

Sundheds- og Ældreministeriet
Att.: Sundheds- og ældreminister Sophie Løhde
Holbergsgade 6
1057 København K

13. juli 2015
Dokumentnummer:
IO-15170

Ved mail af 7. juli 2015 har Sundheds- og Ældreministeriet anmodet om en udtalelse vedrørende udkast til bekendtgørelse om oplysningspligt i patienterstatningssager.

A. Indledning

Baggrunden for § 29, stk. 4

Bestemmelsen blev indsat i den dagældende lov om patientforsikring ved lov nr. 430 af 10. juni 2003 (inddragelse af praktiserende autoriserede sundhedspersoner m.fl. under patientforsikringsordningen m.v.), der trådte i kraft den 1. januar 2004.

Ved lovændringen fik de daværende driftsansvarlige amtskommuner/kommuner pligt til at yde erstatning for patientskader også i praksissektoren og på private sygehuse/klinikker, jf. § 9, stk. 1.

Samtidig indsattes i § 9 som nyt stk. 3, en underretningspligt til Sundhedsstyrelsen for den erstatningspligtige, hvis der var ydet erstatning i gentagne tilfælde. Baggrunden var, at amtskommunen (regionen) ikke selv kunne intervenere ved eventuelle kvalitetsproblemer på private sygehuse mv.

Ansvar for kvaliteten på offentlige sygehuse m.v. lå allerede hos amtskommunerne (nu regionerne) som driftsmyndighed.

Ved L 126 fremsat den 30. januar 2014 af ministeren for sundhed og forebyggelse blev det foreslået, at underretningspligten også skulle gælde for forsikringselskaber, der forsikrer private sygehuse, klinikker og speciallægepraksisser. Baggrunden herfor var, at der ved lov nr. 1257 af 18. december 2012 var indført forsikringspligt for skader på private sygehuse mv. forvoldt i forbindelse med behandling efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg, behandlinger betalt direkte uden om det offentlige sundhedsvæsen og behandling efter reglerne om udvidet ret til behandling og undersøgelse for psykisk syge. Regionerne ville herefter ikke være i besiddelse af alle oplysninger om erstatningsudbetalinger.

Under andenbehandlingen af lovforslaget blev underretningspligten udvidet til også at gælde for regionerne vedrørende de offentlige sygehuse, hvilket altså var helt nyt. Det hedder herom i Betænkning afgivet af Sundheds- og Forebyggelsesudvalget den 29. april 2014 blandt andet:

... "Derudover har regionerne allerede i dag en række systemer til at opspore og kvalitetssikre de afdelinger og specialer, hvor der sker skader. Der er derfor behov for at overveje, hvordan oplysningspligten for regionerne vedrørende de offentlige behandlingssteder mest hensigtsmæssigt indrettes." Det fremgår også, at løsningen – når der er fundet en hensigtsmæssig løsning – vil blive beskrevet i en bekendtgørelse.

Der er således efter Patienterstatningens opfattelse vide rammer for, hvordan underretningen af Sundhedsstyrelsen for så vidt angår offentlige sygehuse kan tilrettelægges.

B. Bemærkninger til det foreliggende udkast kapitel 1

Kapitel 1 vedrører regionernes oplysningspligt om erstatningssager på offentlige sygehuse, i den præhospitale indsats eller hos en privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson.

Det fremgår af § 3, at regionen kun skal opgøre en kritisk skadefrekvens for hele regionen fordelt på specialer, uden yderligere at opdele per skadevolder (fx på sygehusniveau).

Indberetningen på specialniveau i hele regionen betyder

- at Region Hovedstaden fx skal opgøre skadefrekvensen på det ortopædkirurgiske område (operationerne af ryg, skuldre, arme, albuer, hofter, knæ, fødder osv.) for hele regionen inklusive ortopædiske speciallægeklinikker
- at Region Syddanmark fx skal opgøre skadefrekvensen på det obstetriske område (fødsler) for hele regionen.

Sådanne opgørelser er efter Patienterstatningens vurdering uden mening, da de ikke bringer det nødvendige overblik. Et eventuelt problem på en hoftekirurgisk afdeling på X Hospital eller Y Speciallægeklinik eller på et fødested Z vil drukne i de store tal på regionsbasis, og behandlingssteder, hvor der sker hyppige skader, vil aldrig blive identificeret. Dette kan illustreres med et eksempel. Hvis der i en region er otte ortopædkirurgiske afdelinger, der i en referenceperiode har bidraget med otte skader hver, så kan skadefrekvensen stige med 250 % på en afdeling i opgørelsesperioden, uden at triggeren på regionsbasis udløses.

Selv om datagrundlaget for opgørelsen blot skal dannes som foreslået efter dataudtræk i Netservice, vil Patienterstatningen alligevel skulle bruge statistiker- og it-ressourcer på at stille data til rådighed. Vi anslår at skulle bruge i alt ca. 70.000 kr. på ekstern bistand (Visma) til at udvikle vores it-system, således at data til regionerne (og forsikringselskaberne) kan hentes og eksporteres. Hertil kommer interne ressourcer. Det forekommer ikke at være en hensigtsmæssig ressourceanvendelse, når outputtet ikke kan bruges.

Patienterstatningen foreslår derfor, at det afsøges, hvilke data regionerne og Sundhedsstyrelsen er interesseret i, og som begge parter kan bruge i dels det skadeforebyggende arbejde og dels i tilsynsarbejdet, og at de data, som Patienterstatningen skal stille til rådighed for regionerne, målrettes efter disse ønsker. Der kan eventuelt være tale om en overbygning på de data, som regionerne allerede har, jf. ovenfor under A, eller data på udvalgte områder.

Men Patienterstatningen vil selvfølgelig medvirke og samarbejde, hvis den foreslåede model fastholdes.

C. Bemærkninger til det foreliggende udkast kapitel 3

Behandling på private sygehuse betales i dag af både det offentlige og af sundhedsforsikringer/egenbetalinger, jf. ovenfor under A.

Hvis den kritiske skadefrekvens er fem, bør underretningen ske ved erstatningsudbetaling nummer fem, uanset om de fire første sager er betalt af forsikringsselskabet og den femte af regionen. Som § 5, stk. 1, og 2, er formuleret, kan bestemmelserne læses således, at underretningen først sker, når henholdsvis regionen og forsikringsselskabet hver har betalt for fem skader.

Patienterstatningens dataark vil blive indrettet på en sådan måde, at henholdsvis regionen og forsikringsselskaber kan se, at der har været et antal erstatningssager hos henholdsvis forsikringsselskabet/ regionen, således at det er klart, hvornår tallet fem nås. Derimod kan man ikke se detaljer fra sager, hvor man ikke er erstatningspligtig.

På den baggrund foreslås en tilføjelse til § 5, både stk. 1 og stk. 2:

“Erstatningssager efter stk. 2/stk. 1 indgår i beregningen af, om det gennemsnitlige omfang er overskredet”.

Det tilføjes, at der i sjældne tilfælde kan blive tale om, at både regionen og forsikringsselskaber underretter Sundhedsstyrelsen om samme overskridelse, fordi der kan være tale om et mix af erstatningspligtige. Dette har dog ingen betydning, fordi Sundhedsstyrelse, hvis sagerne rekvireres fra behandlingsstedet, kan se, at der netop er tale om flere erstatningspligtige.

Med venlig hilsen

Karen-Inger Bast
direktør

Med venlig hilsen

Karen-Inger Bast
direktør