



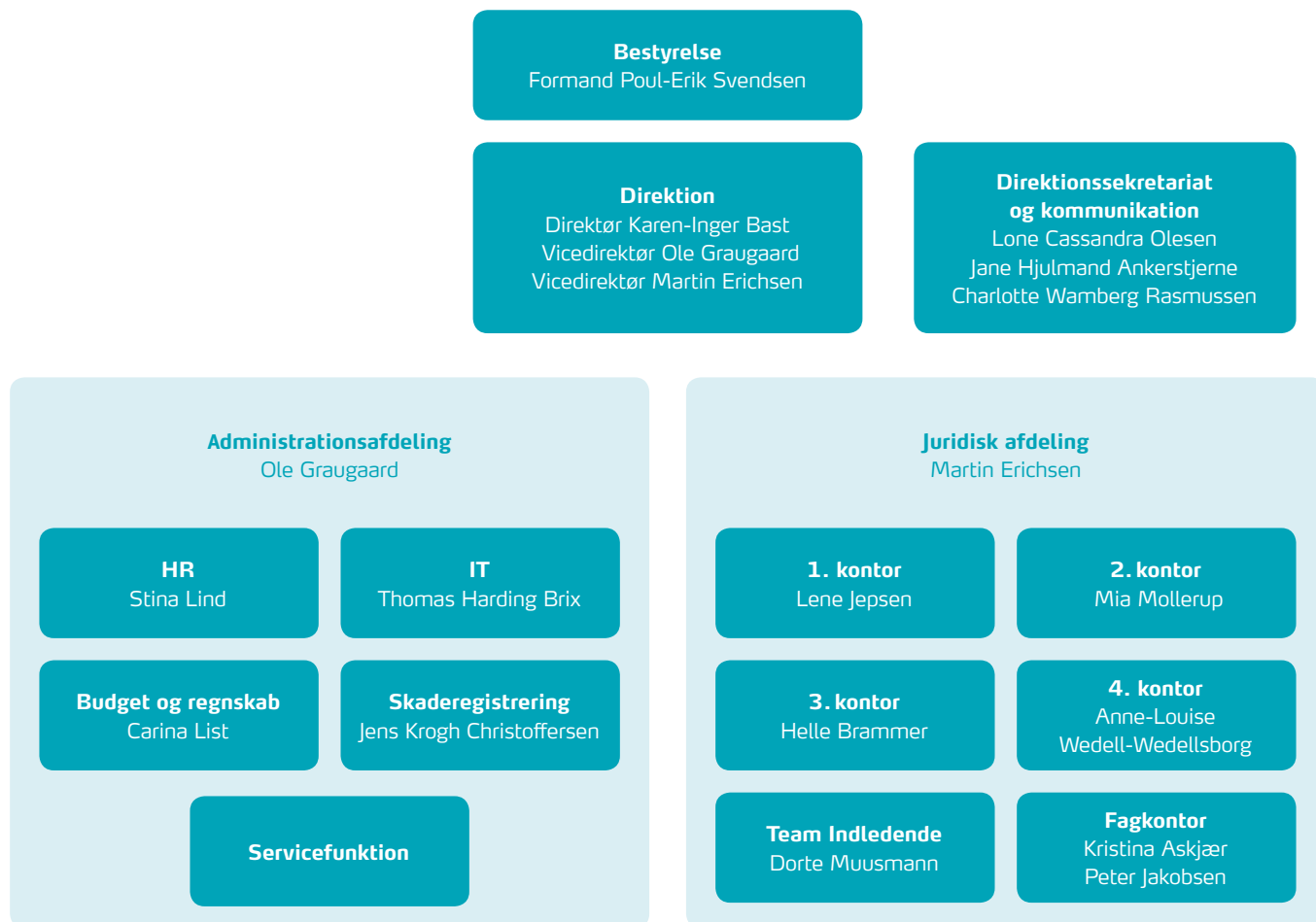
Årsberetning 2010

Udgiver: Patientforsikringen, Nytorv 5, 1450 København K, Tlf. 3312 4343, pf@patientforsikringen.dk. **Redaktion:** Direktør Karen-Inger Bast (ansvarshavende), vicedirektør Ole Graugaard, chefkonsulent Peter Jakobsen & kommunikationschef Charlotte Wamberg Rasmussen. **Layout:** Synergi Reklame + Webureau **Foto:** Poul Rasmussen, Steen Brogaard, Colourbox m.fl. **Oplag:** 1.000 stk. **Årsberetningen kan downloades på** www.patientforsikringen.dk

Indhold

Patientforsikringens organisation.....	4
Fejlbehandling af patienter koster Af bestyrelsesformand Poul-Erik Svendsen	6
Direktørens beretning	9
Statistik	
Behandlingsskader	11
Lægemiddelskader	19
Administration	
Administrative oplysninger	22
Regnskab	
Resultatopgørelse	25
Balance	26

Patientforsikringens organisation maj 2011



Bestyrelsen



Øverst fra venstre:

Regionsrådsmedlem Lasse Krull (C), Region Syddanmark

Regionsrådsmedlem Per Larsen (C), Region Nordjylland

Næstformand: Regionsrådsmedlem Bo Libergren (V), Region Syddanmark

Regionsrådsmedlem Carl Johan Rasmussen (S), Region Midtjylland

Nederst fra venstre:

Kontorchef Mogens Jørgensen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Formand: Regionsrådsmedlem Poul-Erik Svendsen (S), Region Syddanmark

Regionsrådsmedlem Tina Boel (F), Region Sjælland

Fejlbehandling af patienter koster – og god kvalitet er færre fejl

AF POUL-ERIK SVENDSEN, FORMAND FOR PATIENTFORSIKRINGEN
OG 1. NÆSTFORMAND I REGION SYDDANMARK



Som det fremgår af denne beretning, er der i sundhedsvæsenet i 2010 igen sat rekord med hensyn til erstatninger til patienter, der er kommet til skade som følge af behandling. Det blev til 710 mio. kr. inklusive erstatninger for lægemiddelskader og cirka 30 mio. kr. i renter.

Behovet for at standse denne vækst er indlysende. Patienterne skal naturligvis have den erstatning, de er berettiget til efter klage- og erstatningsloven og efter erstatningsansvarsloven, men sundhedsvæsenet skal blive bedre til at forebygge fejl og ikke optimal behandling, der medfører skader.

I regionerne har vi netop besluttet at sætte en ny kvalitetsdagsorden. Med denne dagsorden følger blandt andet øget fokus på at forebygge komplikationer og på at lave færre fejl.

Udover det åbenbare i at reducere antallet af fejl, så de patienter, der kommer for at blive raske eller få det bedre, ikke forlader sundhedsvæsenet med en skade, så handler det også om kroner og øre.

Det danske samfund bruger mange penge på at drive sundhedsvæsenet. Ifølge en opgørelse* fra Danske Regioner koster det danske sundhedsvæsen nu knap 100 milliarder kr. om året, hvilket er en stigning på omkring 39 procent over 11 år. Årligt behandles cirka 2.4 millioner danskere på de offentlige sygehuse, der på bare 3 år har øget aktiviteten med 19 procent.

Set i det lys er 7.489 anmeldelser om skader som følge af behandling og 347 lægemiddelskader i 2010 ikke et voldsomt tal. Men tallene viser, at der er plads til forbedringer.

Det er ingen hemmelighed, at der verden over er økonomisk smalhals. Sundhedsvæsenets svar på denne udfordring skal ikke være ringere adgang til behandling eller dårligere service, men blandt andet kvalitetsinitiativer og en skadeforebyggende indsats, der kan nedbringe antallet af fejl, infektioner, genindlæggelser mv.

I forhold til kvalitetsdagsordenen så kan de sager, der anmeldes og anerkendes af Patientforsikringen, spille en stor rolle. For ikke nok med, at de erstatninger, der finansieres af regionerne, stiger år for år - en del af skaderne skal også repareres af de selvsamme regioner, ligesom samfundet i værste fald mister arbejdskraft eller skal understøtte hele familier på grund af et alvorligt skadet familiemedlem.

Blandt andet fra USA er der tidligere vist interesse for den danske patientforsikringsordning. Det, som særligt vakte interesse, er Patientforsikringens database, hvor alle sager registreres. Fra databasen kan hentes mange oplysninger om skaderne: hvor de sker, og hvad de koster – udover de menneskelige omkostninger.

Jeg er med på, at det ikke er alle afgørelser, der er lige anvendelige, når vi taler skadeforebyggelse. Det er heller ikke altid nok at fokusere på afgørelser på den enkelte sygehusafdeling. Hvis den samme skade gentager sig på en afdeling, er den forhåbentlig forholdsvis nem at opdage og undgå fremover. Men hvis den sker sjældent, men til gengæld også på andre sygehusafdelinger, så skal der regionstal eller landstal til for at fange den.


Det er altså ikke alene afdelinger og sygehuse, der skal arbejde med afgørelser fra Patientforsikringen. Vi skal også gerne have mere forskning på området, hvor læger eller andre f.eks. kaster sig over skader på landsplan. På samme måde som et tidligere forskningsprojekt har synliggjort de alvorlige fødselsskader, hvor mangelfuld elektronisk overvågning i forbindelse med fødsler har ført til ganske alvorlige hjernesker og dødsfald blandt børn, der burde være bragt til verden raske og sunde.

Et af buddene på kvalitetsmål i forbindelse med regionernes kvalitetsdagsorden er at nedbringe antallet af skader med 20 procent over 3 år. Nu er det langt fra alle skader, der bliver anmeldt til Patientforsikringen. Men hvis man startede med de sager, hvor patienterne har modtaget erstatning, fordi behandlingen ikke har været optimal, så kan det være, at man her fandt nogle mønstre i forhold til uhensigtsmæssige arbejdsgange, uopdaterede kliniske vejledninger eller decideret ukorrekte behandlingsregimer. I 2010 har Patientforsikringen truffet 1.536 afgørelser, hvor behandlingen ikke har været optimal. Det vil være oplagt, at hospitalerne og andre behandlere ser på disse sager. Patientforsikringen stiller gerne data til rådighed til dette arbejde.

*Kilde: "Kvalitet i sundhed", Danske Regioner 2011.



// I 2010 har Patientforsikringen truffet 1.536 afgørelser, hvor behandlingen ikke har været optimal. Det vil være oplagt, at hospitalerne og andre behandlere ser på disse sager."



“ Der har i hele sundhedsvæsenet i de senere år været en stor aktivitetsstigning. På de offentlige sygehuse er aktiviteten steget med 19 procent på tre år. Flere behandlinger medfører alt andet lige flere skader.”

Direktørens beretning 2010

AF DIREKTØR KAREN-INGER BAST



I 2010 fik Patientforsikringen 7.836 nye anmeldelser (inklusive lægemiddelskader), hvilket igen var en rekord. I 2009 var antallet 6.675. Stigningen blev dermed på over 17 procent. De samlede erstatningsudbetalinger blev på 710 mio. kr. i forhold til 616 mio. kr. i 2009 – en stigning på 15 procent.

Stigningen fortsætter efter alt at dømme i 2011, hvor der i 1. kvartal 2011 kom 20 procent flere anmeldelser i forhold til 1. kvartal 2010.

Sagsbehandlingstiden

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid måles frem, til det afgøres, om skaden kan anerkendes eller må afvises. Når denne afgørelse træffes, udbetales så meget af erstatningen som muligt. I mange af de anerkendte sager er det dog først muligt at udbetale erstatningen eller den sidste del af erstatningen, når der er indhentet forskellig dokumentation fra patienten.

Sagsbehandlingstiden faldt i 2010 til 233 dage mod 288 dage i 2009. Det har dog vist sig vanskeligt at nedbringe sagsbehandlingstiden yderligere i begyndelsen af 2011, fordi antallet af anmeldelser har slået alle rekorder i 4. kvartal 2010 og 1. kvartal 2011.

Hvorfor stiger anmeldelsestallet?

Der har i hele sundhedsvæsenet i de senere år været en stor aktivitetsstigning. På de offentlige sygehuse er aktiviteten steget med 19 procent på tre år. Flere behandlinger medfører alt andet lige flere skader. Men aktivitetsstigningen i sundhedsvæsenet kan ikke alene forklare stigningen i antallet af anmeldelser til Patientforsikringen.

En anden forklaring på den store stigning er muligvis en øget bevidsthed om erstatningsordningen både hos sundhedspersonale og patienter, Patientforsikringens øgede informationsindsats, tilgængelighed til Patientforsikringen via hjemmeside og en mere generel tendens til at klage og søge

erstatning, hvis man ikke er tilfreds med det produkt, som er ydet. Men reelt kender vi ikke baggrunden. Patientforsikringens bestyrelse har iværksat en mindre undersøgelse af baggrunden for stigningen i anmeldelsestallet, som forventes at foreligge i 2011. Undersøgelsen kan næppe give et entydigt svar på, hvorfor stigningen fortsætter, men forhåbentlig nogle indikationer.

Sagskomplekser og serieskader

Næsten hvert år opstår der større sagskomplekser eller serieskader. I de tidligere år har det været f.eks. p-pillesager og Omnican-sager.

I 2010 og ind i 2011 har Patientforsikringen fået to nye sagskomplekser. Det første er foreløbig 188 anmeldelser om skader i forbindelse med brug af binyrebarkhormoner, som anvendes ved behandlingen af en række sygdomme. Langvarig brug af hormonet i en større mængde over længere tid kan medføre knogleskørhed (osteoporose), hvis der ikke samtidig ordineres kalk og D-vitamin.

Det andet sagskompleks består af indtil videre 88 anmeldelser om overset brystkræft på privatklinikker, men også på offentlige hospitaler. Sagerne er anmeldt i kølvandet på en tv-udsendelse om mangelfulde undersøgelser for brystkræft på en privatklinik.

Samarbejde om skadeforebyggelse

Danske Regioner har i forbindelse med generalforsamlingen i april 2011 sat kvalitet i behandlingen højt på dagsordenen. Der skal på hospitalerne arbejdes med forandringsprocesser, som skal give større patienttilfredshed, nedbringe dødeligheden og forlænge levetiden for blandt andre kræftpatienter. Desuden er det regionernes målsætning, at antallet af fejl, der medfører patientskader, skal nedbringes med 20 procent over tre år.

Patientforsikringen stiller sin database til rådighed i dette arbejde. Databasen indeholder data fra mere end 60.000 sager, der er behandlet i Patientforsikringen, og fra den kan f.eks. hentes tal, der viser både de mange små skader og de få, men store skader.

Patientforsikringen mærker allerede nu en øget interesse fra regionerne for sådanne data, og vi er meget positive over for at levere tal på de områder og i den form, som regionerne ønsker.

Desuden fortsætter vi foredragsvirksomheden, hvor vi tager ud på de enkelte hospitalsafdelinger og gennemgår sager fra afdelingen.

Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetrik, Jordemoderforeningen og Dansk Pædiatrisk Selskab forelagde i samarbejde med Patientforsikringen i 2010 Danske Regioner et projekt, der har til formål at styrke indsatsen for at begrænse de meget alvorlige og meget triste, men også meget dyre erstatningssager, hvor børn fødes med hjerneskader på grund af iltmangel under fødslen. Der er tale om sager, hvor skaderne kunne være undgået, hvis der var iværksat kejsersnit tidligere i forløbet. Danske Regioner arbejder videre med projektforslaget sammen med forslagsstillerne og har også inddraget Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Patientombuddet

Patientforsikringen har i 2010 opbygget et godt samarbejde med Patientombuddet. Patientforsikringen skal levere data til Patientombuddet til brug for temarapporter mv. om den læring, som kan udledes af de sager, der indberettes til Dansk Patientsikkerhedsdatabase, af klagesagerne hos Patientombuddet og af erstatningssagerne hos Patientforsikringen. Det er et arbejde, som vi ser meget frem til.

Mål og forventninger 2011

Bestyrelsen har fastsat som mål, at den gennemsnitlige sagsbehandlingstid snarest skal ned på 200 dage.

De vigtigste mål for 2011 og 2012 er derfor, at den gennemsnitlige sagsbehandlingstid fra skaden anmeldes, til den første afgørelse træffes (om skaden kan anerkendes eller ej), skal nedbringes til 200 dage i 4. kvartal 2011, og at sagsbehandlingstiden i hele 2012 skal være på 200 dage.

Desuden skal sagsbehandlingstiden for opgørelse af selve erstatningsbeløbet nedbringes væsentligt. Endelig skal digital kommunikation med regioner, hospitaler og patienter implementeres fuldt ud senest ved udgangen af 2012.

Patientforsikringen har i begyndelsen af 2011 udarbejdet en strategi – og handlingsplan 2011-2012, som indeholder 63 konkrete tiltag vedrørende henholdsvis sagsbehandling og it, ekstern kommunikation og skadeforebyggelse samt om personalepolitik, som skal medvirke til at opfylde denne målsætning.

Der vil blive arbejdet koncentreret på, at målene nås, men det siger også sig selv, at en fortsat voldsom udvikling i antallet af anmeldelser vil få betydning for sagsbehandlingstiden.

Morgenkonference på Rigshospitalet

I 2010 var jurister fra Patientforsikringen på 26 besøg rundt omkring på landets hospitalsafdelinger. Et af besøgene var på HovedOrtoCentret på Rigshospitalet. 30-40 læger var mødt op til morgenkonferencen, hvor Patientforsikringen fik en lille times tid til at fortælle om erstatningsmulighederne og præsentere cases fra det virkelige liv.

Besøgene har til formål at få nedbragt det mørketal, der ifølge diverse undersøgelser er på området for patientskader. Med mørketal tænkes på de erstatningsberettigende skader, der aldrig anmeldes til Patientforsikringen. Et andet vigtigt formål med besøgene er at stimulere til øget læring af og forskning i de afgørelser, som Patientforsikringen træffer.

I det omfang vi kan afsætte ressourcer til det, kommer vi gerne på besøg rundt omkring i landet. Kontaktperson er stabsjurist Jane Hjulmand Ankerstjerne på tlf. 3347 6752 eller jaan@patientforsikringen.dk.



Statistiske oplysninger



OPDATERING AF STATISTISKE OPLYSNINGER

Patientforsikringen opdaterer og reviderer løbende de statistiske oplysninger for de enkelte år.

Oplysningerne vedrører sager, der ofte er under behandling i meget lang tid. Tidligere afsluttede sager kan f.eks. genoptages, og afgørelser kan ændres i Patientskadeankenævnet eller ved domstolene eller i forbindelse med en intern kvalitetskontrol.

Derfor er statistiske oplysninger vedrørende eksempelvis sager fra 2009 i denne beretning ikke nødvendigvis identiske med oplysninger fra samme år i tidligere årsberetninger eller offentliggjorte kvartalsstatistikker.

Patientforsikringen modtog i 2010 i alt 7.836 anmeldelser efter klage- og erstatningsloven (behandlings- og lægemiddelskader). På de kommende sider behandles kun anmeldelser, som vedrører skader i forbindelse med undersøgelse og behandling.

For oplysninger om lægemiddelskader se side 19.

For mere specifikke oplysninger vedrørende regioner og hospitaler i 2010 og tidligere år henvises til www.patientforsikringen.dk.

ANMELDELSER

I 2010 modtog Patientforsikringen 7.489 anmeldelser vedrørende skader i forbindelse med behandling eller undersøgelse – se figur 1. Det er en stigning på 1.170 anmeldelser, eller 18,5 procent, i forhold til året før. Fra 2008 til 2009 steg antallet af anmeldelser også kraftigt, nemlig med 14,5 procent.

FIGUR 1. ANMELDELSER

Dækningsområde	2008	2009	2010
Alment praktiserende læger	394	502	599
Kommunale sundhedsordninger	16	21	41
Offentlige hospitaler	4.262	4.724	5.587
Private hospitaler	357	514	615
Privatpraktiserende speciallæger	238	260	344
Vagtlæger	119	143	170
Øvrige*	133	155	133
I alt	5.519	6.319	7.489

*Inklusiv sager vedr. Sundhedsstyrelsens sagsbehandling.

Historisk set har der altid været udsving i anmeldelsesfrekvensen. Der har været enkelte år med kraftig stigning i anmeldelserne og andre år med en meget lille vækst. Stigningstakten i de senere år har dog været markant og konstant. Stigningen har også været stor i første kvartal 2011. Der er altså endnu ingen tegn på et fald i antallet af sager, der bliver anmeldt til Patientforsikringen.

Årsagerne til den stigende anmeldelsesfrekvens skyldes ganske sikkert flere forhold. For det første vil en stigning i aktivitetsniveauet på hospitaler og i primærsektoren afspejle sig i antallet af anmeldelser. Antallet af operative behandlinger, som også er de mest skadevoldende, er eksempelvis steget med over 30 procent siden 2001*.

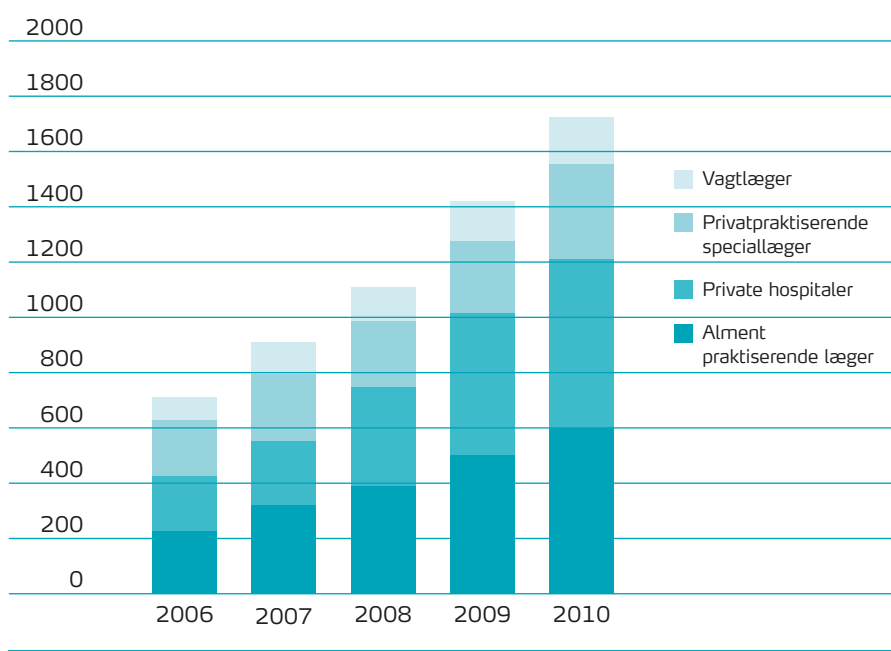
Erstatningsmulighederne – og dermed Patientforsikringen – fremhæves oftere i medierne, når bestemte behandlingstyper bliver omtalt. Det seneste eksempel er omtalen af manglende ordinerings af kalk og D-vitaminer i forbindelse med langvarig behandling med binyrebarkhormoner. Omtale i medierne styrker generelt bevidstheden om erstatningsadgangen hos både patienter og sundhedspersonale, og ikke kun i relation til de konkrete behandlinger der bliver omtalt.

Patientforsikringen har i 2010 og tidligere år styrket den direkte dialog med hospitaler og hospitalsafdelinger, hvilket har skærpet sundhedspersonalets fokus på at hjælpe patienter med at anmelde tilfælde, hvor der kan være sket en erstatningsberettigende skade.

En anden betydende faktor for stigningen i anmeldelserne kan også ses af figur 2. Fra 1. januar 2004 blev loven udvidet til at omfatte hele den primære sundheds-tjeneste og private hospitaler. Erfaringsmæssigt går der lang tid, før en sådan ændring for alvor slår igennem på antallet af anmeldelser, både fordi loven kun omfatter skader sket efter denne dato, og fordi der går tid, før skaderne konstateres, og patienter og personale bliver opmærksomme på de udvidede erstatningsmuligheder.

Figur 2 viser anmeldelser fra netop den primære sundhedssektor og privathospitalerne. Som det ses, har deres bidrag til væksten været konstant over perioden og udgør nu cirka 23 procent af anmeldelserne. Før lovudvidelsen blev det estimeret, at andelen af anmeldelser fra denne sektor ville udgøre cirka 10 procent. At tallet er blevet væsentligt højere skal dog ses i sammenhæng med den kraftige vækst i antallet af behandlinger på privathospitaler og klinikker.

FIGUR 2. ANMELDELSER PÅ UDVALGTE DÆKNINGSOMÅDER



Figur 3 viser antallet af anmeldelser i 2010 fordelt på regioner og i forhold til andelen af udskrivinger og ambulante behandlinger. For nærmere om udviklingen i anmeldelser indenfor de enkelte regioner henvises til statistiske oplysninger på www.patientforsikringen.dk

FIGUR 3. ANMELDELSER I FORHOLD TIL AKTIVITETEN I 2010

Region	Anmeldelser	Udskrivinger og ambulante besøg Offentlige hospitaler (somatik og psykiatri)*	Anmeldelser pr. 1.000 udskrivinger
Region Hovedstaden	1.877	3.065.176	0,61
Region Sjælland	719	1.122.918	0,64
Region Syddanmark	1.272	2.132.383	0,60
Region Midtjylland	1.196	1.893.384	0,63
Region Nordjylland	523	737.024	0,71
I alt	5.587	8.950.885	0,62

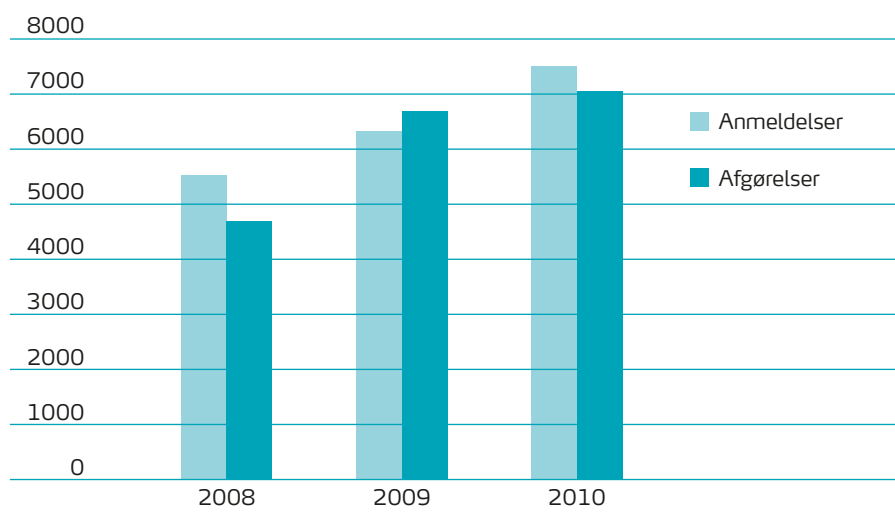
*Kilde: Sundhedsstyrelsen (Landspatientregisteret).

*Kilde: Sundhedsstyrelsen (Landspatientregisteret).

AFGØRELSE

Der blev truffet 7.038 afgørelser vedrørende behandlingsskader i 2010. Uanset at der har været en stigning i antallet af afgørelser i forhold til 2009, så har dette ikke været tilstrækkeligt til at imødegå den kraftige vækst i antallet af anmeldelser.

FIGUR 4. ANMELDELSER OG AFGØRELSE



Når det ikke var muligt at træffe et antal afgørelser svarende til antallet af anmeldelser, skal det ses i forhold til, at væksten i anmeldelsesantallet primært lå i 2. halvår, og at det derfor ikke har været muligt rent tidsmæssigt at nå at træffe de mange yderligere afgørelser. Dertil kommer, at Patientforsikringen i 2010 målrettet har arbejdet på at afslutte ældre anerkendte skader, hvori der endnu ikke var beregnet endelig erstatning. Som det ses, er der dog i 2010 truffet et antal afgørelser, der overstiger antallet af anmeldelser i 2009.

FIGUR 5. AFGØRELSE I 2010

Dækningsområde	Anerkendelser	Afvisninger	I alt	Anerkendelser pct.
Alment praktiserende læger	139	379	518	27
Ambulancetjeneste	0	21	21	0
Kommunale sundhedsordninger	2	34	36	6
Offentlige hospitaler	1.982	3.337	5.319	37
Private hospitaler	258	326	584	44
Privatpraktiserende ergo- og fysioterapeuter	9	25	34	26
Privatpraktiserende kiropraktorer	6	32	38	16
Privatpraktiserende speciallæger	71	209	280	25
Vagtlæger	47	112	159	30
Øvrige	4	45	49	8
I alt	2.518	4.520	7.038	36

Figur 5 viser, hvordan afgørelserne fordeles sig på de respektive dækningsområder. Figuren viser også fordelingen mellem anerkendte og afviste sager samt anerkendelsesprocenten for de enkelte dækningsområder.

Generelt har 36 procent af anmeldelserne ført til anerkendelse. Dette er en mindre stigning i forhold til 2009. Anerkendelsesprocenten har siden 2005 bevæget sig indenfor et interval mellem 30 og 38 procent.

Visse grupper er udeladt i oversigten, eksempelvis privatpraktiserende jordemødre, psykologer og tandteknikere, enten fordi der ikke er truffet afgørelser indenfor området, eller fordi der kun har været få afgørelser.

For de øvrige områder er der i relation til anerkendelsesprocenten ganske store udsving. Det er kun 10 procent af anmeldelserne vedrørende behandlinger indenfor det kommunale sundhedsområde, der kan anerkendes som erstatningsberettigende, hvorimod 44 procent af anmeldelserne fra privathospitalerne anerkendes.

For enkelte grupper er antallet af afgørelser også så lavt, at der er en stor statistisk usikkerhed forbundet med tallet.

Figur 6 viser de 10 mest skadevoldende medicinske specialer indenfor hele sundhedsvæsenet. Som forventeligt er særligt de kirurgiske specialer anført, fordi de kirurgiske behandlinger nu engang er de mest risikobetonede. Når praktiserende læger (almen medicin) alligevel indgår i oversigten, så skyldes det, at de alment praktiserende læger foretager mange behandlinger, og at almen praksis i højere grad end andre specialer kan føre til anmeldelser vedrørende forsinket diagnostisering.

FIGUR 6. ANERKENDELSER FORDELT PÅ SPECIALER

Speciale	2009		2010	
	Antal afgørelser	Anerkendelser i pct.	Antal afgørelser	Anerkendelser pct.
Almen medicin	515	26	521	30
Anæstesiologi	252	35	246	29
Gynækologi	183	42	216	38
Intern medicin	178	28	139	27
Kirurgi	355	38	351	37
Kirurgisk gastroenterologi	215	32	235	31
Neurokirurgi	243	40	215	47
Obstetrik	153	16	169	25
Oftalmologi	120	39	166	37
Ortopædisk kirurgi	2.378	41	2.444	41

I figur 7 sammenlignes de mest skadevoldende specialer på privathospitaler med de samme specialer på offentlige hospitaler.

Som det ses, er der generelt flere anerkendte skader i tilknytning til behandlinger på privathospitaler end på offentlige hospitaler. Dette kan dog ikke tages som udtryk for, at behandlingerne på privathospitalerne er dårligere end på offentlige hospitaler.

Der er formentlig flere årsager til afvigelse. Bl.a. er der flere yngre, erhvervsaktive patienter, der behandles på privathospital, hvilket betyder, at en komplikation hurtigere får økonomiske konsekvenser for patienten. Accepten af komplikationen er derfor også mindre.

Der er også forskelle i de behandlinger, der ydes. Hvor plastikkirurgiske indgreb på offentlige hospitaler kun foretages, når der foreligger en lægelig indikation, så er de plastikkirurgiske indgreb på privathospitalerne oftere alene begrundet i et ønske fra patienten. I sidstnævnte tilfælde er der ingen alvorlig grundlidelse, og det er derfor også lettere at opnå erstatning efter "tålereglen" i lovens § 20, stk. 1, nr. 4.

FIGUR 7. ANERKENDELSER PÅ OFFENTLIGE OG PRIVATE HOSPITALER

Speciale	2009		2010	
	Antal afgørelser	Anerkendelser i pct.	Antal afgørelser	Anerkendelser pct.
Anæstesiologi	225	34	217	29
Kirurgi	317	35	306	37
Neurokirurgi	198	40	173	46
Ortopædisk kirurgi	2.035	40	2.029	40
Plastikkirurgi	36	28	23	4

Speciale	2009		2010	
	Antal afgørelser	Anerkendelser i pct.	Antal afgørelser	Anerkendelser pct.
Anæstesiologi	18	33	21	33
Kirurgi	20	60	30	37
Neurokirurgi	45	40	41	51
Ortopædisk kirurgi	264	49	351	45
Plastikkirurgi	28	32	26	27

FIGUR 8. ANERKENDELSER PGA. IKKE-OPTIMAL BEHANDLING 2010

Dækningsområde	Ikke optimal behandling (antal)	Antal afgørelser i alt	Anerkendelser pct.
Alment praktiserende læger	128	518	25
Kommunale sundhedsordninger	2	36	6
Offentlige hospitaler	1.178	5.319	22
Private hospitaler	139	584	24
Privatpraktiserende speciallæger	40	280	14
Vagtlæger	41	159	28
Øvrige	4	142	3
I alt	1.536	7.038	22

Figur 8 viser, hvor stor en andel af anmeldelserne der anerkendes, fordi behandlingen ikke har været optimal. Skaden kunne altså med overvejende sandsynlighed være undgået, hvis diagnosticeringen eller behandlingen havde været bedre. Figuren viser samtidig anerkendelsesprocenten for denne del af lovens dækningsområder.

Når vagtlæger i lidt højere grad end andre områder risikerer, at den givne behandling viser sig mangelfuld, så skyldes det især risikoen for, at diagnosestillelsen ikke er optimal. Det kan bl.a. hænge sammen med de givne forhold vagtlæger arbejder under, når de er på besøg f.eks. i private hjem.

FIGUR 9. TYPER AF AFGØRELSE

Afgørelser	2009		2010	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Anerkendelser				
Ikke optimal diagnose eller behandling	1351	20,1	1.536	21,8
Svigt i udstyr eller apparatur	17	0,3	31	0,4
Skaden kunne være undgået ved anden metode	16	0,2	12	0,2
Sjældne og alvorlig skade	822	12,2	776	11,0
Ulykkestilfælde	10	0,1	16	0,2
Donorer og forsøgspersoner	163	2,4	147	2,1
Anerkendelser i alt	2.379	35,3	2.518	35,8
Afvisninger				
Erstatningsbetingelser ikke opfyldt	3.547	52,7	3.735	53,1
Erstatning under minimumsgrænse på 10.000 kr.	583	8,7	510	7,3
Forældelse	150	2,2	156	2,2
Øvrige	74	1,1	119	1,7
Afvisninger i alt	4.354	64,7	4.520	64,3
Afgørelser i alt	6.733	100	7.038	100

Figur 9 viser, at andelen af anerkendte sager i 2010 var 35,7 procent. Figuren viser imidlertid også, at en større andel anerkendtes, fordi behandling eller diagnosticering ikke var optimal. Stigningen modsvares dog af, at antallet af anerkendte sjældne og alvorlige skader faldt nogenlunde tilsvarende.

Figur 10 viser, at andelen af anerkendelser på de offentlige sygehuse er relativt ensartet i de respektive regioner, når antallet af anerkendelser sættes i forhold til aktivitetsniveauet.

FIGUR 10. ANERKENDELSER IFT. AKTIVITETEN PÅ OFFENTLIGE HOSPITALER 2010

Region	Anerkendelser	Udskrivinger og ambulante besøg Offentlige hospitaler (somatik og psykiatri)*	Anerkendelser pr. 1.000 udskrivinger
Region Hovedstaden	643	3.065.176	0,21
Region Sjælland	264	1.122.918	0,24
Region Syddanmark	446	2.132.383	0,21
Region Midtjylland	432	1.893.384	0,23
Region Nordjylland	197	737.024	0,27
I alt	1.982	8.950.885	0,23

*Kilde: Sundhedsstyrelsen (Landspatientregisteret).

ERSTATNINGSUDBETALINGER

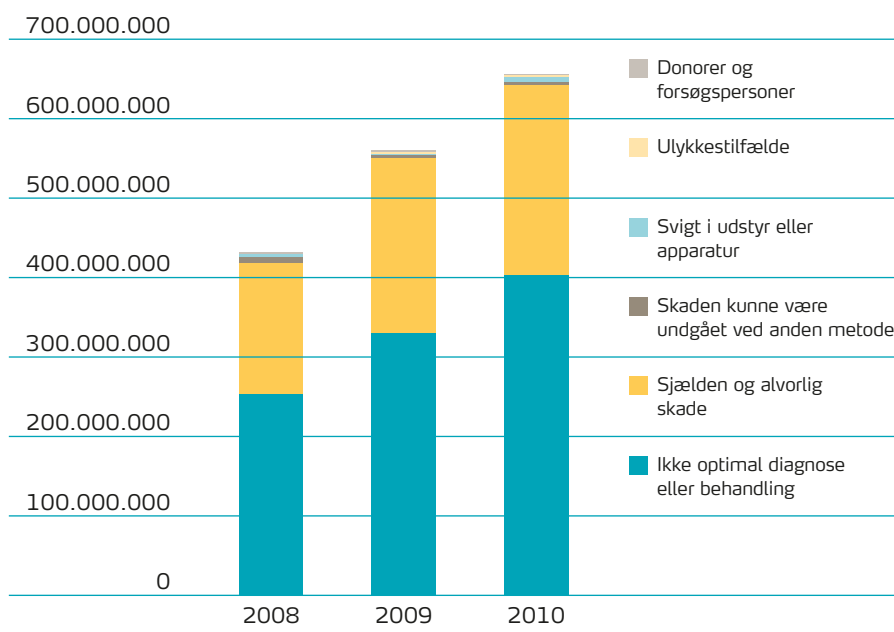
Patientforsikringen tilkendte godt 660 mio. kr. i erstatning til patienter i 2010 (ekskl. lægemiddelskaderne og renter) – se figur 11.

I 2009 tilkendte Patientforsikringen knapt 563 mio. kr. De samlede erstatninger er således steget med cirka 97 mio. kr.

Stigningen skyldes dels væksten i antallet af anmeldelser, dels afslutning af ældre, omkostningstunge sager. Stigningen kan derfor delvis henføres til en afvikling af et efterslæb i sagsbehandlingen.

Figuren viser også, at størstedelen af erstatningerne udbetales i sager, hvor behandlingen ikke har været optimal.

FIGUR 11. TILKENDETE ERSTATNINGER



FIGUR 12. UDBETALINGER

Dækningsområde	2008	2009	2010
Alment praktiserende læger	19.081.853	36.664.253	30.751.049
Ambulancetjeneste		211.778	221.403
Kommunale sundhedsordninger	21.325	23.430	577.486
Offentlige hospitaler	374.304.261	448.975.521	536.117.556
Privatpraktiserende ergo- og fysioterapeuter	216.858	960.884	2.763.028
Privatpraktiserende fodterapeuter		0	44.380
Private hospitaler	18.361.911	39.953.333	50.555.955
Privatpraktiserende kiropraktorer	4.315.214	2.471.072	2.401.537
Privatpraktiserende speciallæger	11.866.686	22.948.415	22.577.936
Vagtlæger	9.094.008	9.768.246	13.023.892
Øvrige	750.640	889.717	196.360
I alt	438.012.756	562.866.649	659.230.582

FIGUR 13. GENNEMSNITLIGE ERSTATNINGER

Dækningsområde	2008-2010
	Gns. erstatninger i kr.
Alment praktiserende læger	214.102
Kommunale sundhedsordninger	103.707
Offentlige hospitaler	184.776
Private hospitaler	145.745
Privatpraktiserende speciallæger	196.551
Vagtlæger	193.249
Øvrige	211.546
I alt	183.560

Figur 12 viser udbetalingernes fordeling på dækningsområderne. Uanset hvor skaden er forvoldt, så er det altid den pågældende region, hvor sundhedspersonen driver sin praksis eller hospitalet ligger (offentligt såvel som privat), der er forpligtet til at betale erstatningen.

Der er forskelle i, hvor store erstatningerne er indenfor de forskellige dækningsområder. Det kan skyldes flere forhold. Der kan f.eks. være forskelle i patientgrupperne, som medfører, at erstatningerne varierer (yngre og erhvervsaktive patienter får efter erstatningsansvarsloven større erstatning end ældre patienter), og der kan også være forskel på hvor alvorlige skader, der kan forvoldes. Risikoen for en meget alvorlig skade er større i forbindelse med et kompliceret neurokirurgisk indgreb end ved behandling hos en praktiserende læge.

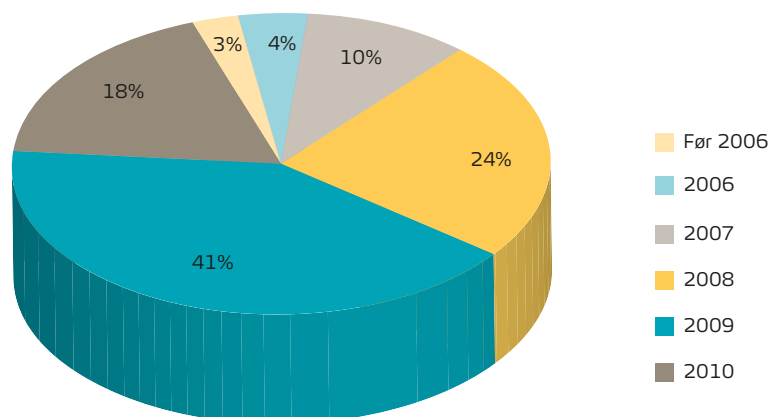
Der gøres opmærksom på, at antallet af sager for visse grupper er så relativt begrænset, at tallene indeholder en vis statistisk usikkerhed, der medfører relativt store udsving år for år. For nogle kategorier, f. eks. kiropraktorer, er antallet af sager fortsat så relativt lavt, at det anførte gennemsnit ikke kan anses for relevant. Disse er derfor ikke medtaget i oversigten.

Figur 14 viser, hvordan de samlede erstatninger i 2010 fordeler sig på sager efter det år skaden er anmeldt. 18 procent af de samlede erstatninger er udbetalt i sager, der rent faktisk er anmeldt i 2010. Langt størstedelen af erstatningerne udbetalt i 2010 vedrører altså sager anmeldt i tidligere år.

Det skal understreges, at mange patienter får udbetalt delerstatninger, når deres sag er anerkendt. Figuren er derfor ikke et udtryk for, at eksempelvis 24 procent af de erstatningsberettigede patienter, der indgav anmeldelse i 2008, først har fået erstatning i 2010.

Figuren viser imidlertid, at der generelt går ganske lang tid, før den endelige erstatning i mange sager kan beregnes.

FIGUR 14. UDBETALINGER OG ANMELDELSESTIDSPUNKTET 2010



Figur 15 viser på tilsvarende måde, hvordan udbetalingerne i 2009 fordelte sig.

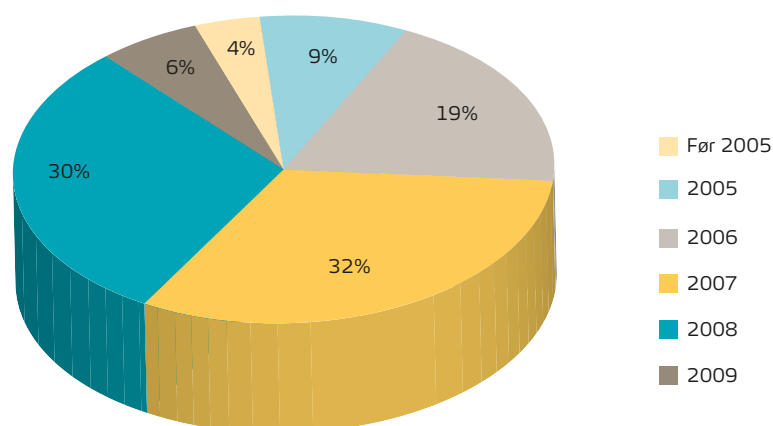
Sammenligner man figur 14 og 15, vil man imidlertid kunne konstatere, at der er sket en ganske væsentlig fremrykning af udbetalingerne i 2010 i forhold til 2009.

Det skyldes, at Patientforsikringens sagsbehandlingstid generelt er blevet væsentligt kortere gennem de seneste 2 år, og at der har været fokus på en hurtigere udbetaling af erstatningerne.

I 2010 vedrører 59 procent af udbetalingerne sager anmeldt i samme eller foregående år, hvor det i 2009 kun var 36 procent.

Denne udvikling er særdeles positiv for patienterne, som får deres erstatning betydeligt hurtigere end tidligere. Samtidig er det positivt for regionerne, som ganske vist skal betale pengene tidligere, men som til gengæld sparer penge på den høje rente, som erstatningsbeløbene generelt forrentes med.

FIGUR 15. UDBETALINGER OG ANMELDELSESTIDSPUNKTET 2009



Lægemedelskader



I 2010 modtog Patientforsikringen 347 anmeldelser der vedrørte lægemiddelskader – se figur 1. I flere år har antallet af anmeldelser ligget stabilt mellem 250 og 350 om året.

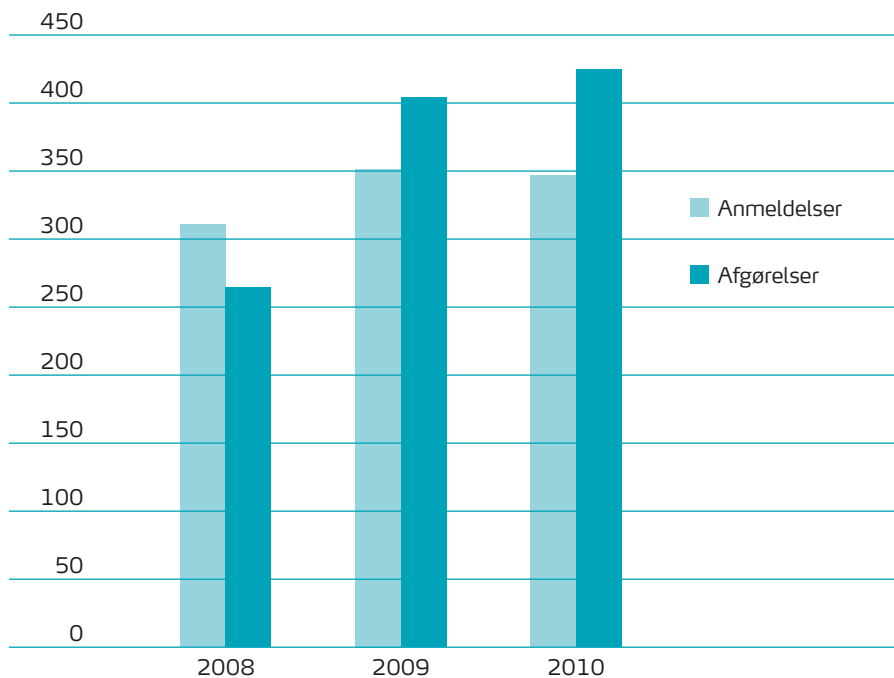
Den markante vækst i antallet af anmeldelser, som vi i mange år har set på området for behandlingsskader, har altså ikke slået igennem, når det gælder lægemiddelskader. Det kan skyldes, at det er sjældent, at lægemidler har alvorlige bivirkninger, men kan også hænge sammen med, at patienter og sundhedspersoner ikke er opmærksomme på mulighederne for at få erstatning for lægemiddelskader.

ANERKENDELSE OG AFSLAG

Det fremgår af figur 1, at Patientforsikringen i 2010 traf afgørelse i 425 sager. Tidligere års stigning i produktiviteten er således fortsat i 2010. I 2008 og 2009 blev der afgjort henholdsvis 264 og 404 lægemiddelsager.

Det store antal afgørelser i 2009 og 2010 har betydet, at vi nedbragte sagsbehandlingstiden på lægemiddelsager og fik afviklet sagspuklen fra 2008, hvor antallet af nye anmeldelser var større end antallet af afgørelser.

FIGUR 1. ANMELDELSER OG AFGØRELSE



FIGUR 2. TYPER AF AFGØRELSE

Afgørelser	2009		2010	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Anerkendelser i alt	144	35,6	106	24,9
Afvisninger				
Fordi skaden er sket før 1. jan 1996	4	1,0	7	1,6
Fordi der ikke er en fysisk skade	71	17,6	68	16,0
Fordi der ikke er tale om et lægemiddel	2	0,5	0	0,0
Fordi skaden ikke er tilstrækkelig alvorlig	77	19,1	138	32,5
Fordi der ikke er årsagssammenhæng	59	14,6	72	16,9
Fordi sagen er forældet	25	6,2	15	3,5
Fordi erstatningen er under 3.000 kr.	12	3,0	13	3,1
Diverse	10	2,5	6	1,4
I alt	260	64,3	319	75,0
Afgørelser i alt	404	100	425	100

I 2010 blev knap 25 procent af sagerne anerkendt – se figur 2. Andelen af patienter, der fik medhold i deres sag, er altså faldet i forhold til 2009, hvor anerkendelsesprocenten var 36.

Det skyldes, at vi i 2010 afgjorde forholdsmæssigt flere sager med mindre alvorlige bivirkninger end tidligere år. Det ses af figur 2, hvor den hyppigste årsag til, at en sag blev afvist var, at skaden ikke var tilstrækkelig alvorlig i forhold til den sygdom, som patienten blev behandlet for. Det afspejler, at loven ikke giver adgang til erstatning for enhver bivirkning. Der ydes kun erstatning for bivirkninger, der er forholdsvist sjældne, og som medfører alvorlige skader.

Faldet i anerkendelsesprocenten skal bl.a. også ses i lyset af, at vi i 2008 og 2009 færdigbehandlede et større antal sager, hvor der blev tilkendt erstatning efter brug af p-piller. Antallet af sager på dette område har stabiliseret sig, hvilket kan forklare de væsentlig færre erstatningsudbetalinger i 2010 i forhold til tidligere.

Afvist på grund af forældelse

I 2008 og 2009 modtog vi en del anmeldelser, der måtte afvises efter den 3-årige forældelsesfrist. Antallet af disse sager er faldet lidt i 2010, hvor kun 15 sager blev afvist på grund af forældelse mod 25 sager i 2009. Patientforsikringens informationsindsats gennem de senere år er formentlig medvirkende årsag til, at skadelidte patienter i højere grad end tidligere får anmeldt deres lægemiddelskade inden forældelsesfristens udløb.

En styrket viden blandt sundhedspersonalet spiller også her en vigtig rolle. Efter loven påhviler det sundhedspersonalet, herunder privatpraktiserende læger, en forpligtelse til at informere skadelidte patienter om muligheden for erstatning. Informationspligten gælder alle autoriserede sundhedspersoner og indebærer også en pligt til om nødvendigt at hjælpe patienterne med at anmelde skaden.

Udbetalte erstatninger

I 2010 blev der tilkendt 51,1 mio. kr. i erstatninger, hvilket er lidt mindre end i 2009, hvor der blev tilkendt 54 mio. kr. – se figur 3. De anførte beløb er uden renter. Faldet i erstatningsudbetalingerne hænger sammen med, at der blev anerkendt færre sager i 2010 end i året før.

FIGUR 3. ERSTATNINGSUDBETALINGER

År	Erstatninger mio.kr
2008	32.836.255
2009	54.039.457
2010	51.126.822

Erstatning efter vaccination mod influenza A

Frem til 20. april 2011 har Patientforsikringen modtaget 19 anmeldelser om erstatning fra personer, der er blevet vaccineret med Pandemrix mod influenza A (H1N1). Vi har truffet afgørelse i 16 sager og anerkendt 5.

De 5 anerkendelser drejer sig om kendte, men sjældne og alvorlige vaccinationsbivirkninger. I to af sagerne har patienterne udviklet Guillain Barrés syndrom (nervelammelse med kræftnedsættelse i arme og/eller benene) efter vaccinationen. Herudover har vi anerkendt to sager, hvor patienterne har fået nervebetændelse med påvirkning af henholdsvis højre fod og højre arm, og én sag, hvor skaden bestod i nedsat kraft i venstre hånd og håndled, føleforstyrrelser i fingrene og stivhedsfornemmelse.

De afviste sager handler især om en række anmeldte skader, som ikke har sammenhæng med vaccinationen, eller kendte og mindre alvorlige bivirkninger i form af forbigående gener omkring indstiksstedet og influenzalignende symptomer.

Der er i Frankrig observeret tilfælde af udvikling af narkolepsi (pludselige søvnanfald) blandt børn og unge i forbindelse med, at de er blevet vaccineret med Pandemrix. De europæiske myndigheder på området er i skrivende stund i gang med at undersøge sammenhæng mellem vaccinen og udviklingen af søvnsygdommen. Ifølge den danske Lægemiddelstyrelse har man ikke modtaget indberetninger om narkolepsi. Patientforsikringen har indtil videre heller ikke modtaget anmeldelser, der vedrører denne bivirkning. Vi er bekendt med, at Norsk Pasientskadeerstatning har modtaget en sag, der vedrører udvikling af narkolepsi i forbindelse med vaccinen.

Erstatningsbetingelserne i korthed

Der kan gives erstatning, hvis skaden med overvejende sandsynlighed skyldes et lægemiddel, og hvis skaden går ud over, hvad den skadelidte med rimelighed bør acceptere. Der er tale om en skønsregel. Skadens omfang vejes op imod patientens sygdom og den nødvendige behandling.

Der ydes ifølge loven ikke erstatning for følger af patientens grundsygdom. Med grundsygdom menes den sygdom, som lægemidlet er anvendt imod. Der ydes heller ikke erstatning for skader, der skyldes, at lægemidlet ikke har haft den tilsigtede effekt.

Jo mere alvorlig patientens grundsygdom er, desto større risiko må patienten acceptere uden at få erstatning. Der ydes derfor heller ikke erstatning for bivirkninger, der opstår, når en alvorlig sygdom behandles med et lægemiddel, der er kendt for at give svære bivirkninger. Omvendt betyder det, at jo mindre alvorlig en sygdom er, desto færre bivirkninger skal man som patient tåle, før der kan blive tale om erstatning.

Administrative oplysninger

Patientforsikringen har i 2010 haft administrationsomkostninger på 86.495.822 kr. Dertil kommer skatter og afgifter på 3.461.775 kr.

Udgifterne til Patientskadeankenævnets drift udgjorde 36.273.777 kr.

De samlede udgifter til administration af patientforsikringsordningen har således i 2010 udgjort 126.231.374 kr.

Der har i 2010 været samlede indtægter på 120.266.789 kr.

Underskuddet på 5.964.585 kr. vil blive opkrævet hos regioner og kommuner, som finansierer ordningens administration.

Udgifterne til driften af Patientforsikringen udviser et samlet overskud på 1.309.192 kr. Da Patientforsikringen skal betale for driften af Patientskadeankenævnet, og da ankenævnet i 2010 har haft merudgifter på 7.273.777 kr. i forhold til sit budget, medfører det et samlet underskud i den anførte størrelsesorden.

Patientskadeankenævnet er med virkning fra 1. januar 2011 blevet en del af Patientombuddet. For nærmere oplysninger om Patientskadeankenævnets regnskab 2010 henvises til Patientombuddets årsberetning.

Bestyrelsen

Ifølge vedtægterne udpeges seks medlemmer af regionerne og kommuner i forhold til deres respektive andel af det samlede antal anmeldelser. Et medlem udpeges af Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Antallet af anmeldelser fra kommunerne er så beskeden, at repræsentation fra disse ikke har været relevant.

Valgperioden er 4-årig og følger den kommunale og regionale valgperiode.

Den nuværende bestyrelse konstituerede sig på bestyrelsesmøde den 1. juni 2010. Poul-Erik Svendsen, Region Syddanmark, blev valgt som formand, og Bo Libergren, Region Syddanmark, blev valgt som næstformand.

Øvrige medlemmer af bestyrelsen er

Carl Johan Rasmussen, Region Midtjylland
Tina Boel, Region Sjælland
Lasse Krull, Region Syddanmark
Per Larsen, Region Nordjylland
Mogens Jørgensen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Som led i den ny bestyrelses varetagelse af opgaven er der i 2010 afholdt et bestyrelsesseminar. Bestyrelsen har i sit arbejde i 2010 primært haft fokus på at sikre en fortsat faldende sagsbehandlingstid, selv om der er en kraftig stigning i antallet af anmeldelser.

Medarbejdere og konsulenter

Patientforsikringen havde ved udgangen af 2010 113 faste medarbejdere.

Medarbejderantallet er siden udgangen af 2009 steget med 13 procent. I samme periode er antallet af ny anmeldelser steget med over 17 procent. Det har derfor været meget vigtigt, at Patientforsikringen har været i stand til både at fastholde medarbejdere og tiltrække dygtige, tidligere medarbejdere. Introduktionen af nye medarbejdere har derved påvirket effektiviteten i mindre grad.

Ved udgangen af 2010 var der endvidere tilknyttet 10 studenter.

Den største medarbejdergruppe er sagsbehandlere med juridisk baggrund og erfaring i behandling af erstatningsretlige problemstillinger. I sagsbehandlingen deltager også kontoruddannet personale.

Patientforsikringen har lægekonsulenter ansat inden for de fleste medicinske specialer. De læger, der afgiver udtalelser om skader, som er opstået på et sygehus, er til daglig fungerende speciallæger på sygehuse. Sager vedrørende privatpraktiserende sundhedspersoner varetages først og fremmest af læger med tilknytning til praksissektoren. Antallet af lægelige konsulenter udgjorde ved årets udgang 29.

Patientforsikringen benytter også en lang række eksterne speciallæger over hele landet, dels til udfærdigelse af ekspertudtalelser og dels til egentlige undersøgelser af patienterne, når skadernes omfang skal vurderes.

Organisationen

Patientforsikringens organisation blev grundlæggende ændret 1. april 2008, og der er ikke i 2009 og 2010 foretaget væsentlige ændringer i denne.

Med bestyrelsens vedtagelse af budget 2011 blev der skabt rammer for udvidelse af organisationen med yderligere et kontor under juridisk afdeling pr. 1. april 2011.

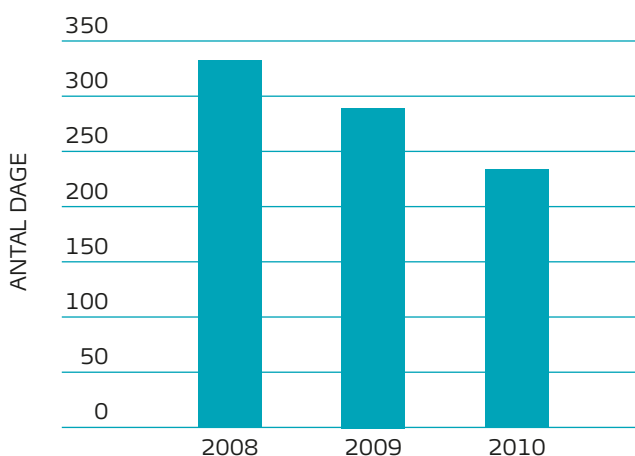
Det blev samtidigt besluttet at udvide ressourcerne til dataleverancer, herunder til Patientombuddet, og skadeforebyggelse med en egentlig statistikfunktion.

Sagsbehandlingen

I 2010 fik Patientforsikringen i alt 7.836 anmeldelser. I 2009 var antallet af anmeldelser 6.673, hvilket er en samlet stigning på over 17 procent i forhold til 2009. Fra 2008-2009 steg antallet af anmeldelser med over 14 procent.

Stigningstakterne de seneste 2 år står i kontrast til udviklingen i anmeldelsesantallet i tidligere år. I perioden 2004 – 2008 lå væksten i gennemsnit på omkring 4 procent og har primært været båret af, at loven i 2004 blev udvidet til også at omfatte den primære sundhedssektor.

FIGUR 1. UDVIKLINGEN I SAGSBEHANDLINGSTIDEN – GENNEMSNIET HELE ÅRET



Patientforsikringen har siden 2008 haft en målsætning om, at sagsbehandlingstiden inden udgangen af 2010 skulle nedbringes til 180-200 dage. Ved udgangen af året udgjorde den 202 dage, men særligt væksten i 2. halvår 2010 har været så kraftig, at sagsbehandlingstiden i 1. halvår 2011 uundgåeligt vil stige. Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid har ellers været konstant faldende siden 3. kvartal 2008.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for hele 2009 udgjorde 288 dage. I 2010 faldt den til 233. Patienter fik således i gennemsnit deres afgørelse næsten 2 måneder tidligere. Bestyrelsen har fra 2011 fastsat det endelige mål til 200 dage.

Til trods for, at Patientforsikringen gennem de seneste to år har oplevet en uforholdsmæssig kraftig vækst i anmeldelsesantallet, så må udviklingen i sagsbehandlingen betegnes som meget positiv.

Produktionen af afgørelser efter klage- og erstatningsloven samt erstatningsansvarsloven steg i 2010 med mere end 10 procent, og det er lykkedes at afvikle en meget væsentlig del af ældre, komplicerede sager.

Patientforsikringen foretager løbende ændringer i sagsbehandlingen med henblik på en fortsat forbedring af sagsgangen.

Der er i 2010 etableret en fast funktion til hurtig afgørelse af de mest enkle og klare sager.

Der er i 2010 etableret en særlig gruppe til varetagelse af de ældste og mest komplicerede erstatningssager.

Administrative omkostninger og bidrag

FIGUR 2. OMKOSTNINGSUDVIKLINGEN I FORBINDELSE MED SAGSBEHANDLING BEREGNET I LØBENDE PRISER

År	Administrationsomkostninger	Antal afgørelser efter KEL og EAL	Pris pr. afgørelse
2010	86.554.653	12.505	6.922
2009	76.332.642	11.340	6.731
2008	68.350.462	7.251	9.426
2007	64.947.050	7.909	8.212
2006	50.388.035	7.673	6.566
2005	46.108.962	7.746	5.952

Resultaterne af organisationsændringen i 2008, den forbedrede medarbejderfæsthed, styrkelsen af organisationen og effektiviseringer slog for alvor igennem i 2009, hvor den gennemsnitlige pris pr. afgørelse faldt med 28,6 procent beregnet på grundlag af det samlede antal afgørelser efter klage- og erstatningsloven samt erstatningsansvarsloven.

Patientforsikringen har fastholdt det kraftige fald i omkostningerne pr. afgørelse i 2009, der således pristalsreguleret var uændret fra 2009 til 2010. Omvendt er det også klart, at det i 2010 har været svært i samme omfang at finde potentielle effektiviseringsmuligheder.

Udgifter til patientforsikringsordningens administration finansieres af de erstatningspligtige institutioner, hvilket i praksis vil sige regionerne. Patientforsikringen opkræver kvartalsvise a conto bidrag på grundlag af budgettet. Bidraget beregnes på grundlag af en gennemsnitlig pris pr. anmeldelse og de respektive erstatningspligtige institutioners forholdsmæssige andel af disse anmeldelser.

Patientskadeankenævnet var indtil udgangen af 2010 finansieret af Patientforsikringen. De opkrævede bidrag indeholder således også betaling for driften af Patientskadeankenævnet.

Patientforsikringen har ingen egenkapital, og ved regnskabs afslutning det efterfølgende år reguleres det endelige bidrag således, at et eventuelt overskud eller underskud til-bagebetales eller opkræves efter samme fordelingsnøgle.

Lægemedelskader

Indenrigs- og Sundhedsministeriet finansierer erstatninger for lægemedelskader.

Efter bekendtgørelse nr. 428 af 9. maj 2011 er behandlingen af sager om erstatning for lægemedelskader henlagt til Patientforsikringen. Ministeriet har indgået aftale med Patientforsikringen om betaling til Patientforsikringens behandling af sagerne.

Ifølge administrationsaftalen betaler ministeriet et gebyr per sag. Gebyret fastsættes på baggrund af den gennemsnitlige pris for behandling af sager i Patientforsikringen i året med et tillæg på 10 procent. Beløbet er momspligtigt.

Patientforsikringen modtog 347 anmeldelser i 2010, hvilket er et svagt fald i forhold til 2009, hvor Patientforsikringen modtog 356 anmeldelser på lægemedelskadeområdet. Patientforsikringen forventer en svag stigning i antallet af anmeldelser i 2011.

Den fremtidige udvikling

Bestyrelsen har i november 2010 godkendt et budget for 2011 med samlede administrationsomkostninger for Patientforsikringen på knapt 100,1 mio. kr. inklusiv skatter og afgifter. I 2010 var de samlede omkostninger godt 126,2

mio. kr. Når udgifterne falder, skyldes det, at Patientforsikringen fra 2011 ikke længere finansierer Patientskadeankenævnet.

Regioners og kommuners bidrag til dækning af udgifterne til driften af Patientskadeankenævnet opkræves fra 2011 af Patientombuddet, hvorunder nævnet nu henhører.

Patientforsikringens budget er fastlagt ud fra en forventning om en stigning i antallet af anmeldelser til i alt 8.600 i 2011. Dette svarer til en stigning på knapt 10 procent i forhold til det realiserede antal i 2010.

I første kvartal 2011 har der imidlertid været en vækst på godt 20 procent. Såfremt væksten forbliver uændret høj i de kommende kvartaler, vil det naturligvis få konsekvenser for omkostningsudviklingen på længere sigt. På kort sigt vil det med sikkerhed være en væsentlig hindring for at nå målet om en varig, gennemsnitlig sagsbehandlingstid på 200 dage.

De erstatningspligtige institutioner skal i henhold til erstatningsansvarsloven betale en meget høj rente af erstatningerne. Renteudgiften er afhængig af Patientforsikringens sagsbehandlingstid. Regionerne har oplyst, at de i 2009 udbetalte 30,9 mio. kr. i renter. Regionerne havde i 2010 samlede renteudgifter på cirka 27,9 mio. kr. Den forbedrede sagsbehandlingstid i 2010 har haft en positiv udvikling på renteudgifterne.

Målet om en kortere sagsbehandlingstid er altså ikke blot en fordel for patienterne, men også en økonomisk fordel for de erstatningspligtige.

Den forventede vækst i administrationsudgifterne skyldes i altovervejende grad øgede lønomkostninger som følge af den kraftige stigning i anmeldelsesantallet i 2010 og 2011.

Stigningen i administrationsbidraget skal også ses i lyset af investeringerne i sagsafvikling og nedbringelse af sagsbehandlingstiden.

Det er bestyrelsens og direktionens klare opfattelse, at investeringer i en kortere sagsbehandlingstid på sigt vil medføre fortsat faldende administrative omkostninger målt pr. sag samt faldende renteomkostninger for de erstatningspligtige institutioner.

Bestyrelsen og administrationen vurderer løbende, om der er væsentlige og varige ændringer i anmeldelsesantallet, som påvirker ressourcebehovet for at kunne nå målene.

Resultatopgørelse 2010

	2010 Regnskab kr.	2009 Regnskab kr.
BIDRAG		
ADMINISTRATIONS BIDRAG	115.885.000	101.489.000
	115.885.000	101.489.000
ANDRE INDTÆGTER	4.381.789	4.649.251
ADMINISTRATIONSOMKOSTNINGER		
Løn og honorarer	-59.229.652	-51.723.265
Husleje mv.	-6.753.940	-6.569.672
Køkkendrift	-262.245	-253.070
Fremmede tjenesteydelser	-11.065.992	-10.250.567
Kontorhold mv.	-1.909.544	-1.852.197
Øvrige administrationsomkostninger	-5.446.245	-4.271.649
Anskaffelser	-1.889.035	-1.412.222
	<u>-86.554.653</u>	<u>-76.332.642</u>
UREALISEREDE NEDSKR./OPSKR.	3.786	21.766
RENTER	55.045	159.546
PATIENTSKADEANKENÆVNET	-36.273.777	-29.270.887
SKATTER OG AFGIFTER	-3.461.775	-2.892.209
ÅRETS RESULTAT	-5.964.585	-2.176.175
(Opkræves/tilbagebetales)		

Balance pr. 31.12.2010

	2010 Regnskab kr.	2009 Regnskab kr.
AKTIVER		
ANLÆGSAKTIVER		
Kapitalandele	70.365	66.579
TILGODEHAVENDER		
Tilgodehavende adm.bidrag	6.212.475	2.250.089
Andre tilgodehavender	60.092	1.004.525
Forudbetalte omkostninger/periodisering	779.144	576.848
	<u>7.051.711</u>	<u>3.831.462</u>
LIKVIDER		
Bankbeholdning	10.521.063	7.824.383
	<u>10.521.063</u>	<u>7.824.383</u>
AKTIVER I ALT	17.643.139	11.722.424
PASSIVER		
EGENKAPITAL	0	0
GÆLD		
Skyldig adm.bidrag	0	0
Skyldige lønrelaterede poster	8.243.100	8.789.065
Kreditorer samt anden gæld	9.165.270	2.299.767
Moms	86.769	560.442
Hensættelser	148.000	73.150
	<u>17.643.139</u>	<u>11.722.424</u>
PASSIVER I ALT	17.643.139	11.722.424



Patientforsikringen
Nytov 5, 3. sal
1450 København K
Tlf: +45 3312 4343
Fax: +45 3312 4341

Telefontid: 9.30 - 15.00

www.patientforsikringen.dk
pf@patientforsikringen.dk