

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: 3. marts 2007
Kontor: Internationalt kt.
J.nr.: 2007-16200-67
Sagsbeh.: IHO
Fil-navn: L118 – svar SUU spm. 5

**Besvarelse af spørgsmål nr. 5 vedr. L 118 (Alm. del),
som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til inden-
rigs- og sundhedsministeren den 5. februar 2007**

Spørgsmål 5:

"Hvilke oplysninger skal patienten/pårørende selv give Patientforsikringen i forbindelse med anmeldelse af en sag og hvilke forhold skal patienten/pårørende selv dokumentere og bevise?"

Svar:

Jeg har fra Patientforsikringen modtaget følgende udtalelse om spørgsmålet, hvortil jeg kan henholde mig:

"Efter § 20, stk. 1, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet ydes erstatning, hvis skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af de fire måder, der er opregnet i § 20, stk. 1, nr. 1 – 4. Reglen angiver de krav, der stilles til beviset for årsagssammenhæng mellem skaden og den ansvarspådragende handling eller unkladelse. Patienten bliver med andre ord kun berettiget til erstatning, hvis det kan godtgøres, at betingelserne i § 20, stk. 1, er opfyldt. Patienten kan i denne forstand siges at have en bevisbyrde, idet det dog er Patientforsikringen, som af egen drift oplyser sagen og fremskaffer det materiale, der er nødvendigt for at dokumentere, at betingelserne for erstatning er opfyldt, jf. lovens § 33, stk. 1. Det er således ikke patienten, der har oplysningspligten, men patienten skal fremskaffe de oplysninger, herunder den dokumentation for tabet, som Patientforsikringen skønner er af betydning for sagens behandling og anmoder om, jf. lovens § 37, stk. 1.

Patienten skal udfylde et anmeldelsesskema, hvor vedkommende skal give oplysning om, hvor han er blevet behandlet (sygehus, lægepraksis etc.), hvilken sygdom vedkommende er blevet behandlet for, hvilken skade der er sket, herunder om der er gener efter patientskaden, og om der er lidt økonomiske tab. Patientforsikringen indleder sagsbehandlingen uanset, om anmeldelsesskemaet er mangelfuldt udfyldt.

Når anmeldelsen er modtaget, sørger Patientforsikringen for den videre oplysning af sagen med indhentelse af sygejournaler, laboratoriesvar, røntgenbilleder, speciallægeerklæringer og erklæringer fra praktiserende læger etc. Herudover sørger Patientforsikringen for, at sagen bliver vurderet af interne specialister på det pågældende område, eller at sagen sendes ud til

vurdering hos eksterne lægekonsulenter. I denne fase af sagsbehandlingen behøver patienterne ikke i praksis at foretage sig noget.

I forbindelse med beregningen af skadelidtes erstatning, må skadelidte naturligvis indsende oplysninger om sine tab f.eks. dokumentation for helbredelsesudgifter, tabt arbejdsfortjeneste mv. og eventuelt fremtidig indtægtstab. For lønmodtagere er det relativt enkelt for Patientforsikringen at udregne tabet på baggrund af lønoplysninger. Selvstændigt erhvervsdrivende skal indsende regnskaber og skatteoplysninger mv., ud fra hvilke Patientforsikringen kan beregne erstatningen for tabt arbejdsfortjeneste og et eventuelt erhvervsevnetab. Det er ofte overordentligt kompliceret at fastsætte erstatningen, og i denne fase af sagsbehandlingen er der en del patienter, som søger hjælp hos advokat for at kontrollere Patientforsikringens beregninger.”