

**Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse**

Dato: 14. maj 2008  
Kontor: Retsstillings og Internationalt kt.  
J.nr.: 2008-16200-  
Sagsbeh.: Iho  
Fil-navn: Samrådstale Y

Tak for spørgsmålet.

Godt nok har jeg så sent som for 14 dage siden i folketingsalen redegjort for Patientforsikringens behandling af 151 sager om kræftpatienter, der har måttet vente på undersøgelse og behandling. Herunder for, at det passerede ikke har haft nogen som helst betydning for afgørelserne om erstatning.

Men samrådet giver mig lejlighed for påny - og med lidt bedre tid - at redegøre for, hvad der er fakta, og hvad i mindre grad er fakta i den her sag. Herved håber jeg at kunne bidrage til, at Sundhedsudvalget får et mere nuanceret - og mere retvisende - billede af Patientforsikringens sagsbehandling og patientforsikringsordningen, end det billede, der er tegnet i den senere tids presseomtale.

Lad os begynde med begyndelsen.

Patientforsikringens redegørelse af 20. december 2007 med en gennemgang af alle de 151 sager om erstatning til kræftpatienter, der har måttet vente på undersøgelse og behandling, som pr. 5. december 2007 var modtaget af Patientforsikringen, blev oversendt fra ministeriet til Sundhedsudvalgets orientering den 23. januar 2008 bilagt et supplerende notat udarbejdet af ministeriet.

Det var den redegørelse, der som bekendt dannede grundlag for det opfølgende orienteringsmøde, som jeg den 6. februar holdt med partiernes sundhedspolitiske ordførere, hvor også patientforsikringens ledelse var til stede og svarede på spørgsmål.

I samrådsspørgsmålet ønsker Sundhedsudvalget at få oplyst, hvad jeg har gjort i anledning af forlydender i pressen om, at Patientforsikringen i sin redegørelse i flere tilfælde har opgjort ventetiderne til at være flere uger kortere, end de var i virkeligheden. Herunder om jeg har taget initiativ til en fornyet vurdering af sådanne sager.

De omhandlede forlydender fremkom i dagspressen i midten af april måned.

Torsdag den 17. april bad ministeriet på min foranledning Patientforsikringen om en skriftlig redegørelse for disse forhold.

Jeg modtog Patientforsikringens supplerende redegørelse onsdag den 23. april og oversendte den til udvalget mandag den 28. april.

Af den supplerende redegørelse fremgår det, at Patientforsikringen har fundet anledning til at gennemgå overførslen af data fra de 151 konkrete sager til det hjælpebilag, som indgår i redegørelsen af 23. januar 2008. Patientforsikringen har herefter redegjort for 6 sager, hvor der - enten via pressen eller af Patientforsikringen selv - er rejst spørgsmål om fejl ved ventetidsopgørelserne.

Jeg synes, det er vigtigt at slå helt fast, at der i den ene af de anfægtede afgørelser ikke er sket nogen fejl ved hverken ventetidsopgørelsen eller afgivelse af oplysninger til Sundhedsudvalget. I 4 af de 6 sager er der alene fejl i oplysningerne til Folketingets Sundhedsudvalg - men altså ikke i selve de sager, Patientforsikringen har taget stilling til. I én sag er der fejl i den opgørelse, som Patientforsikringen foretog samtidig med sin vurdering af erstatningsspørgsmålet

Jeg vil nu kort omtale de centrale punkter i hver af de 6 sager i samme rækkefølge, som i Patientforsikringens redegørelse:

Den **første sag** er omtalt i dagspressen og drejer sig kort fortalt især om, hvorvidt ventetid på eksperimentel behandling medregnes.

Her har Patientforsikringen medgivet, at der kan rejses diskussion om længden af den behandlingsforsinkelse, der med redegørelsen af 23. januar 2008 er oplyst over for Sundhedsudvalget, og at forskellen burde have været anført i en note.

Men Patientforsikringen fastholder, at erstatningsafgørelsen i denne sag er korrekt. Og denne sag har været forelagt for Patientskadeankenævnet, der har tiltrådt Patientforsikringens afgørelse.

For så vidt angår den **anden sag**, hvor ventetidsopgørelsen omtales i pressen, fastholder Patientforsikringen sin afgørelse og sin opgørelse af ventetiden. Her er der altså ikke givet forkerte oplysninger. Pressens fremstilling er forkert. Og Patientforsikringens afgørelse af denne sag er stadfæstet af Patientskadeankenævnet.

Den **tredje sag** har Patientforsikringen selv fremlagt oplysninger om - efter sin fornyede gennemgang af de 151 sager. Patientforsikringen fastholder, at også afgørelsen i denne sag er korrekt. Patientforsikringen har dog oplyst, at ventetiden i den redegørelse, der i januar blev oversendt til Folketinget, er opgjort som længere end, hvad der rent faktisk var tilfældet, og også længere end, hvad der med Patientforsikringens afgørelse er meddelt patienten. Afgørelsen i denne sag er ikke indbragt for Patientskadeankenævnet.

Den **fjerde sag** har Patientforsikringen også selv fremlagt oplysninger om - efter sin fornyede gennemgang af de 151 sager. Patientforsikringen fastholder, at afgørelsen er korrekt. I den redegørelse, der i januar blev oversendt til Folketinget, er ventetiden opgjort som kortere, end, hvad der var tilfældet. Patientforsikringens afgørelse er anket til Patientskadeankenævnet, som forventes at træffe afgørelse i juni måned. Patienten er i øvrigt tilkendt mængodtgørelse for behandlingen hos egen læge.

Den **femte sag** har Patientforsikringen også selv fremlagt oplysninger om - efter sin fornyede gennemgang af de 151 sager. Patientforsikringen fastholder, at også afgørelsen i denne sag er korrekt. Patientforsikringen har dog oplyst, at ventetiden i den redegørelse, der i januar blev oversendt til Folketinget, er opgjort som længere, end hvad der rent faktisk var tilfældet, og også længere end, hvad der med Patientforsikringens afgørelse er meddelt patienten. Afgørelsen i denne sag er heller ikke indbragt for Patientskadeankenævnet.

Den **sjette sag** har Patientforsikringen også selv fremlagt oplysninger om - efter sin fornyede gennemgang af samtlige 151 sager. Patientforsikringen fastholder, at

også afgørelsen i denne sag er korrekt. Ventetiden er også i oversigten angivet korrekt. Men i den ledsagende tekst er der indbyrdes modstridende oplysninger om, hvornår behandling ifølge speciallægevurdering kunne være påbegyndt. Sagen er ikke anket til Patientskadeankenævnet.

Det er fakta.

Patientforsikringen har naturligvis - som man kunne forvente - allerede beklaget, at der overhovedet er begået fejl. Og jeg vil naturligvis fuldt ud tilslutte mig Patientforsikringens beklagelse. Og med den fornyede gennemgang af ventetidsopgørelserne i alle de sager, der er omfattet af redegørelsen af 23. januar 2008, er alle ventetidsopgørelserne gået efter og lagt frem for sundhedsudvalget og offentligheden.

Men - som jeg også ved andre lejligheder har mindet om - er det væsentligt at huske på, at reglerne om maksimale ventetider ikke i sig selv udløser erstatning.

Om der er handlet ansvarspådragende afhænger i stedet af en konkret sundhedsfaglig vurdering af det enkelte behandlingsforløb. Og her indgår foruden ventetiden også forhold så som patientens tilstand, kræftsygdommens art og spredning, viden om behandlingens effekt på den pågældende kræftsygdom med videre. Det er som bekendt regionerne, der ejer det her system.

Ventetiden skal – uanset længden – have påført patienten en skade. En skade, som også vil kunne bestå i psykisk belastning ved bevidstheden om forringelse af den statistiske overlevelsesprognose.

Det er så i øvrigt værd at notere sig, at de fejl, der desværre er begået i gengivelsen af ventetiden, er gået i hver deres retning. Der har med andre ord ikke været tale om nogen tendens til ugunst for patienterne. I to tilfælde var behandlingsforsinkelsen længere end oplyst i redegørelsen fra januar. Og i to andre tilfælde var behandlingsforsinkelsen kortere end oplyst. I den sidste sag, var der ikke fejl i oversigten, men alene indbyrdes modstridende oplysninger i den ledsagende tekst.

I samrådsspørgsmålet er der spurgt til, om jeg har taget initiativ til, at Patientforsikringen tager sager op til fornyet vurdering.

Jeg har ikke nogen adgang til at pålægge Patientforsikringen at tage sager op til fornyet vurdering. Patientforsikringen kan selv gøre det, hvis man dér bliver opmærksom på nye oplysninger – f. eks. på baggrund af henvendelser fra patienter og efterlevende, men også på baggrund af oplysninger via pressen.

Men der er jo i lovgivningen givet mulighed for at anke Patientforsikringens afgørelser til Patientskadeankenævnet. Her undergives ankesagerne en ny uvildig bedømmelse af alle elementer i sagen. Både sagsbehandlingen og de lægelige vurderinger. Og her medvirker selvfølgelig andre læger end ved bedømmelsen i Patientforsikringen.

Og denne ankeadgang er der jo en række patienter, der har benyttet sig af. Indtil videre er 26 af disse sager indbragt for ankenævnet. 13 ankesager er afsluttet - alle med stadfæstelse af Patientforsikringens afgørelse. Det skal sammenholdes med, at Patientskadeankenævnet ifølge Patientforsikringen i gennemsnit omgør op mod 1 ud af 5 ankede afgørelser.

Og Patientskadeankenævnet har i øvrigt generelt anført, at ventetid - også ventetid ud over de i bekendtgørelsen om maksimale ventetider ved behandling af kræftpatienter - ikke i sig selv giver ret til erstatning, hvis patienten ikke er påført nogen skade. Patientskadeankenævnet tager alene stilling til, om der er sket en skade i behandlingsperioden og om skaden med overvejende sandsynlighed skyldes behandlingen, herunder lang ventetid til behandling, eller nærmere er en følge af den grundlæggende kræftsygdom, der desværre for mange patienter er fremskreden og alvorlig.

I sidste ende kan Patientskadeankenævnets afgørelse i øvrigt indbringes for domstolene.

Det er en rigtig god patienterstatningsordning, vi har. Den kan vi faktisk godt være fuldt tilfredse med. Og ordningen fungerer efter hensigten - også for kræftpatienter.

Og der ydes naturligvis også erstatning til patienter, der er påført skade som følge af lang ventetid - både ventetid på diagnosticering og på behandling.

Jeg medgiver naturligvis, at de unøjagtigheder og uoverensstemmelser, der er konstateret i gengivelsen af nogle få af de 151 ventetidsopgørelser, er beklagelige og selvfølgelig skal undgås. Det er Patientforsikringen også helt på det rene med.

Men uoverensstemmelserne har ikke haft nogen betydning for de konkrete erstatningsafgørelser og har efter min klare overbevisning ikke været tilsigtede fra Patientforsikringens side.

Jeg synes også, at der er grund til at hæfte sig ved, at de erstatningsansvarlige ”primære” ejere af Patientforsikringen – de danske regioner – heller ikke har været ude med betænkeligheder over den måde, Patientforsikringen håndterer patienterstatningsordningen på.

Og sidst – men ikke mindst: Patientskadeankenævnets kontrol med Patientforsikringens afgørelser giver ikke noget som helst grundlag for at frygte, at der er noget galt med Patientforsikringens sagsbehandling. Tværtimod. Samtlige ankenævnsafgørelser er indtil videre faldet ud til en stadfæstelse.

Jeg kan i øvrigt oplyse, at Patientforsikringen har taget initiativ til et møde med Kræftens Bekæmpelse for også dér at informere udførligt om patientforsikringsordningen og om Patientforsikringens behandling af sager om erstatning til ventende kræftpatienter.

Jeg finder på den baggrund fortsat ikke grundlag for at betvivle, at ventende kræftpatienter af Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet allerede er tilkendt og vil blive tilkendt den erstatning, som de har krav på efter patientforsikringsordningen. Og er man ikke enig i Patientskadeankenævnets afgørelse, kan man gå videre og få erstatningskravet prøvet ved retten.

Derfor finder jeg heller ikke anledning til yderligere initiativer vedrørende ordningen.

Men jeg medgiver, at sagens rette sammenhæng desværre kan have fremstået uklar ud fra den senere tids debat. Og det har skabt grundlag for fejlkonklusioner og

skabt unødigt tvivl om lødigheden af Patientforsikringens afgørelser. Både blandt patienter og blandt os politikere.

Tag for eksempel oplysningerne i dagspressen om død som betingelse for erstatning. Et sådan budskab vækker jo - med rette - politisk opmærksomhed. Budskabet er imidlertid også forkert. Og det er også blevet meddelt dagspressen. Men det er stadig ikke blevet berigtiget af dagspressen.

Også i forhold til diskussioner om, hvornår en patient i erstatningsmæssig sammenhæng kan betragtes som ”uhelbredeligt syg” har ministeriet informeret dagspressen om muligheden for at få forhøjet méngodtgørelse. Men det har desværre heller ikke fundet vej til avisernes spalter.

Og jeg er nødt til i denne sammenhæng at indskyde, at Patientforsikringen naturligvis ikke på noget tidspunkt blot tilnærmelsesvis har været i nærheden af noget, som kunne betragtes som dokumentfalsk.

Hverken Patientforsikringen eller Patientskadeankenævnet er forsikringsselskaber, der skal tjene penge eller har nogen anden interesse end den ene: at træffe korrekte afgørelser efter loven.

Spekulationerne om, hvorvidt det er læger, der selv har deltaget i behandlingen af de pågældende patienter, der har bistået Patientforsikringen med vurderingen af de enkelte erstatningssager, er selvfølgelig grundløse.

Det er naturligvis alle læger med ekspertise på kræftområdet – for nogles vedkommende udpeget efter forslag fra Kræftens Bekæmpelse – men ingen af lægekonsulenterne har efter forvaltningsloven adgang til at bedømme behandlingsforløb, som de selv har været involveret i. Jeg har heller ikke oplysninger, der giver mig grundlag for at tro andet, end at disse inhabilitetsregler også overholdes ved bedømmelse af kræftsager.

Erstatningssystemet mener jeg helt bestemt skal fastholdes i sin nuværende form. Ordningen fungerer til gavn for patienterne. Det fremgår af de redegørelser, der er oversendt til Sundhedsudvalget. Og redegørelserne giver altså en dækkende beskrivelse af ordningen – i modsætning til det indtryk, der den seneste tid er forsøgt skabt i pressen.