

TALEPAPIR

Det talte ord gælder

Tilhørerkreds:	Folketingets Sundhedsudvalg, presse
Anledning:	Samråd – 9 spm.
Taletid:	(f.eks. 10 min., herefter 15 min. til spm.)
Tid og sted:	
Fil-navn:	Dokument 4

Spørgsmål T: Med henvisning til ministerens afvisning på samrådet den 27. november 2006 om samrådsspørgsmål Q-S (kræftbehandling) af, at Sundhedsstyrelsen på noget tidspunkt har udarbejdet forslag til/bedt om en anden prioritering af midlerne inden for den samlede ramme sammenholdt med oplysninger i dagspressen d.d. om, at regeringen ved flere lejligheder har afvist anmodninger fra Sundhedsstyrelsen om en ændret prioritering af midlerne, bedes ministeren redegøre for, om Sundhedsstyrelsen på noget tidspunkt har rettet henvendelse til ministeriet om en ændret prioritering af midlerne og i givet fald hvornår, samt i hvilket omfang og hvornår ministeren har været gjort opmærksom herpå/været bekendt hermed.

Lad mig slå et par ting fast

- Denne her sag handler om, at patienterne ikke må komme i klemme i et bureaukratisk tovtrækkeri.
- Den handler ikke om, hvem der har sagt hvad hvornår.
- Den handler ikke om ressourcer og heller ikke om Sundhedsstyrelsens muligheder for at flytte om på pengene.

Dernæst:

- Jeg har ikke sagt nej til noget konkret ønske fra Sundhedsstyrelsen om flere penge til kræftområdet, da et sådan ønske ikke har været fremsat af Sundhedsstyrelsen. Den tidligere medicinaldirektør er da også i Politiken den 25. november 2006 refereret for at have udtalt, at Sundhedsstyrelsen ikke har fået afslag på at bruge flere penge på kræftområdet.
- Og det er jo sådan set, det, den her sag handler om.

- Noget helt andet er, at Sundhedsstyrelsen i forskellige sammenhænge har ønsket en friere adgang til at disponere over Sundhedsstyrelsens bevillinger.
- Dette ønske bliver nu imødekommet ved, at finansministeren den 13. november 2006 har fremsat ændringsforslag til finanslovsforslaget for 2007 om sammenlægning af bevillingen til Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering med bevilling til styrelsens almindelige virksomhed med virkning fra 2007.

- Det samme er ikke sket med Forebyggelsescentrets bevilling, som fortsat er opført på en selvstændig underkonto på Sundhedsstyrelsens finanslovsbevilling. Det skyldes, at ministeriet fortsat ønsker at synliggøre den politiske prioritering af forebyggelsesmidlerne, som forudsat ved etableringen af Forebyggelsescentret i 2001.
- Men det har jo i øvrigt ikke noget med denne sag at gøre, for det centrale er her om Sundhedsstyrelsen har haft de ressourcer, Sundhedsstyrelsen skulle have til at løse de opgaver, der følger af lovgivningen.

- Og da kan jeg da oplyse, at Sundhedsstyrelsens almindelige virksomhed økonomisk er blevet styrket bl.a. ved overførsel af uforbrugte midler fra Center for Evaluering og Medicinsk teknologivurdering (31 mio.kr. i 2004) og Center for forebyggelse (6 mio.kr. i 2004).
- Sundhedsstyrelsens almindelige virksomhed har desuden fået et permanent bevillingsløft på ca. 13 mio.kr. fra 2005 og et éngangsløft i 2006 på knapt 14 mio.kr.

Spørgsmål U: I "Deadline" den 26. november 2006 på DR2 udtalte ministeren, at der fra 2005-2007 var afsat 1,6 mia. kr. til indkøb af nye strålekanoner. Bent Hansen, formand for de kommende regioner er i Avisen.dk den 28. november 2006 citeret for at udtale, at halvdelen af de 1,6 mia. kr. i følge Indenrigs- og Sundhedsministeriet ikke er afsat direkte til stråleapparater, men at de skal dække alt medicinsk udstyr, som regionerne skal købe til hospitalerne. Ministeren bedes på den baggrund redegøre for, hvor mange af de afsatte midler, der er brugt på/øremærkede til indkøb af stråleapparater, og hvor mange af midlerne, der er brugt på/afsat til andet end stråleapparater, og til hvad.

Lad mig starte med at gøre opmærksom på, at det er amterne og de kommende regioner, der driver sygehusene. Derfor er det også dem, der har ansvaret for at prioritere de ressourcer, der er til rådighed for området og træffe beslutning om hvad der er mere påtrængende og mindre påtrængende – også når der er tale om investeringer i apparatur.

Det der er helt afgørende her, er at vi i de senere år har skabt ekstra muligheder for investeringer i apparatur. Nogle af de penge er øremærkede helt præcist, andre har vi øremærket i mindre udstrækning. Men det er helt bagvendt at gøre det til et problem, at vi ikke siger, at alle regioner skal bruge alle pengene på en eller anden bestemt given måde. Det helt afgørende er, at vi skaber en mulighed.

De 1,6 mia. kr., jeg har nævnt, er summen af de midler, som vi over tre år – 2005 til 2007 - har skabt mulighed for kan bruges, hvis man prioriterer det på strålekanoner i form af nye, ekstra lånemuligheder. Det er korrekt, at en del af midlerne også kan bruges på andre ting, hvis det er det man prioriterer. Det kan være, det vil ske. Det ved jeg ikke.

Det afgørende er, at der er skabt en forbrugsmulighed for amterne/regionerne. En ekstra finansiel mulighed, som jo i øvrigt er bygget oven på den økonomi, der i forvejen er til rådighed for sundhedsvæsenet.

Men lad mig sige præcis, hvad de 1,6 mia. kr. består af.

På finansloven for 2005 skabte vi mulighed for fuld lånefinansiering af strålekanoner for 300 mio. kr. Det var midler øremærket udelukkende til det formål. Derudover skabte vi tilsvarende finansiering til scannere.

I økonomiaftalen med amterne for 2006 aftalte vi at afsætte tilsvarende lånepuljer som i 2005. Dermed når vi op på 600 mio. specifikt til strålekanoner – og for øvrigt det samme til scannere.

I økonomiaftalen med regionerne for 2007 aftalte vi at afsætte 800 mio. kr. i låneramme til medicinsk udstyr. Det er altså penge, der *kan* bruges på strålekanoner, hvis man har det ønske regionalt.

Og endelig har vi så aftalt med Dansk Folkeparti i finanslovsforhandlingerne, som jo er afsluttet for få uger siden, at afsætte yderligere 200 mio. kr. i låneramme, der kan bruges på området. Dermed er der yderligere en milliard i 2007, som kan bruges på strålekanoner, hvis det skønnes nødvendigt regionalt.

Og så er det rigtigt, at denne milliard også kan bruges på andre ting. Men her skal man bare huske, som jeg var inde på før, at det er en *ekstra* ramme ud over, hvad man i udgangspunktet kunne have økonomi til at bruge på medicinsk udstyr.

Spørgsmål V: Med henvisning til Sundhedsstyrelsens redegørelse vedr. maksimale ventetider bedes ministeren redegøre for, i hvilket omfang kræftpatienter på venteliste, som Sundhedsstyrelsen ikke kan finde behandlingstilbud til, har en retslig sikret garanti for behandling.

Jeg synes ærlig talt, det er et noget ejendommeligt spørgsmål. Vi har et system, der skal sikre patienterne rettidig behandling, og som bygger på, at der – hvis patienterne ønsker det – skal forsøges i tre omgange:

Først skal den enkelte afdeling selvfølgelig helst behandle inden for fristerne. Det er jo det bedste; det er det optimale, at det kan ske lokalt på den lokale afdeling.

Hvis man ikke kan det, skal man *dernæst* prøve at finde behandling inden for fristen et andet sted i Danmark eller i udlandet – det være sig på et privat eller et offentligt sygehus. Kan man heller ikke det, skal man *endelig* – hvis patienten ønsker det – bede Sundhedsstyrelsen om at finde et tilbud. Lykkes det heller ikke, har patienten mulighed for selv finde et tilbud og få penge med svarende til prisen på behandlingen i Danmark.

Lovgivningen, som jo ikke er ny men har været gældende en årrække, kræver altså, at myndighederne gør alt, hvad der overhovedet er muligt, for at finde et tilbud inden for fristen. Hvis der er et tilbud, har myndighederne til opgave at finde det. Så enkelt er det.

Jeg har jo haft lejlighed til at redegøre for disse regler nogle gange i den senere tid. Jeg må jo erkende, at mine pædagogiske evner i denne sag over for oppositionen nok ikke slår til. Så må jeg jo ydmygt foreslå, at man selv prøver at læse de regler, den daværende regering udstedte i august 2001. Det tager faktisk kun få minutter.

Men nu vil man altså have, at jeg skal svare på, om patienter, man ikke har kunnet finde behandling til i tre led, når man har gjort hvad man kan, har en "retlig sikret garanti for behandling" inden for fristerne. Jeg gentager, at reglerne giver myndighederne en handlepligt til at søge en behandling inden for fristerne.

Hvis oppositionen mener, man kan formulere en retlig garanti, der sikrer behandling også i den teoretiske situation, hvor man ingen behandlingsmulighed kan finde, så må jeg sige, at det er brandærgerligt, at man ikke gjorde det, dengang man i 2001 selv skrev reglerne.

Men jeg er nu mere optaget af at forholde mig til den virkelige verden.

Det klare mål for mig – også på helt kort sigt – er selvfølgelig, at det offentlige altid kan skaffe et tilbud om behandling inden for fristerne.

Derfor er det bedste, vi kan gøre, det, vi er i fuld gang med:

- 1) at udbygge kapaciteten – vi øger konstant antallet af strålebehandlinger i Danmark. I 2001, det var det år hvor vi havde systemskifte, var der i omegnen af 141.000 strålebehandlinger. I 2002 steg tallet til omkring 160.000 strålebehandlinger fordelt på 17.000 patienter. I 2005 var vi oppe på ca. 190.000 strålebehandlinger på 21.000 patienter. Og med de midler, vi har afsat, planlægger regionerne en betydelig udbygning med strålekanoner de kommende år.
- 2) sørge for, at alle muligheder for behandling i Danmark og i udlandet udnyttes. Det har ikke fungeret godt nok. Men det er så det ministeriet, Sundhedsstyrelsen og regionerne i fuld gang med at få op i et helt andet gear.

Jeg mødes igen med i morgen med Amtsrådsforeningen/Danske Regioner for at følge op på de initiativer, der blev taget i sagen straks den dukkede op i medierne for nu et par uger siden.

Spørgsmål W: Vil ministeren tage initiativ til at få afklaret, om professor, dr. jur. Steen Rønsholdt fra Københavns Universitet har ret i, at »bekendtgørelsen er tilsidesat, og det er det, der hedder en ulovlighed«?

Som det fremgår af Sundhedsstyrelsens redegørelse, har både styrelsen og i hvert fald ét sygehus i en række tilfælde ikke administreret tilfredsstillende i forhold til bekendtgørelsen. Når en offentlig myndighed ikke forvalter efter lovgivningen, så har man forvaltet ulovligt. Det ser jeg intet behov for at afklare yderligere, for det er allerede klart

.

Spørgsmål X: Hvilke konsekvenser mener ministeren, det normalt bør få, hvis en forvaltning handler ulovligt?

Ulykken ved, at en forvaltning handler ulovligt er, at der dermed tilsidesættes lovgivning, der er til for at varetage nogle væsentlige hensyn. F.eks. skal bekendtgørelsen om behandling af patienter med livstruende sygdomme sikre, at disse patienter kommer så hurtigt i behandling som muligt.

Og her er det jo ganske åbenbart, at når Sundhedsstyrelsen i en række sager har svigtet sit ansvar – og når det tilsyneladende heller ikke altid har været løftet godt nok af sygehusmyndighederne for nu at sige det mildt – så betyder det, at patienterne har måttet vente for længe.

Derfor er den helt afgørende naturlige konsekvens, der skal tages, den, at man må sørge for omgående at rette op på tingene, så vi igen sikrer det hensyn til hurtig behandling af patienterne, som er meningen med de regler, der altså i en række tilfælde ikke er blevet fulgt.

Og det er netop, hvad der er sket og sker i den konkrete sag, hvor Sundhedsstyrelsen har flyttet opgaven til en ny enhed med direkte reference til den konstituerede medicinaldirektør. Og samtidig har amterne og Sundhedsstyrelsen sat sig sammen for at søge for, at deres samlede indsats for patienterne bliver meget bedre i fremtiden.

For mit eget vedkommende har jeg draget de konsekvenser, at jeg fra Sundhedsstyrelsen har sikret mig dels en afdækning af forløbet, dels at der omgående bliver taget hånd om problemerne, så der ikke er flere patienter, der kommer i klemme.

Spørgsmål Y: Ministeren bedes redegøre for, hvem der bærer ansvaret for, at "styrelsen i et større antal patientsager ikke har foretaget en tilfredsstillende eller fuldt tilfredsstillende sagsbehandling", og hvilke konsekvenser ministeren vil drage af dette ansvar?

Det ansvar har selvfølgelig først og fremmest Sundhedsstyrelsen som myndighed. For mig er det ikke afgørende, hvem i styrelsen der bærer hvilket ansvar. Og det er også efter min opfattelse noget, man må håndtere internt i Sundhedsstyrelsen.

Hvad der er åbenlyst for enhver er selvfølgelig, at den tidligere medicinaldirektør er fratrukket, og at den konstituerede medicinaldirektør har flyttet opgaven og indskærpet over for den ansvarlige overlæge, at den hidtidige sagsbehandling har været utilfredsstillende. Det er for mig et klart tegn på, at den konstituerede medicinaldirektør løfter ansvaret i forhold til konsekvenser af det, der er sket, og det er jeg meget tilfreds med.

For mit eget vedkommende har jeg som nævnt draget de konsekvenser, at jeg fra Sundhedsstyrelsen har sikret mig dels en afdækning af forløbet, dels at der omgående bliver taget hånd om problemerne, så der ikke er flere patienter, der kommer i klemme.

Spørgsmål Z: Ministeren bedes redegøre for, hvor mange kræftpatienter der samlet i perioden 2001-2006 ikke har fået de tilbud om strålebehandling og information, som de har krav på, jf. bekendtgørelse nr. 743 af 22. august 2001 navnlig §§ 8, 10, 11, 12 og 13?

Det er det desværre ikke umiddelbart muligt at svare på. De patientadministrative systemers obligatoriske indhold, som indberettes til Sundhedsstyrelsen, rummer ikke oplysninger om patienterne har fået den information, de skal have, og om de f.eks. har et tilbud om behandling et andet sted i Danmark, som de har sagt, de ikke ønsker at gøre brug af eller har fået et tilbud om behandling i udlandet, som de ikke har villet benyttet. Eller om de har fået information om, at man kunne bede Sundhedsstyrelsen finde et tilbud, men ikke har ønsket det.

Det kan man ikke aflæse af de oplysninger, som indberettes til det patientadministrative system.

De her oplysninger bør i stedet fremgå af patienternes journal, men den ligger som bekendt på de enkelte sygehuse, så det kan vi ikke på nogen enkel måde lave statistik på.

Vi har heller ikke nogen færdige opgørelser over, hvor mange patienter, der er behandlet i udlandet, men det er lidt lettere at finde ud af. Og det har vi faktisk allerede sat i gang på baggrund af to § 20 spørgsmål fra Bjørn Medom Nielsen om samme emne.

Ministeriet har den 29. november bedt Danske Regioner om opgørelser af de ting, der spørges til. Og vi har den 30. november fået at vide, at Danske Regioner forventer at kunne svare om 3 uger. Jeg sender naturligvis gerne kopi af mit svar på de to § 20 spørgsmål til udvalget.

Spørgsmål Æ: Kan ministeren med sikkerhed udelukke, at den fejlagtige sagsbehandling, som en række kræftpatienter har fået i Sundhedsstyrelsen, ikke har rod i manglende ressourcer afsat til opgaven i Sundhedsstyrelsen?

Jeg har ikke sagt nej til et konkret ønske om flere ressourcer i relation til den aktuelle sag, da Sundhedsstyrelsen ikke har rejst et sådan ønske.

Jeg kan i øvrigt henvise til artiklen i Politiken den 25. november 2006, hvor den tidligere medicinaldirektør er refereret for at have udtalt, at Sundhedsstyrelsen ikke har fået afslag på at bruge flere penge på kræft.

Det kan derfor konkluderes, at den fejlagtige sagsbehandling ikke har rod i manglende ressourcer.

Spørgsmål Ø: Ministeren bedes redegøre for, om han deler Patientforsikringens opfattelse (jf. Patientforsikringens redegørelse af 30. november 2006 vedrørende de erstatningsmæssige konsekvenser af tilsidesættelse af reglerne om maksimale ventetider) af, at kræftpatienter kan "forlange" at blive behandlet inden for de maksimale ventetider i henhold til bekendtgørelse nr. 743 af 22. august 2001 - og om det i bekræftende fald efter ministerens opfattelse betyder, at kræftpatienter, der ikke har modtaget behandling inden 4 uger, har krav på erstatning, såfremt de har lidt fysisk eller psykisk skade som følge af forsinkelsen?

Spørgsmålet om fortolkningen af bekendtgørelse nr. 743 af 22. august 2001 om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme m.v. er jo på mange måder et interessant spørgsmål for mig at skulle besvare, eftersom bekendtgørelsen i sin tid blev udstedt under den daværende socialdemokratisk-radikale regering.

Som jeg læser bekendtgørelsen, fastsætter den en række maksimale ventetider for en række behandlingsskridt for visse livstruende sygdomme. Disse regler er bindende og skal efterleves af de ansvarlige myndigheder.

Men det ændrer jo ikke på, at vi ikke ved lov eller bekendtgørelse kan give patienterne tilbud, der ikke findes. Ingen kan forpligtes ud over det muliges grænse – heller ikke sygehusmyndighederne. Men det regelsættet går ud på er, at forpligte myndighederne til at handle aktivt ud til det yderste af det muliges grænse for at skaffe de behandlingstilbud inden for de frister, som patienterne efter bekendtgørelsen har krav på at blive henvist til.

Og det er jo netop det krav, Sundhedsstyrelsen i en række sager ikke har levet op til. Men hvor redegørelsen i øvrigt jo også meget klart afdækker - for en del af sagernes vedkommende – at nogen har svigtet tidligere. Fordi for en række af sagernes vedkommende var bekendtgørelsen allerede overtrådt på det tidspunkt, hvor Sundhedsstyrelsen blev involveret i sagsbehandlingen.

Endvidere vil jeg selvfølgelig lige gøre opmærksom på, at de maksimale ventetider, der fastsættes i bekendtgørelsen, ikke gælder, hvis – og nu citerer jeg fra bekendtgørelsens §§ 3 og 4: hensynet til patientens helbredsforhold tilsiger noget andet.

Skal en kræftpatient ud fra en sundhedsfaglig vurdering behandles hurtigere, skal vedkommende selvfølgelig det. Og så er det jo ikke godt nok bagefter at sige: jamen vi gav strålebehandling inden for 4 uger, for det er den frist, der optræder i bekendtgørelsen, så vi har gjort, hvad vi skulle. Nej. Det har man da ikke gjort, hvis der er en lægefaglig indikation for, at strålebehandlingen skal sættes ind efter 2 uger på baggrund af patientens konkrete diagnose.

Så er der spørgsmålet om, hvilke erstatningsmæssige konsekvenser det får, hvis kræftpatienter ulykkeligvis ikke bliver henvist til behandling indenfor de maksimale ventetider - patienten har krav på.

Her er det sådan, at den enkelte sag afgøres af Patientforsikringen med mulighed for anke til Patientskadeankenævnet. Og i sidste instans vil sagen kunne indbringes for domstolene.

Jeg må derfor, når vi taler om rækkevidden af den gældende patientforsikringsordning, henvise til de vurderinger, som de pågældende to myndigheder giver udtryk for.

Udvalget er bekendt med den redegørelse, Patientforsikringen i torsdags har afgivet om dette spørgsmål. Jeg har også modtaget et notat fra Patientskadeankenævnets sekretariat om samme spørgsmål.

På den baggrund kan jeg oplyse følgende:

Den gældende patientforsikringsordning omfatter naturligvis også undersøgelse og behandling, som kræftpatienter, der er omfattet af ministeriets bekendtgørelse om maksimale ventetider, modtager på sygehusene.

Og også ventetid i undersøgelses- og behandlingsforløbet, som kræftpatienter måtte blive udsat for, vil efter omstændighederne kunne give anledning til erstatning.

Men erstatning forudsætter, at der efter en konkret, sundhedsfaglig vurdering af sagens samlede omstændigheder kan antages at være indtrådt en skade. Ved at patientens overlevelsesprognose eller behandlingsmulighed er forringet som følge af ventetiden.

Erstatning vil så blive ydet, hvis en erfaren specialist ville have undgået eller begrænset skaden ved i tide at have overflyttet eller henvist patienten til et tilsvarende eller mere specialiseret, offentligt behandlings-tilbud, der var tilgængeligt andetsteds. Det kan være i en anden amtskommune, på privat sygehus eller i udlandet.

Det siger den såkaldte specialistregel i patientforsikringslovens § 2.

Den konkrete, sundhedsfaglige vurdering vil – i forhold til ministeriets regler om maksimale ventetider – kunne føre til anerkendelse af erstatningskrav efter ventetid, som er kortere end angivet.

Eksempelvis hvis hensynet til patientens helbredstilstand har tilsagt noget andet.

Og den vil på tilsvarende måde også kunne føre til afvisning af erstatningskrav efter ventetid, der er længere end angivet i ministeriets regler.

Jeg sagde før, at den gældende patientforsikringsordning naturligvis også omfatter undersøgelse og behandling, som kræftpatienter, der er omfattet af ministeriets bekendtgørelse om maksimale ventetider, modtager på sygehusene. Derimod omfatter den gældende patientforsikringsordning desværre ikke den behandling, kræftpatienter modtager i Sundhedsstyrelsen.

Det er, som jeg også har været inde på i offentligheden, en helt uholdbar og urimelig situation at sætte de mennesker i, som ikke har fået den behandling, de skulle i Sundhedsstyrelsen.

Og det er også baggrunden for, at jeg finder behov for at fremsætte et lovforslag snarest muligt, som udvider dækningsgraden af den eksisterende lovgivning til også at omfatte det, man kunne kalde sagsbehandlingsfejl i Sundhedsstyrelsen. Altså ikke kun sagsbehandlingsfejl i selve sygehusvæsenet.