

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Oslo, 10. september 2015

Høringssvar fra Aleris Helse AS - Forslag til endring i forskrift til pasientskadeloven – økning av tilskuddet fra private helsetjenester

1. Innledning

Det vises til høringsnotat «forslag til endring i forskrift til pasientskadeloven – økning av tilskuddet fra private helsetjenester». Forslaget innebærer en dramatisk økning av den samlede rammen. Forslaget innebærer dessuten en endring i klassifisering av risikofaktorer som for flere av aktørene medfører tilskuddet øker ytterligere. For Aleris Helse AS vil de foreslåtte løsningene medføre en økning i størrelsesorden 200 %.

Vi finner grunn til å stille spørsmål både ved (i) økningen av den totale rammen, (ii) endring mellom risikogrupper i risikofaktorer, (iii) samt om den foreslåtte modellen er den beste for å ivareta det overordnede målet om å redusere antall pasientskader.

2. Økningen av den totale rammen

Den foreslåtte økningen vil få store økonomiske konsekvenser. Vi har ingen kommentarer til at de privates tilskudd fullt ut skal dekke de løpende utbetalingene i tilknytning til pasientskader. Det stilles imidlertid spørsmål ved om det i det forslaget som er fremmet leges opp til vel «robuste» rammer. Vi har følgende kommentarer i den sammenheng:

- Sum årlig tilskudd er forutsatt økt fra 46 MNOK i 2015 (42,4 MNOK i 2013) til 95 MNOK. Av økningen på 52,6¹ MNOK er kun 17,5 MNOK (33 %) knyttet til økte tilskudd for skader skjedd etter 2009. Vi legger til grunn at den foreslåtte økningen er begrunnet i erfaringstall og har ingen kommentarer til denne delen av økningen.
- Det er også forutsatt en økning i tilskudd for skader skjedd før 2009. Det stilles spørsmål ved om det er et reelt behov for å øke innbetalinger knyttet til skader som har skjedd for 6 år eller lengre siden. Det er i høringsnotatet opplyst at det kan gå opptil 10 år før alle skader inntruffet et bestemt år er ferdig behandlet, men vi antar at utbetalingsraten vil være fallende mot slutten av denne perioden. Dvs at problematikk rundt skader som har oppstått før ordningen ble iverksatt gradvis reduseres og må anses som avviklet om 3-4 år.

¹ Økning fra 2013 er benyttet da det ikke fremgår detaljerte tall for 2015

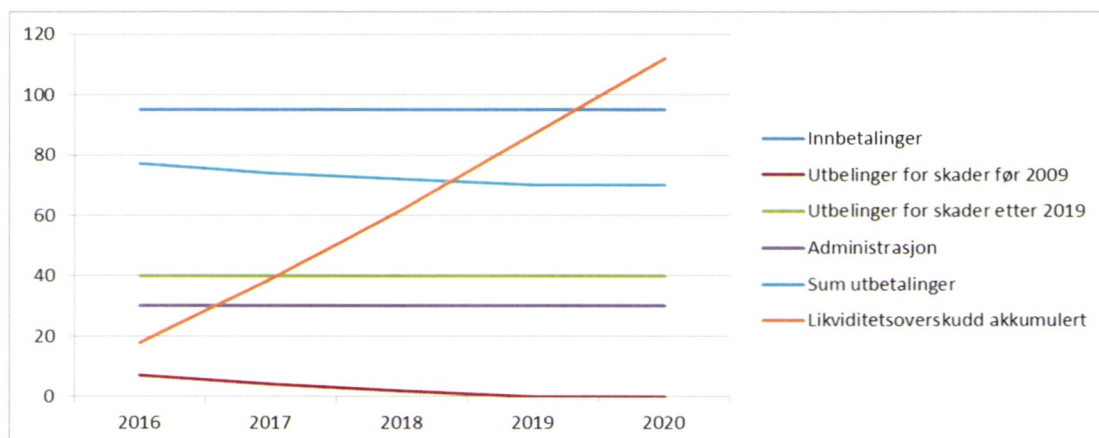
I relasjon til skader skjedd før 2009 er det også av betydning at lov om erstatning for pasientskader for de private helsetjenester ikke trådte i kraft før i 2009. Før 2009 hadde private sykehus egen pasientforsikring som dekket de privatfinansierte pasienter. For pasienter behandlet på offentlig avtale ble tilskudd innbetalt etter Forskrift nr 4458 /1988 «Regler for midlertidig ordning med pasientskadeerstatning for somatiske sykehus/poliklinikker». Det kan følgelig kun kreves inn tilskudd for å dekke skader på pasienter som var behandlet under en offentlig avtale. Foreslått tilskuddsramme for skader skjedd før 2009 tilsvarer hele 25 % av tilskuddsrammen for skader oppstått etter 2009. Vi stiller spørsmål ved om NPE, i sitt forslag til ramme for disse skadene, har tatt hensyn til at kun deler av de privates aktivitet var dekket under ordningen frem til 2009 samt det faktum at utbetalingsraten knyttet til skader skjedd for 6-10 år siden vil være fallende.

Vi stiller spørsmål ved om det ikke er mer riktig å redusere enn å øke denne delen av tilskuddet.

- Innbetalinger til administrasjonskostnader forutsettes økt fra 12,8 MNOK til 30 MNOK, dvs med hele 134 %. Administrasjonskostnadene tilsvarer hele 75 % av tilskudd til skader skjedd etter 2009. Det gis ingen opplysninger om hva som ligger til grunn for en så formidabel økning. Dette behovet kan ikke tilskrives en økning i antall tilmeldte årsverk da en slik økning vil ivaretas ved at aktørene må betale for flere årsverk.
- Det forutsettes innbetalt tilskudd for avsetning til fond. Når man ser bort i fra tilskudd for skade før 2009 (som må anses å være avviklet om 3-4 år) tilsvarer tilskuddet til fond hele 35 % av tilskuddet til skader. Økningen i nivået på løpende utbetalingene er forutsatt dekket av de øvrige postene (økte tilskudd/økt administrasjon). Formålet med et slikt fond må følgelig være å ivareta de naturlige svingningene som skjer fra år til år. Vi stiller spørsmål ved om det er et behov for å avsette innbetalinger av denne størrelsesorden for å ivareta naturlige svingninger fra år til år.

Både tilskudd for skader skjedd før 2009 og oppbygging av fond er innbetalinger som dekker behov av en midlertidig karakter. Den økningen som er foreslått vil få vesentlige økonomiske konsekvenser, ikke minst for de av aktørene som har helsepersonell som ligger i risikogrupper der risikofaktoren er foreslått økt betydelig. Den foreslåtte tilskuddsrammen vil medføre et likviditetsoverskudd som over tid vil bli betydelig. I tabell og figur under har vi forsøkt å illustrere dette.

År	2016	2017	2018	2019	2020	
Innbetalinger	95	95	95	95	95	95
Utbelinger for skader før 2009	7	4	2	0	0	0
Utbelinger for skader etter 2019	40	40	40	40	40	40
Administrasjon	30	30	30	30	30	30
Sum utbetalinger	77	74	72	70	70	70
Likviditetsoverskudd akkumulert	18	39	62	87	112	112



Dersom kostnadene til administrasjon ikke økes i det omfanget som er forutsatt, vil «likviditetsoverskuddet» øke ytterligere.

Vi stiller spørsmål ved om det er nødvendig å innarbeide et fond, og øke rammene for eldre skader, på samme tidspunkt som ramme for innbetaling av tilskudd økes til et forsvarlig nivå. Det stilles også spørsmål ved om det er et reelt behov for å øke rammene for administrasjon tilsvarende 143 %.

3. Kommentarer til risikogrupper og risikofaktorer

For noen av Helsepersonellgruppene er spesifikasjonsgraden relativt høy (for eksempel tannpleier/tanntekniker, øyespesialist, audiograf), mens andre er samlet i «bolker». «kirurger» er en slik «bolk». Denne helsepersonellgruppen er trolig den gruppen av ulike behandlere som har de største avvikene både i skaderate og den økonomiske konsekvens av skader. En målsetning med å dele inn i helsepersonellgrupper og risikogrupper er at tilskuddene skal gjenspeile det reelle risikobildet. Mange av legene som er omfattet av gruppen «kirurger» utfører ikke operasjoner som tilsier at risikoen for utbetalinger til pasientskadeerstatning for eksempel er 10 ganger så høy som for «øvrige leger». Kirurger er også den gruppen som får den største endingen i kroner. For de av kirurgene som relativt sett innenfor gruppen har den laveste risikoprofilen vil denne økningen virke svært urimelig.

Dette kan løses ved at helsepersonellgruppen «kirurger» deles opp i flere undergrupper slik at det systemet også for disse blir litt mer «finmasket».

4. Insitament i den foreslåtte modellen

Den foreslåtte modellen forutsetter at innbetalingsnivå for den enkelte aktør er helt upåvirket av skaderate og nivået på erstatningsutbetalinger for den enkelte skaden. Vår vurdering er at en slik modell ikke er et egnet instrument til å nå det overordnede målet om å holde skaderaten på lavest mulig nivå. Det bør etableres også et økonomisk insitament til å investere i forebyggende tiltak.

Et alternativ til den foreslåtte økningen av satsene er at det økte behovet helt eller delvis dekkes inn ved at deler av erstatningsbeløpene dekkes av egenandeler fra de enkelte virksomhetene. For å minske administrasjon og byråkrati rundt dette kan denne egenandelen dekkes inn ved at det kreves inn en fast prosent av de samlede utbetalinger den enkelte virksomheten har forårsaket det aktuelle året. For å unngå at en at enkeltskader av større omfang medfører at en slik egenandel blir uhåndterlig for de mindre aktørene kan det for eksempel settes et øvre tak for slik egenandel.

En egenandelsløsning kan etableres i stedet for den formidable økningen som er foreslått pr årsverk, eller som et virkemiddel til å redusere den foreslåtte økningen.

Med vennlig hilsen
for Aleris Helse AS



Grethe Aasved
Administrerende direktør
Tlf +4791692808
E-post: grethe.aasved@aleris.no