

Helse- og omsorgsdepartementet

Høringsnotat – forslag til endring i forskrift til pasientskadeloven – økning av tilskudd fra private helsetjenester

Sendt ut: 22. juni 2015

Høringsfrist: 15. oktober 2015

Innhold

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | Innledning..... | 2 |
| 2 | Gjeldende rett | 2 |
| 3 | Finansieringen av Norsk pasientskadeerstatning | 3 |
| 3.1 | Finansieringsordningen for den offentlige helsetjenesten | 3 |
| 3.2 | Finansieringsordningen for private helsetjenester | 3 |
| 4 | Problemer med dagens tilskuddssatser..... | 4 |
| 5 | Departementets vurderinger og forslag | 4 |
| | Virkning av de foreslåtte endringer for alle helsepersonellgruppene..... | 6 |
| 6 | To alternative modeller for økning av tilskuddene fra privat helsetjeneste | 7 |
| 6.1 | Modell 1..... | 7 |
| 6.2 | Modell 2..... | 8 |
| 7 | Økonomiske og administrative konsekvenser..... | 8 |
| 8 | Forslag til forskriftsendring..... | 8 |
| | Modell 1..... | 9 |
| | Modell 2..... | 10 |

1 Innledning

I dette høringsnotatet foreslås det å øke private helsetjenesters tilskudd til Norsk pasientskadeerstatning (NPE) til et nivå som sikrer at ordningen blir selvfinansierende.

Det foreslås én modell der hele økningen legges inn fra 1. januar 2016 og én modell der økningen fases inn over fire år.

2 Gjeldende rett

Private helsetjenester har plikt til å bidra til finansieringen av Norsk pasientskadeerstatning (NPE), jf. pasientskadelovens §§ 7 og 8. De deler av private tjenesteyteres virksomhet som er finansiert gjennom avtaler med det offentlige, regnes i denne sammenheng med i den offentlige helsetjenesten. Se nærmere om skillet mellom offentlig og privat virksomhet i forskrift 31. oktober 2008 nr. 1166 om pasientskadelovens virkeområde og om tilskuddsplikt for den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten § 3.

Nivået på tilskuddene fra private helsetjenester er fastsatt i forskriftens § 10.

Tilskuddssatsene er differensiert etter helsepersonellgruppers statistiske risiko for å

forvolde pasientskader og skadeomfang. Kirurger er for eksempel i den høyeste risikogruppen mens omsorgsarbeidere er i den laveste risikogruppen.

Departementet sendte 29. april 2015 på høring et forslag til forskrifter om fritt behandlingsvalg. Forslaget presiserer at helsetjenester som omfattes av fritt behandlingsvalg etter spesialisthelsetjenesteloven § 4-3 skal anses som offentlige helsetjenester etter pasientskadeloven.

3 Finansieringen av Norsk pasientskadeerstatning

3.1 Finansieringsordningen for den offentlige helsetjenesten

Finansieringsordningen for den offentlige helsetjenesten bygger på følgende hovedelementer:

- De regionale helseforetakene (RHF), kommuner og fylkeskommuner dekker utgiftene til erstatninger for skader knyttet til eget ansvarsområde. Aktørene innbetaler årlig tilskudd til NPE som skal finansiere de forventede utbetalinger i året. Avvik blir korrigert i påfølgende år. Fordeling av tilskuddene mellom RHF-ene baserer seg på løpende skadestatistikk for de 5 siste årene. For kommuner og fylkeskommuner tas det utgangspunkt i befolkningsdata.
- Erstatningsutbetalingene er rent teknisk regulert som et offentlig fond basert på "pay as you go"-prinsippet. Det bygges dermed ikke opp kapital i fondet.
- Staten dekker alle utgifter til saksbehandling, dvs. driften av NPE og Pasientskadenemnda, samt erstatningssøkernes utgifter til advokater.
- Helseforetakene og andre skadevoldere i spesialisthelsetjenesten betaler en egenandel.
- Kommunale og fylkeskommunale virksomheter betaler ikke egenandel.

3.2 Finansieringsordningen for private helsetjenester

Private helsetjenester fikk plikt til å yte tilskudd til NPE da virkeområdet for pasientskadeloven ble utvidet til også å omfatte skader som er forvoldt av private helsetjenester 1. januar 2009. Det går fram av Ot.prp. nr. 103 (2005 – 2006) at privat virksomhet fullt ut skal dekke kostnadene knyttet til skader som er oppstått i privat sektor. I dette ligger det at de ansvarlige aktørene betaler inn tilskudd til NPE til dekning av alle fremtidige kostnader (saksbehandling, advokater og eventuell erstatning), knyttet til skader som måtte ha inntruffet i det aktuelle året.

Det kan gå opptil 10 år før alle skader inntruffet i et bestemt år er ferdig behandlet. Private helsetjenester har ikke et lovfestet "sørge for ansvar" og kan dermed avvikle virksomheten sin. Det er derfor nødvendig å ha et eget fond med tilstrekkelig kapital for å dekke fremtidige forpliktelser.

Ingen private forsikringsselskaper var villige til å tegne forsikringer på de vilkår pasientskadeloven krevde. NPE fikk derfor enerett til å forvalte pasientskadeordningen for private helsetjenester.

Da tilskuddssatsene skulle fastsettes, forelå det ikke statistikk for skadebildet i privat helsetjeneste, og det var svært dårlige data for omfanget og kostnadene i den private helsetjenesten. For noen personellgrupper var det etablert kollektive forsikringsordninger som også dekket privat helsetjeneste.

Departementet valgte bl.a. å basere seg på data fra offentlig helsetjeneste, opplysninger fra Danmark og Sverige og dialoger med profesjonsgruppene m.m. Det var knyttet meget høy usikkerhet til anslagene som lå til grunn for tilskuddssatsene og det ble forutsatt at satsene skulle reguleres når man hadde vunnet mer erfaring. Nivået på tilskuddene ble justert opp i 2013 for å dekke inn tilskudd til dekning av skader voldt før 2009 som det ikke var tatt høyde for i den første fastsettingen fra 2009.

Årlig tilskudd for en virksomhet beregnes med bakgrunn i et valgt grunnbeløp ($g = 2\,150$) multiplisert med antall årsverk og med en risikofaktor for hver helsepersonellgruppe, tillagt 60 prosent i administrasjonskostnader. Det er i tillegg lagt inn et risikotilskudd for å dekke inn erstatningskostnadene for skader som har skjedd før 2009. Dette tilskuddet beregnes etter samme formel, men med en annen, tilpasset verdi for «g» ($g = 660$) og uten administrasjonskostnadsfaktoren.

4 Problemer med dagens tilskuddssatser

En del forhold har utviklet seg annerledes enn det som ble lagt til grunn da nivået på tilskuddene ble fastsatt.

Det har vært en høyere økning i antall tilmeldte årsverk i privat helsetjeneste. Videre har antallet nye skader vært høyere. Erstatningsutbetalingene har dermed blitt en del høyere enn ventet. Det må også tas hensyn til effekten av en høyesterettsdom (dom av 12. desember 2014) der det slås fast at kapitaliseringsrenten som skal anvendes ved neddiskonteringen av fremtidig inntektstap, fremtidige utgifter og menerstatning til nåtidsverdi, som hovedregel skal være fire prosent, mot tidligere fem prosent.

Økningen i driftskostnadene per sak har vært større enn det som ble lagt til grunn. Utbetalinger for eldre skader har videre gitt en underbalanse på 29 mill. kroner.

Disse forholdene har medført at man har måttet bruke midler som skulle vært avsatt til fondsoppbygging. I 2014 overskred drifts- og erstatningskostnadene inntektene (tilskudd) med nærmere 10 mill. kroner. Trenden har fortsatt i inneværende år slik at det ligger an til en underbalanse i fondet ved utgangen av 2015.

5 Departementets vurderinger og forslag

Departementet viser til at ordningen skal være selvfinansierende. I 2008 ble det lagt til grunn at fondet for privat helsetjeneste skulle vokse til rundt 200 millioner kroner etter ca. 10 år. Nå viser prognosen at fondet vil være tomt ved utgangen av 2015.

NPE fikk i tildelingsbrevet for 2015 i oppdrag å utarbeide forslag til nye tilskuddssatser. Statens pensjonskasse har bistått NPE med aktuariske analyser av risikotilskuddet. NPE er bl.a. med bakgrunn i disse analysene kommet til at det, for å kunne dekke forpliktelse som allerede er påløpt, samt bygge opp et fond til dekning av framtidige forpliktelse, er nødvendig med en kraftig økning av tilskuddene med virkning fra 1. januar 2016. NPEs beregninger viser at nivået på tilskuddene for de enkelte helsepersonellgruppene må økes med mellom 45 og 150 prosent.

Forslaget til NPE baserer seg på følgende hovedtall, sammenliknet med omlegningen i 2013:

| | 2013 | 2016 |
|-----------------------------------|-------------|-------------|
| Tilskudd skader skjedd etter 2009 | 22,5 | 40 |
| Tilskudd skader skjedd før 2009 | 7,1 | 10 |
| Administrasjon | 12,8 | 30 |
| Fondsoppbygging | | 15 |
| Sum årlig tilskudd | 42,4 | 95 |

Beløp i mill. kroner.

Anslagene bygger nå bare på erfaringer fra privat helsetjeneste. Usikkerheten rundt anslagene er likevel også denne gangen relativt stor, særlig pga. usikkerhet knyttet til utviklingen i saksmengden og betydelig variasjon i gjennomsnittlig utbetaling, særlig som følge av varierende innslag av skader med utbetalinger på over 1 mill. kroner.

NPE har lagt vekt på at de nye tilskuddssatsene bør være såpass robuste at det ikke vil være nødvendig med ny justering før om minst fem år. NPE anbefaler på denne bakgrunn at årlig tilskudd fastsettes til 95 mill. kroner. Til sammenlikning utgjør tilskuddet i 2015 omlag 46 mill. kroner. Forslaget vil dermed føre til mer enn en dobling av gjeldende nivå. Dette anses imidlertid som helt nødvendig.

NPE har samtidig, med bakgrunn i erfaringene som er gjort etter at private helsetjenester ble tatt med i ordningen, vurdert risikogrupper og innplassering av helsepersonellgrupper. NPE foreslår på denne bakgrunn følgende endringer:

- Jordmødre flyttes fra risikogruppe 6 til risikogruppe 5.
- Risikofaktoren for risikogruppe 1 (lavrisikogrupper i apotek, noen terapeutgrupper, hjelpepleiere, helsesekretærer etc.) reduseres med 32 prosent fra 0,125 til 0,085.
- Risikofaktoren for risikogruppe 4 (kiropraktor, psykolog og radiograf) reduseres med 15 prosent fra 1,0 til 0,85.
- Risikofaktoren for risikogruppe 6 (øvrige leger) økes med 18 prosent fra 2,5 til 2,95.
- Risikofaktoren for risikogruppe 6a (tannleger m/ implantatvirksomhet) reduseres med 11,7 prosent fra 3,0 til 2,65.

- Risikofaktoren for risikogruppe 7 (øvrige legespesialister) økes med 18 prosent fra 5,0 til 5,9.
- Risikofaktoren for risikogruppe 9 (øyespesialister) økes med 14,7 prosent fra 17,0 til 19,5.
- Risikofaktoren for risikogruppe 9a (kirurger) økes med 15,9 prosent fra 22,0 til 25,5.

Virkning av de foreslåtte endringer for alle helsepersonellgruppene

| <i>Helsepersonellgrupper</i> | <i>Risiko-grupper</i> | <i>Gjeldende tilskudd</i> | <i>Foreslått tilskudd</i> | <i>Endring i prosent</i> |
|---|-----------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Ambulansearbeider | 1 | 513 | 749 | 46 |
| Apotektekniker | 1 | 513 | 749 | 46 |
| Audiograf | 2 | 1 025 | 2 202 | 115 |
| Alt helsepersonell i bedriftshelsetjenesten | 2 | 1 025 | 2 202 | 115 |
| Bioingeniør | 1 | 513 | 749 | 46 |
| Ergoterapeut | 1 | 513 | 749 | 46 |
| Fotterapeut | 1 | 513 | 749 | 46 |
| Fysioterapeut | 2 | 1 025 | 2 202 | 115 |
| Helsefagarbeider | 1 | 513 | 749 | 46 |
| Helsesekretær | 1 | 513 | 749 | 46 |
| Hjelpepleier | 1 | 513 | 749 | 46 |
| Jordmor | 6 (ny: 5) | 10 250 | 13 214 | 29 |
| Kiropraktor | 4 | 4 100 | 7 488 | 83 |
| Klinisk ernæringsfysiolog | 1 | 513 | 749 | 46 |
| Kirurger | 9a | 90 200 | 224 642 | 149 |
| Øyespesialister | 9 | 69 680 | 171 785 | 147 |
| Øvrige legespesialister | 7 | 20 500 | 51 976 | 154 |
| Øvrige leger | 6 | 10 250 | 25 988 | 154 |
| Omsorgsarbeider | 1 | 513 | 749 | 46 |
| Optiker | 2 | 1 025 | 2 202 | 115 |

| | | | | |
|---|-----|--------|--------|-----|
| Ortopediingeniør | 2 | 1 025 | 2 202 | 115 |
| Ortopist | 1 | 513 | 749 | 46 |
| Perfusjonist | 7 | 20 500 | 51 976 | 154 |
| Provisorfarmasøyt | 1 | 513 | 749 | 46 |
| Psykolog | 4 | 4 100 | 7 488 | 83 |
| Radiograf | 4 | 4 100 | 7 488 | 83 |
| Reseptarfarmasøyt | 1 | 513 | 749 | 46 |
| Sykepleier | 1 | 513 | 749 | 46 |
| Tannhelsesekretær | 1 | 513 | 749 | 46 |
| Tannlegespesialist innen oral kirurgi/medisin og protetik samt tannleger som driver med implantat | 6 a | 12 630 | 23 345 | 85 |
| Øvrige tannleger | 5 | 6 150 | 13 214 | 115 |
| Tannpleier | 1 | 513 | 749 | 46 |
| Tanntekniker | 1 | 513 | 749 | 46 |
| Vernepleier | 1 | 513 | 749 | 46 |

Tabell 4: Samlet effekt for helsepersonellgruppene av alle justeringsforslagene

Departementet slutter seg til NPEs vurderinger og konklusjoner.

Nivået på tilskuddet vil øke for alle helsepersonellgrupper, men for noen grupper vil økningen bli ekstra stor som følge av en samtidig økning av risikofaktoren. Tilskuddet for kirurger vil for eksempel øke fra 90 200 kroner til 224 642 kroner per år, og for øyespesialister fra 69 680 kroner til 171 785 kroner per år. Dette er nødvendig for at pasientskadeordningen for private helsetjenester skal bli selvfinansierende.

6 To alternative modeller for økning av tilskuddene fra privat helsetjeneste

6.1 Modell 1

Nivået på tilskuddet økes med virkning fra 1. januar 2016 til et nivå som gjør ordningen selvfinansierende fra 2016. Se omtalen i punkt 5.

6.2 Modell 2

Nivået på tilskuddet trappes gradvis opp fra 1. januar 2016 ved at økningen av de delene av tilskuddet som skal dekke risiko "nye skader" og fondsoppbygging fordeles over fire år. Under forutsetning av at de samlede tilskuddene for fireårsperioden er like store etter begge modellene, vil dette kunne skje slik:

- År 1 (2016): reduseres tilskuddet med 20 mill. kroner i forhold til modell 1.
- År 2 (2017): økes tilskuddet med 15 mill. kroner (til et nivå på 5 mill. kroner lavere enn modell 1). Økningen fra 2016 blir da på 20 %.
- År 3 (2018): økes tilskuddet med ytterligere 15 mill. kroner til nivå 10 mill. kroner over modell 1 – altså samlet tilskudd på 105 mill. kroner. Økning på 16,7 % fra 2017.
- År 4 (2019): økes tilskuddet med ytterligere 15 mill. kroner til nivå 25 mill. kroner over modell 1. Samlet tilskudd dette året blir da 120 mill. kroner. Økning 14,3 % fra 2018.

Det innebærer at tilskuddssatsene i den siste delen av overgangsperioden vil være noe høyere enn tilskuddene i modell 1. Innbetalingene fjerde året vil ligge ca. 25 mill. kroner høyere enn det som vil være tilfellet i modell 1. Modell 2 innebærer at det vil ta lengre tid før det ev. blir behov for nye oppjusteringer av tilskuddene, forutsatt at dagens trend med vekst i ordningen vedvarer.

7 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslag til nye tilskuddssatser medfører at privat helsetjeneste samlet sett vil få årlige merkostnader på om lag 52 mill. kroner. Ved valg av modell 2 vil totalsummen være noe lavere i de første årene, og noe høyere ved periodens utløp. Det må forventes at de økte kostnadene til tilskudd vil bli belastet pasientene/forsikringsselskap gjennom økte egenandeler/premier. Det er videre usikkert hvordan økningen i tilskuddssatsene vil påvirke markedssituasjonen for de ulike aktørene. Departementet har derfor ikke grunnlag for å vurdere hvorvidt de foreslått tilskuddene vil påvirke tjenestetilbudet fra privat helsetjeneste. Samtidig er økningen i tilskudd i tråd med at ordningen skal være selvfinansierende.

8 Forslag til forskriftsendring

Forslag til endring i forskrift 31. oktober 2008 nr. 1166 om pasientskadelovens virkeområde og om tilskuddsplikt for den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten:

Modell 1

§ 10 skal lyde:

§ 10. Tilskuddssatser

Tabellen nedenfor viser beregnet risiko for helsepersonellgruppene. Videre fremgår hvilken tilskuddssats Norsk pasientskadeerstatning skal legge til grunn per årsverk for hver helsepersonellgruppe ved fastsettelse av tilskudd etter § 5.

| Helsepersonellgrupper | Risiko-grupper | Tilskudd |
|---|----------------|----------|
| Ambulansearbeider | 1 | 749 |
| Apotektekniker | 1 | 749 |
| Audiograf | 2 | 2 202 |
| Alt helsepersonell i bedriftshelsetjenesten | 2 | 2 202 |
| Bioingeniør | 1 | 749 |
| Ergoterapeut | 1 | 749 |
| Fotterapeut | 1 | 749 |
| Fysioterapeut | 2 | 2 202 |
| Helsefagarbeider | 1 | 749 |
| Helsesekretær | 1 | 749 |
| Hjelpepleier | 1 | 749 |
| Jordmor | 5 | 13 214 |
| Kiropraktor | 4 | 7 488 |
| Klinisk ernæringsfysiolog | 1 | 749 |
| Kirurg | 9a | 224 642 |
| Øyespesialister | 9 | 171 785 |
| Øvrige legespesialister | 7 | 51 976 |
| Øvrige leger | 6 | 25 988 |
| Omsorgsarbeider | 1 | 749 |
| Optiker | 2 | 2 202 |
| Ortopediingeniør | 2 | 2 202 |

| | | |
|---|----|--------|
| Ortopist | 1 | 749 |
| Perfusjonist | 7 | 51 976 |
| Provisorfarmasøyt | 1 | 749 |
| Psykolog | 4 | 7 488 |
| Radiograf | 4 | 7 488 |
| Reseptarfarmasøyt | 1 | 749 |
| Sykepleier | 1 | 749 |
| Tannhelsesekretær | 1 | 749 |
| Tannlegespesialist innen oral kirurgi/medisin og protetik og protetik samt tannleger som driver med implantat | 6a | 23 345 |
| Øvrige tannleger | 5 | 13 214 |
| Tannpleier | 1 | 749 |
| Tanntekniker | 1 | 749 |
| Vernepleier | 1 | 749 |

Modell 2

§ 10 skal lyde:

§ 10. Tilskuddssatser

Tabellen nedenfor viser beregnet risiko for helsepersonellgruppene. Videre fremgår hvilken tilskuddssats Norsk pasientskadeerstatning skal legge til grunn per årsverk for hver helsepersonellgruppe ved fastsettelse av tilskudd etter § 5 for hvert av årene 2016 - 2019. Satsene for 2019 gjelder også etterfølgende år, med mindre de endres.

| Helsepersonellgrupper | Risiko-grupper | Tilskudd 2016 | Tilskudd 2017 | Tilskudd 2018 | Tilskudd f.o.m. 2019 |
|---|----------------|---------------|---------------|---------------|----------------------|
| Ambulansearbeider | 1 | 595 | 712 | 829 | 946 |
| Apotektekniker | 1 | 595 | 712 | 829 | 946 |
| Audiograf | 2 | 1 750 | 2 095 | 2 439 | 2 783 |
| Alt helsepersonell i bedriftshelsetjenesten | 2 | 1 750 | 2 095 | 2 439 | 2 783 |

| | | | | | |
|---|----|---------|---------|---------|---------|
| Bioingeniør | 1 | 595 | 712 | 829 | 946 |
| Ergoterapeut | 1 | 595 | 712 | 829 | 946 |
| Fotterapeut | 1 | 595 | 712 | 829 | 946 |
| Fysioterapeut | 2 | 1 750 | 2 095 | 2 439 | 2 783 |
| Helsefagarbeider | 1 | 595 | 712 | 829 | 946 |
| Helsesekretær | 1 | 595 | 712 | 829 | 946 |
| Hjelpepleier | 1 | 595 | 712 | 829 | 946 |
| Jordmor | 5 | 10 501 | 12 569 | 14 634 | 16 700 |
| Kiropraktor | 4 | 5 950 | 7 122 | 8 293 | 9 463 |
| Klinisk ernæringsfysiolog | 1 | 595 | 712 | 829 | 946 |
| Kirurg | 9a | 178 509 | 213 674 | 248 784 | 283 903 |
| Øyespesialister | 9 | 136 507 | 163 398 | 190 247 | 217 102 |
| Øvrige legespesialister | 7 | 41 302 | 49 438 | 57 562 | 65 687 |
| Øvrige leger | 6 | 20 651 | 24 719 | 28 781 | 32 844 |
| Omsorgsarbeider | 1 | 595 | 712 | 829 | 946 |
| Optiker | 2 | 1 750 | 2 095 | 2 439 | 2 783 |
| Ortopediingeniør | 2 | 1 750 | 2 095 | 2 439 | 2 783 |
| Ortopist | 1 | 595 | 712 | 829 | 946 |
| Perfusjonist | 7 | 41 302 | 49 438 | 57 562 | 65 687 |
| Provisorfarasøyt | 1 | 595 | 712 | 829 | 946 |
| Psykolog | 4 | 5 950 | 7 122 | 8 293 | 9 463 |
| Radiograf | 4 | 5 950 | 7 122 | 8 293 | 9 463 |
| Reseptarfarasøyt | 1 | 595 | 712 | 829 | 946 |
| Sykepleier | 1 | 595 | 712 | 829 | 946 |
| Tannhelsesekretær | 1 | 595 | 712 | 829 | 946 |
| Tannlegespesialist innen oral kirurgi/medisin og protetik samt tannleger som driver med implantat | 6a | 18 551 | 22 205 | 25 854 | 29 504 |
| Øvrige tannleger | 5 | 10 501 | 12 569 | 14 634 | 16 700 |
| Tannpleier | 1 | 595 | 712 | 829 | 946 |
| Tanntekniker | 1 | 595 | 712 | 829 | 946 |
| Vernepleier | 1 | 595 | 712 | 829 | 946 |