

Høringsnotat

Forskrift om pasientskadelovens virkeområde og om
tilskuddsplikt for den som yter helsehjelp utenfor den offentlige
helsetjenesten

1.	Innledning og bakgrunn for endringer i pasientskadeloven og forslaget til forskrift	3
2.	Hovedinnholdet i høringsnotatet	5
3.	Nærmere om gjeldende rett	7
4.	Nærmere om endringene i pasientskadeloven	9
5.	Pasientskadelovens virkeområde	12
5.1.	Helsetjenester på Svalbard	12
5.2.	Helsetjenester her i riket med særskilt liten norsk tilknytning	13
6.	Forskriftens virkeområde	15
6.1.	Definisjon av privat sektor	15
6.2.	Utenlandsk helsepersonell som yter helsetjenester midlertidig i Norge	15
6.3.	Bedriftshelsetjeneste	16
7.	Pliktsubjekt for melde- og tilskuddsplikt	17
7.1.	Melde- og tilskuddsplikt for virksomhet	17
7.2.	Avtaler med profesjonsforeningene	18
7.3.	Helsepersonell som yter helsehjelp uten å være sysselsatt i helsetjeneste	19
7.4.	Helsepersonell som yter helsehjelp utenfor virksomheten på fritiden	20
8.	Egenandel	21
9.	Klageordning	22
10.	Anslag over antall saker, erstatningsutbetalinger og administrasjonskostnader	23
10.1.	Antall saker - erstatningsutbetalinger	23
10.2.	Administrasjonskostnader	23
11.	Forutsetninger for beregning av tilskuddene	26
12.	Forslag til tilskudd fra privat sektor	28
13.	Modeller for mulig utjevning av tilskudd mellom yrkesgrupper	36
13.1.	Utjevning mellom legene	36
13.2.	Utjevning mellom alle yrkesgrupper der 10% fordeles	36
13.3.	Utjevning mellom alle yrkesgrupper der 50% fordeles	37
14.	Forvaltning av innbetalte tilskudd	39
15.	Forslag til endring i annet regelverk	41
15.1.	Utvidelse av Pasientskadenemnda	41
15.2.	Nedleggelse av Rådet	42
15.3.	Finansiering av ordningens utgifter til drift og til advokat	42
16.	Økonomiske og administrative konsekvenser	44
16.1.	Administrative konsekvenser	44
16.2.	Økonomiske konsekvenser	44
17.	Merknader til forskrift om pasientskadelovens virkeområde og om tilskuddsplikt for den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten	45
18.	Utkast til forskrifter	49

1. Innledning og bakgrunn for endringer i pasientskadeloven og forslaget til forskrift

Lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven) gir regler om erstatning til pasienter og andre som har lidt tap på grunn av en pasientskade når skaden skyldes svikt ved ytelsen av helsehjelp. Pasientskadeloven fastsetter et såkalt objektivisert ansvarsgrunnlag. Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) har ansvar for å behandle saker vedrørende skader som voldes i den offentlige helsetjenesten og skal behandle krav og utbetale eventuell erstatning, herunder pasientens utgifter til advokat. NPEs vedtak kan påklages til Pasientskadenemnda.

Pasientskadeloven trådte i kraft for den offentlige helsetjenesten fra 1. januar 2003. Loven er foreløpig ikke satt i kraft utenfor den offentlige helsetjenesten. Dette skyldes at loven forutsetter at erstatningskrav ved pasientskader i privat helsesektor skal sikres ved forsikring og at forsikringsselskapene ikke ønsket å tilby forsikring på de vilkår pasientskadeloven fastsetter. Det gjelder derfor i dag et objektivisert ansvar i medhold av pasientskadeloven for skader som voldes i den offentlige helsetjenesten og uaktsomhetsansvar etter alminnelig erstatningsrett for skader som voldes utenfor den offentlige helsetjenesten. Våren 2003 fremmet Helsedepartementet Ot.prp. nr. 74 (2002-2003) om lov om endringer i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven) med forslag til endringer som skulle gjøre det mulig å sette pasientskadeloven i kraft i sin helhet. Forslaget innebar blant annet at forsikringsbransjen selv skulle behandle de krav de kunne bli ansvarlige for å dekke, og hjemmel til å fastsette ansvarsbegrensninger i forsikringsavtalene. Lovforslaget ble vedtatt som lov 26. september 2003 nr. 95 om endringer i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven). På tross av lovendringene var forsikringsbransjen ikke villig til å tilby forsikring på lovens vilkår.

Helse- og omsorgsdepartementet foreslo i Ot.prp. nr. 103 (2005-2006) nye endringer slik at loven kunne settes i kraft også utenfor den offentlige helsetjenesten. På bakgrunn av departementets forslag har Stortinget ved lov av 29. juni 2007 nr. 78 vedtatt endringer i pasientskadeloven, slik at NPE overtar ansvaret også for skader som voldes utenfor den offentlige helsetjenesten. Det vil si i privat helsesektor. NPE skal behandle krav og utbetale erstatning. Ansvarsgrunnlaget vil være det samme når skaden er voldt i privat helsesektor som ved skade voldt i den offentlige helsetjenesten. Loven innebærer at tjenesteytere som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten selv skal finansiere erstatningsordningen for privat sektor gjennom å betale tilskudd til NPE. Det vil si at finansieringen av pasientskadeerstatningsordningen i privat sektor skal skje ved tilskudd til NPE i stedet for ved premiebetaling til et forsikringsselskap.

Det er vedtatt endringer i pasientskadeloven § 8, slik at bestemmelsen fastsetter at den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten, skal melde fra og yte tilskudd

til Norsk Pasientskadeerstatning. Etter § 8 annet ledd fastsetter Kongen i forskrift nærmere bestemmelser om melde- og tilskuddsplikten, om registrering av meldingene og om tilskuddsordningen. Det kan også gjøres unntak fra plikten til å melde fra og yte tilskudd.

For at pasientskadeloven skal kunne tre i kraft også for privat sektor, foreslår departementet i dette høringsnotatet en forskrift om tilskuddsplikt for den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten. Dette forslaget omtales som forslaget til ny forskrift. Dels som følge av dette forslaget, foreslås det samtidig noen mindre endringer i forskrift 20. desember 2002 nr. 1625 om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda. Dette forslaget omtales som forslag til endring i FOR 2002-12-20 nr. 1625.

Etter pasientskadeloven § 19 kan Kongen bestemme at loven ikke skal gjelde når det ytes helsehjelp her i riket med særskilt liten norsk tilknytning. I forbindelse med at pasientskadeloven skal tre i kraft også for privat helsesektor, foreslår departementet i forskriften at visse helsetjenester unntas fra lovens virkeområde, blant annet for å unngå at loven nå også kommer til anvendelse for den russiske helsetjenesten på Svalbard.

Departementet tar sikte på at endringene i pasientskadeloven og forskriftsbestemmelsene skal tre i kraft fra 1. januar 2009.

2. Hovedinnholdet i høringsnotatet

Pasientskadeloven trådte i kraft for offentlig helsetjeneste 1. januar 2003. At den ikke er trådt i kraft for privat helsetjeneste, skyldes at loven forutsetter at erstatningskrav mot privat sektor skal sikres ved forsikring. Frem til nå har forsikringsbransjen ikke vært interessert i å tilby forsikring basert på pasientskadelovens ansvarsregler. Etter endringer i pasientskadeloven ved lov 29. juni 2007 nr. 78 skal NPE overta ansvaret også for pasientskader voldt utenfor offentlig helsetjeneste. Endringene forutsetter at alle kostnader ved å innlemme privat sektor i pasientskadeordningen skal finansieres av privat sektor selv gjennom tilskudd til NPE. Under behandlingen av endringsloven i Stortinget forutsatte komiteen at tilskuddet skal differensieres i noen grupper basert på skaderisiko og omfang av virksomheten.

Endringene er ikke trådt i kraft fordi en del nødvendige beslutninger er overlatt til forskriftsregulering. Dette gjelder særlig regler om eventuelle unntak fra tilskuddsplikten, organisering av tilskuddsordningen og beregning av tilskuddene. Dette høringsnotatet inneholder forslag til slik forskrift. Som en konsekvens av dette forslaget foreslås noen endringer i forskrift 20. desember 2002 nr. 1625 om Norsk Pasientskadeserstatning og Pasientskadenemnda.

Punkt 3 inneholder en nærmere omtale av gjeldende rett.

Punkt 4 inneholder en nærmere omtale av endringene i pasientskadeloven som ligger til grunn for forslaget til forskrift.

Punkt 5 omtaler et forslag til regulering av pasientskadelovens virkeområde. Det foreslås at loven ikke skal gjelde for den russiske helsetjenesten på Svalbard. Både offentlig og eventuell privat russisk helsetjeneste foreslås unntatt. Videre foreslås at helsetjenester med særlig liten tilknytning til Norge skal unntas.

Punkt 6 inneholder en nærmere omtale av forskriftens virkeområde. Det foreslås at utenlandsk helsepersonell som yter helsetjenester midlertidig i Norge ikke skal omfattes av forskriften. Videre foreslås at bedriftshelsetjeneste skal omfattes dersom den yter helsehjelp.

Punkt 7 inneholder en nærmere omtale av forslaget om nærmere regler om plikt til å melde fra om virksomhet og til å yte tilskudd til NPE. Det foreslås at melde- og tilskuddsplikten skal legges på virksomhetene og ikke på det enkelte helsepersonell. Det foreslås at profesjonsforeninger skal kunne inngå avtale med NPE om at foreningen skal kunne oppfylle medlemmenes melde- og tilskuddsplikt. Det foreslås at helsepersonell som kun yter helsehjelp i fritiden, ikke skal ha melde- og tilskuddsplikt.

Punkt 8 omtaler spørsmålet om skadevolder i privat sektor skal betale egenandel. Det foreslås ikke egenandelsplikt i forskriften.

Punkt 9 omtaler spørsmålet om klageadgang. Det foreslås at de private virksomhetene skal ha adgang til å klage på NPEs fastsettelse av tilskudd. Det omtales flere mulige klageinstanser uten at departementet tar standpunkt til alternativene.

Punkt 10 og 11 inneholder en nærmere omtale av forutsetningene for beregning av tilskuddene som det foreslås at private virksomheter skal betale til NPE.

Punkt 12 omtaler beregningen av tilskuddene.

Punkt 13 omtaler mulige modeller for utjevning av tilskuddenes størrelse.

Punkt 14 omtaler statens forvaltning av de innbetalte tilskuddene.

Punkt 15 omtaler endringer i FOR 2002-12-20 nr. 1625 som en følge av lovendringene og av forslaget til ny forskrift. Det foreslås dessuten at medlemmene av Pasientskadenemnda ikke behøver å ha personlige varamedlemmer og at bestemmelser om rådet for pasientskadeordningen oppheves.

Punkt 16 omtaler økonomiske og administrative konsekvenser.

Punkt 17 inneholder merknader til den nye forskriften som foreslås.

Punkt 18 inneholder forslaget til ny forskrift og endringer i FOR 2002-12-20 nr. 1625.

3. Nærmere om gjeldende rett

Formålet 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.

Loven gjelder både offentlige og private helsetjenester. Hvilke helsetjenester som hører inn under den offentlige helsetjenesten, reguleres i pasientskadeloven § 6 annet ledd og i forskrift 10. desember 2002 nr. 1625 om Norsk Pasientskadeserstatning og Pasientskadenemnda § 1 tredje ledd. Etter § 6 annet ledd regnes virksomheten til staten, fylkeskommunene og kommunene, samt virksomhet som drives på oppdrag av eller med driftstilskudd fra noen av disse, med til den offentlige helsetjenesten. Bestemmelsene i forskriften § 1 tredje ledd bokstav a til bokstav c innebærer 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 helsehjelp, blir å anse som en del av den offentlige helsetjenesten.

Det fremgår av Ot.prp. nr. 103 (2005-2006) (side 12) at:

”Privat virksomhet utøves av helsepersonell i mange ulike helsepersonellgrupper og i ulike virksomhetsformer, herunder blant annet enkeltpersonforetak og aksjeselskap. Det er ikke lovregulert i hvilke foretaksformer privat yting av helsehjelp skal organiseres. Virksomhetene varierer svært i omfang, fra enkeltpersoner som driver en deltidsvirksomhet alene til større klinikker og private sykehus. Noen driver utelukkende privat virksomhet, mens andre virksomheter delvis faller innenfor den offentlige helsetjenesten idet de mottar tilskudd for en andel av virksomhetens omfang, eller en del av virksomheten finansieres gjennom kjøpsavtaler med det offentlige.”

Helsetjenester i utlandet som det offentlige helt eller delvis bekoster, regnes også med til den offentlige helsetjenesten, jf. bokstav d. Det samme gjelder øyeblikkelig hjelp som ytes utenfor virksomhet i medhold av plikten etter helsepersonelloven § 7 til å yte slik hjelp, jf. bokstav e.

Bestemmelser om forsikring for privat helsevirksomhet følger av loven nåværende § 8. Etter helsepersonelloven nåværende § 20 skal helsepersonell med autorisasjon eller lisens som driver privat virksomhet, ha ansvarsforsikring til dekning av det økonomiske ansvaret som kan oppstå overfor pasienter i forbindelse med yrkesutøvelsen. Ettersom det har vist seg at forsikringsselskapene ikke ønsker å tilby forsikring på pasientskadelovens vilkår og loven derfor foreløpig bare er satt i kraft for den offentlige helsetjenesten, følger forsikringsplikten for helsepersonell som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten av helsepersonelloven nåværende § 20.

NPE er ansvarlig for erstatningskrav som gjelder skade oppstått i den offentlige helsetjenesten og utreder og avgjør krav etter loven samt utbetaler eventuell erstatning. NPEs avgjørelser kan påklages til Pasientskadenemnda. Med hjemmel i pasientskadeloven § § 7 og 16 er det i forskrift 20. desember 2002 nr. 1625 gitt nærmere bestemmelser om NPE og Pasientskadenemnda. Av forskriften § 1 følger at NPE og Pasientskadenemnda er uavhengige forvaltningsorganer. Organene er administrativt underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, men verken departementet eller NPEs styre kan instruere NPE eller Pasientskadenemnda om lovtolkning, skjønnsutøvelse eller avgjørelse av enkeltsaker. Forvaltningsloven og offentlighetsloven gjelder for virksomheten. Det følger av loven § 10, jf. forvaltningsloven § 17, at NPE har ansvar for sakens opplysning. Dette innebærer at NPE plikter å utrede alle sider av saken på en objektiv måte. Bestemmelsene gjelder tilsvarende for Pasientskadenemnda.

Etter pasientskadeloven § 7 annet ledd og forskriften om Norsk Pasientskadeserstatning og Pasientskadenemnda dekkes erstatning for pasientskader voldt i den offentlige helsetjenesten gjennom tilskudd fra de regionale helseforetakene, fylkeskommunene og kommunene.

4. Nærmere om endringene i pasientskadeloven

Som nevnt under punkt 1 har Stortinget vedtatt endringer i pasientskadeloven ved lov 29. juni 2007 nr. 78 som ikke er trått i kraft.

Det er gjort endringer i pasientskadeloven § 6 slik at det fremgår at NPE er ansvarlig for skader både i og utenfor den offentlige helsetjenesten. Når endringene trer i kraft, innebærer dette at pasienten for enhver skade som omfattes av loven, og som ikke allerede er under behandling av et forsikringsselskap, kan få sitt erstatningskrav vurdert og eventuell erstatning utbetalt av NPE. NPE skal også behandle krav og utbetale eventuell erstatning i tilfelle hvor skaden er voldt før lovens ikrafttredelse i tilfelle hvor tjenesteyter ikke har oppfylt plikten etter loven § 8 til å betale tilskudd til NPE og i tilfelle der tjenesteyter er unntatt fra plikten til å betale tilskudd.

Etter pasientskadeloven § 21 skal skader voldt før lovens ikrafttredelse (før januar 2009 når det gjelder utvidelsen til privat helsesektor) behandles etter pasientskadelovens saksbehandlingsregler, men etter de erstatningsregler som gjaldt tidligere. Departementet viser i Ot.prp. nr. 103 (2005-2006) til at det kan oppstå tilfeller der skader som er voldt før lovens ikrafttredelse, ikke er omfattet av forsikringsavtalene på grunn av de dekningsprinsipper som er lagt til grunn. For eksempel kan det være aktuelt at forsikringsselskapene bare dekker skader som er meldt eller konstatert i løpet av det tidsrommet forsikringsavtalene gjelder for. Det følger av proposisjonen at hensynet både til pasientene og helsepersonellet som har voldt skadene, taler for at NPE i disse tilfelle bør behandle kravene og utbetale eventuell erstatning etter alminnelig erstatningsrett, og at kostnadene bør finansieres gjennom tilskuddsordningen for privat helsesektor. Slike krav skal avgjøres etter alminnelige erstatningsrettslige regler, det vil si at ansvarsregelen er uaktsomhet. NPE vil kunne kreve regress mot skadevolder som ikke har oppfylt plikten etter helsepersonelloven § 20 til å tegne forsikring.

I endringsloven fastsettes det en melde- og tilskuddsplikt gjennom endringene i pasientskadeloven § 8. I tillegg er det gjort endringer i lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 20 slik at plikten til å yte tilskudd til NPE fremgår også av denne bestemmelsen. Det antas i Ot.prp. nr. 103 (2005-2006) at en slik dobbeltregulering vil bidra til å sikre etterlevelse av tilskuddsplikten ettersom helsepersonelloven regulerer mange av de plikter helsepersonell er pålagt og hjemler reaksjoner ved overtredelse av lovens bestemmelser.

Administreringen av tilskuddsordningen er lagt til NPE. Oppgaven vil omfatte blant annet registrering av meldinger om virksomhet utenfor den offentlige helsetjenesten som grunnlag for tilskuddsbetaling, samt beregning og innkreving av tilskudd.

Pasientskadeloven § 4 er endret slik at det fremgår at adgangen til å kreve regress gjelder mot den som har unnlatt å betale tilskudd etter § 8, og mot den som har voldt

skaden forsettlig. Det vil etter bestemmelsen være adgang til å søke regress både i tilfeller der tjenesteyter har unnlatt å melde fra om virksomheten, og som følge av dette ikke har fått krav om å betale tilskudd, og i tilfeller der tjenesteyter har meldt fra men likevel ikke har betalt tilskudd. Videre vil NPE kunne søke delvis regress i tilfelle der tjenesteyter har gitt uriktige opplysninger eller har unnlatt å melde fra om endringer i virksomheten og som følge av dette har betalt for lavt tilskudd.

Kongens hjemmel til å gi bestemmelser om at skadevolder plikter å betale egenandel i de tilfellene der det tilkjennes erstatning, er videreført uten vesentlige endringer i ny § 6 a. Bestemmelsen gjelder både offentlige og private tjenesteytere.

I § 8 tredje ledd er det gitt en bestemmelse om straffeansvar for tjenesteyter som forsettlig unnlater å oppfylle plikten til å melde fra eller betale tilskudd til NPE eller som gir uriktige opplysninger og som følge av dette betaler for lavt tilskudd.

Helsepersonelloven kapittel 11 fastsetter bestemmelser om reaksjoner ved brudd på lovens bestemmelser, herunder om advarsel og tilbakekall av autorisasjon. Slike reaksjoner vil kunne vurderes også ved brudd på helsepersonelloven § 20, slik den lyder etter endringen.

I ny § 8 a er det gitt en bestemmelse om at Kongen kan bestemme i forskrift at tjenesteytere eller nærmere angitte grupper av tjenesteytere kan eller skal tegne forsikring til dekning av ansvaret etter loven i stedet for at NPE er ansvarlig. Bestemmelsen gjelder både offentlige og private tjenesteytere. Bestemmelsen åpner for en ordning som gir tjenesteyterne valget mellom å betale tilskudd til NPE eller tegne forsikring på lovens vilkår. Etter annet ledd kan det gis nærmere bestemmelser om slik forsikring. Det følger av Ot.prp. nr. 103 (2005-2006) at departementet mener at det i utgangspunktet ikke bør åpnes for privat forsikring som alternativ til å betale tilskudd til NPE, men dersom det viser seg å oppstå udekkede behov i markedet, kan det bli aktuelt å vurdere om det bør innføres valgfrihet mellom å tegne forsikring på lovens vilkår og betale tilskudd til NPE etter at ordningen har fungert over noe tid. Det foreslås ikke forskriftsbestemmelser som åpner for forsikringsalternativet nå.

Etter pasientskadeloven § 21 gjelder loven for skader, voldt henholdsvis i offentlig og privat helsesektor, etter lovens ikrafttredelser. Etter bestemmelsens annet punktum skal eldre skader behandles etter pasientskadelovens saksbehandlingsregler, men etter de erstatningsregler som gjaldt tidligere. Det er ikke gjort endringer i overgangsbestemmelsen ved lov 29. juni 2007 nr. 78. NPE blir etter dette ansvarlig også for skader voldt i privat helsesektor før endringslovens ikrafttredelse.

Før lovendringene kan tre i kraft, er det nødvendig å forskriftsfeste nærmere bestemmelser om melde- og tilskuddsplikt. Dessuten er det nødvendig å fastsette størrelsen på de tilskuddene som private helsetjenester skal yte til NPE. For å kunne foreta en riktig beregning av hvor store tilskuddene må være, er det nødvendig å ha oversikt over helsehjelp som ytes utenfor den offentlige helsetjenesten. Det finnes per i dag ikke sikre opplysninger verken om antall virksomheter som yter helsehjelp utenfor

den offentlige helsetjenesten, antall helsepersonell som er sysselsatt i virksomhetene, eller annen oversikt over omfanget av slik virksomhet. Det finnes heller ikke tilgjengelig informasjon om skaderisiko og skadefrekvens. Ved beregningen av tilskuddene er erfaringer med skaderisiko innenfor de enkelte gruppene helsepersonell fra offentlig sektor lagt til grunn. Videre er det innhentet erfaringer fra forsikringsselskapene og profesjonsforeningene. Dessuten er det lagt til grunn at privat sektor har et noe annet pasientgrunnlag enn offentlig sektor og at de ikke har en del oppgaver som offentlig sektor har ansvaret for. Ved hjelp av forsikringstekniske beregningsmetoder har departementet i samarbeid med NPE på dette grunnlaget kommet frem til størrelsen på de tilskudd som det foreslås at privat sektor skal yte til NPE.

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.

5. Pasientskadelovens virkeområde

Det følger av pasientskadeloven § 19 at loven gjelder pasientskader som voldes i riket med Svalbard.

5.1. Helsetjenester på Svalbard

Longyearbyen sykehus er et akuttmedisinsk beredskapssykehus. Sykehuset er bemannet for 24 timers beredskap og tilbyr både spesialisthelsetjenester og primærhelsetjenester til den norske befolkningen på Svalbard og alle som ferdes på og rundt øygruppen. Fra 2002 ble sykehuset organisatorisk knyttet til Universitetssykehuset i Nord-Norge RHF, som igjen er organisert under det regionale helseforetaket Helse Nord RHF. Helsepersonellet ved sykehuset består av tre leger, ni sykepleiere og en tannlege. Spesialisthelsetjenesten består av øyeblikkelig hjelp og småkirurgiske planlagte inngrep. Sykehuset fungerer også som et allmennlegekontor, hvor også kirurgen deltar. Tannlegen fungerer dels som en vanlig fylkestannlege og dels som privatpraktiserende. I praksis gis behandling til alle som har behov for helsehjelp, men personer som ikke er medlem av folketrygden må selv dekke utgiftene til helsehjelpen. En allmennpraktiserende lege driver privat praksis i Longyearbyen. Legen har ingen avtale med det offentlige og mottar ikke driftstilskudd. I Barentsburg er det noe helsepersonell, herunder en lege.

Som nevnt i punkt 1 er pasientskadeloven foreløpig kun satt i kraft for den offentlige helsetjenesten. Loven gjelder dermed kun for den norske, offentlige helsetjenesten på Svalbard. Når loven trer i kraft også for privat sektor, legger departementet til grunn at den også vil gjelde for den russiske helsetjenesten på Svalbard med mindre det gjøres unntak. Videre vil den gjelde for privat helsetjeneste uavhengig av nasjonalitet.

Etter § 19 kan Kongen bestemme at loven ikke skal gjelde for helsetjenester her i riket med særskilt liten norsk tilknytning. Forholdet til Svalbard ble omtalt i Ot.prp. nr. 31 (1998-99):

”Helsetjenester i Norge bør normalt være omfattet av loven. Unntak kan imidlertid tenkes for eksempel når det gjelder den russiske helsetjenesten på Svalbard og feltsykehus en utenlandsk militæravdeling oppretter i Norge under en øvelse. Også i disse tilfellene foreslås det en forskriftshjemmel.”

Dersom det ikke gjøres unntak fra virkeområdebestemmelsen i § 19, vil spørsmålet bli om både den private norske helsetjenesten utenom sykehuset og den russiske helsetjenesten på Svalbard skal pålegges plikt til å yte tilskudd til NPE.

Helsehjelp som ytes av den russiske helsetjenesten i Barentsburg, vil normalt ytes av russisk, og ikke av norsk helsepersonell, og ytes til russiske pasienter. Siden den

norske tilknytningen synes å være liten, antas det også å være lite behov for at pasientskadeloven skal gjelde for det russiske samfunnet på Svalbard. Som det fremgår over, ble dette også forutsatt i forarbeidene til loven at det kan gjøre unntak med hjemmel i § 19 fordi russisk helsetjeneste på Svalbard har særskilt liten norsk tilknytning.

Det foreslås derfor i utkastet til forskrift § 1 annet ledd at pasientskadeloven ikke skal gjelde for helsetjenesten i Barentsburg.

Som det fremgår ovenfor, drives det i dag norsk privat helsetjeneste i svært beskjedent omfang på Svalbard, men det kan ikke ses bort fra at slik virksomhet kan komme til å øke i omfang i fremtiden. Det synes ikke å være noen grunn til at pasienter knyttet til den norske bosetningen som behandles av privat helsetjeneste på Svalbard, skal være dårligere økonomisk sikret i tilfelle det skjer pasientskader enn pasienter som behandles privat på fastlandet. Dette bør gjelde uavhengig av om skadelidte for øvrig har noen tilknytning til Norge.

Det foreslås i utkastet til forskrift § 1 annet ledd at pasientskadeloven ikke skal gjelde for den russiske helsetjenesten på Svalbard.

Når det dermed foreslås at privat helsetjeneste som er etablert i tilknytning til den norske bosetningen på Svalbard skal omfattes av pasientskadeordningen, bør de aktuelle virksomhetene også omfattes av plikten til å yte tilskudd til NPE. Denne virksomheten foreslås derfor ikke unntatt fra forskriftens virkeområde.

5.2. Helsetjenester her i riket med særskilt liten norsk tilknytning

Pasientskadeloven § 1 regulerer hvilken tilknytning skaden må ha til helsevesenet for å anses som en pasientskade og omfattes av pasientskadeordningen. Etter bestemmelsens første ledd bokstav c omfatter begrepet pasientskader skader som er voldt av helsepersonell som yter helsehjelp i henhold til offentlig autorisasjon eller lisens. I Ot.prp. nr. 103 (2005-2006) drøftes det om begrepet "offentlig autorisasjon eller lisens" må forstås som et krav om at autorisasjon eller lisens må være gitt av norske myndigheter. I punkt 5.4.1 (side 27) konkluderer departementet med at reelle hensyn taler for at begrepene ikke tolkes så snevert i forbindelse med pasientskadeloven og at det vil være i tråd med lovens formål og virkeområdebestemmelsen i § 19 at skader dekkes selv om de er voldt av en person som ikke har norske autorisasjon eller lisens som helsepersonell, men som har tilsvarende utenlandsk tillatelse og har rett til å praktisere i Norge. Det vil si at pasientskadeloven som utgangspunkt omfatter skader voldt av helsepersonell uten norsk autorisasjon eller lisens som har rett til å yte helsetjenester på midlertidig basis her i landet.

I en del tilfeller der utenlandsk helsepersonell midlertidig yter helsehjelp i Norge, har allikevel helsetjenesten så liten tilknytning til Norge at den bør unntas fra pasientskadelovens virkeområde. Det gjelder tilfeller der helsepersonell yter tjenester

på oppdrag fra en gruppe pasienter som også har særskilt liten tilknytning til Norge. I Ot.prp. nr. 103 (2005-2006) på side 27 er nevnt som eksempler helsepersonell som reiser med og kun behandler utenlandske idrettstropper på besøk, helsepersonell om bord på cruiseskip og helsepersonell som følger utenlandske militærkontingenter på øvelse i Norge. I tilfelle der det utenlandske helsepersonellet og pasientene hører til samme kontingent eller gruppe som oppholder seg midlertidig i Norge, får helsetjenestene som ytes så liten tilknytning til Norge at de bør unntas fra lovens virkeområde. Det fremstår som lite rimelig og hensiktsmessig at NPE i slike tilfeller skal være ansvarlig for skaden og for å utbetale erstatning. Begrepet ”midlertidig opphold” er vagt. Det må vurderes konkret i det enkelte tilfellet om oppholdet er av en slik karakter. Momenter ved vurderingen vil være hvorvidt skaden er voldt i forbindelse med helsetjeneste utført innen en gruppe utenlandske personer som fremstår som en utsending fra et annet land eller om personene i gruppen fremstår som en integrert del i det norske samfunnet, hvorvidt og i hvilken utstrekning helsepersonell i gruppen også yter helsehjelp til personer utenfor gruppen, i hvilken utstrekning gruppen er selvforsynt med helsetjenester og over hvor langt tidsrom gruppen oppholder seg her i landet. Skader i forbindelse med øyeblikkelig hjelp som ytes av helsepersonellet overfor pasienter utenfor gruppen vil imidlertid være å anse som en del av den offentlige helsetjenesten.

Det foreslås etter dette i forslaget til ny forskrift § 1 annet ledd at pasientskadeloven ikke skal gjelde en gruppe utenlandske personer som oppholder seg midlertidig i Norge og mottar helsehjelp fra helsepersonell som reiser sammen med gruppen.

6. Forskriftens virkeområde

6.1. Definisjon av privat sektor

Forskriften foreslås kun å gjelde for privat sektor. Tradisjonelt har denne sektoren blitt definert negativt ved en definisjon av offentlig sektor. Det vil si at helsehjelp som ikke anses for å bli ytt innenfor den offentlige helsetjenesten, anses om helsehjelp ytt innenfor privat sektor. Det foreslås ingen endring av denne definisjonsmåten. Det foreslås heller ingen endringer av innholdsmessig betydning når det gjelder hva som skal regnes som virksomhet innenfor privat helsetjeneste. Det anses fremdeles som hensiktsmessig at den delen av den private virksomheten som mottar offentlig finansiering, regnes med til den offentlige helsetjenesten.

Definisjonen av henholdsvis offentlig og privat helsetjeneste får særlig betydning for virkeområdet til den nye forskriften som forelås i dette høringsutkastet. Det foreslås derfor at § 1 tredje ledd i forskriften om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda oppheves og at bestemmelsene videreføres i forslaget til ny forskrift § 3 første ledd med enkelte presiseringer og tekniske endringer.

6.2. Utenlandsk helsepersonell som yter helsetjenester midlertidig i Norge

Som nevnt i punkt 5.2, konkluderte departementet i Ot.prp. nr. 103 (2005-2006) med at pasientskadeloven gjelder pasientskader voldt av personell med utenlandsk autorisasjon eller lisens som gir rett til å praktisere midlertidig i Norge. I utgangspunktet burde dette helsepersonellet ha melde- og tilskuddsplikt til NPE. Men som det fremgår i Ot.prp. nr. 103 (2005-2006), mener departementet at selv om det må kunne stilles krav om at helsepersonell som yter helsetjenester i Norge har ansvarsforsikring, er det tvilsomt om det kan stilles krav om at utenlandske tjenesteytere skal betale tilskudd til NPE. Departementet kom til at det ikke bør lages noen særregler i loven for utenlandske midlertidige tjenesteytere.

Det må vurderes om utenlandske tjenesteytere som yter helsehjelp i Norge på midlertidig basis skal betale tilskudd til NPE. Departementet har kommet til at utenlandsk helsepersonell som yter helsehjelp under midlertidig opphold i Norge, foreløpig bør unntas fra plikten til å melde fra og betale tilskudd til NPE og at det heller ikke bør pålegges slik tjenesteytere å betale tilskudd dersom vedkommende ikke har tilfredsstillende ansvarsforsikring. Departementet mener at det vil være hensiktsmessig å avvente en nærmere avklaring av hvilke krav vertsstaten kan stille til midlertidige tjenesteytere etter de EU-rettslige reglene for midlertidig tjenesteyting før det gis regler i medhold av pasientskadeloven om plikt for denne gruppen til å betale tilskudd til NPE, eventuelt til å tegne ansvarsforsikring. I forslaget til ny forskrift § 2 foreslås derfor at forskriften ikke skal gjelde for denne gruppen helsepersonell.

6.3. Bedriftshelsetjeneste

Bedriftshelsetjenester driver i hovedsak forebyggende virksomhet. Departementet har derfor vurdert om bedriftshelsetjeneste bør unntas fra forskriften. Bedriftshelsetjeneste kan organiseres på ulike måter. En bedrift kan ha ansatt eget helsepersonell som leger, sykepleiere, fysioterapeuter og psykologer som yter helsetjenester i bedriften.

Alternativt kan bedriften kjøpe tjenesten av virksomheter som spesialisert seg på å yte bedriftshelsetjenester.

Det kan ikke utelukkes at pasientskader også kan skje innenfor denne delen av helsetjenesten, for eksempel ved forsinket diagnose av alvorlige lidelser.

Departementet har derfor kommet til at både bedrifter som har egen bedriftshelsetjeneste med ansatt helsepersonell og virksomheter som tilbyr bedriftshelsetjenester, bør ha melde- og tilskuddsplikt og derfor ikke bør unntas fra forskriften. Et annet spørsmål er om det skal være lavere tilskuddsplikt for helsepersonell som er sysselsatt med bedriftshelsetjeneste. Dette er nærmere omtalt i punkt 12.3.

7. Pliktsubjekt for melde- og tilskuddsplikt

7.1. Melde- og tilskuddsplikt for virksomhet

Etter endringene i pasientskadeloven § 8 får de som yter helsehjelp i privat sektor plikt til å yte tilskudd til NPE for å dekke erstatning for pasientskader og for å dekke bidrag til driften til NPE og Pasientskadenemnda innenfor privat sektor. Fordi det ikke foreligger noen pålitelig oversikt over personer eller virksomheter som yter helsehjelp innenfor privat sektor, pålegger bestemmelsen dessuten en parallell meldeplikt til NPE. Nærmere regulering av melde- og tilskuddsplikten og tilskuddsordningen for øvrig overlates i bestemmelsens annet ledd til forskriftsfesting.

Departementet har vurdert om melde- og tilskuddsplikten bør legges på enkeltpersoner som ved å yte helsehjelp kan tenkes å volde pasientskade, eller om plikten bør legges på virksomhetsnivå.

Etter gjeldende rett gjelder plikten til å tegne forsikring etter helsepersonelloven § 20 det enkelte helsepersonell personlig. I Ot.prp. nr. 103 (2005-2006) antas at det vil være hensiktsmessig å legge plikten til å betale tilskudd på virksomhetsnivå. En slik løsning vil samsvare godt med pasientskadelovens objektiviserte ansvarsgrunnlag som omfatter svikt ved ytelse av helsehjelp uavhengig av om noen enkeltperson kan lastes.

Pasientskadeloven forutsetter at aktuelle skadevoldere i privat sektor hovedsakelig er helsepersonell som yter helsehjelp i henhold til offentlig autorisasjon eller lisens og personer som opptrer på vegne av disse, jf. § 1 første ledd bokstav c. Den siste gruppen er vanskelig å definere og formodentlig vanskelig å pålegge ansvar i en generell bestemmelse. På den annen side antas det at hjelpepersonell som arbeider på helsepersonells ansvar, er forholdsvis jevnt fordelt innenfor tjenesten slik at det gir en rimelig løsning dersom ansvaret knyttes kun til helsepersonell som arbeider i henhold til offentlig autorisasjon/lisens. De ulike gruppene helsepersonell som har autorisasjon/lisens, er konkretisert i helsepersonelloven §§ 48, 49 og 50. Departementet har kommet til at den enkleste løsningen er å knytte melde- og tilskuddsplikten til disse gruppene.

I utgangspunktet kan det synes enklest å legge melde- og tilskuddsplikten direkte på hvert enkelt helsepersonell som person. Dette kan være et naturlig valg når det gjelder helsepersonell som driver en praksis alene, som en allmennlege, legespesialist, mv. Når det gjelder virksomheter som yter helsehjelp og har flere sysselsatte som er helsepersonell, herunder flere grupper helsepersonell, synes det på den annen side rimelig og hensiktsmessig at virksomheten, og ikke de ansatte, sørger for det som er av administrativ karakter som skal til for at virksomheten skal drives i samsvar med lov og forskrifter. Den risiko virksomheten representerer når det gjelder pasientskader, vil imidlertid være knyttet til omfanget av virksomheten, særlig til hvor mye helsepersonell den sysselsetter, helsepersonellens spesialisering og hvilke helsetjenester de yter. Dette taler for å legge plikten på virksomheten men knytte beregningen av tilskuddet til

antallet helsepersonell og hvilke grupper helsepersonell som er sysselsatt i virksomheten. For eksempel vil det være stor forskjell på den risiko som er knyttet til en virksomhet som sysselsetter kirurger og en virksomhet som sysselsetter tilvarende antall optikere.

En løsning der ansvaret legges på virksomheten, vil antagelig bli vesentlig enklere å praktisere for NPE. Antallet meldinger som skal håndteres og antallet registreringer som skal foretas og ajourholdes, vil bli vesentlig færre og innkreving av tilskudd forutsettes å bli enklere å administrere når det blir færre tilskuddspliktige å forholde seg til. Departementet har ved vurderingen lagt stor vekt på at det ved færre tilskuddspliktige vil bli enklere og mindre kostnadskrevende å administrere ordningen. Preventive hensyn taler også for at tilskuddsplikten legges på den som har ansvar for og best mulighet til å sikre forsvarlig organisering av virksomheten. Det foreslås i den nye forskriften § 4 at melde- og tilskuddsplikten legges på virksomhetsnivå og at virksomheten får plikt til å melde fra om hvilket omfang virksomheten har, herunder hvilket antall og type helsepersonell den sysselsetter. Plikten aktiveres i forbindelse med lovens ikrafttredelse og ved endringer i virksomhetens art og omfang som har betydning i forhold til tilskuddsberegningen, samt ved oppstart av ny virksomhet. Begrepet "virksomhet" omfatter all helsetjeneste som ytes i det private marked, uavhengig av hvordan helsetjenesten er organisert og hvor mange den sysselsetter. Når det gjelder helsepersonell som driver en praksis alene, vil melde- og tilskuddsplikten i praksis bli den samme så lenge en slik virksomhet kun sysselsetter en person som er helsepersonell.

7.2. Avtaler med profesjonsforeningene

Som nevnt i punkt 7.1 over, legger departementet stor vekt på at ordningen skal være enklest mulig å praktisere, ikke minst av hensyn til å holde tilskuddene lavest mulig. En mulig måte å bidra til dette på, er at tilskuddet betales gjennom den profesjonsforeningen det aktuelle helsepersonellet er medlem av. Det vil videreføre gjeldende ordning der en stor del av helsepersonellet oppfyller plikten til å forsikre seg mot ansvaret for pasientskader gjennom kollektive forsikringsordninger administrert av helsepersonellens egne profesjonsforening, som Psykologforeningen, Legeforeningen eller Tannlegeforeningen. Av hensyn til organisasjonsfriheten kan ikke en slik ordning, etter departementets vurdering, pålegges profesjonsforeningen. Profesjonsforeningen må eventuelt påta seg melde- og tilskuddsplikten frivillig gjennom avtale med NPE. Selv om mange er medlem av slike foreninger, i noen foreninger er over 90 pst av de autoriserte medlem, er det også en del helsepersonell som ikke er medlem. Også av hensyn til disse må det være adgang til å melde fra om virksomheten selv.

Departementet foreslår derfor i den nye forskriften § 4 femte ledd, at det åpnes for at NPE og profesjonsforeningene på frivillig grunnlag kan inngå avtale om at profesjonsforening kan oppfylle melde- og tilskuddsplikten på vegne av medlemmene.

Etter departementets vurdering, vil det ikke være rimelig i forhold til de som ikke ønsker å være medlem av en profesjonsforening, om medlemmene gjennom foreningen skulle få en form for rabatt. Det forutsettes derfor at foreningene må betale tilskudd på grunnlag av antallet medlemmer. I og med at NPE forventes å spare utgifter på administrasjon av ordningen gjennom slike kollektive avtaler, forelås det at NPE kan legge til grunn denne administrative besparelsen som en "rabatt" for foreningene.

7.3. Helsepersonell som yter helsehjelp uten å være sysselsatt i helsetjeneste

En del helsepersonell er verken sysselsatt i offentlig eller privat helsetjeneste. De kan for eksempel være sysselsatt i forvaltningen eller i næringslivet. Selv om de er sysselsatt og gjerne ansatt på grunn av sin kompetanse som helsepersonell, yter de ikke helsetjeneste. En del av disse yter antakelig sporadisk helsehjelp og det kan ikke ses bort fra at de kan komme til å volde pasientskader, selv om det antas å skje svært sjelden.

Andre som kommer i denne kategorien, er pensjonister som ikke lenger er sysselsatt i helsetjenesten, men som fremdeles yter helsehjelp til for eksempel venner og kjente. Selv om NPE blir ansvarlig for pasientskader som disse gruppene måtte volde, slik at tilskuddene fra privat sektor også må omfatte utgifter til slike skader, har departementet vurdert om det bør gjøres unntak fra melde- og tilskuddsplikten for disse.

I Ot.prp. nr. 103 (2005-2006) har departementet lagt til grunn at denne gruppen ikke vil volde mange skader og svært få skader av betydelig omfang. Dekning av slike skader vil derfor ikke utgjøre et stort beløp i forhold til de samlede erstatningsutbetalinger i privat sektor. Det er således ikke utenkelig med en løsning der slike skader dekkes av de tilskudd som betales av de private tjenesteyterne. I og med at øyeblikkelig hjelp regnes som en del av den offentlige helsetjenesten, finansieres skader voldt ved øyeblikkelig hjelp av det offentlige. Departementet uttaler at det i forbindelse med forskriftsarbeidet bør vurderes om det likevel vil være mest rimelig at de aktuelle personene bidrar med et mindre tilskudd til NPE dersom det er aktuelt for dem å yte helsehjelp utover øyeblikkelig hjelp. Størrelsen på tilskuddet må i så fall vurderes nærmere, men det må antas å bli et lite beløp.

Det er grunn til å tro at en bestemmelse om tilskuddsplikt for helsepersonell som yter helsehjelp utenfor virksomheten, vil være vanskelig å praktisere og at den vil skape rettsuvisshet blant helsepersonell om hvorvidt den enkelte plikter å betale tilskudd eller ikke. Det må antas at en slik regulering dermed vil medføre ikke ubetydelig arbeid for NPE i forbindelse med informasjon og veiledning til helsepersonell vedrørende tilskuddsplikten. På bakgrunn av hvor liten risiko det er for at disse gruppene helsepersonell volder pasientskader og forårsaker erstatningsutbetalinger av betydning, og hvor lite innbetaling av lave tilskudd vil bety i forhold til de administrative ressursene de vil kreve, foreslår derfor departementet i den nye forskriften § 4 annet ledd at denne gruppen helsepersonell skal unntas fra melde- og tilskuddsplikten.

7.4. Helsepersonell som yter helsehjelp utenfor virksomheten på fritiden

Etter pasientskadeloven § 1, jf. § 6 første ledd annet punktum, er skader som voldes i forbindelse med helsehjelp som ytes av helsepersonell på fritiden omfattet av pasientskadeloven (fritidsskader). Det vises til omtalen i Ot.prp. nr. 31 (1998-99) under de spesielle merknadene til loven § 6 første ledd annet punktum (side 93). Både offentlig ansatt helsepersonell og helsepersonell som er sysselsatt i privat sektor, omfattes for så vidt de yter helsehjelp i sin fritid. Skader som voldes i fritiden omfattes av loven så lenge helsehjelpen er foretatt ut fra den særskilte kompetanse vedkommende har i kraft av å være helsepersonell.

Dersom fritidsskader voldes i forbindelse med at det ytes helsehjelp som er et utslag av plikten til å yte øyeblikkelig hjelp, anses de som offentlig helsetjeneste og faller dermed utenfor forslaget til ny forskrift.

I Ot.prp. nr. 103 (2005-2006) uttaler departementet at de tilskuddene som skal betales av privat virksomhet, bør beregnes slik at de også dekker den helsehjelp de ansatte/sysselsatte eventuelt yter sporadisk til venner og kjente i fritiden, slik at helsepersonellet ikke behøver å betale et eget tilskudd selv om de også yter noe helsehjelp på fritiden. Videre antar departementet at de tilskudd de regionale helseforetakene, kommunene og fylkeskommunene betaler, likeledes bør dekke fritidsskader voldt av ansatte i den offentlige helsetjenesten.

Det er liten grunn til at virksomheter som sysselsetter helsepersonell utenfor den offentlige helsetjenesten, skal betale tilskudd til dekning av pasientskader som skjer innenfor virksomheten, mens helsepersonellet selv skal betale tilskudd til dekning av pasientskader som voldes på fritiden. Slikt tilskudd må slås sammen til ett tilskudd og dekkes av virksomheten. I og med at fritidsskader knapt antas å øke tilskuddet størrelse merkbart, er dette en ordning som ikke belaster virksomhetene merkbart men medfører vesentlig forenkling av ordningen. Det foreslås derfor i den nye forskriften § 4 tredje ledd at helsehjelp som ytes på fritiden skal være unntatt fra melde- og tilskuddsplikten.

8. Egenandel

I Ot.prp. nr. 103 (2005-2006) konkluderte departementet med at spørsmålet om skadevoldere i privat sektor bør pålegges å betale egenandel, bør ses i sammenheng med offentlig sektor der det bare er innført egenandel for helseforetakene.

Skader under 5000 kroner dekkes ikke av pasientskadeordningen. De må eventuelt dekkes av den ansvarlige tjenesteyter selv. Skader over 5000 kroner dekkes imidlertid av NPE fra første krone. Innføring av egenandel på 5000 kroner kan derfor ses som mer rettferdig overfor helsepersonell som har voldt pasientskader som er lite økonomisk belastende.

Egenandel kan også ses som en del av finansieringsordningen. Det vil si at en større del av finansieringsansvaret plasseres hos skadevolder gjennom egenandel når skaden har oppstått. Et slikt forsterket finansieringsansvar vil antagelig oppleves rettferdig for de som ikke påfører ordningen utgifter gjennom å volde skader. Dersom egenandel skal ha betydning som del av finansieringen, må den imidlertid være ganske høy. Dette kan føre til at NPE kan få problemer med å innkreve egenandeler.

I og med at det kan gå lang tid fra skaden skjer til pasientskadeerstatningssaken er ferdig behandlet, kan det kreve mye ressurser å kreve inn egenandel. Dessuten flytter en del helsepersonell mellom offentlig og privat sektor, noe som også kan vanskeliggjøre innkrevingen.

Det antas at egenandel har begrenset forebyggende effekt i virksomheter som bare omfatter en eller få personer. Egenandel har først og fremst forebyggende effekt i større virksomheter der det er en ledelse som er ansvarlig for å utarbeide og etablere gode rutiner. Siden mye av virksomheten i privat sektor foregår i små virksomheter, herunder enmanns praksis, tilsier ikke forebyggingshensynet at det innføres egenandel.

På den bakgrunn har departementet kommet til at det ikke bør foreslås å innføre egenandel i forbindelse med at pasientskadeloven settes i kraft for privat sektor.

9. Klageordning

I pasientskadeloven § 14 fremgår at forvaltningsloven gjelder for virksomheten til NPE. I tillegg er det konkret fastsatt hvilke avgjørelser som er å anse som enkeltvedtak. Avgjørelse om melde- og tilskuddsplikt er ikke nevnt blant de avgjørelsene som er å anse som enkeltvedtak. Etter dette er det uklart som helsepersonell har klagerett etter forvaltningsloven § 28 når det gjelder avgjørelser om melde- og tilskuddsplikt.

Etter forslaget til ny forskrift § 5, skal NPE avgjøre hvem som har tilskuddsplikt og fastsette tilskuddet. I hovedsak vil slike avgjørelser være ukompliserte og kreve lite skjønn. Departementet ser ikke bort fra at det vil oppstå en del tvilstilfeller der NPE vil måtte utøve skjønn. I slike tilfeller kan det skje at de som er pålagt tilskuddsplikt er uenige i NPEs vurdering. I så fall kan de komme til å oppfatte det som urimelig om de ikke får rett til å klage. Departementet foreslår derfor en klageadgang i den nye forskriften

§ 8.

Når det gjelder hvilket organ som bør være klageinstans, kan det tenkes flere alternativer. Ett alternativ er at også disse avgjørelsene påklages til Pasientskadenemnda. Disse avgjørelsene er av noe mer administrativ karakter enn avgjørelser som NPE treffer om skadelidtes rett til erstatning og utmåling av erstatningen. Det er derfor også en mulighet at NPEs styre kan være klageinstans for avgjørelser om melde- og tilskuddsplikt. Departementet vil ta standpunkt til klageorgan på grunnlag av tilbakemeldingene i høringen.

10. Anslag over antall saker, erstatningsutbetalinger og administrasjonskostnader

10.1. Antall saker - erstatningsutbetalinger

Det foreligger i dag et meget begrenset datamateriale over antall saker og erstatningsutbetalinger fra privat sektor. Det er derfor vanskelig å utarbeide sikre prognoser for fremtidig utvikling. Antall skader vil også påvirkes av hvorledes omfang og profil på privat sektor endrer seg over tid. I tillegg kommer pasienters tilbøyelighet til å melde saker til NPE.

På sikt antas antall meldte skader innen privat sektor å ligge i størrelsesorden 200 til 500 skader per år. Det må påregnes en utvikling med relativt få meldte skader første året og med årlig økning etter hvert som pasientenes kjennskap til ordningen øker. Takten i økningen av antall saker vil også bli påvirket av den informasjonsinnsats som NPE og andre gjør, herunder helsetjenesten som har plikt til å informere om pasientskadeerstatningsordningen etter pasientrettighetsloven § 3-2 fjerde ledd.

Høringsuttalelser som ble avgitt til forslaget til endringer i pasientskadeloven, tyder på at omfanget av privat sektor er større enn det som tidligere er lagt til grunn. En vurdering av risiko for ulike grupper av helsepersonell tilsier også at erstatningsutbetalingene kan bli endel høyere enn tidligere antatt. Ved utarbeidelse av forslagene til tilskudd for de forskjellige profesjoner er det lagt til grunn at de årlige erstatningsutbetalinger etter noen år vil ligge i intervallet 30 – 35 mill. kroner. Det vil imidlertid ta noen år før erstatningsutbetalingene når et slikt nivå. De årlige innbetalingene til NPE vil, i de første årene etter iverksettelse av ordningen i 2009, ligge på et vesentlig høyere nivå enn erstatningsutbetalingene. Årsaken er at tilskuddene som innbetales i en termin skal dekke alle fremtidige kostnader knyttet til skader som måtte inntreffe i terminen.

Ved beregning av tilskudd for 2009 foreslås det et anslag på 35 - 40 mill. kroner. Beløpet skal dekke fremtidige utgifter til utbetaling av erstatninger, advokatutgifter og administrasjonskostnader.

10.2. Administrasjonskostnader

Kostnadene til Norsk Pasientskadeerstatnings og Pasientskadenemndas forvaltning av det nye saksområdet skal i sin helhet finansieres gjennom tilskudd fra privat helsetjeneste.

En ny gjennomgang indikerer at driften av registeret, inklusivt arbeidet med å beregne tilskuddene, innkreving av tilskudd og "porteføljepleie" vil beløpe seg til om lag 1 mill. kroner. Administrasjonskostnadene vil bli påvirket av antall saker som skal behandles. Dersom man tar utgangspunkt i gjennomsnittlige kostnader for hver meldt skade på

20 000 kroner, og det forutsettes at 1/3 av sakene også må behandles i Pasientskadenemnda til en kostnad av kr 20.000, fremkommer følgende anslag over administrasjonskostnadene avhengig av antall meldte skader:

Antall skader	Porteføljeadm.	Saksbeh. NPE	Saksbeh. PSN	Sum adm. Kostnad
100	1,0	2,0	0,7	3,7
200	1,0	4,0	1,3	6,3
300	1,0	6,0	2,0	9,0
400	1,0	8,0	2,7	11,7
500	1,0	10,0	3,3	13,3

Det forutsettes at NPE og Pasientskadenemnda etablerer separate budsjett og internregnskap for den offentlige og private virksomheten. Av punkt 12.3 om tilskuddsberegning fremgår det at administrasjonskostnadene vil variere mellom profesjoner ut fra sakenes kompleksitet og den risiko som er knyttet til de ulike virksomheter.

Engangskostnader til informasjonsopplegg kommer i tillegg.

NPE må bygge opp et register som omfatter de private virksomhetene og de ulike helsepersonellgrupper som er sysselsatt der, omregnet til årsverk. Det foreslås at tilskuddene i vesentlig grad beregnes ut fra antall årsverk innen ulike profesjonsgrupper/type virksomheter. Det medfører at myndighetene også må ha kjennskap til antall helsepersonell i hver risikogruppe for å kunne beregne samlet tilskudd. Dette innebærer at NPEs register må inneholde opplysninger om alt helsepersonell i virksomheten.

Opplysningene i registeret må oppdateres årlig i forbindelse med årlig innkreving av tilskudd.

Som nevnt foran kan det være hensiktsmessig at det inngås kollektivavtaler med de mest berørte profesjons- eller bransjeorganisasjoner om oppdatering av dataene i registeret, og innkreving av tilskudd. Det kan bidra til en kostnadseffektiv håndtering av ordningen.

Det kan i dag ikke utelukkes at enkelte av yrkes-/profesjonsorganisasjonene også vil finne det hensiktsmessig/formålstjenlig å foreta en viss utjevning av tilskuddene mellom sine medlemmer.

Risikomessig og i omfang uttrykt ved antall skader, antas privat sektor å representere en forholdsvis begrenset utvidelse av NPEs og Pasientskadenemndas virksomhet. NPE vil imidlertid møte utfordringer på mange områder, som:

1. Saksbehandlingen; etaten vil måtte etablere nye saksbehandlingsrutiner som følge av at etaten møter nye fagområder med nye spesialister og hvor det kan bli aktuelt for etaten å forholde seg til virksomhetenes forsikringsvilkår, herunder mulighetene for regress etc.
2. Informasjon til publikum, helsepersonell og profesjonsorganisasjoner.
3. Ressurser til å forvalte området
4. Innføring av administrative systemer, regnskapsrutiner og beregning av tilskudd etc.

Finansiering av virksomheten omtales nærmere under. De budsjettmessige forutsetninger vil bli omtalt i de årlige statsbudsjetter.

11. Forutsetninger for beregning av tilskuddene

Det fremgår av Ot.prp. nr 103 (2005 – 2006) at privat virksomhet fullt ut skal dekke kostnadene knyttet til skader oppstått i privat sektor. Kostnadene omfatter administrasjonsutgifter, utbetalinger av erstatninger til tilskadelidte og pasientenes advokatkostnader i den grad dekning av disse innvilges. Det legges videre til grunn at tilskuddet skal variere med risiko og omfang på virksomheten, men at det samtidig ikke opereres med for mange grupper.

Det foreligger i dag et begrenset nasjonalt datagrunnlag som beskriver risiko i privat virksomhet, både samlet og fordelt på de ulike profesjoner og aktører. På den annen side ville ikke et bedre historisk datamateriale alene vært tilstrekkelig til å beregne de fremtidige tilskuddene. Hovedårsaken er at slike data ikke fanger opp hvorledes innføring av objektivisert ansvarsgrunnlag i privat sektor vil slå ut i antall fremtidige meldte saker og samlede erstatningsutbetalinger. Det antas at terskelen for å søke om erstatning vil senkes når det ikke lenger blir nødvendig å påvise uaktsomhet hos helsepersonellet eller virksomheten.

Det følger av ovennevnte forhold at utarbeidelse av fremtidige tilskudd som skal gjenspeile et nytt ansvarsgrunnlag også må basere seg på skjønnsmessige vurderinger. Over tid vil tilskuddene kunne justeres på grunnlag av erfaringer og ny kunnskap.

Departementet foreslås at følgende kriterier legges til grunn for beregning av tilskuddene:

- Tilskuddene skal reflektere ulikheter i risiko mellom profesjoner og virksomheter
- NPE har en omfattende database for risiko knyttet til offentlige helsetjenester. Med utgangspunkt i dette materialet er det utarbeidet forslag til risikogrupper og tilskudd for ulike profesjoner (for eksempel legespesialister, allmennleger, psykologer og ulike grupper innen kommunale tjenester)
- Risikobildet i privat sektor antas sett under ett, å være lavere enn i offentlig virksomhet. Årsaken er at offentlig sektor behandler de mest alvorlige lidelsene, akutte tilstander og kompliserte behandlingsformer.
- Privat sektor antas normalt å ha et relativt større innslag av planlagt behandling
- Det legges til grunn at privat sektor i gjennomsnitt pr. årsverk bruker mer tid til pasientbehandling enn offentlig sektor. Hovedbegrunnelsen er at privat sektor antas å benytte mindre tid til for eksempel forskning og undervisning
- Opplysninger innhentet fra utvalgte organisasjoner om hvorledes man vurderer risikoen innenfor egen bransje legges til grunn
- Tilsvarende opplysninger innhentet fra forsikringsselskaper legges til grunn
- Inndelingen i risikogrupper skal reflektere den risiko profesjonene antas å representere. Foreløpig foreslås det å operere med 7 - 8 grupper
- Tilskuddet skal dekke alle kostnader knyttet til privat sektor
- NPE skal ikke ha overskudd på å forvalte saksområdet

- Innbetaling av tilskudd for en termin skal i prinsippet dekke alle fremtidige utgifter for skader som oppstod i terminen
- For å gi forutsigbare vilkår for aktørene legges det opp til at tilskuddene skal være forholdsvis stabile over tid
- For å beregne omfanget av privat virksomhet er det tatt utgangspunkt i anslag over antall årsverk innen de ulike profesjoner/grupper
- Data innhentet data fra Danmark legges til grunn for tannhelseområdet
- Ut fra en sammenlikning av omfanget på privat og offentlig virksomhet på makronivå, legges til grunn at samlet tilskudd fra privat sektor i 2009 bør ligge i intervallet 35 – 40 mill. kroner.

Helse- og omsorgsdepartementet regner med at høringen også vil belyse hvor mange risikogrupper det er hensiktsmessig å operere med, plasseringen av de forskjellige profesjoner og virksomheter i de enkelte risikogrupper.

Det kan være aktuelt å foreta en justering av risikogruppene med tilhørende tilskudd når man har vunnet mer erfaring med skadeutviklingen i privat virksomhet. Normalt vil det være en klar sammenheng mellom hvilke tjenester en virksomhet utfører og de profesjoner som er involvert. I større virksomheter som tilbyr en rekke ulike tjenester, vil flere grupper av helsepersonell være involvert, enten som leverandør av egne selvstendige helsetjenester, eller som underleverandør til andre virksomheter og tjenester.

Ved beregning av omfanget på privat sektor har departementet valgt å benytte anslag over antall årsverk. På sikt kan det være aktuelt å supplere med andre aktivitetsdata som for eksempel omsetning, antall pasientkonsultasjoner m.m. Omfanget av antall årsverk i privat sektor, totalt og fordelt på de ulike profesjoner, utgjør i dag en kritisk faktor for beregning av tilskuddene, og samlet tilskudd som vil bli innbetalt til NPE.

For flere profesjoner vil de foreslåtte tilskuddene til NPE innebære en sterk vekst i forhold til de utgifter virksomhetene har i dag. På den annen side er NPE sin overtakelse av privat sektor en direkte konsekvens av at forsikringsselskapene ikke vil tilby forsikring til vilkårene som følger av pasientskadeloven. For noen grupper, og da spesielt for legeområdet, skyldes dessuten den sterke økningen at Legeforeningen gjennom vilkårene for sine medlemmer og avtale med forsikringsselskap i praksis fordeler kostnadene på en større populasjon.

12. Forslag til tilskudd fra privat sektor

Som det fremgår av tabell 4, er laveste tilskudd satt til 400 kroner, mens høyeste tilskudd er beregnet til 130 000 kroner. Tilskuddene er gjennomsnittsanslag og utgjør det beløp som i utgangspunktet vil bli innkrevd pr. årsverk innenfor den enkelte virksomhet. Tabellen viser at den største risiko i all vesentlighet er knyttet til legers virksomhet, herunder de tjenester som leger er ansvarlig for, men hvor andre profesjoner medvirker. Privat sektor kjennetegnes ved at det er relativt mange årsverk i profesjoner/virksomheter med lav risiko.

Tilskuddet beregnes først pr. årsverk for hver profesjon og baserer seg på et grunntilskudd som multipliseres med en faktor som angir risikoen for hver profesjon. I tillegg kommer det et tillegg for å dekke administrasjonskostnadene ved ordningen. Matematisk kan dette uttrykkes på følgende måte for tilskudd pr. årsverk:

$$\text{Tilskudd} = g * p + a,$$

der

g = grunntilskudd

p = faktor for profesjon (allmennlege, kirurg, tannlege, fysioterapeut, jordmor,...)

a = administrasjonstillegg.

Tilskuddet består av en del som går med til å dekke erstatningsutbetalinger ($g * p$), som betegnes risikotilskuddet, og en del til å dekke administrasjonskostnader (a), som omtales som administrasjonstillegget.

Grunntilskuddet g er uavhengig av risiko, mens faktoren p vil avhenge av den risiko den aktuelle profesjon utgjør. Hver profesjon tilordnes en klasse med en faktor for hver klasse. Det er i utgangspunktet foreslått 10 klasser. Foreløpig foreslås det å benytte åtte av klassene. Når man får tilstrekkelig erfaringsmateriale, kan det om ønskelig foretas en finere inndeling. For å beregne tilskudd for en virksomhet multipliseres tilskudd pr. årsverk med antall årsverk innenfor hver profesjon av sysselsatte i virksomheten. Det må foretas en justering slik at tilskudd ikke beregnes av de årsverk som det private gjør på vegne av det offentlige.

Grunntilskudd

Grunntilskuddet er et mål for tilskuddet fra gjennomsnittspesjonen når gjennomsnittspesjonen antas å ha faktor 1. Det er hensiktsmessig med et grunntilskudd for enkelt å kunne foreta en justering av tilskuddene i ettertid om nødvendig, f.eks. indeksjustering.

Faktor for profesjon

Som nevnt over er det knyttet en faktor til hver risikoklasse. Det foreslås i denne omgang klassene 1-10, men at det foreløpig ikke benyttes klassene 3 og 8. Klasse 1

representerer laveste risiko og 10 høyeste risiko. Det er foretatt en vurdering av yrkesgruppene som har resultert i følgende innplassering i risikoklasser:

Tabell 1. Yrkesgrupper med tilhørende risikoklasser:

Yrkesgruppe	Risikoklasse
Ambulansearbeider	1
Apotektekniker	1
Audiograf	2
Bioingeniør	1
Ergoterapeut	1
Fotterapeut	1
Fysioterapeut	2
Helsesekretær	1
Hjelpepleier	1
Jordmor	6
Kiropraktor	4
Klinisk ernæringsfysiolog	1
Plastikkirurgi	10
Nevrokirurgi	10
Øvrige kirurger	9
Øyespesialister	9
Øre – nese – hals	7
Andre legespesialister	7
Øvrige leger	6
Omsorgsarbeider	1
Optiker	2
Ortopediingeniør	2
Ortopdist	1
Perfusjonist	7
Provisorfarmasøyt	1
Psykolog	4
Radiograf	4
Reseptarfarmasøyt	1
Sykepleier	1
Tannhelsesekretær	1
Tannlege uten spes.	5
Kjeveortopeder	6
Andre tannlegespesialiteter	5
Tannpleier	1
Tanntekniker	1
Vernepleier	1

Til hver risikoklasse hører det altså til en faktor som er bestemmende for tilskuddet for den enkelte profesjon. Faktorene for de forskjellige risikoklassene er gitt i tabell 3 nedenfor. Tilskuddsplikten omfatter som nevnt foran, også bedriftshelsetjenesten. Bedriftshelsetjenesten driver i all hovedsak med forebyggende virksomhet. Samlet sett er risikoen på dette området svært liten. Som det fremgår av tabellen over er helsesekretærer og sykepleiere foreslått plassert i laveste risikogruppe, mens fysioterapeuter er plassert i nest laveste gruppe. For legene utgjør laveste tilskudd 6500 kroner. Det vil bli aktuelt å fastsette vesentlig lavere tilskudd for leger, og eventuelt fysioterapeuter, som yter bedriftshelsetjeneste.

Administrasjonstillegg

Det må gjøres et tillegg i tilskuddet for dekning av administrative kostnader, som forutsettes å ligge på omlag 30% av risikotilskuddet i gjennomsnitt. For at ikke administrasjonstillegget skal bli for lavt i de laveste risikoklassene foreslås det et minimum slik at administrasjonstillegget ikke blir lavere enn 150 kr.

Administrasjonstillegget blir da som følger:

$$a = 30\% * g * p, \text{ dog ikke lavere enn } 150 \text{ kr.}$$

Ved eventuelle kollektivavtaler kan administrasjonstillegget settes noe lavere.

Erstatningskostnad pr. årsverk

For å kunne utforme et fullstendig tilskuddssystem for privat sektor må det fastsettes en erstatningskostnad for hver risikoklasse. Til hjelp for dette er det foretatt enkelte anslag basert på tilgjengelige data fra offentlig sektor som er overført det til privat sektor.

For å kunne beregne et gjennomsnittstilskudd for helsepersonell ved somatiske sykehus er det tatt utgangspunkt i anslag pr. 31.12.2006 for pasientskader i offentlig sektor og dividert med antall årsverk ved somatiske sykehus (fratrasket årsverk for personell innenfor administrasjon og kontor, tekniske funksjoner og service-/driftsfunksjoner). Dette gir følgende resultat:

Tabell 2. Kostnad pr. årsverk ved somatiske sykehus (offentlig sektor):

År	Total skadekostnad	Årsverk	Kostnad pr. årsverk
2004	535 755 000	45 860	11 682
2005	502 707 000	45 964	10 937
2006	520 018 000	46 982	11 068
Sum	1 558 480 000	138 806	11 228

Fra tabellen ser vi at kostnaden for pasientskader pr. helsepersonellårsverk ved somatiske sykehus i gjennomsnitt ligger på omlag 11.200 kr.

Fra Patientforsikringen i Danmark er det innhentet tall over pasientskader ved private sykehus fordelt på profesjon hvor det fremgår at legene står for omlag 97% av erstatningene som er meldt så langt. Dersom man legger denne prosentsetningen til grunn blir kostnaden pr. legeårsverk 61.620 kr. For øvrige grupper blir skadekostnaden 409 kr pr. årsverk, basert på skadekostnaden for offentlig sektor (ekskl. kontoransatte og service-/driftsfunksjoner).

For ortopedisk kirurgi er gjennomsnittlig årlig utbetaling fra NPE for årene 2004 – 2006 112 mill. kr. Dersom man regner med at antall spesialister innen ortopedisk kirurgi er 277 blir kostnaden pr. kirurg på drøyt 400.000 kr.

For kommuneleger/fastleger er gjennomsnittlig årlig utbetaling for 2004 – 2006 på 32,7 mill. kr. Når antall årsverk for denne gruppen er på omlag 4.275 (pr. 1.1.2007) gir dette en kostnad pr. årsverk på omlag 7.640 kr for allmennleger.

I den danske tannlegeordningen er de gjennomsnittlige årlige skadekostnadene på omlag 11,5 mill. DKK (ca. 12,5 mill. NOK; det er her sett bort fra 2005 som var et meget spesielt år da ordningen ble stevnet av en distributør av bedøvelsesmidler). Med antall privatpraktiserende tannleger på ca. 3.600. Dette gir en kostnad pr. tannlege på ca. 3.500 NOK.

Risikoen i privat sektor antas å være lavere enn i offentlig sektor da offentlig sektor må antas å ta de mest kompliserte operasjonene. Dessuten er offentlig sykehussektor preget av akuttbehandling og har ikke samme mulighet til planlegging av alle operasjoner slik privat sektor i større grad antas å ha. Derfor er det antatt lavere erstatningskostnader for privat sektor og forutsatt at privat sektor utgjør i størrelsesorden 5% av kostnadene i offentlig sektor. Dette gir følgende tilskudd når grunntilskuddet g er satt til 2000 kr:

Tabell 3. Oversikt over risikoklasser med tilhørende faktor:

RISIKOKLASSE	FAKTOR
10	50
9	15
7	5
6	2,5
5	1,5
4	1
2	0,25
1	0,125

For klasse 10 gir dette et tilskudd på 130.000 kr inklusive administrasjonstillegg og 400 kr for klasse 1. Tilskuddet gjengitt ovenfor gir følgende tilskudd inkl. administrasjonstillegg for hver yrkesgruppe:

Tabell 4. Tilskudd inkl. administrasjon pr. årsverk for hver yrkesgruppe:

Yrkesgruppe	Tilskudd i NOK
Ambulansearbeider	400
Apotektekniker	400
Audiograf	650
Bioingeniør	400
Ergoterapeut	400
Fotterapeut	400
Fysioterapeut	650
Helsesekretær	400
Hjelpepleier	400
Jordmor	6 500
Kiropraktor	2 500
Klinisk ernæringsfysiolog	400
Plastikkirurgi	130 000
Nevrokirurgi	130 000
Øvrige kirurger	39 000
Øyespesialister	39 000
Øre – nese – hals	13 000
Andre legespesialister	13 000
Øvrige leger	6 500
Omsorgsarbeider	400
Optiker	650
Ortopediingeniør	650
Ortoptist	400
Perfusjonist	13 000
Provisorfarmasøyt	400
Psykolog	2 600
Radiograf	2 600
Reseptarfarmasøyt	400
Sykepleier	400
Tannhelsesekretær	400
Tannlege uten spes.	3 900
Kjeveortopeder	6 500
Andre tannlegespesialiteter	3 900
Tannpleier	400
Tanntekniker	400
Vernepleier	400

Antall årsverk i privat sektor

For å kunne beregne det totale tilskudd fra hele privat sektor, er det innhentet tall fra Statistisk Sentralbyrå (SSB). Opplysningene er kryssjekket mot profesjonsforeninger så langt det har vært praktisk mulig og har i en del tilfeller blitt justert i forhold til anslagene fra SSB. Antall årsverk i privat helsesektor, fratrukket de årsverk det private gjør på oppdrag for det offentlige, utgjør etter disse justeringer totalt 16.576. Det understrekes at tallene er beheftet med usikkerhet. Fordelt på yrkesgrupper gir dette:

<u>Yrkesgruppe</u>	<u>Årsverk</u>
Ambulansearbeider	52
Apotektekniker	2 211
Audiograf	50
Bioingeniør	225
Ergoterapeut	19
Fotterapeut	459
Fysioterapeut	987
Helsesekretær	1 498
Hjelpepleier	275
Jordmor	33
Kiropraktor	316
Klinisk ernæringsfysiolog	13
Plastikkirurgi	43
Nevrokirurgi	2
Øvrige kirurger	95
Øyespesialister	40
Øre – nese – hals	20
Andre legespesialister	429
Øvrige leger	356
Omsorgsarbeider	107
Optiker	918
Ortopediingeniør	13
Ortoptist	0
Perfusjonist	1
Provisorfarmasøyt	695
Reseptarfarmasøyt	878
Psykolog	481
Radiograf	141
Sykepleier	1 161
Tannhelsesekretær	1 046
Tannlege uten spes.	2 615
Kjeveortopeder	163
Andre tannlegespesialiteter	88
Tannpleier	267
Tanntekniker	700
Vernepleier	179
<u>Sum</u>	<u>16 576</u>

Tabell 5. Antall årsverk i privat sektor for hver yrkesgruppe.

Totalt tilskudd i privat sektor

Tilskuddet gitt ovenfor og antall årsverk for hver yrkesgruppe gir følgende oversikt over de totale tilskudd for hver yrkesgruppe i privat sektor:

Yrkesgruppe	Risikotilskudd	Administras jonstillegg	Samlet tilskudd
Ambulansearbeider	13 000	7 800	20 800
Apotektekniker	552 750	331 650	884 400
Audiograf	25 000	7 500	32 500
Bioingeniør	56 250	33 750	90 000
Ergoterapeut	4 750	2 850	7 600
Fotterapeut	114 750	68 850	183 600
Fysioterapeut	493 500	148 050	641 550
Helsesekretær	374 500	224 700	599 200
Hjelpepleier	68 750	41 250	110 000
Jordmor	165 000	49 500	214 500
Kiropraktor	632 000	189 600	821 600
Klinisk ernæringsfysiolog	3 250	1 950	5 200
Plastikkirurgi	4 300 000	1 290 000	5 590 000
Nevrokirurgi	200 000	60 000	260 000
Øvrige kirurger	2 850 000	855 000	3 705 000
Øyespesialister	1 200 000	360 000	1 560 000
Øre – nese – hals	200 000	60 000	260 000
Andre legespesialister	4 290 000	1 287 000	5 577 000
Øvrige leger	1 780 000	534 000	2 314 000
Omsorgsarbeider	26 750	16 050	42 800
Optiker	459 000	137 700	596 700
Ortopediingeniør	6 500	1 950	8 450
Ortoptist	0	0	0
Perfusjonist	10 000	3 000	13 000
Provisorfarmasøyt	173 750	104 250	278 000
Reseptarfarmasøyt	219 500	131 700	351 200
Psykolog	962 000	288 600	1 250 600
Radiograf	282 000	84 600	366 600
Sykepleier	290 250	174 150	464 400
Tannhelsesekretær	261 500	156 900	418 400
Tannlege uten spes.	7 845 000	2 353 500	10 198 500
Kjeveortopeder	815 000	244 500	1 059 500
Andre tannlegespesialiteter	264 000	79 200	343 200
Tannpleier	66 750	40 050	106 800
Tanntekniker	175 000	105 000	280 000
Vernepleier	44 750	26 850	71 600
Sum	29 225 250	9 501 450	38 726 700

Tabell 6. Totalt tilskudd pr. yrkesgruppe.

13. Modeller for mulig utjevning av tilskudd mellom yrkesgrupper

I tabell 4 ovenfor fremgår at leger og enkelte andre yrkesgrupper med høy risiko har et tilskudd av en betydelig størrelse. Vi har derfor utført enkelte alternative beregninger som illustrerer hvordan tilskuddenes størrelse varierer med ulik grad av utjevning. Departementet ønsker høringsinstansenes syn på om noen av disse modellene for utjevning er aktuelle.

13.1. Utjevning mellom legene

I tabell 4 er forholdet mellom tilskuddene for henholdsvis plastikk- og nevrokirurger, øvrige kirurger, spesialister og øvrige leger 20:6:2:1. Vi har foretatt en alternativ beregning slik at forholdet istedenfor blir 4:3:2:1 mellom gruppene under forutsetning av at de totale tilskuddene for alle legene blir det samme. Dette gir følgende resultat:

Tabell 7. Tilskudd pr. legeårsverk med og uten utjevning:

Yrkesgruppe	Med utjevning	Uten utjevning	Differanse
Plastikkirurgi	41 905	130 000	- 88 095
Nevrokirurgi	41 905	130 000	- 88 095
Øvrige kirurger	31 429	39 000	- 7 571
Øyespesialister	31 429	39 000	- 7 571
Øre – nese - hals	20 953	13 000	7 953
Andre legespesialister	20 953	13 000	7 953
Øvrige leger	10 476	6 500	3 976

13.2. Utjevning mellom alle yrkesgrupper der 10% fordeles

Det er deretter foretatt en fordeling blant alle yrkesgrupper der 10 % av det totale tilskuddet fordeles likt mellom alle yrkesgrupper proporsjonalt med antall årsverk, mens de resterende 90 % beregnes som tidligere i henhold til risiko. Det gir følgende:

Tabell 8. Tilskudd pr. årsverk med og uten utjevning på 10%:

Yrkesgruppe	Med utjevning	Uten utjevning	Differanse
Ambulansarbeider	594	400	194
Apotektekniker	594	400	194
Audiograf	819	650	169
Bioingeniør	594	400	194
Ergoterapeut	594	400	194
Fotterapeut	594	400	194

Fysioterapeut	819	650	169
Helsesekretær	594	400	194
Hjelpepleier	594	400	194
Jordmor	6 084	6 500	- 416
Kiropraktor	2 574	2 500	- 26
Klinisk ernæringsfysiolog	594	400	194
Plastikkirurgi	117 234	130 000	- 12 766
Nevrokirurgi	117 234	130 000	- 12 766
Øvrige kirurger	35 334	39 000	- 3 666
Øyespesialister	35 334	39 000	- 3 666
Øre – nese – hals	11 934	13 000	- 1 066
Andre legespesialister	11 934	13 000	- 1 066
Øvrige leger	6 084	6 500	- 416
Omsorgsarbeider	594	400	194
Optiker	819	650	169
Ortopediingeniør	819	650	169
Ortoptist	400	400	0
Perfusjonist	11 934	13 000	- 1 066
Provisorfarmasøyt	594	400	194
Reseptarfarmasøyt	594	400	194
Psykolog	2 574	2 600	- 26
Radiograf	2 574	2 600	- 26
Sykepleier	594	400	194
Tannhelsesekretær	594	400	194
Tannlege uten spes.	3 744	3 900	- 156
Kjeveortopeder	6 084	6 500	- 416
Andre tannlegespesialiteter	3 744	3 900	- 156
Tannpleier	594	400	194
Tanntekniker	594	400	194
Vernepleier	594	400	194

13.3. Utjevning mellom alle yrkesgrupper der 50% fordeles

Som et alternativ er det deretter foretatt en fordeling blant alle yrkesgrupper der 50 % av det totale tilskuddet fordeles likt mellom alle yrkesgrupper proporsjonalt med antall årsverk, mens de resterende 50 % beregnes som tidligere i henhold til risiko. Det gir følgende fordeling av tilskudd:

Tabell 9. Tilskudd pr. årsverk med og uten utjevning på 50%:

Yrkesgruppe	Med utjevning	Uten utjevning	Differanse
Ambulansesarbeider	1 368	400	968
Apotektekniker	1 368	400	968
Audiograf	1 493	650	843
Bioingeniør	1 368	400	968
Ergoterapeut	1 368	400	968
Fotterapeut	1 368	400	968
Fysioterapeut	1 493	650	843
Helsesekretær	1 368	400	968

Hjelpepleier	1 368	400	968
Jordmor	4 418	6 500	- 2 082
Kiropraktor	2 468	2 500	- 132
Klinisk ernæringsfysiolog	1 368	400	968
Plastikkirurgi	66 168	130 000	- 63 832
Nevrokirurgi	66 168	130 000	- 63 832
Øvrige kirurger	20 668	39 000	- 18 332
Øyespesialister	20 668	39 000	- 18 332
Øre – nese – hals	7 668	13 000	- 5 332
Andre legespesialister	7 668	13 000	- 5 332
Øvrige leger	4 418	6 500	- 2 082
Omsorgsarbeider	1 368	400	964
Optiker	1 493	650	843
Ortopediingeniør	1 493	650	843
Ortoptist	400	400	0
Perfusjonist	7 668	13 000	- 5 332
Provisorfarmasøyt	1 368	400	968
Reseptarfarmasøyt	1 368	400	968
Psykolog	2 468	2 600	- 132
Radiograf	2 468	2 600	- 132
Sykepleier	1 368	400	968
Tannhelsesekretær	1 368	400	968
Tannlege uten spes.	3 118	3 900	- 782
Kjeveortopeder	4 418	6 500	- 2 082
Andre tannlegespesialiteter	3 118	3 900	- 782
Tannpleier	1 368	400	968
Tanntekniker	1 368	400	968
Vernepleier	1 368	400	968

14. Forvaltning av innbetalte tilskudd

Pasientskadeordningen kjennetegnes ved at det i gjennomsnitt tar lang tid fra en skade har inntruffet til saken er ferdig behandlet. Erfaringer fra offentlig sektor indikerer at det kan gå inntil 10 år før nærmere 90 % av skadene som voldes i et bestemt skadeår er ferdig behandlet. Som følge av det lange tidsspennet mellom når en skade inntreffer og når saken er ferdig behandlet, og usikkerheten som er knyttet til prognoser for tilskudd og erstatningsutbetalinger, vil det alltid være avvik mellom årlige innbetalinger og årlige utbetalinger. Privat sektor utgjør dessuten et forholdsvis lite område. I kombinasjon med "tilfeldige variasjoner" kan det ikke utelukkes at kostnadene knyttet til en stor skade kan tære uforholdsmessig mye på tilskuddene i et normalt år. Omfanget av privat sektor kan variere fra år til år beroende på antall tjenesteytere som går inn og ut av sektoren. Dagens datagrunnlag over skadeomfang og erstatningsutbetalinger dessuten svært begrenset og gjør det vanskelig å fastsette forsikringsteknisk riktige tilskudd.

På denne bakgrunn er forslagene om beregning av tilskudd basert på at det, i alle fall de første årene før det blir mulig å beregne risiko på grunnlag av erfaringstall, skal bygges opp en kapital som skal sikre at det er tilstrekkelig midler til fremtidige erstatningsutbetalinger. Oppbygging av kapital bør også skje av hensyn til forutberegnelighet og for å unngå store justeringer i tilskuddene årlig.

Tilskuddene som blir betalt inn, må til enhver tid holdes helt adskilt fra midlene som kommer fra offentlig sektor. Disse midlene som staten forvalter på vegne av privat helsepersonell, må forvaltes på en sikker måte. Det er også viktig å fokusere på sikker avkastning og lave forvaltningskostnader. Departementet mener derfor at tilskuddene bør settes fortløpende inn på en konto i Norges Bank med en avkastning tilsvarende folierenten i Norges Bank.

Hovedfunksjonen til NPEs styre er å kontrollere at NPE forvalter pasientskadeordningen i samsvar med regelverket. Etter FOR 2002-12-20 nr. 1623 § 7 bokstave b er styret pålagt ansvaret for å sørge for at forvaltningen av tilskuddene til dekning av ansvaret etter loven er i overensstemmelse med instruks etter § 20 og er gjenstand for betryggende kontroll.

Helse- og omsorgsdepartementet mener det ikke er nødvendig å gjøre endringer i mandatet til dagens styre som følge av at NPEs virksomhet utvides til også å omfatte privat sektor. Styret har i dag ingen medlemmer som skal ivareta interessene til en bestemt sektor eller part. De regionale helseforetakene, som forårsaker over 90 % av erstatningsutbetalingene, har ingen "egen" representant. I forhold til forvaltning av privat sektor anses det heller ikke som nødvendig å oppnevne medlemmer som spesielt skal ivareta privat sektors interesser. Det kan reises spørsmål om styret trenger øket kompetanse på det økonomisk administrative plan, herunder metoder for utforming av tilskudd m.m. Departementet vil vurdere styrets sammensetning når funksjonstiden går ut.

Utvidelsen av NPEs virksomhet til også å omfatte privat sektor har flere likhetstrekk med det å etablere et nytt forsikringsområde, noe som er komplisert og krevende. Det er blant annet vanskelig å beregne korrekte tilskudd basert på usikre risikovurderinger. Departementet har derfor vurdert om forvaltningen av fondet for privat sektor helt eller delvis bør følge regleverket for forsikringsvirksomhet, men har kommet til at det ikke er hensiktsmessig eller nødvendig. Følgende momenter er lagt til grunn:

- Det antas at NPE kommer i en monopolstilling. Problemstillingen har derfor ingen konkurransemessig side.
- NPE har ikke overskudd som målsetting. Det er ingen fare for at NPE presses til å fastsette tilskudd som ikke er dekkende for risiko.
- Det er et avgrenset myndighetsområde (virkeområde) og hvor ansvarsgrunnlaget er lovbestemt. Det er derfor ikke mulig å utjevne tilskuddene på andre grupper eller delmarkeder.
- Det er vanskelig og vil føre til økte kostnader for NPE å etterleve både statlige rammebetingelser og samtidig de rammebetingelser som gjelder for forsikringsselskap.

Det er også lagt vekt på at man i dag har et svært begrenset datamateriale. Det er derfor i forkant ikke mulig å etablere et forsikringsteknisk riktig eller 100 % rettferdig tilskuddssystem. Det kan i stedet vurderes hvorvidt Kredittilsynets ekspertise innen tariffing, tekniske avsetninger og finansforvaltning bør trekkes inn.

15. Forslag til endring i annet regelverk

Det foreslås også en del endringer i FOR 2002-12-20 nr. 1625. Forskriften inneholder organisatoriske bestemmelser om organene i pasientskadeordningen og om finansiering av ordningen innenfor offentlig sektor.

Noen av forslagene er tekniske endringer som rene konsekvenser av endringene som er vedtatt i pasientskadeloven og av forslaget til ny forskrift. De øvrige endringsforslagene omtales nedenfor i punkt 15.1, 15.2 og 15.3.

15.1. Utvidelse av Pasientskadenemnda

Økningen i antall saker har medført at kapasiteten til Pasientskadenemnda er blitt for liten og at det er nødvendig å øke den. Dette kan best gjøres ved at det utnevnes flere medlemmer slik at nemnda kan organiseres med ytterligere en avdeling i tillegg til de tre avdelingene den i praksis har i dag. Da vil nemnda kunne behandle flere saker i løpet av året uten at arbeidspresset på de enkelte avdelingene øker.

I forarbeidene til pasientrettighetsloven, jf. Ot.prp. nr. 31 (1998-99), fremgår det at:

”Det er grunn til å tro at saksmengden fortsatt vil bli stor. Departementet foreslår derfor at nemnda skal kunne ha to eller flere avdelinger. For at det ikke skal kunne utvikle seg forskjellig praksis i avdelingene, foreslås det en sirkulasjonsordning for medlemmene.”

Det er etter departementets vurdering dermed ikke noe til hinder for at det utnevnes flere nemndsmedlemmer totalt. Det er imidlertid en forutsetning at nemnda i det enkelte møtet settes med medlemmer som har den kompetansen som komiteen påpeker at er nødvendig i Innst. O. nr. 68 (2000-2001) på side 14. Det vil si at møteleder skal være jurist, at to av de øvrige medlemmene er medisinsk sakkyndige og at ett medlem bør ha generell innsikt i helsespørsmål med særlig vekt på brukerinteresser. Dessuten skal det gjennomføres en sirkulasjonsordning blant medlemmene for at det ikke skal kunne utvikle seg ulik praksis i avdelingene.

Etter § 11 i FOR 2002-12-20 nr. 1625 skal det oppnevnes personlige varamedlemmer for alle nemndsmedlemmene. Når nemnda utvides, medfører denne bestemmelsen at det blir nødvendig å utnevne et økende antall varamedlemmer. Etter departementets vurdering må det være tilstrekkelig at det utnevnes så mange varamedlemmer at de planlagte nemndsmøtene kan settes med 5 medlemmer med den nødvendige kompetanse, selv om noen av medlemmene må melde forfall, for eksempel på grunn av sykdom. Det foreslås derfor at § 11 endres slik at den ikke krever at varamedlemmene er personlig.

15.2. Nedleggelse av Rådet

Den midlertidige pasientskadeordningen som eksisterte før pasientskadeloven trådte i kraft, hadde et råd. I høringsnotatet til FOR 2002-12-20 nr. 1625 foreslo departementet at rådet skulle videreføres. Rådet skulle bestå av representanter for departementet, de regionale helseforetakene, Kommunenes Sentralforbund, forsikringsselskapene, Norsk Pasientforening, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon og Forbrukerrådet. Rådet ble ikke tillagt noen formell myndighet, men skulle blant annet bidra til evaluering av erstatningsordningen. Rådet skulle møtes minst en gang årlig og ta opp og drøfte prinsipielle spørsmål knyttet til erstatningsordningen som helhet, herunder saksbehandlingen i NPE og nemnda.

Rådet har hatt ti oppnevnte medlemmer og vært ledet av generalsekretæren i Norsk Pasientforening. Det nye rådet ble oppnevnt i forbindelse med at pasientskadeloven trådte i kraft i 2003. Rådets møter i 2003 og 2004 gikk i hovedsak med til å informere om pasientskadeerstatningsordningen og drøfte rådets funksjon og arbeidsmåte. Fra 2006 har Rådets møtevirksomhet ligget nede pga lederens sykdom og bortgang.

Hovedinntrykket er at rådet har hatt en uklar rolle og ikke har hatt noen vesentlig betydning for ordningens utvikling. Flere av medlemmene har også vært usikre på sin rolle i rådet. Rådet har også til dels hatt sammenfallende oppgaver med styret for NPE og det er vanskelig å se noen merverdi for ordningen av å ha et råd i tillegg til styret. Det fremgår blant annet av § 7 at styret skal føre tilsyn med at erstatningsordningens samlede virksomhet er organisert i tråd med lover, forskrifter og instruksjoner.

Når det gjelder rådets funksjon som kontaktledd med brukeren, har NPE gjennom sine årlige seminarer med pasientombudene opprettet et annet og antagelig mer effektivt forum for å sikre en bred og fast kontakt med brukerinteressene. Det anses dessuten som viktig at styret har legitimitet blant aktørene i erstatningsordningen, herunder også pasientorganisasjonene. Dette må det tas hensyn til ved utnevning av styremedlemmer.

Rådet har heller ikke hatt noen selvstendig betydning når det gjelder evaluering av ordningen. Det er blitt foretatt en gjennomgang av virksomheten i NPE, men den ble gjennomført av Statskonsult som avga rapport i februar 2004.

Departementet har etter en samlet vurdering kommet til at pasientskadeordningen kan forenkles ved at pålegget i forskriften § 16 om at ordningen skal omfatte et råd, oppheves.

15.3. Finansiering av ordningens utgifter til drift og til advokat

Slik bestemmelsen i forskriften § 17 er formulert, ser det ut som erstatning for pasientskader voldt i den offentlige helsetjenesten og erstatningsordningens driftsutgifter dekkes gjennom tilskudd fra de regionale helseforetakene, fylkeskommunene og kommunene.

I dag dekker staten utgiftene til driften av NPE og pasientskadenemnda og advokatutgifter, mens de regionale helseforetakene, fylkeskommunene og kommunene dekker de samlede utgiftene til erstatningsutbetalinger.

Det foreslås at § 17 rettes opp på dette punktet.

16. Økonomiske og administrative konsekvenser

16.1. Administrative konsekvenser

De vedtatte endringene i pasientskadeloven vil medføre at NPE og Pasientskadenemnda får flere saker å behandle i og med at ansvarsområdet for begge organene utvides til også å omfatte privat sektor. Herunder må NPE registrere og holde à jour opplysninger om private virksomheter som det meldes fra om, og innkreve tilskudd fra disse. Dessuten må NPE føre regnskap over tilskuddsordningen.

Privat sektor får noe arbeid med årlige innmeldinger til NPE av virksomheten. De opplysningene som NPE trenger, forutsettes imidlertid å være lett tilgjengelige i virksomhetene og deres administrasjon i systematisert form.

Den foreslåtte forskriften medfører ikke administrative konsekvenser ut over det lovvedtaket medførte og forutsatte.

16.2. Økonomiske konsekvenser

Det offentlige forventes ikke å få økte utgifter som følge av at pasientskadeordningen utvides til å omfatte privat sektor fordi de økte utgiftene til utvidelsen av pasientskadeordningen til å omfatte privat sektor skal dekkes av privat sektor selv.

De private virksomhetene er i dag pålagt å forsikre seg mot ansvaret for pasientskader og har utgifter til forsikringspremier. De totale utgiftene for privat sektor forventes imidlertid å stige i forhold til de premiene som privat sektor betaler for dagens forsikring. Dels fordi det vil bli lettere for pasienter å oppnå erstatning med pasientskadelovens objektiviserte ansvarsgrunnlag, dels fordi terskelen for å kreve erstatning blir lavere når pasienten kan henvende seg til NPE i stedet for å rette kravet mot skadevolder og hans forsikringsselskap. NPE har ikke partsstilling og er ikke motpart i erstatningsspørsmålet, men vil tvert om, som et upartisk forvaltningsorgan, være ansvarlig for god opplysning av saken og riktig rettslig avgjørelse.

På samme måte som forsikringspremiene, vil tilskuddene privat sektor betaler til NPE, være å anse som en pålagt utgift til driften av de private virksomhetene som de kan regnskapsføre som en utgift som kommer til fradrag i driftsresultatet. De private virksomhetene antas dessuten å ville øke den betalingen de krever fra pasientene. Når tilskuddet fordeles på alle pasientene en tjenesteyter behandler i løpet av et år, vil selv det høyeste tilskuddet som foreslås, på 130.000 kroner i året, medføre en ubetydelig økning i behandlingsutgiftene for den enkelte pasienten.

17. Merknader til forskrift om pasientskadelovens virkeområde og om tilskuddsplikt for den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten

Merknad til § 1:

Etter pasientskadeloven § 19 annet ledd kan Kongen bestemme at loven ikke skal gjelde for helsetjenester her i riket med særskilt liten norsk tilknytning.

Første ledd omfatter tilfeller der helsepersonell yter tjenester på oppdrag fra en gruppe pasienter som har særskilt liten tilknytning til Norge. I Ot.prp. nr. 103 (2005-2006) på side 27 er nevnt som eksempler helsepersonell som reiser med og kun behandler utenlandske idrettstropper på besøk, helsepersonell om bord på cruiseskip og helsepersonell som følger utenlandske militærkontingenter på øvelse i Norge. Begrepet ”midlertidig opphold” er vagt. Det må vurderes konkret i det enkelte tilfellet om oppholdet er av en slik karakter. Momenter ved vurderingen vil være hvorvidt skaden er voldt i forbindelse med helsetjeneste utført innen en gruppe utenlandske personer som fremstår som en utsending fra et annet land eller om personene i gruppen fremstår som en integrert del i det norske samfunnet, hvorvidt og i hvilken utstrekning helsepersonell i gruppen også yter helsehjelp til personer utenfor gruppen, i hvilken utstrekning gruppen er selvforsynt med helsetjenester og over hvor langt tidsrom gruppen oppholder seg her i landet. Skader i forbindelse med øyeblikkelig hjelp som ytes av helsepersonellet overfor pasienter utenfor gruppen vil imidlertid være å anse som en del av den offentlige helsetjenesten.

Annet ledd medfører at pasientskadeloven ikke skal gjelde for den russiske helsetjenesten på Svalbard, enten den er offentlig eller privat.

Merknad til § 2:

Bestemmelsen i annet ledd medfører at utenlandsk helsepersonell som uten å være tilknyttet offentlig eller privat norsk helsetjeneste, og uten å være etablert i Norge med egen virksomhet, på midlertidige basis yter helsehjelp Norge er unntatt fra tilskuddsplikten. Norsk Pasientskadeerstatning kan allikevel bli ansvarlig for pasientskade voldt av dette helsepersonellet.

Offentlig helsetjeneste er definert i § 3.

Merknad til § 3:

Bestemmelsen i annet ledd medfører at all privat helsetjeneste som yter helsehjelp som kan forårsake pasientskade etter pasientskadeloven, omfattes av forskriften. Begrepet virksomhet er ment å omfatte alt fra store private sykehus til for eksempel en lege som driver praksis alene uten å ha noen ansatte. Uansett om virksomheten er organisert som selskap med begrenset ansvar (for eksempel som aksjeselskap) eller den har en eller flere ansvarlige eiere, er den omfattet av begrepet ”virksomhet”. For å være en

virksomhet i forskriftens forstand, må noen være ansvarlig for den samlede virksomheten. Det vil si at et kontorfellesskap der den enkelte ikke er faglig eller økonomisk ansvarlig for de øvrige i fellesskapet, ikke er én virksomhet i denne forskriftens forstand. Dersom flere leger som driver i samme lokale, har ansatt felles støttefunksjoner som er helsepersonell, har de et felles ansvar for at dette helsepersonellens virksomhet blir meldt til Norsk Pasientskadeerstatning.

Merknad til § 4:

En privat eid virksomhet kan drive både utenfor og innenfor offentlig helsetjeneste slik sistnevnte er definert i § 3 første ledd. Det er kun den delen av virksomheten som drives uten offentlig finansiering i form av driftstilskudd eller salg av helsetjeneste til det offentlige som er tilskuddspliktig etter denne forskriften.

Bestemmelsens første ledd legger tilskuddsplikten på virksomheten. Begrepet virksomhet og forholdet til ansvar for virksomheten er nærmere omtalt i merknaden til § 3. De som er sysselsatt i virksomhet som yter helsetjeneste utenfor den offentlige helsetjenesten, har ikke tilskuddsplikt med mindre de har økonomisk ansvar for virksomheten. Begrepet sysselsatt omfatter både de som driver egen virksomhet, de som er ansatt, engasjert, vikarierer osv. Begrepet sier ikke noe om sysselsettingens omfang. Det kan være på heltid, redusert tid eller ulike typer deltid. Helsepersonell kan være sysselsatt både i offentlig og privat virksomhet eller i flere private virksomheter samtidig.

Bestemmelsen i annet ledd medfører at helsepersonell som arbeider med helserelaterte oppgaver i andre sektorer, som forvaltning, forsikring, legemiddelindustri mv. ikke er forpliktet til å betale tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning. Som eksempel kan nevnes lege som er ansatt i Helsedirektoratet eller er fylkeslege. Helsepersonell som er ansatt i en administrativ stilling, ved for eksempel et privat sykehus, vil omfattes av tilskuddsplikten. Det er virksomhetens karakter som er avgjørende for om helsepersonell er unntatt etter denne bestemmelsen. Virksomhet som i hovedsak har helt andre oppgaver, men som har ansatt helsepersonell som yter helsehjelp, for eksempel innenfor bedriftshelsetjenesten, vil omfattes. Firma som driver formidling av helsepersonell yter ikke helsehjelp og er ikke tilskuddspliktig. I det tilfellet vil tilskuddsplikten oppstå i den virksomheten helsepersonellet som er ansatt i et slikt firma, yter helsehjelp i henhold til sin offentlige autorisasjon eller lisens.

Bestemmelsen i tredje ledd omhandler såkalte fritidsskader. Den medfører at helsepersonell som bare yter helsehjelp på fritiden, ikke blir forpliktet til å betale tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning. Som fritidsskader regnes skade oppstått ved sporadisk helsehjelp gitt i fritiden utenfor organisert virksomhet, for eksempel til familie, venner eller bekjente. Unntaket medfører at Norsk Pasientskadeerstatning kan bli ansvarlig for fritidsskader selv om skadevolder ikke er tilskuddspliktig.

Bestemmelsen i fjerde ledd medfører at tilskuddet skal dekke alle de utgiftene Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda har i forbindelse med krav om erstatning for skade voldt i privat sektor, herunder i de tilfellene tjenesteyter enten er unntatt fra tilskuddsplikt etter annet og tredje ledd eller ikke omfattes av forskriften, jf. § 2 annet ledd, og når skadevolder har unnlatt å betale tilskudd uten at Norsk Pasientskadeerstatning får dekket utgiftene gjennom regress. Tilskuddene skal også dekke utgifter som påløper til behandling av krav som blir avslått. Videre skal tilskuddene dekke utgiftene i forbindelse med skade voldt før forskriften trådte i kraft dersom Norsk Pasientskadeerstatning ikke får dekning gjennom regress overfor forsikringsselskap.

Merknad til § 5:

I annet ledd fremgår at det ikke bare er antallet sysselsatte som kan legges til grunn for beregningen av tilskuddet. Selv om antallet må være utgangspunktet, kan det tenkes at noen er sysselsatt på deltid eller kun er sysselsatt i virksomheten noen måneder av året, og at de dermed bare utfører deler av et årsverk. Dette vil ha betydning for den skaderisiko de representerer. Derfor åpner bestemmelsen for at Norsk Pasientskadeerstatning kan utøve et skjønn.

Selv om bestemmelsen i tredje ledd annen setning åpner for at Norsk Pasientskadeerstatning kan endre tilskuddet i løpet av året, er hensikten ikke at Norsk Pasientskadeerstatning jevnlig skal justere tilskuddene for at det skal oppnås total rettferdighet til enhver tid. Det er kun når forholdet mellom tilskuddet og den skaderisiko virksomheten medfører, blir urimelig i forhold til de beregningene som ligger bak satsene, at Norsk Pasientskadeerstatning kan foreta justeringer av tilskuddet. Dette fremgår av vesentlighetskravet i bestemmelsen.

Merknad til § 6:

Dersom Norsk Pasientskadeerstatning dekker erstatning for pasientskade voldt i en virksomhet som ikke har oppfylt plikten til å betale tilskudd for det året skaden ble voldt, får Norsk Pasientskadeerstatning etter pasientskadeloven § 8 rett til å kreve regress fra virksomheten. Det vil si at den eller de som er økonomisk ansvarlige for virksomheten, må dekke de utgiftene Norsk Pasientskadeerstatning har hatt i forbindelse med erstatningskravet og som tilskuddet etter § 4 annet ledd skulle ha dekket.

Den som ikke betaler tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning, kan også straffes med bøter eller fengsel i 3 måneder, jf. pasientskadeloven § 8 siste ledd.

Merknad til § 9:

Det fremgår indirekte av bestemmelsens siste ledd sett i sammenheng med

§ 4 første avsnitt, at helsepersonell som er ansatt i en virksomhet med meldeplikt, ikke selv har meldeplikt til Norsk Pasientskadeerstatning. Den som er ansatt i privat helsetjeneste og i tillegg yter helsehjelp i egen virksomhet, vil allikevel være melde- og tilskuddspliktig for den egne virksomheten.

Det fremgår av bestemmelsens tredje ledd at Norsk Pasientskadeerstatning kan kreve de opplysningene som Norsk Pasientskadeerstatning trenger for å gjøre sitt registrerings- og beregningsarbeid. Norsk Pasientskadeerstatning kan for eksempel kreve opplysninger som identifiserer virksomheten, som navn, adresse, tilknytningsform osv. Videre kan Norsk Pasientskadeerstatning kreve opplyst antall helsepersonell som er sysselsatt i virksomheten, herunder eventuell stillingsbrøk for ansatte og tilsvarende for sysselsatte som ikke er ansatt. Dersom virksomheten yter helsehjelp både i og utenfor offentlig helsetjeneste, kan Norsk Pasientskadeerstatning kreve opplysninger om dette, herunder hvor stor del av virksomhetens omfang som faller utenfor offentlig helsetjeneste.

Den som er ansvarlig for virksomhetens gjeld, vil også være den som har den økonomiske interessen i at det betales tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning og at virksomheten meldes til Norsk Pasientskadeerstatning. Dersom melding ikke sendes inn, og det derfor ikke betales tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning, kan det bli aktuelt at Norsk Pasientskadeerstatning senere krever dekning for utgifter som tilskuddet skulle ha dekket, for eksempel at Norsk Pasientskadeerstatning krever dekning (regress) for en erstatningsutbetaling som Norsk Pasientskadeerstatning har foretatt. Den som har det økonomiske ansvaret for virksomheten, vil bli ansvarlig for å dekke et slikt krav fra Norsk Pasientskadeerstatning. Det er derfor presisert i bestemmelsens siste avsnitt at den økonomisk ansvarlige er den som må sørge for at melding sendes. I dette ligger at vedkommende enten må sende meldingen selv eller stå ansvarlig for at det blir gjort av noen andre. Dette er selvsagt ikke til hinder for at virksomheter, for eksempel i kontorfellesskap, finner en felles praktisk løsning for oppfyllelse av meldeplikten.

Den som ikke overholder meldeplikten til Norsk Pasientskadeerstatning, eller gir feil opplysninger i meldingen, kan straffes med bøter eller fengsel i 3 måneder, jf. pasientskadeloven § 8 siste ledd.

18. Utkast til forskrifter

Forskrift om pasientskadelovens virkeområde og om tilskuddsplikt for den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten

Fastsatt ved kgl.res. 2008 med hjemmel i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven) § 7 annet ledd, § 8 annet ledd og § 19 tredje punktum. Fremmet av Helse- og omsorgsdepartementet.

§ 1 Pasientskadelovens virkeområde

Pasientskadeloven gjelder ikke skader som voldes av personer som oppholder seg midlertidig i Norge som del av en begrenset gruppe når skaden voldes av helsepersonell tilknyttet gruppen, herunder feltsykehus opprettet av utenlandsk militærvesen under øvelse eller utenlandsk idrettsropp på besøk i Norge.

Pasientskadeloven gjelder ikke skade som voldes av virksomhet utenfor den offentlige, norske helsetjenesten på Svalbard med mindre virksomheten er etablert med sikte på å yte helsehjelp til den norske bosettingen.

§ 2 Forskriftens virkeområde

Forskriften gjelder virksomhet som helt eller delvis yter helsehjelp utenfor offentlig helsetjeneste.

Forskriften gjelder ikke for helsepersonell med utenlandsk autorisasjon eller lisens som gir rett til å praktisere i Norge, når dette helsepersonellet på midlertidig basis yter helsehjelp i Norge uten å etablere seg her.

§ 3 Definisjoner

Med offentlig helsetjeneste menes i denne forskriften:

- a) statlig, fylkeskommunal, kommunal helsetjeneste, herunder helsehjelp som ytes på offentlige utdanningsinstitusjoner
- b) den del av privat tjenesteyters virksomhet som finansieres gjennom avtale med staten, regionale helseforetak, helseforetak, fylkeskommune eller kommune om driftstilskudd eller kjøp av helsetjenester
- c) helsetjenester i utlandet som det offentlige helt eller delvis bekoster
- d) øyeblikkelig hjelp som ytes utenfor virksomhet dersom det foreligger plikt til å yte helsehjelpen etter helsepersonelloven § 7.

Med virksomhet som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten, menes i denne forskriften enhver privat virksomhet der det ytes helsehjelp som omtalt i pasientskadeloven § 1 annet ledd, uansett hvorledes virksomheten er organisert og uansett ansvars- og eierform.

Med helsepersonell menes i denne forskriften de yrkesgrupper som har offentlig autorisasjon eller lisens i medhold av helsepersonelloven §§ 48, 49 og 50.

§ 4 Tilskuddsplikt

Eier og ansvarlig for virksomhet som sysselsetter helsepersonell som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten, skal betale tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning.

Virksomhet som sysselsetter helsepersonell er ikke tilskuddspliktig dersom virksomheten ikke yter helsehjelp.

Når helsepersonell yter helsetjeneste utenfor virksomhet de er sysselsatt i, medfører ikke denne ytelsen tilskuddsplikt.

Tilskuddet skal bidra til å dekke Norsk Pasientskadeerstatnings erstatningsutbetalinger, herunder utgifter til advokathjelp, for pasientskader voldt i virksomhet utenfor den offentlige helsetjenesten. Tilskuddet skal også bidra til å dekke erstatningsutbetalinger for skader voldt utenfor virksomhet av helsepersonell som ikke er sysselsatt i offentlig helsetjeneste. Tilskuddet skal videre bidra til å dekke Norsk Pasientskadeerstatnings og Pasientskadenemndas driftsutgifter som er knyttet til krav om erstatning for helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten.

Norsk Pasientskadeerstatning kan inngå avtale med foreninger eller forbund som har helsepersonell som medlemmer, om at foreningen/forbundet skal betale samlet tilskudd for medlemmer som er sysselsatt i tilskuddspliktig virksomhet. Dersom det er inngått slike avtaler, faller tilskuddsplikten bort for så vidt gjelder medlemmer av disse foreningene/forbundene, for virksomheter som sysselsetter dem.

Dersom uforutsett utvikling tilsier at det, kan departementet beslutte at det skal innkreves ytterligere nødvendig tilskudd i løpet av året for å dekke Norsk Pasientskadeerstatnings utgifter som nevnt i fjerde ledd.

§ 5 Fastsettelse av tilskudd

NPE treffer beslutning om hvem som er tilskuddspliktig etter § 4 og fastsetter tilskuddet.

Tilskuddet fastsettes på grunnlag av antallet helsepersonell med autorisasjon eller lisens som er sysselsatt i virksomheten og de satsene som er fastsatt for disse i § 10. For helsepersonell som er sysselsatt mindre enn ett årsverk i kalenderåret i virksomheten, kan Norsk Pasientskadeerstatning fastsette tilskuddet oppad beregnet til 25 pst, 50 pst eller 75 pst av et årsverk. Tilskuddet beregnes til avtalt sysselsetting i

virksomheten når melding som omtalt i § 9, sendes inn. Norsk Pasientskadeerstatning kan kreve at omfanget av sysselsetting bekreftes på egnet måte.

Dersom antallet sysselsatte, eller sammensetningen av sysselsatte i relasjon til satsene, reduseres eller økes vesentlig i en virksomhet i løpet av det året tilskuddet er betalt for, kan Norsk Pasientskadeerstatning bestemme at tilskuddet skal justeres forholdsmessig.

Ved fastsettelse av tilskudd for foreninger/forbund som omtalt i § 4 tredje ledd, kan Norsk Pasientskadeerstatning ved fastsettelsen av det samlede tilskuddet, ta hensyn til om Norsk Pasientskadeerstatning sparer driftsutgifter.

§ 6 Betalingsplikt

Tilskudd som Norsk Pasientskadeerstatning har fastsatt i medhold av § 5, skal betales til Norsk Pasientskadeerstatning senest en måned etter at kravet om innbetaling av tilskudd er mottatt.

Dersom Norsk Pasientskadeerstatning har fastsatt tilskuddet for en virksomhet til et høyere beløp enn 80.000 NOK, kan betalingen deles opp i inntil fire terminer.

Dersom tilskudd ikke betales i samsvar med kravet fra Norsk Pasientskadeerstatning, kan Norsk Pasientskadeerstatning kreve utgifter som skyldes den unnlatte innbetalingen, dekket. Selv om det fremmes klage over Norsk Pasientskadeerstatnings fastsettelse av tilskudd, må det fastsatte tilskuddet innbetales.

§ 7 Forvaltning av tilskudd

Departementet fastsetter instruks for Norsk Pasientskadeerstatnings forvaltning av tilskuddene og for sikring av innbetalte tilskudd.

§ 8 Klage over fastsatt tilskudd

Avgjørelser truffet av Norsk Pasientskadeerstatnings etter § 5, kan påklages til styret for Norsk Pasientskadeerstatning.

Alternativ § 8:

§ 8 Klage over fastsatt tilskudd

Avgjørelser truffet av Norsk Pasientskadeerstatnings etter § 5, kan påklages til Pasientskadenemnda, jf. pasientskadeloven § 16.

§ 9 Meldeplikt

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

Årlig melding skal sendes Norsk Pasientskadeerstatning innen den 1. februar. Melding om etablering av ny virksomhet skal sendes senest én uke etter at virksomheten begynner å yter 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 Tilskuddssatser

Yrkesgruppe	Tilskudd i NOK
Ambulansearbeider	1
Apotektekniker	
Audiograf	
Bioingeniør	
Ergoterapeut	
Fotterapeut	
Fysioterapeut	
Helsesekretær	
Hjelpepleier	
Jordmor	
Kiropraktor	
Klinisk ernæringsfysiolog	
Plastikkirurgi	
Nevrokirurgi	
Øvrige kirurger	
Øyespesialister	
Øre – nese – hals	
Andre legespesialister	
Øvrige leger	
Omsorgsarbeider	

¹ Størrelse på tilskuddene er avhengig av hvilken beregningsmodell som velges, jf. tabell 5,7,8 eller 9.

Optiker	
Ortopediingeniør	
Ortoptist	
Perfusjonist	
Provisorfarmasøyt	
Psykolog	
Radiograf	
Reseptarfarmasøyt	
Sykepleier	
Tannhelsesekretær	
Tannlege uten spes.	
Kjeveortopeder	
Andre tannlegespesialiteter	
Tannpleier	
Tanntekniker	
Vernepleier	

§ 11 Endring av forskriften

Departementet kan foreta endringer i forskriften.

§ 12 Ikraftsetting

Forskriften settes i kraft 1. januar 2009. Fra samme tidspunkt oppheves forskrift 21. november 2003 nr. 1365 om forsikringsplikt for helsepersonell og den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten mv.

Forskrift om endring av forskrift 20. desember 2002 nr. 1625 om Norsk Pasientskadeserstatning og Pasientskadenemnda

Fastsatt ved kgl.res. 2008 med hjemmel i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader (pasientskadeloven) § 6 annet ledd, § 7 første ledd, § 16 tredje ledd. Fremmet av Helse- og omsorgsdepartementet.

Skrivemåten skal endres til Norsk Pasientskadeerstatning i nåværende forskrifts navn og nåværende §§ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 15, 17, 18 og 20.

§ 1 tredje ledd oppheves.

§ 3 første ledd skal lyde:

Norsk Pasientskadeerstatning er ansvarlig for skader som omfattes av pasientskadelovens virkeområde og skal behandle krav og utbetale erstatning.

§ 8 annet punktum oppheves.

§ 9 første ledd første punktum skal lyde:

Pasientskadenemnda kan etter anmodning fra den som krever erstatning, beslutte å overta behandlingen av en sak som ikke er ferdigbehandlet av Norsk Pasientskadeerstatning.

§ 11 første ledd skal lyde:

Det *oppnevnes varamedlemmer* for leder, nestleder og medlemmer i nemnda.

§ 16 oppheves.

Nåværende kapittel 6 blir nytt kapittel 5.

Nåværende § 17 første ledd blir ny § 16 første ledd og skal lyde:

De regionale helseforetakene, fylkeskommunene og kommunene yter tilskudd til dekning av erstatning for *pasientskader voldt i den offentlige helsetjenesten*.

Nåværende § 17 annet ledd blir ny § 16 annet ledd og skal lyde:

Departementet dekker *kostnadene til driften av Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnd og advokatutgifter*.

Nåværende § 17 tredje ledd blir § 16 tredje ledd.

Nåværende § 18 blir ny § 17 og skal lyde:

§ 17 Egenandel fra skadevolder i offentlig helsetjeneste

I tilfeller der Norsk Pasientskadeerstatning utbetaler erstatning som følge av skade voldt i den offentlige helsetjenesten, kan det kreves egenandel fra skadevolder. Departementet fastsetter egenandelens størrelse.

Nåværende § 19 oppheves

Nåværende § 20 blir ny § 18.

Ny § 19 skal lyde:

§ 19 Endring av forskriften

Departementet kan foreta endringer i forskriften.

Forskriften trer i kraft fra det tidspunkt departementet bestemmer.