

Efter *stk. 2* indføres en maksimering af forsikrings-selskabets hæftelse. Denne bestemmelse er indsat med henblik på at gøre det både lettere og billigere at opnå genforsikring for de privat praktiserende medicinalpersoners forsikringer. Maksimeringen er udformet således, at en forsikring inden for et forsikringsår skal kunne yde erstatning for mindst 30 mio. kr. Såfremt en forsikringstager og et selskab ønsker en højere dækningssum, kan der frit indgås aftale herom. Bestemmelsen fastsætter således den nederste grænse for en forsikrings dækningssum. Da staten og kommuner, jf. § 11, er undtaget for forsikringspligt, tager bestemmelsen kun sigte på private driftsansvarlige for de i § 9 nævnte institutioner, nemlig private sygehuse, privat praksis, private forsøgsinstitutioner m.v. Af praktisk-administrative grunde og for at sikre, at dækningssummen generelt set står i et rimeligt forhold til de medicinske aktiviteter, er maksimeringen alene knyttet til antallet af autoriserede medicinalpersoner. Det er således uden betydning for maksimeringen, i hvilket omfang der i øvrigt er ansat ikkeautoriseret hjælpepersonale. Såfremt en forsikring omfatter flere personer, skal forsikringen inden for et forsikringsår kunne yde erstatning for 30 mio. kr. for hver omfattet autoriseret medicinalperson. Omfatter forsikringen f.eks. 3 autoriserede medicinalpersoner, skal forsikringen kunne yde erstatning på indtil 90 mio. kr. inden for et forsikringsår.

Ved fastsættelsen af dækningsbeløbet på 30 mio. kr. pr. år er der på den ene side lagt vægt på, at beløbet sættes så højt, at det i praksis ikke vil blive nået, og på den anden side så lavt, at genforsikringen, der typisk sker internationalt, bliver både lettere og billigere. Dette vil også bidrage til, at de mindre forsikrings-selskaber kan tilbyde forsikringer på området og dermed fremme en mere lige konkurrence blandt selskaberne.

Såfremt erstatningerne for en forsikret i helt ekstreme tilfælde inden for et år skulle andrage mere end dækningssummen, vil den erstatningspligtige efter loven – uanset ansvarsgrundlagets karakter – hæfte personligt for erstatningen. Med henblik på at sikre, at sidstnævnte erstatningskrav kan honoreres, vil ministeren efter *stk. 4* skulle fastsætte bestemmelse om, at de godkendte forsikrings-selskaber gennem en pool-aftale dækker berettigede erstatningskrav, der ligger over dækningssummen, samtidig med at selskabernes regresret mod den erstatningsansvarlige opretholdes.

Efter *stk. 3* reguleres beløbene i *stk. 2* efter reglerne i erstatningsansvarslovens § 15.

Bemyndigelsen i *stk. 4*, hvorefter sundhedsministeren fastsætter bestemmelser om forsikringspligtens gennemførelse, tager sigte på at sikre, at alle forsik-

ringspligtige efter *stk. 1* rent faktisk tegner forsikring, bl.a. gennem en underretning herom til vedkommende og en kontrol af, at forsikringen opretholdes. Der vil endvidere i medfør af bestemmelsen blive fastsat regler om, at de godkendte forsikrings-selskaber inden for disses vedtægtsmæssige rammer er forpligtede til at overtage forsikring for enhver forsikringspligtig, der vil underkaste sig selskabets forsikringsbetingelser fastlagt i overensstemmelse med en risiko, der overtages. Herved sikres det, at forsikringspligtige efter *stk. 1* altid vil være i stand til at opnå den lovpligtige forsikringsdækning.

Bemyndigelsen tager desuden sigte på at sikre, at berettigede erstatningskrav altid vil blive dækket. Ministeren fastsætter i den forbindelse ifølge *nr. 1* bestemmelse om, at de godkendte forsikrings-selskaber i fællesskab udbetaler erstatning, hvis en skade forårsages af en forsikringspligtig, der ikke har tegnet forsikring. Ifølge *nr. 2* fastsætter ministeren bestemmelse om, at selskaberne i fællesskab yder erstatning, hvis erstatningsbeløbene inden for et forsikringsår skulle overstige en forsikrings dækningssum, jf. *stk. 2*. Sundhedsministeren fastlægger fordelingsnøglen for selskabernes udgifter til denne pool-ordning. Da pool-ordningen kun har relation til forsikringspligtige erstatningsansvarlige, vil fordelingsnøglen tage udgangspunkt i forsikrings-selskabernes præmieindtægter for forsikringspligtige. Selskaber, som tegner forsikringer for stat og kommuner, bidrager således kun til poolen i det omfang, de tegner forsikringer for forsikringspligtige.

Poolen har adgang til at rejse regreskrav over for den erstatningsansvarlige skadevolder. Dette gælder både i tilfælde af overtrædelse af § 10, *stk. 1*, og i tilfælde, hvor berettigede erstatningskrav overstiger forsikringens dækning. Endvidere har poolen, jf. *stk. 6*, altid adgang til over for de uforsikrede forsikringspligtige at opkræve den ubetalte præmiesum.

Efter *nr. 3* fastsætter sundhedsministeren bestemmelse om, at de erstatningspligtige i fællesskab udbetaler erstatning, hvis den erstatningspligtige ikke med sikkerhed kan udpeges. Bestemmelsen sigter til den situation, hvor flere erstatningspligtige har deltaget i en behandling eller et behandlingsforløb og den erstatningspligtige efterfølgende ikke med rimelig sikkerhed kan udpeges. Udgifterne hertil betales af alle forsikrings-selskaber og selvforsikrede. Sundhedsministeren fastlægger fordelingsnøglen for indbetalinger til puljen. Udgangspunktet for fordelingsnøglen vil være selskabernes og de selvforsikredes erstatningsudgifter.

Bemyndigelsen i *stk. 5* tager sigte på, at ministeren skal kunne fastsætte en begrænsning af selskabernes og de erstatningspligtiges fælles erstatningspligt efter