

Høringsnotat

Forslag om endring av forskrift om pasientskadelovens virkeområde og om tilskuddplikt for den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten

Høringsfrist: 22. november 2012

Innhold

1.	Innledning	3
1.1	Gjeldende ordning med pasientskadeerstatning innenfor privat sektor	3
1.2	Sammendrag av forslaget	5
2.	Opprinnelige forutsetninger, utviklingen hittil og behovet for endring av forskriften 6	
2.1	Opprinnelige forutsetninger	6
2.2	Utviklingen i antall meldte skader	8
3.	Departementets forslag til endringer i forskriften	8
3.1	Økning av tilskuddene fra privat sektor	8
3.1.1	Metoden for beregning av tilskuddene	8
3.1.2	Forutsetninger for forslagene om økning av tilskuddene	9
3.1.3	Justering av grunntilskuddet(g)	9
3.1.4	Justering av administrasjonstillegget(a)	9
3.1.5	Justering av risikofaktorer og risikogrupper	10
3.1.6	Tilskudd til dekning av overgangsordningen	12
3.1.7	Bruk av betegnelse på enkelte grupper helsepersonell	13
3.1.8	Samlede virkninger av forslagene for helsepersonellgruppene	13
3.2	Meldeplikt	14
3.3	Pasientskader i forbindelse med ideelle organisasjoners virksomhet	14
4.	Økonomiske og administrative konsekvenser	15

1. Innledning

1.1 Gjeldende ordning med pasientskadeerstatning innenfor privat sektor

Lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven) fastsetter regler om erstatning til pasienter og andre som har lidt tap på grunn av en pasientskade når skaden skyldes svikt ved ytelsen av helsehjelp. Et sentralt formål med pasientskadeloven er å gjøre det enklere for pasienter å oppnå erstatning enn etter alminnelig erstatningsrett, både gjennom de materielle reglene og saksbehandlingsreglene. Loven fastsetter et objektivisert ansvarsgrunnlag. Dette innebærer at det ikke er nødvendig å bevise at noen kan bebreides for den svikten ved ytelsen av helsehjelpen som har ført til skaden. Det er ikke et vilkår for erstatningsansvar at den som har voldt skaden har opptrådt uaktsomt eller forsettlig, slik det er etter alminnelig erstatningsrett. Ansvarsgrunnlaget er det samme enten skaden voldes i privat helsesektor eller i den offentlige helsetjenesten. Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) har ansvar for å behandle saker vedrørende skader som voldes både i den offentlige og den private helsetjenesten og skal behandle krav og utbetale eventuell erstatning. Det er i tillegg egne regler for dekning av pasientens utgifter til advokat. Vedtak truffet av NPE kan påklages til Pasientskadenemnda.

Pasientskadeloven trådte i kraft for den offentlige helsetjenesten 1. januar 2003. Loven ble ikke satt i kraft utenfor den offentlige helsetjenesten før 1. januar 2009. Dette skyldtes at loven i 2003 forutsatte at erstatningskrav ved pasientskader i privat helsesektor skulle sikres ved forsikring, mens forsikringsselskapene ikke ønsket å tilby forsikring på de vilkår pasientskadeloven fastsetter. På bakgrunn av Ot.prp. nr. 103 (2005-2006) ble det derfor vedtatt endringer i pasientskadeloven slik at loven kunne settes i kraft utenfor den offentlige helsetjenesten. Det ble bl.a. lovfestet at den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten, skal melde fra og yte tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning. Lovendringen medførte at tjenesteytere som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten, selv skal finansiere erstatningsordningen for privat sektor gjennom å betale tilskudd til NPE i stedet for som tidligere ved premiebetaling til et forsikringsselskap. Under behandlingen av endringsloven i Stortinget forutsatte komiteen at tilskuddet skal differensieres i noen grupper basert på skaderisiko og omfang av virksomheten. Etter pasientskadeloven § 8 annet ledd kan nærmere bestemmelser om tilskuddordningen, herunder tilskuddenes størrelse, fastsettes i forskrift. Størrelsen på tilskuddene som den enkelte gruppe helsepersonell skal innbetale til NPE er fastsatt i forskrift av 31. oktober 2008 om pasientskadelovens virkeområde og om tilskuddplikt for den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten (FOR- 2008-10-31-1166).

Hvilke helsetjenester som hører inn under henholdsvis den private og den offentlige helsetjenesten, reguleres i forskriften § 3 bokstav b. Virksomheten til staten, fylkeskommunene og kommunene, samt privat eid virksomhet som drives på oppdrag av eller med driftstilskudd fra noen av disse, regnes med til den offentlige

helsetjenesten. Det vil si at de deler av private tjenesteyteres virksomhet som er finansiert gjennom avtaler med det offentlige, hører med til den offentlige helsetjenesten. Ved delvis offentlig finansiering vil de deler av virksomheten som ikke mottar slik finansiering være å anse som privat virksomhet. Den finansieringen som ytes av det offentlige ved at pasienten i visse tilfeller kan kreve stønad fra folketrygden til hel eller delvis dekning av utgiftene til helsehjelpen, innebærer imidlertid ikke at privat virksomhet som har gitt helsehjelpen, blir å anse som en del av den offentlige helsetjenesten.

Etter overgangsordningen som er fastsatt i pasientskadeloven § 21, skal skader i privat sektor voldt før lovens ikrafttredelse 1. januar 2009, behandles etter pasientskadelovens saksbehandlingsregler, men etter de erstatningsreglene som gjaldt tidligere. NPE skal i disse tilfellene behandle kravene og utbetale eventuell erstatning etter alminnelig erstatningsrett. Departementet forutsetter i Ot.prp. nr. 103 (2005-2006) at det kan oppstå tilfeller der skader som er voldt før lovens ikrafttredelse, ikke er omfattet av forsikringsavtalene fordi forsikringsselskapene bare dekker skader som er meldt eller konstatert i løpet av det tidsrommet forsikringsavtalene gjelder for. Det ble foreslått at utgiftene i slike saker skulle finansieres av tilskuddene fra de private tjenesteyterne.

Da gjeldende forskrift ble fastsatt i 2008 og tilskuddene skulle fastsettes, hadde man ikke fullstendige og sikre oversikter verken over antall årsverk fordelt på antall virksomheter som ytte helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten, antall helsepersonell som var sysselsatt i virksomhetene, eller annen oversikt over omfanget av slik virksomhet.

Det fantes heller ikke tilgjengelig informasjon om skaderisiko og skadefrekvens. Ved beregningen av tilskuddene ble derfor erfaringer med skaderisiko innenfor de enkelte gruppene helsepersonell innenfor offentlig sektor lagt til grunn. Videre ble det lagt til grunn at privat sektor har et noe annet pasientgrunnlag enn offentlig sektor. Ved hjelp av forsikringstekniske beregningsmetoder kom departementet, i samarbeid med NPE, frem til størrelsen på tilskuddene som ble fastsatt i forskriften. I høringsnotatet med forslag til forskriften uttalte departementet følgende om fastsettelsen av tilskuddenes størrelse:

”På grunn av at de tilgjengelige grunnlagsdata er så vidt usikre, ser ikke departementet bort fra at det kan bli nødvendig å justere størrelsen på tilskuddene i forhold til det som foreslås i dette høringsnotatet, når plikten til å melde tilskuddspliktig virksomhet til NPE er trått i kraft og man dermed får noe bedre grunnlag for vurderingene.”

Ordningen med pasientskadeerstatning for privat sektor har nå vært i kraft i tre år. Selv om denne relativt korte perioden heller ikke gir et sikkert grunnlag for å fastsette tilskuddenes størrelse, har man i alle fall en del bedre grunnlag enn i 2008. Erfaringene hittil viser et klart behov for justering av tilskuddsatsene. Departementet foreslår i dette

høringsnotatet noen endringer i forskriften, herunder særlig justeringer av tilskuddsatsene.

Departementet tar sikte på at endringene i forskriften skal tre i kraft fra 1. januar 2013.

1.2 Sammendrag av forslaget

Tilskuddene for privat sektor foreslås endret slik at det foretas en generell inflasjonsjustering med 7,5 % i grunntilskuddet/risikotilskuddet (g) fra kr 2000 til kr 2150.

Videre foreslås administrasjonstillegget (a) økt med 2.4 mill kroner til 12,8 mill kroner.

Det foreslås en erfaringsbasert oppjustering av risikofaktor (p) for fire av helsepersonellgruppene. Dette er basert på erfaringene hittil med antall meldte skader, erstatningsutbetalinger og avsatte skadereserver for ikke oppgjorte skader.

For å dekke erstatningsutbetalinger i forbindelse med overgangsordningen, det vil si for skader voldt før 2009, foreslås et ekstra risikotilskudd. Dette tilskuddet foreslås å utgjøre 7 mill. kroner årlig og foreslås fordelt på helsepersonellgruppene etter samme fordelingsnøkkel som de ordinære tilskuddene.

Den samlede effekten av de foreslåtte justeringene av de årlige tilskuddene til NPE fremgår av tabellen under. Beregningen er basert på det faktiske antall årsverk som er meldt inn til NPE i inneværende år. De ulike elementene som beregningen av tilskuddene er basert på, er en *metode* for å beregne samlet tilskudd. Det samlede tilskuddet skal uansett finansiere de samlede utgiftene som påløper til ordningen innenfor privat sektor.

Samlet årlig tilskudd etter gjeldende forskrift	Risikotilskudd forutsatt foreslått endring	Tilskudd til administrasjon forutsatt foreslått endring	Forslag til ekstra tilskudd på grunn av skader voldt i forsikringsperioden (overgangsordning)	Forslag til samlet årlig tilskudd
25.714.000	22.529.044	12.789.026	6.997.331	42.315.401

Tabell 1: Samlet effekt av foreslått årlig tilskuddsjustering

Punkt 2 inneholder en noe nærmere beskrivelse av opprinnelige forutsetninger med hensyn til finansieringen av pasientskadeordningen i privat sektor og gjeldende tilskuddsats i forskriften § 10. Dette holdes opp mot utviklingen og erfaringene så langt. Dessuten beskrives kort utviklingen i antall meldte skader til NPE.

Punkt 3 omtaler departementets forslag til endringer i forskriften.

Punkt 4 omtaler økonomiske og administrative konsekvenser.

Deretter følger et utkast til endring av forskriften.

Departementet tar sikte på at endringene kan tre i kraft 1. januar 2013.

2. Opprinnelige forutsetninger, utviklingen hittil og behovet for endring av forskriften

2.1 Opprinnelige forutsetninger

Finansieringen i privat sektor hviler på en overordnet forutsetning om en forsikringsteknisk fondsfinansiering. Det vil si at det årlige, samlede tilskuddet fra sektoren skal dekke alle erstatningsutbetalinger og drift av ordningen knyttet til alle skader som er voldt samme år - uavhengig av når skadene meldes og kommer til utbetaling. Når skadene faktisk - og normalt for denne art av risiko - blir meldt til dels lenge etter at de er forårsaket, ble det også forutsatt at det over en del år ville bygge seg opp en reserve til dekning av de inntrufne, men ennå ikke oppgjorte skadene. Ved etablering av ordningen i 2009 ble reserven anslått å burde vokse til en størrelsesorden på 200 mill. kroner etter ca ti år.

Øvrige forutsetninger som ble lagt før pasientskadeordningen for privat sektor trådte i kraft per 1.1.2009 var bl.a.:

- Et årlig samlet tilskudd på ca 36,5 mill. kroner.
- Inntrufne skader per år med ca 27,5 mill. kroner.
- Årlige administrasjonskostnader på ca 9 mill. kroner.
- Eldre skader (voldt før 2009) skal behandles av NPE og erstatning utbetales, men med regress mot det forsikringsselskapet som tidligere hadde forsikringsdekningen for skadevolder.

Forutsetninger som har utviklet seg annerledes enn på forhånd antatt:

- Færre helsepersonellårsverk enn forhåndsberegnet er meldt inn til NPE. Særlig gjelder dette høyrisikogruppene. Dette har ført til samlede tilskudd i størrelsesorden 25 mill. kroner per år (2011), altså om lag 11,5 mill. kroner lavere enn forutsatt.
- Innmeldingen av årsverk har øket fra 14.111 i 2009 til 15.719 i 2012. Den opprinnelige, men svært usikre beregningen, var på 16.576 årsverk. Den faktiske innmelding av årsverk i de laveste risikogruppene er høyere enn opprinnelig beregnet, mens innmeldingen i de høyeste risikogruppene er lavere. Dette er også en årsak til svikten i samlede tilskudd til NPE. Det er grunn til å tro at det

fortsatt mangler noen tilskuddpliktige årsverk, men det er antagelig ikke et stort antall. Departementet mener derfor at man bør legge til grunn dagens situasjon med hensyn til innmeldte årsverk når tilskuddsatsene endres.

- Inntrufne skader per år ser ut til å kunne bli noe lavere enn tidligere forutsatt. De foretatte analysene indikerer at en normal skadeårgangs erstatningskostnader (inklusive pasientenes utgifter til advokatbistand) ligger i størrelsesorden 5 mill. kroner lavere enn det som ble forutsatt ved gjeldende tilskuddfastsetting. Usikkerheten i beregningene er imidlertid fortsatt til stede på grunn av et spinkelt erfaringsgrunnlag, få år og lavt antall behandlede saker. Denne nedjusteringen av årlige erstatningskostnader kan også sees i sammenheng med at det faktisk ser ut til å være et lavere antall helsepersonellårsverk i de høyere risikogrupperne enn før antatt.
- Driftskostnadene utgjorde i 2011 samlet for NPE og PSN 11,4mill. kroner. Dette er 2,4 mill. kroner mer enn det man forutsatte i den gjeldende forskriften. Imidlertid samsvarer det noenlunde med de anslagene som ble tatt inn i høringsnotatet fra 2008. Der fremgår det av et tabelloppsett at i forhold til antall meldte skader per år på henholdsvis 300, 400 og 500 skader, kunne administrasjonskostnadene anslås til henholdsvis 9,0, 11,7 og 13,3 mill. kroner. Med den tekniske beregningsmåten som er lagt til grunn, fører det antall årsverk som er meldt inn, at administrasjonstillegget blir for lav.
- Erstatningsutbetalingene har vokst langt raskere enn forventet. Dette skyldes skadene voldt før 2009, som står for det alt vesentlige av utbetalingene hittil. De står for 15,8 av i alt 18,8 mill. kroner ved utgangen av 2011. Dessuten har det vist seg at det i liten grad er mulig å søke regress for disse erstatningsutbetalingene hos forsikringsselskaper der skadevolder var forsikret da skaden ble voldt. Det har vist seg at de fleste forsikringsavtalene inneholdt vilkår som begrenset dekningen til skader som ble fremsatt i forsikringsperioden, det vil si før forsikringsavtalen opphørte, såkalt "claims made-dekning". At forsikringsavtaler kunne inneholde slike begrensninger ble omtalt i Ot.prp. nr. 103 (2005-2006).

Det man har erfart så langt, er lavere tilskudd, høyere erstatningsutbetalinger per år i starten og noe høyere administrasjonstillegg enn forutsatt. Denne utviklingen innebærer at det som skulle avsettes til oppbygging av en reserve blir mindre enn forutsatt. Drifts- og erstatningsutbetalingene i 2011 overskred inntektene (tilskudd og renter på reserven på konto i Norges Bank) med nærmere to millioner kroner. Dette underskuddet forventes å øke ytterligere inneværende år. Ved årsskiftet 2011/2012 var det relativt beskjedne 26 mill. kroner i reserve. Uten justering av tilskuddsatsene vil reserven antagelig bli brukt opp i løpet av tre til fire år.

2.2 Utviklingen i antall meldte skader

I høringsnotatet til forskriften i 2008 ble det forventet mellom 200 og 500 meldte skader per år. Man forventet en årlig vekst fra omkring 200 skader første året økende opp mot 500 skader etter en del år. Utviklingen fra 2009 har vært følgende:

2009: 287 meldte skader

2010: 345 meldte skader

2011: 347 meldte skader

2012: 130 meldte skader per 31. mars, som gir en lineær årsprognose på 520 saker.

Veksten fra første kvartal 2011 til første kvartal 2012 er på hele 28 %. Det er usikkert om denne veksttakten fortsetter resten av året, men det må regnes med at antall meldte skader i inneværende år ender mellom 450 og 500. Antagelig oppleves nå en viss opphopning i antall meldte skader slik at det antallet skader som man kan regne med i en normal skadeårgang kan være noe lavere enn 500 saker. I analysearbeidet har NPE lagt til grunn 450 skader per skadeårgang. Det er således brukt forsiktige anslag.

3. Departementets forslag til endringer i forskriften

3.1 Økning av tilskuddene fra privat sektor

3.1.1 Metoden for beregning av tilskuddene

Årlig tilskudd for en virksomhet er beregnet med utgangspunkt i et grunntilskudd ($g=2000$) multiplisert med en risikofaktor (p) for hver helsepersonellgruppe, og tillagt administrasjonskostnader (a). Resultatet er multiplisert med antall årsverk i vedkommende helsepersonellgruppe for å finne virksomhetens årstilskudd for denne delen av helsepersonellet. Matematisk kan dette settes opp som følger:

$$\text{Tilskudd per årsverk} = g \cdot p + a$$

Administrasjonskostnadene er satt til et minimum på kr 150.

Det fastsatte tilskuddet per årsverk for de ulike helsepersonellgruppene fremgår av forskriften § 10.

Når tilskuddene skal endres, kan følgende parametre justeres:

- Administrasjonstillegget
- Grunntilskuddet. Dette er aktuelt å justere dersom man ønsker en lik prosentvis justering av alle risikogruppene
- Risikofaktoren. Dette justeres i den grad erfaringene tilsier endringer for enkelte risikogrupper/helsepersonellgrupper

- Erfaringene kan også tilsi at man bør flytte helsepersonellgrupper til en annen risikogruppe eller opprette nye risikogrunder

Gitt det forslaget til justering av administrasjonstillegget som omtales i punkt 3.1.4, kan formelen foran skrives som følger:

$$\text{Tilskudd per årsverk} = 1,6g \cdot p$$

Forslaget om økning av tilskuddene er også beregnet med denne metoden, dog med tillegg av ekstra risikotilskudd for skader voldt før 2009.

3.1.2 Forutsetninger for forslagene om økning av tilskuddene

Departementet mener at det ikke er ønskelig med årlige endringer av tilskuddene. Det er ønskelig at tilskuddene kan holdes uendret i en periode. Derfor er forslaget om endring av de ulike elementene i tilskuddet som er omtalt i de følgende punktene, beregnet på grunnlag av en slik målsetting og de erfaringene pasientskadeordningen i privat sektor har gitt så langt.

3.1.3 Justering av grunntilskuddet (g)

Grunntilskuddet beregnes likt for alle helsepersonellgrupper, uavhengig av risiko. Justering gir derfor i utgangspunktet samme effekt for alle helsepersonellgrupper. For å dekke opp noe av den generelle økonomiske utviklingen i en del år fremover, foreslås en justering med 7,5 %. Forslaget baseres på at foretatte analyser viser at årlig skadeomfang i privat helsetjeneste kan synes noe lavere enn før antatt.

3.1.4 Justering av administrasjonstillegget (a)

For å kunne dekke inn den andelen av driftskostnader i NPE og PSN som relaterer seg til behandling av saker fra privat sektor, er det nødvendig å justere administrasjonstillegget noe. Som nevnt var driftskostnadene 2,4 mill. kroner høyere i 2011 enn forutsatt i 2008. Den *relative* administrasjonsandelen av samlet tilskudd må imidlertid justeres forholdsvis mye.

Gjeldende tilskuddsatser gir med et administrasjonstillegg på 30 % av risikotilskuddet, et bidrag på 6,6 mill. kroner. Til sammenligning var driftskostnader for NPE og PSN i 2011 totalt 11,4 mill. kroner. Driftskostnadene i ordningen har ennå ikke blitt normalisert i den forstand at man ikke har nådd normal portefølje av saker under behandling. Samtidig har det i de første årene vært en del ekstraordinære kostnader til kompetanseoppbygging og til utvikling av nye tekniske systemer og rutiner. Videre viser erfaringene så langt at det er forskjeller på den gjennomsnittlige skade oppstått i den private helsetjenesten og skader oppstått i den offentlige helsetjenesten. Saker fra den private helsetjenesten krever noe mer tid og ressurser i den innledende fasen (under saksforberedelsen der nødvendig dokumentasjon om saken innhentes), men er enklere og raskere å utrede både mht spørsmålet om ansvar foreligger og utredning av erstatningens størrelse. Sakene som gjelder privat helsetjeneste har hittil i gjennomsnitt vært mindre omfattende, mindre alvorlige og har gitt lavere økonomiske konsekvenser for pasienten enn gjennomsnittsskaden fra offentlig helsetjeneste. Samlet sett bør

derfor en sak fra privat helsetjeneste koste noe mindre å behandle i NPE og PSN enn en sak fra offentlig helsetjeneste. Hvor stor saksbehandlingskostnaden for en gjennomsnittlig sak faktisk er, vil det først danne seg et mer sikkert bilde av om to-tre år når driften og saksantallet har blitt mer normalisert. Utover saksbehandlingskostnadene påløper også kostnader forbundet med registerføring og porteføljeadministrasjon i NPE. Denne formen for kostnad er relativt sett svært mye lavere for den offentlige helsetjenesten.

Når administrasjonstillegget foreslås satt opp til 60 %, tilsvarende en årlig andel av tilskuddene på 12,8 mill. kroner, er dette et forsiktig anslag som bare ligger noe over de faktiske utgiftene i 2011. 60 % tillegg kan isolert sett synes høyt og gir en kostnadsandel av de samlede tilskuddene på 37,5 %. Til sammenligning ligger kostnadsandelen i den danske tannlegeordningen, som har eksistert i flere tiår, på et tilsvarende nivå. Det kan tilsi at dette er tilnærmet riktig kostnadsandel. At kostnadsandelen måtte bli høyere i privat enn offentlig helsetjeneste, ble også lagt til grunn i 2008. Men med langt lavere gjennomsnittsskade og bare en liten forskjell i gjennomsnittlige utredningskostnader per sak, må kostnadsandelen nødvendigvis bli vesentlig høyere i privat helsetjeneste. Gjennomsnittlige erstatningsutbetalinger i den private helsetjenesten har vist seg å være langt lavere enn man tidligere antok. På bakgrunn av de erfaringene man nå har fått, anslår NPE gjennomsnittserstatningen i privat sektor til å ligge på ca 130 000 kroner, mens tilsvarende gjennomsnitt for saker i den offentlige helsetjenesten i 2011 lå på 740 000 kroner.

3.1.5 Justering av risikofaktorer og risikogrupper

I gjeldende § 10 i forskriften er gruppen "*alt helsepersonell i bedriftshelsetjenesten*" plassert i laveste risikogruppe som er pålagt å betale et tilskudd på 400 kroner per årsverk. I 2008 ble det antatt at risikoen for denne gruppen ikke var særlig høy da bedriftshelsetjenesten i dag i hovedsak driver forebyggende virksomhet. Gruppen representerer imidlertid en noe ubalansert risiko, idet man ikke kan se bort fra en og annen større skade på grunn av for eksempel forsinket diagnose, unnlatt henvisning til spesialist osv. Denne gruppen består av i underkant av 1 000 årsverk og har betalt noe under 0,4 mill. kroner i tilskudd til NPE per år. Imidlertid er det meldt om en del skader, og NPE har allerede utbetalt rundt 2 mill. kroner i erstatninger til pasienter. Derfor foreslås det at denne gruppen flyttes til risikogruppe 2 som etter gjeldende bestemmelse er pålagt et årlig tilskudd på 650 kroner.

Når det gjelder gruppen "*tannleger innen oral kirurgi...*" som er plassert i risikogruppe 6, er det meldt om et stort antall skader, foretatt store utbetalinger og avsatt betydelige midler til meldte, men ennå ikke oppgjorte skader. Aktuarfaglig kompetanse har anbefalt at det foretas en oppjustering av tilskuddene for denne faggruppen, som omfatter 573 årsverk. Det foreslås derfor opprettet en ny risikogruppe 6a der de aktuelle tannlegene innplasseres. Risikogruppe 6 har i dag en risikofaktor på 2,5. For ny gruppe 6a foreslås risikofaktor 3,0. Dette gir alene en økning i tilskuddene fra kr 6 500 til kr 7 800. I tillegg kommer virkningen av de øvrige justeringene av grunntilskuddet (g) og administrasjonstillegget (a).

Når det gjelder gruppen "*øyespesialister*" som er i risikogruppe 9, er det kun meldt inn 22 årsverk. Gruppen er imidlertid overrepresentert med antall skader. Hvert årsverk genererer i gjennomsnitt mer enn én skade meldt til NPE hvert år. Dette er en høy skadefrekvens. De meldte skadene representerer også til dels alvorlige virkninger av operative inngrep (laser o.a.) på pasientenes øyne. Foreløpig er det ikke utbetalt mer enn i overkant av 0,3 mill. kroner i erstatninger, men NPE har avsatt nærmere 4 mill. kroner for meldte, men ennå ikke oppgjorte, skader. Det er mulig at disse avsetningene er noe høyere enn det som vil vise seg å bli det endelige resultatet. Tallene indikerer imidlertid et klart behov for justering. Det foreslås at risikofaktoren justeres fra 15 til 17. Dette gir isolert sett en økning i tilskuddene på 13,3 %. I tillegg kommer virkningen av de øvrige justeringene.

Når det gjelder gruppen "*kirurger*" som er plassert i risikogruppe 9a, er det meldt inn 64 årsverk. Aktuarfaglig kompetanse har anbefalt justering med bakgrunn i en skadefrekvens som ligger på linje med øyespesialistene. Det vil si at hvert årsverk genererer i gjennomsnitt mer enn én skade meldt til NPE hvert år. Hittil er det utbetalt ca. 4 mill. kroner i erstatninger, tilsvarende ca halvparten av innbetalte tilskudd. Det foreslås en justering av risikofaktoren fra 20 til 22. Dette gir isolert en økning i tilskuddene med 10 %. I tillegg kommer virkningene av de øvrige justeringene.

For de risikogrupperne som foreslås justert, er det behov for å følge utviklingen nøye i årene som kommer. Det kan ikke utelukkes at det vil vise seg behov for nye justeringer for en eller flere av disse grupperne.

Nedenfor er det tatt inn en tabell som viser helsepersonellgruppenes nåværende og foreslåtte innplassering i risikogruppe/risikofaktor. I tabellen er også gjort de endringer i beskrivelsen av helsepersonellgruppene som er omtalt nedenfor.

<i>Helsepersonellgrupper</i>	<i>Risiko- grupper</i>	<i>Gjeldende risikofaktor</i>	<i>Foreslått risikofaktor</i>
Ambulansearbeider	1	0,125	0,125
Apotektekniker	1	0,125	0,125
Audiograf	2	0,25	0,25
Alt helsepersonell i bedrifts- helsetjenesten	1 (ny:2)	0,125	0,25
Bioingeniør	1	0,125	0,125
Ergoterapeut	1	0,125	0,125
Fotterapeut	1	0,125	0,125
Fysioterapeut	2	0,25	0,25
Helsesekretær	1	0,125	0,125
Hjelpepleier	1	0,125	0,125
Jordmor	6	2,5	2,5
Kiropraktor	4	1	1
Klinisk ernæringsfysiolog	1	0,125	0,125
Kirurger	9a	20	22

Øyespesialister	9	15	17
Øvrige legespesialister	7	5	5
Øvrige leger	6	2,5	2,5
Omsorgsarbeider	1	0,125	0,125
Optiker	2	0,25	0,25
Ortopediingeniør	2	0,25	0,25
Ortopist	1	0,125	0,125
Perfusjonist	7	5	5
Provisorfarmasøyt	1	0,125	0,125
Psykolog	4	1	1
Radiograf	4	1	1
Reseptarfarmasøyt	1	0,125	0,125
Sykepleier	1	0,125	0,125
Tannhelsesekretær	1	0,125	0,125
Tannlegespesialist innen oral kirurgi/medisin og protetik samt tannleger som driver med implantat	6 (ny:6a)	2,5	3
Øvrige tannleger	5	1,5	1,5
Tannpleier	1	0,125	0,125
Tanntekniker	1	0,125	0,125
Vernepleier	1	0,125	0,125

Tabell 2: Risikogrupper og risikofaktorer

3.1.6 Tilskudd til dekning av overgangsordningen

De avtalene som helsepersonell hadde inngått med forsikringsselskaper før pasientskadeordningen for privat sektor trådte i kraft 1.1.2009, medførte i stor grad at forsikringsselskapenes ansvar for erstatninger opphørte per 31.12.2008. I samsvar med den vedtatte overgangsordningen som er omtalt i punkt 1.1, har NPE i stor grad blitt ansvarlig også for skader voldt før 2009 som ikke var blitt meldt til forsikringsselskapene før pasientskadeordningen for privat sektor trådte i kraft. Disse skadene skal også finansieres via tilskuddene til NPE. Da tilskuddene ble fastsatt i 2008, var det ikke mulig å anslå hvor omfattende økonomisk ansvar NPE dermed overtok. Man visste ikke hvor stor andel av det totale skadeomfanget som allerede var meldt til og gjort opp av forsikringsselskapene. Erstatningskostnadene forbundet med skader voldt før 2009 ble derfor ikke tatt med ved fastsettelsen av gjeldende tilskudd, men ble forutsatt dekket inn ved senere justeringer.

Etter vel tre år har man fått erfaringer som gjør at det samlede omfanget av de eldre skadene kan beregnes med noenlunde sikkerhet. 60 % av de hittil meldte sakene og over 80 % av erstatningsutbetalingene gjelder skader voldt før 2009. Det antas at disse skadene samlet vil generere erstatningsutbetalinger på minst 35 mill. kroner, men at det kan bli så mye som 45 mill. kroner. Av dette er allerede utbetalt ca 16 mill. kroner.

Departementet mener at det foreløpig kun bør legges til grunn at skadene voldt før 2009 vil medføre 35 mill. kroner i erstatningsutbetalinger. Det foreslås at de 35 mill. kronene dekkes inn gjennom et ekstra tilskudd på samlet 7 mill. kroner per år.

3.1.7 *Bruk av betegnelse på enkelte grupper helsepersonell*

Det har vært en del forvirring rundt beskrivelsen og inndelingen av de to tannlegegruppene. *Teksten som beskriver hvilke tannleger som hører hjemme i risikogruppe 6 (her foreslått endret til 6a) er uklar og har skapt usikkerhet blant tannlegene og ekstraarbeid for NPE.* Tannlegeforeningen har tatt til ordet for at de som innplasseres i den høyeste risikogruppen for tannleger betegnes som følger:

- Tannleger med spesialitet innen oral protetik
- Tannleger med spesialitet innen oral kirurgi og oral medisin
- Alle tannleger som utfører arbeid med implantater (uansett om de er spesialister eller ikke)

Dette er i tilpasset kortform innarbeidet i oversiktene over helsepersonellgruppene i forslaget til endring av § 10 i forskriften. Alle øvrige tannleger— herunder både allmenntannleger og tannleger med andre spesialiteter enn nevnt foran— innplasseres i den laveste risikogruppen (gruppe 5). Betegnelsen "Tannleger" i tabellen over helsepersonellgrupper foreslås endret til "Øvrige tannleger".

3.1.8 *Samlede virkninger av forslagene for helsepersonellgruppene*

Tabellen under viser de samlede virkninger av forslagene, inklusive tilskuddet for skader voldt før 2009, for alle helsepersonellgruppene.

Departementet tar sikte på at endringene kan tre i kraft 1. januar 2013.

<i>Helsepersonellgrupper</i>	<i>Risiko-grupper</i>	<i>Gjeldende tilskudd</i>	<i>Foreslått tilskudd</i>	<i>Endring i prosent</i>
Ambulansearbeider	1	400	513	28,3
Apotektekniker	1	400	513	28,3
Audiograf	2	650	1 025	57,7
Alt helsepersonell i bedriftshelse-tjenesten	1 (ny:2)	400	1 025	156,3
Bioingeniør	1	400	513	28,3
Ergoterapeut	1	400	513	28,3
Fotterapeut	1	400	513	28,3
Fysioterapeut	2	650	1 025	57,7
Helsesekretær	1	400	513	28,3
Hjelpepleier	1	400	513	28,3
Jordmor	6	6 500	10 250	57,7
Kiropraktor	4	2 600	4 100	57,7
Klinisk ernæringsfysiolog	1	400	513	28,3
Kirurger	9a	52 000	90 200	73,5
Øyespesialister	9	39 000	69 680	78,7

Øvrige legespesialister	7	13 000	20 500	57,7
Øvrige leger	6	6 500	10 250	57,7
Omsorgsarbeider	1	400	513	28,3
Optiker	2	650	1 025	57,7
Ortopediingeniør	2	650	1 025	57,7
Ortopist	1	400	513	28,3
Perfusjonist	7	13 000	20 500	57,7
Provisorfarmasøyt	1	400	513	28,3
Psykolog	4	2 600	4 100	57,7
Radiograf	4	2 600	4 100	57,7
Reseptarfarmasøyt	1	400	513	28,3
Sykepleier	1	400	513	28,3
Tannhelsesekretær	1	400	513	28,3
Tannlegespesialist innen oral kirurgi/medisin og protetikkk samt tannleger som driver med implantat	6 (ny:6a)	6 500	12 630	94,3
Øvrige tannleger	5	3 900	6 150	57,7
Tannpleier	1	400	513	28,3
Tanntekniker	1	400	513	28,3
Vernepleier	1	400	513	28,3

Tabell 3: Samlet effekt for helsepersonellgruppene av alle forslagene

3.2 Meldeplikt

Etter forskriften § 9 skal virksomheter som sysselsetter helsepersonell og som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten, melde fra til NPE om sin virksomhet hvert år innen 1. februar. Meldeplikten gjelder således for alle virksomheter, ikke bare for nye virksomheter og virksomheter som har foretatt endringer i sysselsettingen siden forrige år.

Ved årsskiftene etter 2009 har NPE erfart at mange virksomheter ikke sender inn melding ved årsskiftet, men allikevel dekker faktura fra NPE basert på tidligere års opplysninger om virksomheten. Departementet er kommet til at det må være unødvendig å pålegge virksomhetene å sende inn årlig melding dersom de aktuelle opplysningene ikke avviker fra de som ble sendt inn ved forrige eller tidligere årsskifte. Det må være tilstrekkelig at det sendes inn melding/beskjed om endringer av tidligere opplysninger, det vil si endringer i antall og sammensetning av profesjoner og årsverk. § 9 foreslås endret i samsvar med dette.

3.3 Pasientskader i forbindelse med ideelle organisasjoners virksomhet

En del ideelle organisasjoner, som hjelpeorganisasjoner, har som målsetting å yte helsehjelp eller yter jevnlig helsehjelp innenfor sitt arbeidsområde. Når de inngår avtale med, eventuelt ansetter, helsepersonell for at de skal yte helsehjelp på vegne av organisasjonen, vil organisasjonen omfattes av tilskuddsplikten i forskriften § 4. At organisasjonen har et ideelt formål, er ikke avgjørende for at den anses for å være en

virksomhet som sysselsetter helsepersonell i forskriftens forstand. Ofte kan slike organisasjoner drive omfattende virksomhet innenfor privat helsetjeneste. NPE har fullmakt etter forskriften § 5 til å avgjøre hvor stor andel av et årsverk eller hvilket antall årsverk organisasjonen skal betale tilskudd for.

I en del tilfeller sørger organisasjoner eller foreninger, som for eksempel idrettsklubber, for å ha helsepersonell til stede i forbindelse med mer sporadiske arrangementer/idrettsstevner der deltagere eller publikum kan komme til å ha behov for helsehjelp i løpet av arrangementet. Foreningen kan for eksempel være forpliktet etter interne regler til å ha helsepersonell til stede under visse typer arrangementer/idrettsstevner. Dersom foreningen på forhånd inngår avtale med helsepersonell om at de skal yte helsehjelp i forbindelse med slike arrangementer, og avtalen er av fast og løpende karakter, omfattes i alle fall foreningen i prinsippet av begrepet virksomhet i § 4. Men i de fleste tilfeller vil den helsehjelpen som ytes være av mer tilfeldig og sporadisk karakter og ikke på noen måte komme opp mot et årsverk. Som regel vil dessuten vedkommende helsepersonell være dekket av tilskudd for et helt årsverk fra den virksomheten han til daglig er sysselsatt i. Dersom helsepersonell som tilfeldigvis er til stede yter helsehjelp eller yter helsehjelpen frivillig uten at det er avtalt på forhånd, vil vedkommende være unntatt fra tilskuddsplikten etter § 4 tredje ledd. Arbeidet med å vurdere om foreningene i de konkrete tilfellene har tilskuddsplikt, og eventuelt fastsette tilskuddenes størrelse, medfører antakelig mer kostnader enn det som er hensiktsmessig i forhold til det eventuelle tilskudds verdi. Departementet ønsker derfor å gjøre unntak fra tilskuddsplikten for organisasjoner og foreninger som rent sporadisk og med små årsverksandeler sørger for helsehjelp ved idrettsarrangementer og lignende og vil gjerne motta synspunkter fra høringsinstansene på dette.

Dersom organisasjonen eller foreningen inngår avtale med et helsepersonell på konsulentbasis og vedkommende betaler tilskudd gjennom den virksomheten han er sysselsatt i og "leies ut" fra, skal ikke organisasjonen eller foreningen i tillegg betale tilskudd. Det skal ikke betales dobbelt tilskudd for det samme eller deler av det samme årsverket.

4. Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslagene i høringsnotat innebærer ingen virkninger av verken økonomisk eller administrativ art for det offentlige generelt eller NPE spesielt. NPE vil riktignok få høyere inntekter, men dette er bare for å dekke opp høyere utgifter innenfor ordningens formål.

For de private virksomhetene i helsesektoren som plikter å betale tilskudd til NPE, innebærer forslaget en økning i utgiftene til dekning av kostnader til drift og erstatninger. Dette er utgifter som kommer til fradrag i virksomhetenes driftsresultat. Utgiftsøkningen kan således indirekte medføre en mindre økning i behandlingsutgiftene for den enkelte pasient.

Utkast til
endring av forskrift 31. oktober 2008 nr 1166 om pasientskadelovens
virkeområde og om tilskuddplikt for den som yter helsehjelp utenfor den
offentlige helsetjenesten

Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet (*dato*) med hjemmel i forskrift 31. oktober 2008 nr 1166 om pasientskadelovens virkeområde og om tilskuddplikt for den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten § 11.

§ 9 skal lyde:

§ 9 Meldeplikt

Det skal meldes fra til Norsk Pasientskadeerstatning om virksomhet som sysselsetter helsepersonell og som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten.

Melding om endring i virksomheten kommende år skal sendes Norsk Pasientskadeerstatning senest 1. februar i det aktuelle året. Melding om etablering av ny virksomhet skal sendes senest én uke etter at virksomheten begynner å yte helsehjelp. Melding om at virksomhet opphører, sendes Norsk Pasientskadeerstatning om mulig én måned før opphør og senest en måned etter opphør av virksomheten. Melding om endring av adresse, telefon og annen kontaktinformasjon skal sendes Norsk Pasientskadeerstatning snarest.

Meldingen skal inneholde de opplysningene som er nødvendig for at Norsk Pasientskadeerstatning skal kunne beregne og kreve inn tilskudd fra virksomheten. Meldingen skal gis på skjema utarbeidet av Norsk Pasientskadeerstatning.

Den som er ansvarlig for å betale tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning, skal sørge for at meldeplikten overholdes.

§ 10 skal lyde:

§ 10 Tilskudd

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

Helsepersonellgrupper	Risiko- grupper	Tilskudd
Ambulansearbeider	1	513
Apotektekniker	1	513
Audiograf	2	1 025
Alt helsepersonell i bedriftshelsetjenesten	2	1 025
Bioingeniør	1	513
Ergoterapeut	1	513
Fotterapeut	1	513
Fysioterapeut	2	1 025

Helsesekretær	1	513
Hjelpepleier	1	513
Jordmor	6	10 250
Kiropraktor	4	4 100
Klinisk ernæringsfysiolog	1	513
Kirurg	9a	90 200
Øyespesialister	9	69 680
Øvrige legespesialister	7	20 500
Øvrige leger	6	10 250
Omsorgsarbeider	1	513
Optiker	2	1 025
Ortopediingeniør	2	1 025
Ortopist	1	513
Perfusjonist	7	20 500
Provisorfarmasøyt	1	513
Psykolog	4	4 100
Radiograf	4	4 100
Reseptarfarmasøyt	1	513
Sykepleier	1	513
Tannhelsesekretær	1	513
Tannlegespesialist innen oral kirurgi/medisin og protetik og samt tannleger som driver med implantat	6a	12 630
Øvrige tannleger	5	6 150
Tannpleier	1	513
Tanntekniker	1	513
Vernepleier	1	513

Forskriften trer i kraft fra det tidspunktet departementet bestemmer.