3, eller til alle behandlingssteder omfattet af § 2, stk. 4.

Stk. 2. Forsikringsselskabet er dog forpligtet til at tegne eller overtage forsikring for enhver forsikringspligtig, som accepterer selskabets almindelige acceptpolitik, vedtægter eller koncession, inden for den valgte kategori, jf. stk. 1.

§ 4. Forsikringsselskabet skal tegne forsikringen, således at alle krav efter loven er dækket af forsikringen, jf. lovens §§ 20-22.

Stk. 2. Forsikringsselskabet hæfter direkte over for skadelidte eller efterladte til skadelidte for alle krav efter loven.

Kapitel 2

Hæftelse

§ 5. Den region, hvor den forsikringspligtige, jf. lovens § 29, stk. 1, nr. 7, og § 29, stk. 2, 1. pkt., har bopæl eller hjemsted, udbetaler erstatning i tilfælde, hvor den forsikringspligtige ikke har tegnet forsikring efter lovens § 30, stk. 1.

Stk. 2. Der er regres over for den forsikringspligtige for beløb, som regionen har betalt i medfør af stk. 1, jf. lovens § 30, stk. 5, nr. 1 og 2.

§ 6. Forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer efter lovens § 30, stk. 1, hæfter for de lovpligtige forsikringer efter loven pro rata subsidiært solidarisk efter den i stk. 3, fastsatte fordelingsnøgle for et samlet beløb på indtil 10 mio. kr. i tilfælde, hvor den enkelte forsikringspligtiges samlede erstatningspligt overstiger den tegnede forsikrings dækningssum, jf. lovens § 30, stk. 5, nr. 3. Dog kan forsikringsselskabernes samlede hæftelse højst udgøre 20 mio. kr. pr. år.

Stk. 2. Der er regres over for den enkelte forsikringspligtige for beløb, som forsikringsselskaberne har betalt i medfør af stk. 1.

Stk. 3. Forsikringsselskaberne hæfter for de i stk. 1, nævnte udgifter i forhold til de enkelte forsikringsselskabers årlige erstatningsudbetalinger eksklusiv renter ved udløbet af året, hvor kravet er anmeldt til Patienterstatningen.

Stk. 4. Patienterstatningen beregner fordelingsnøglen efter stk. 3.

Stk. 5. Forsikringsselskaberne hæfter for de i stk. 1, nævnte udgifter i forhold til de kategorier af forsikringspligtige, som forsikringsselskaberne har indtegnet, jf. § 3, stk. 1.

§ 7. Forsikringsselskaber, der har tegnet forsikring efter loven, samt regionerne bidrager i fællesskab med halvdelen hver til en pulje på samlet 3 mio. kr. til udlæg for betaling af patientskadeerstatninger i situationer, hvor der er tvist om efter hvilket retsgrundlag, den behandling som har forvoldt skaden, er blevet udført, jf. lovens § 29, stk. 1, nr. 6 og 7.

Stk. 2. Forsikringsselskabernes andel fordeles efter den i § 6, stk. 3, nævnte fordelingsnøgle.

Stk. 3. Når det er afgjort, efter hvilket retsgrundlag den behandling, som har forårsaget skaden, er blevet udført, skal det udlagte beløb og tilskrevne renter tilbageføres til puljen af den erstatningspligtige.

Stk. 4. Puljen administreres af Patienterstatningen.

Kapitel 3

Dækningssummer

§ 8. For den enkelte forsikringspligtige er dækningssummen som minimum 20 mio. kr. pr. år for skader forårsaget i forsikringstiden.

Stk. 2. For den enkelte forsikringspligtige, som har en om sætning for den forsikringspligtige virksomhed på mere end 100 mio. kr. pr. år, er dækningssummen dog minimum 40 mio. kr. pr. år for skader forårsaget i forsikringstiden.

Stk. 3. For afløbsforsikringer efter § 9, stk. 3, gælder halvdelen af dækningssummerne nævnt i stk. 1 og 2.

Kapitel 4

Forsikringstid

§ 9. Forsikringen dækker skader, som er forårsaget i forsikringstiden og anmeldt til Patienterstatningen senest 3 år efter forsikringens ophør.

Stk. 2. Ved forsikringsskift dækker den overtagende forsikring skader, som er forårsaget, før denne forsikring trådte i kraft, hvis anmeldelse til Patienterstatningen sker mere end 3 år efter, at denne forsikring trådte i kraft. Den overtagende forsikring dækker dog ikke skader, der er anmeldt til Patienterstatningen, mere end 3 år efter dens ophør jf. stk. 1.

Stk. 3. Den forsikringspligtige skal før ophør af forsikringspligtige aktiviteter tegne en afløbsdækning for skader, der anmeldes til Patienterstatningen efter ophør af de pågæl-

dende forsikringspligtige aktiviteter, og inden forældelse indtræder, jf. lovens § 59. Forsikringsselskabet, hvor forsikringen er i kraft ved ophør, er forpligtet til at tilbyde forsikring for afløbsdækning.

Kapitel 5

Registrering og tilsyn

§ 10. Den forsikringspligtige efter lovens § 29, stk. 1, nr. 7 og § 29, stk. 2, 1. pkt., skal registrere sin forsikringsdækning efter lovens § 30, stk. 1, hos Styrelsen for Patientsikkerhed.

Stk. 2. Ved Styrelsen for Patientsikkerhedstilsyn efter § 213, i sundhedsloven, er den forsikringspligtige efter lovens § 29, stk. 1, nr. 7, og § 29, stk. 2, 1. pkt., forpligtet til at forevise dokumentation på, at der er tegnet en gyldig forsikring efter lovens § 30, stk. 1. Dokumentation kan bestå i en gældende forsikringspolice.

Stk. 3. Forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer efter lovens § 30, stk. 1, skal underrette Styrelsen for Patientsikkerhed, Patienterstatningen og den region, hvor den forsikringspligtige, jf. lovens § 29, stk. 1, nr. 7, og § 29, stk. 2, 1. pkt., har bopæl eller hjemsted om ophør af forsikringsdækningen.

Stk. 4. Overtrædelse af lovens § 30, stk. 1, straffes med bøde.

Kapitel 6

Ikrafttræden

§ 11. Bekendtgørelsen træder i kraft den 1. juli 2018.

Stk. 2. Bekendtgørelse nr. 1054 af 28. august 2013 om forsikringspligtens gennemførelse ophæves.

Sundheds- og Ældreministeriet, den 3. maj 2018

ELLEN TRANE NØRBY

/ Signe Struberga