

I Norge har regeringen i efteråret 1985 nedsat et udvalg, som skal undersøge mulighederne for at indføre en offentlig patientforsikring efter svensk mønster.

I Finland er i 1986 vedtaget en lov, der med virkning fra 1. maj 1987 forpligter driftsansvarlige for sygehuse og privat praksis for autoriserede medicinalpersoner til at tegne forsikringer, som dækker patientskader. Erstatningsgrundlaget er stort set det samme som i Sverige.

I New Zealand erstattes alle ulykker med personskader, herunder også lægelige ulykker, efter reglerne i en ulykkeserstatningslov fra 1972. I praksis er der for så vidt angår patientskader stor lighed med skadeafgrænsningen efter den svenske ordning. I New Zealand finansieres erstatningerne dels gennem afgifter fra arbejdsgivere og dels gennem skattemidler.

Der ses ikke ved en foreløbig undersøgelse, at være indført lignende patientforsikringsordninger andre steder i verden end nævnt ovenfor.

3. Patientskadernes omfang i Danmark

I 1985 blev ca. 200 personskader anmeldt til Kommunernes Gensidige Forsikringselskab og selskabet havde en samlet erstatningsudgift på ca. 10 mill. kr. I 1985 anmeldtes der i alt i Danmark ca. 225 erstatningskrav for personskade ved lægelig behandling på alle landets sygehuse, dvs. incl. Københavns og Frederiksberg kommuner og staten. Ca. halvdelen skønnes at vedrøre culpøse skader.

Det skønnes, at det samlede antal erstatningsberettigende hændelige og ikke-hændelige, fysiske personskader, som opstår i forbindelse med sundhedsvæsenets behandling og diagnosestillelse af patienter, efter lovforslaget vil udgøre ca. 2.000 pr. år. Der er dog betydelig usikkerhed i dette skøn.

4. Patientforsikringens dækningsområde

Lovforslaget tager udgangspunkt i det eksisterende arbejdsgiveransvar. Der er således tale om, at det udvidede erstatningsansvar for patientskader pålægges sundhedsvæsenets arbejdsgivere. I lovforslaget (§ 1) afgrænses de erstatningspligtige til direkte at omfatte driftsansvarlige for sygehuse (amtskommuner m.fl., stat og private), driftsansvarlige for apoteker, for offentligt ansatte jordemødre ansat uden for sygehusene, for den kommunale tandplejeordning (jf. L 310 4/6 1986 om tandpleje m.v.), driftsansvarlige for privat praksis for autoriserede medicinalpersoner samt driftsansvarlige for institutioner, som foretager undersøgelse,

behandling eller lign. på vegne af disse. Denne afgrænsning dækker den centrale del af patientforsikringens område, idet den altovervejende del af de beskrevne skader forventes at opstå her. Uden for den direkte lovregulerede afgrænsning holdes således de fleste primærkommunale sundhedsordninger (sundhedsplejersker, hjemmesygeplejersker, kommunalt ansatte medicinalpersoner ved f.eks. plejehjem, medicinalpersoner ved skolesundheds-tjenesten m.v.). Disse grupper vil sundhedsministeren efter behov kunne inddrage under ordningen efter § 1, stk. 3, 2. pkt. Tilsvarende gælder f.eks. kiropraktorer og andre ikke-autoriserede medicinalpersoner. Nye grupper af medicinalpersoner, som opnår autorisation og påbegynder privat praksis, vil umiddelbart blive omfattet af lovens bestemmelser.

Som følge af at lovforslaget, jf. § 1, stk. 2, omfatter sunde forsøgspersoner, som indgår i biomedicinske forsøg, er driftsansvarlige for institutioner, som udfører sådanne forsøg, ligeledes omfattet af erstatningspligten.

Bestemmelsen i lovforslagets § 1, stk. 3, sikrer, at lovforslagets dækningsområde kan tilpasses udviklingen eller nærmere kan præciseres for særlige grupper, idet sundhedsministeren herefter kan begrænse eller udvide lovens dækningsområde ved at pålægge de herfor driftsansvarlige erstatningspligt efter loven.

5. Patientforsikringens skadeafgrænsning

5.1. Udgangspunktet for afgrænsningen af hvilke skader loven skal omfatte, er på den ene side, at de skader, som i dag er erstatningsberettigende – de culpøse skader – må omfattes af loven, mens på den anden side, de skader, som er uundgåelige følger af grundsygdommen og behandlingen, ikke omfattes af loven.

Lovforslagets skadeafgrænsning bygger på en beskrivelse af patientskader ud fra et uundgåelighedskriterium, jf. rap. s. 61–63.

På denne baggrund dækkes (§ 2) alle skader, der enten skyldes fejl fra læge m.v. (hvor målestokken for fejlbedømmelsen er, hvad en kyndig og erfaren specialist ville gøre) eller apparatursvigt (uanset om dette beror på en fejl). Endvidere dækkes alle skader (bortset fra følgerne af en forkert diagnose), der ud fra en efterfølgende betragtning kunne være undgået ved hjælp af en anden til rådighed stående behandlingsteknik eller behandlingsmetode (en slags »udviklingsskade«-dækning). Endelig dækkes skader i form af komplikationer eller infektioner som følger af undersøgelse, herun-