



DET KONGELIGE
HELSEDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 74

(2002–2003)

Om lov om endringer i lov 15. juni 2001
nr. 53 om erstatning ved pasientskader
mv. (pasientskadeloven)

Innhold

1	Proposisjonens hovedinnhold	5	4.4	Departementets vurdering	18
2	Bakgrunn for lovforslaget	6	5	Begrenset forsikringsansvar	20
2.1	Bakgrunn for pasientskadeloven	6	5.1	Gjeldende rett	20
2.2	Behandling i Stortinget	6	5.2	Høringsnotatets forslag	20
2.3	Lovens innhold	6	5.3	Høringsinstansenes syn	21
2.4	Høring av forskrifter til ikrafttredelse av loven m.v.	6	5.4.1	Departementets hovedvurdering	21
2.5	Ot.prp. nr. 22 (2002–2003) om lov om endring i lov om pasientskader mv. ...	7	5.4.2	Felles dekning av udekket tap	22
2.6	Høring av lovendringsforslaget	7	6	Rett til å bringe saker inn for Pasientskadenemnda	23
3	Utredning av erstatningskrav fra privat virksomhet	10	6.1	Høringsnotatets forslag	23
3.1	Gjeldende rett	10	6.2	Høringsinstansenes syn	23
3.2	Høringsnotatets forslag	10	6.3	Departementets vurderinger	24
3.3	Høringsinstansenes syn	11	7	Egenandeler	25
3.4	Departementets vurdering	13	7.1	Gjeldende rett	25
4	Hva som skal anses som offentlig helsetjeneste i pasientskadelovens forstand	15	7.2	Høringsnotatets forslag	25
4.1	Gjeldende rett	15	7.3	Høringsinstansenes syn	25
4.1.1	Offentlig helsetjeneste i pasientskade- lovens forstand	15	7.4	Departementets vurderinger	25
4.1.2	Særlig om fritidskader	16	8	Økonomiske og administrative konsekvenser	27
4.2	Høringsnotatets redegjørelse	16	9	Merknader til de enkelte bestemmelser	28
4.3	Høringsinstansenes syn	16		Forslag til lov om endringer i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasient- skader mv. (pasientskadeloven)	31
4.3.1	Høringsinstansenes syn på innholdet i offentlig helsetjeneste	16			
4.3.2	Høringsinstansenes syn på ansvaret for fritidsskader	18			



DET KONGELIGE
HELSEDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 74

(2002–2003)

Om lov om endringer i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven)

*Tilråding fra Helsedepartementet av 11. april 2003,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Bondevik II)*

1 Proposisjonens hovedinnhold

Helsedepartementet legger med dette frem forslag til endringer i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven).

Pasientskadeloven trådte i kraft for den offentlige helsetjenesten fra 1. januar 2003, men ble utsatt for privat helsetjeneste. Det vises i den forbindelse til Ot.prp. nr. 22 (2002–2003) om lov om endring i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven). Med endringene som foreslås i denne proposisjonen, legges det opp til at loven kan tre i kraft i sin helhet.

Helsedepartementet foreslår lovendringer som medfører at forsikringsselskapene behandler de

krav de kan bli ansvarlig for å dekke, at det gis hjemmel for å fastsette ansvarsbegrensning i forsikringsavtalene og at det gis anledning til å kreve egenandeler fra alle helseinstitusjoner, som anses som offentlige etter loven, der skade finner sted. Det foreslås at det kan anmodes Pasientskadenemnda om at saker som ikke er ferdigbehandlet etter to år i Norsk Pasientskadeerstatning eller hos forsikringsgiver, kan behandles av Pasientskadenemnda. I tillegg foreslås enkelte tekniske endringer.

2 Bakgrunn for lovforslaget

2.1 Bakgrunn for pasientskadeloven

I januar 1987 ble det vedtatt at Justisdepartementet skulle utrede spørsmålet om å lovfeste et objektivt erstatningsansvar for pasientskader. I påvente av en slik lov, ble det etablert en midlertidig erstatningsordning. Ordningen ble etablert på bakgrunn av en avtale mellom staten og landets fylkeskommuner. Regler for midlertidig ordning med pasientskadeerstatning for somatiske sykehus/poliklinikker trådte på grunnlag av avtalen i kraft 1. januar 1988. Fra 1. juli 1992 ble det gitt tilsvarende regler for kommunelegetjenesten og kommunal legevakt og for psykiatriske sykehus og deres poliklinikker.

Ved kgl.res. 11. september 1987 ble det oppnevnt et utvalg for å utrede og foreslå lovbestemmelser om pasientskadeerstatning (Lødruputvalget). Utvalget avga sin utredning i desember 1991 jf. NOU 1992: 6 Erstatning ved pasientskader.

Styret i Norsk Pasientskadeerstatning oppnevnte ved brev 1. september 1993 et utvalg (Evalueringsutvalget), som fikk i oppdrag å evaluere den midlertidige ordningen med pasientskadeerstatning. I februar 1994 avga Evalueringsutvalget sin utredning «Evaluering av Norsk Pasientskadeerstatning» til styret i Norsk Pasientskadeerstatning.

2.2 Behandling i Stortinget

Regjeringen ved Justisdepartementet la i Ot.prp. nr. 31 (1998–99) frem for Stortinget forslag til lov om erstatning ved pasientskader (pasientskadeloven).

I Ot.prp. nr. 55 (1999–2000) om lov om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven) foreslo departementet enkelte tekniske tilpasninger i utkastet til ny pasientskadelov. Endringene besto hovedsakelig i en harmonisering av lovforslaget til de fire nye helselovene (spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven, helsepersonelloven og pasientrettighetsloven) som ble vedtatt etter at pasientskadeproposisjonen ble lagt frem.

Forslaget til ny pasientskadelov ble behandlet av sosialkomiteen i Innstilling O. nr. 68 (2000–2001) Innstilling fra sosialkomiteen om lov om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven).

Under behandlingen i Stortinget ble regjeringens forslag noe endret. Det ble blant annet vedtatt at det er Norsk Pasientskadeerstatning som skal behandle sakene også i de tilfeller der det er et privat forsikringsselskap som står ansvarlig. Denne løsningen legges til grunn i NOU 1992: 6, men var ikke foreslått fra Justisdepartementet som utarbeidet lovproposisjonen.

2.3 Lovens innhold

Pasientskadeloven gir bestemmelser om pasientskadeansvaret, hvem som er ansvarlig etter loven, behandlingen av krav, klage og domstolsprøving, virkeområde, overgangsregler og ikrafttredelse. Som i den midlertidige ordningen, er ansvarsgrunnlaget i pasientskadeloven et objektivisert ansvar. Dette innebærer at pasienten som hovedregel ikke trenger å påvise skyld.

Loven utvider den nåværende midlertidige ordningen. Den midlertidige ordningen inneholder erstatningsregler som dekker offentlige somatiske og psykiatriske sykehus med deres poliklinikker, samt den kommunale legetjenesten. Den nye loven utvider virkeområdet til å gjelde hele helsetjenesten, herunder de kommunale sykehjemmene og den private helsetjenesten. Det innebærer at det objektiviserte ansvaret får anvendelse på hele dette området. Det fremgår av loven at til den offentlige helsetjenesten regnes virksomhet til stat, fylkeskommunene og kommunene. Det samme gjelder virksomhet som drives på oppdrag av eller med driftstilskudd fra noen av disse.

2.4 Høring av forskrifter til ikrafttredelse av loven m.v.

For å kunne la loven tre i kraft utarbeidet departementet utkast til to forskrifter til loven. Det dreide seg om forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda og forskrift om forsikringsplikt for helsepersonell og den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten m.v.

Forskriftene ble sendt på høring med høringsfrist 14. oktober 2002.

Blant høringssvarene kom det også inn merknader til bestemmelser i selve loven. Finansnæringens Hovedorganisasjon var i sin høringsuttalelse spesielt opptatt av bestemmelsen om at det er Norsk Pasientskadeerstatning som skal behandle sakene også i de tilfeller der det er et privat forsikringsselskap som står ansvarlig. Organisasjonen mente at selskapene ville miste kontrollen over behandlingen av saker, der de kunne bli ansvarlige for å dekke utbetalinger. Blant annet av den grunn mente organisasjonen at det ikke var tilstrekkelig forretningsmessig grunnlag for å tilby tjenester på dette området.

Flere forsikringsselskaper ga melding til sine kunder, om at de ikke ville forlenge deres avtaler om forsikring, og heller ikke ville tilby nye avtaler. Det medførte at flere helsepersonellforeninger tok kontakt med departementet for å få vite hvordan de skulle oppfylle kravene til å være forsikret når forsikringsbransjen ikke ville tilby forsikringer. Plikten til å ha forsikring fremkommer blant annet i helsepersonelloven § 20.

På det aktuelle tidspunkt lå det an til å være en plikt for private helsetilbydere til å tegne forsikring, samtidig som det ikke var forsikringer å få kjøpt.

2.5 Ot.prp. nr. 22 (2002–2003) om lov om endring i lov om pasientskader mv.

På bakgrunn av den situasjonen som hadde oppstått fremmet departementet Ot.prp. nr. 22 (2002–2003) om lov om endring i lov om pasientskader mv. Lovforslaget åpnet for delvis ikrafttredelse av pasientskadeloven. Lovendringen trådte i kraft 1. januar 2003.

I og med at ansvaret i den offentlige helsetjenesten etter loven er dekket gjennom ordningen i Norsk Pasientskadeerstatning, ble ikke den offentlige helsetjenesten berørt av mangelen på tilbud fra forsikringsselskapene.

Ved delt ikrafttredelse ble det lagt til rette for at forsikringsavtaler som gjaldt kunne forlenges i 2003. De skader som oppstår i privat helsetjeneste, ville være dekket av forsikring på samme måte som før pasientskadeloven trådte i kraft. Således ville uaktsomhetsansvaret som hovedregel, fremdeles gjelde i den private helsetjenesten. Forsikringsplikt for privat helsetjeneste følger av helsepersonelloven § 20 og apotekloven § 1–6.

Det var derfor et alternativ å la loven tre delvis i kraft. I og med at det var en forutsetning for ikrafttredelse av hele loven at forsikringsselskapene tilbød forsikringer, ble det besluttet å la loven kun tre i kraft for den offentlige helsetjenesten. Norsk Pasientskadeerstatning er etter § 6 i pasientskadeloven ansvarlig for skade som kan kreves erstattet etter loven når skaden er voldt i den offentlige helsetjenesten.

I proposisjonen ble det foreslått å komme tilbake til Stortinget med en ny proposisjon våren 2003, med sikte på å gjennomføre lovendringer slik at pasientskadeloven i sin helhet kunne tre i kraft 1. januar 2004.

2.6 Høring av lovendringsforslaget

Helsedepartementet sendte ut høringsnotat med forslag til lovendringer på høring ved brev datert 6. februar 2003. Høringsnotatet ble sendt til følgende institusjoner og organisasjoner med frist 17. mars 2003:

Statlig administrasjon:

- Departementene
- Sametinget

Arbeidsgiver-/arbeidsorganisasjoner:

- Akademikerne
- Ambulansehelsetjenesten KFO
- Arbeidsgiverforeningen NAVO
- BFI, NITO
- Den Norske Advokatforening
- Den Norske Dommerforening
- Den Norske Jordmorforening
- Den Norske Lægeforening
- Den Norske Tannlegeforening
- Det Norske Diakonforbund
- Farmasi Forbundet
- Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere
- Finansnæringens Hovedorganisasjon
- Flerfaglig Fellesorganisasjon
- Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon
- Helseansattes yrkesforbund
- Helsetjenestens Lederforbund
- KFO
- Kliniske ernæringsfysiologers forening
- Kommunal Landspensjonskasse
- Kommunenes Sentralforbund
- Landsgruppen av psykiatriske sykepleiere
- Landsorganisasjonen i Norge (LO)
- Legemiddelindustriforeningen

Om lov om endringer i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven)

- Norges Ambulanseforbund
- Norges Apotekerforening
- Norges Farmaceutiske forening
- Norges Juristforbund
- Norges Kristelige Legeforening
- Norges Optikerforbund
- Norges Tannteknikerforbund
- Norsk Audiografforbund
- Norsk Ergoterapeutforbund
- Norsk Helse- og Sosialforbund
- Norsk Helse- og Sosiallederlag
- Norsk helsesekretærforbund
- Norsk Kiropraktor forening
- Norsk Kommuneforbund
- Norsk ortopedisk forening
- Norsk Psykiatrisk forening
- Norsk psykoanalytisk forening
- Norsk Psykologforening
- Norsk Radiografforening
- Norsk Skolelederforbund
- Norsk Sykepleierforbund
- Norsk Tannpleierforening
- Norsk Tjenestemannslag
- Norsk Vernepleierforening
- Norske Fotterapeuters forbund
- Norske Fysioterapeuters Forbund
- Næringslivets Hovedorganisasjon
- Private helseinstitusjoners landsforbund (PHL)
- Reseptarforbundet
- Røntgeninstituttene Fellesorganisasjon
- Skolenes Landsforbund
- Sosialtjenestemennenes Landsforbund
- Statstjenestemannsforbundet
- Universitets- og høyskoleutdannedes forbund
- Yngre legers forening
- Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund

Statlige, regionale og kommunale instanser:

- Konkurransetilsynet
- Kredittilsynet
- Landets fylkeskommuner
- Landets fylkesleger
- Landets kommuner
- Landets pasientombud
- Landets regionale helseforetak
- Landets sykehus
- Riksrevisjonen
- Sosial- og helsedirektoratet
- Statens helsetilsyn

Undervisning- og forskningsinstitusjoner:

- Landets universiteter
- Landets høyskoler

Sentrale statlige organ:

- Datatilsynet
- Forbrukerombudet
- Forbrukerrådet
- Nasjonalt Folkehelseinstitutt
- Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)
- Pasientskadenemnda
- Regjeringsadvokaten
- Rikstrykdeverket
- Riksrevisjonen
- Rådet for funksjonshemmede
- Rådet for psykisk helse
- Statens legemiddelverk
- Statens næringsmiddeltilsyn
- Statens strålevern
- Stortingets ombudsmann for forvaltningen

Andre:

- Norsk Pasientforening
- Quality Assurance Service (QA Service)

Tilbakemelding på utsendelsen ble mottatt fra:

- Aker universitetssykehus HF
- Arbeids- og administrasjonsdepartementet
- Barne- og familiedepartementet
- Bioteknologinemda
- Datatilsynet
- Den norske Advokatforening
- Den norske lægeforening
- Den norske tannlegeforening
- Finansdepartementet
- Finansnærings Hovedorganisasjon
- Fiskeridepartementet
- Forbrukerrådet
- Fylkesmannen i Buskerud
- Fylkesmannen i Hedmark
- Fylkesmannen i Oslo og Akershus
- Handels- og Servicenærings Hovedorganisasjon
- Helse Nord RHF
- Helse Sør RHF
- Helse Vest RHF
- Helse Øst RHF
- Helsetilsynet i Sør-Trøndelag
- Høgskolen i Harstad
- Høgskolen i Ålesund
- Justis- og politidepartementet
- Klepp kommune
- Kliniske ernæringsfysiologers forening
- Kommunal- og regionaldepartementet
- Konkurransetilsynet
- Kredittilsynet
- Landbruksdepartementet
- Legemiddelindustriforeningen
- Likestillingsombudet

Om lov om endringer i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven)

- Miljøverndepartementet
- Nasjonalt folkehelseinstitutt
- NAVO – Arbeidsgiverforeningen
- Nittedal kommune
- Norges Apotekerforening
- Norges Juristforbund
- Norges Optikerforbund
- Norsk Kiropraktikerforening
- Norsk Kommuneforbund
- Norsk Pasientforening
- Norsk Pasientskadeerstatning
- Norsk Psykologforening
- Norsk Sykepleierforbund
- Norsk tannpleierforening
- Norske Fysioterapeuters Forbund
- Norske ortoptisters forening
- Nærings- og handelsdepartementet
- Næringslivets hovedorganisasjon
- Oslo kommune
- Pasientskadenemda
- Quality Assurance Service
- Rikstrygdeverket
- Rokkansenteret
- Røntgeninstituttens Fellesorganisasjon
- Sametinget
- Samferdselsdepartementet
- Sosial- og helsedirektoratet
- Sosialdepartementet
- Statens helsetilsyn
- Statens strålevern
- Sørlandet sykehus HF
- Sykehuset Østfold HF
- Ullevål universitetssykehus HF
- Utdannings- og forskningsdepartementet
- Utenriksdepartementet
- Vestre Toten kommune
- Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund

3 Utredning av erstatningskrav fra privat virksomhet

3.1 Gjeldende rett

Pasientskadeloven har ikke trådt i kraft for den delen av helsetjenesten som etter lov og forskrift ikke anses som offentlig helsetjeneste. Den midlertidige pasientskadeordningen omfattet ikke privat helsetjeneste. Det medfører at inntil ny lov trer i kraft i sin helhet, er det helsepersonelloven § 20 og apotekloven § 1–6 som gjelder på dette området. Det er etter disse bestemmelsene en plikt til å være forsikret. Norsk pasientskadeerstatning sørger ikke for erstatning etter disse bestemmelsene. Det er således private selskaper som har tilbudt og fortsatt sørger for forsikringer til denne gruppen. Det medfører at behandlingen av disse pasientskadesakene i sin helhet behandles av forsikringsselskapene.

Til forskjell fra den midlertidige ordningen er hele helsetjenesten omfattet av pasientskadeloven, ikke bare offentlig helsetjeneste. Av pasientskadeloven følger det at Norsk Pasientskadeerstatning skal utrede erstatningskravene fra privat virksomhet. Bestemmelsene i loven som gjelder privat helsetjeneste trådte imidlertid ikke i kraft 1. januar 2003.

3.2 Høringsnotatets forslag

Helsedepartementet pekte i det høringsnotatet som ble sendt på høring 6. februar 2003 på Ot.prp. nr. 22 (2002–2003) om lov om endring i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader (pasientskadeloven). Det ble vist til at pasientskadeloven bør tre i kraft i sin helhet 1. januar 2004. For å få det til, ble det vurdert å la forsikringsselskapene utrede kravene fra privat helsetjeneste som de forsikrer.

I den forbindelse viste Helsedepartementet til Ot.prp. nr. 31 (1998–1999) om lov om erstatning ved pasientskader (pasientskadeloven) fremmet av Justisdepartementet, der det uttales:

«NPE skal etter utvalgets forslag behandle alle skadesaker – også fra privat sektor. NPE kan pålegge det enkelte forsikringsselskap å foreta utbetaling av erstatning.

I høringen har Norges Forsikringsforbund kommentert utvalgets forslag:

«Saksbehandlingsreglene foreslås felles for både det offentlige og private helsevesen, hvilket innebærer at også skader forvoldt av helsepersonell forsikret i et forsikringsselskap skal behandles av Norsk Pasientskadeerstatning. Vi vil peke på at en slik ordning bryter mot det som ellers gjelder, nemlig at de skader som kreves dekket under en forsikring, behandles i det selskap hvor forsikringen er tegnet. Dette er også den løsning som er valgt for behandling av skader etter yrkesskedeforsikringsloven.»

Forsikringsforbundet mener også at behandling i det enkelte selskap er best for dem som fremmer krav:

«Det bør også vektlegges at for pasienter vil det ofte være lettere å finne frem til selskapets lokalkontor og få assistanse der enn en henvendelse til Norsk Pasientskadeerstatning. Vi vil også peke på at et forsikringsselskap ofte vil søke forlik i en tvilsom sak, mens en slik løsning er vanskelig når saken behandles i Norsk Pasientskadeerstatning.»

Departementet vil innledningsvis bemerke at siden det nedenfor foreslås at helsetjenester som drives med rammetilskudd fra det offentlige skal regnes til offentlig sektor, er den private sektoren svært liten. På bakgrunn av høringsuttalelsen fra Norges Forsikringsforbund vil departementet også presisere at det ikke er noen formelle rammer som hindrer Norsk Pasientskadeerstatning å inngå forlik på samme måte som forsikringsselskapene. Tvert i mot er det neppe god forvaltningsskikk å fortsette å utrede eller å prosedere en sak dersom den kunne vært brakt av veien ved et rimelig forlik, og uten bruk av for sterke forhandlingstekniske virkemidler. Departementet har ikke konkrete holdpunkter for at forsikringsbransjen legger prinsipielt sett andre vurderinger til grunn enn forvaltningen i denne henseende.

Spørsmålet blir da om det er mest hensiktsmessig, sett fra et lovgivningssynspunkt, at krav i privat sektor behandles i vedkommende forsikringsselskap eller i NPE/Pasientskadenemnda når de ikke behandles av domstolene. Departementet legger også her, som i offentlig sektor, vekt på å skille mellom utredningen av kravet og tvisteløsningen.

Når det gjelder utredningen av kravet, synes

det å være et rimelig krav at den som skal betale, først får anledning til å ta stilling til det. Er det et kulant krav, kan kravet eventuelt forlikes. En rask og fleksibel behandling av krav kan for øvrig være et konkurransefortrinn for forsikringsselskapene som lovgivningen ikke bør ta fra dem. Ordningen vil også gi muligheten til en viss sammenlikning av saksbehandlingstiden i NPE og i de private selskapene, noe som kan spore til forbedringer der det trengs. Endelig gir denne løsningen størst fleksibilitet, siden det ikke er noe i veien for at et eller flere forsikringsselskaper inngår avtale med NPE om å behandle kravene deres dersom de finner det kommersielt hensiktsmessig.»

På denne bakgrunn foreslo Justisdepartementet at kravene i privat virksomhet skulle utredes av forsikringsselskapene selv.

Stortinget vedtok likevel en ordning der alle krav skulle behandles av NPE.

I sin uttalelse til utkastet til forskriftene til loven i 2002 hadde Finansnæringens Hovedorganisasjon (FNH) følgende kommentarer til pasientskadelovens bestemmelse om at NPE skal utrede alle kravene:

«Det er særlig det forhold at behandlingen av erstatningsoppgjørene i henhold til forsikringer solgt i privat sektor, skal skje i Norsk Pasientskadeerstatning, som skaper store betenkeligheter hos forsikringsselskapene. Dette er et brudd med et fundamentalt og generelt prinsipp i forsikringssammenheng, nemlig at forsikringsselskapene har hånd om erstatningsoppgjørene. Det er så å si gjennom oppgjørene de leverer den solgte forsikringsvaren.»

Den uttalte videre at:

«Forsikringsselskapene er på bakgrunn av det regelverket som nå etableres, svært reservert, betenkt og tilbakeholdne mht om det i det hele tatt er interessant å selge slike ansvarsforsikringer.»

På denne bakgrunn, den etterfølgende utvikling og med hensyn til å sikre at forsikringsselskapene tilbyr helsepersonell de forsikringer loven krever at de skal ha, foreslo Helsedepartementet at pasientskadeloven endres. Det ble foreslått som i Ot.prp. nr. 31 (1998–1999) om lov om erstatning ved pasientskader, at forsikringsselskapene selv skal utrede de krav de kan bli ansvarlige for å dekke.

Ved at avgjørelse fra forsikringsselskapene dersom den påklages, skal bringes inn for Pasientskadenemnda på samme måte som avgjørelser fra Norsk Pasientskadeerstatning, mente departementet at det ville sikres likebehandling av sakene. Pasientskadenemndas avgjørelser blir dermed prese-

densskapende, slik også domstolenes avgjørelser blir det på et overordnet nivå.

3.3 Høringsinstansenes syn

En rekke høringsinstanser støtter departementets forslag om at forsikringsselskapene selv skal utrede de krav de kan bli ansvarlige for å dekke, uten videre argumentasjon.

Finansdepartementet er positive til en slik endring i det det «er i tråd med det som i hovedsak gjelder for privat forsikringsvirksomhet for øvrig.»

Sekretariatet for Pasientskadenemnda og *Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)* har for en stor del sammenfallende synspunkter og uttaler at de prinsipielt ikke har innvendinger mot at forsikringsselskapene utreder de krav de kan bli ansvarlig for å dekke. Men begge «stiller i hovedsak spørsmål ved om det er heldig at saksbehandlingen skal følge ulike regler og prinsipper, avhengig av om skaden har skjedd i offentlig eller privat helsevesen.». De trekker også frem at det enkleste for pasienten vil være å ha én instans å forholde seg til.

Sekretariatet peker på at ulike regler for saksbehandlingen for forsikringsselskapene og Norsk Pasientskadeerstatning kan få betydning for pasienten. NPE peker på at selv om Pasientskadenemnda som felles klageorgan vil bidra til likhet i saksbehandlingen, er det i tillegg viktig at lovforarbeidene gir klare føringer knyttet til saksbehandlingsregler i forsikringsselskapene.

For saksbehandlingen i forsikringsselskapene gjelder forsikringsavtaleloven (FAL), mens for saksbehandlingen i Norsk Pasientskadeerstatning gjelder forvaltningsloven. Sekretariatet uttaler at norsk Pasientskadeerstatning etter forvaltningsloven, jf. § 17, er forpliktet til å innhente informasjon for å behandle kravet, mens forsikringsselskapene etter FAL § 8–1 gjør det opp til pasienten å underbygge sitt krav. I tillegg pekes det på at FAL § 8–5 innebærer at pasienten må melde sitt krav innen ett år etter at han fikk kunnskap om de forhold som begrunner kravet for å ikke miste retten til erstatning. For Norsk Pasientskadeerstatning gjelder den alminnelige foreldelsesfristen på tre år etter foreldelsesloven § 9.

Norges Juristforbund uttaler likeledes at forskjellen mellom bestemmelsene i forvaltningsloven og forsikringsavtaleloven gjør det uheldig at NPE ikke behandler alle krav. Det uttales at dette kan føre til forskjellsbehandling og at en av grunnene til opprettelsen av den midlertidige ordningen var skadelidtes problemer med å sannsynliggjøre overfor for-

sikringsselskapene at det forelå et erstatningstilfelle. Videre uttaler Juristforbundet:

«Selv om Pasientskadenemnda skal være klageorgan for alle vedtak, vil det bare bøte på noen av de uheldige sidene ved forskjellig førstegangs behandling. Ikke alle vil klage, selv om de skulle ha grunn til det.»

NPE og sekretariatet for Pasientskadenemnda uttaler:

«Forsikringsselskapene vil i utgangspunktet ikke vil være objektive og uavhengige organer med hensyn til krav etter forsikringsavtale. Forsikringsselskapene vil videre stille uten særlig grunnleggende kjennskap til ansvarsområdet og den praksis som er tilkommet i Pasientskadenemnda gjennom 15 år.»

NPE mener videre at:

«...det er viktig at det fra myndighetenes side klart uttrykkes forventninger til hvilke saksbehandlingsprinsipper forsikringsselskapene bør følge ved utredningen av krav. Forvaltningslovens regler sikrer en grundig og trygg utredning, der forvaltningsorganet må grunngi sin avgjørelse og vise til de faktiske forhold avgjørelsen bygger på. Selv om ikke forvaltningsloven direkte vil eller kan få anvendelse på behandlingen av saker i forsikringsselskapene, er det viktig at de samme prinsippene gjelder også utredningen og formkravene til avgjørelser i selskapene. Det gir for eksempel skadelidte et annet og bedre grunnlag for å sette seg inn i en avgjørelse, herunder vurdere om den bør påklages, dersom avgjørelsen er begrunnet og det fremkommer hvilke faktiske forhold den bygger på.»

Sekretariatet for Pasientskadenemnda tar i tillegg opp problemstillingen om saksbehandlingen i Pasientskadenemnda i de tilfeller det er avgjørelser fra forsikringsselskapene som overprøves. I og med at Pasientskadenemnda (PSN) er et forvaltningsorgan, må forvaltningsloven følges i saksbehandlingen. Sekretariatet for Pasientskadenemnda uttaler:

«For å sikre likhet for pasienten må PSN ha samme overprøvingsmyndighet overfor avgjørelser fattet i forsikringsselskapene som for enkeltvedtak fattet av NPE.

Sekretariatet vil bl.a. vise til de konsekvenser som kan utledes av at klageinstansen i henhold til fvl. § 35 i enkelte tilfeller kan omgjøre underinstansens vedtak uten klage.

Det følger av forvaltningsloven § 33 at «klageinstansen», dvs. PSN, skal påse at saken er «så godt opplyst som mulig» før vedtak treffes (sml. fvl. § 17) og kan også pålegge «underin-

stansen» (NPE og forsikringsselskapene) å foreta nærmere undersøkelse.

PSN og sekretariatet må ha samme anledning til å returnere klagesaken til «underinstansen» for ytterligere utredning, jf. fvl. § 33 siste ledd, uavhengig av om det er NPE eller et forsikringsselskap, i de tilfeller saken ikke anses tilstrekkelig eller forsvarlig utredet av førsteinstansen. Dette henspiller seg på at førsteinstansen har en plikt til å utrede saken så godt som mulig (se bl.a. fvl. § 17). I motsatt fall vil det kunne innebære at sekretariatet må forestå en ny runde med «førstehånds» utredning. Dette er ikke forsvarlig prosessøkonomisk og vil belaste sekretariatet unødige.

Både hensynet til rettssikkerhet, likebehandling av pasientene uavhengig av behandlingssted, samt kvaliteten på saksbehandlingen tilsier at forsikringsselskapene bør følge forvaltningslovens bestemmelser. Det må være en forutsetning at også den saksbehandling som er foretatt i forsikringsselskapene, når det gjelder behandling av denne type skadesaker, i all hovedsak tilfredsstillende forvaltningslovens krav.

Sekretariatet er av den oppfatning at det beste både med hensyn til rettssikkerheten og pasientenes kunnskap om sine rettigheter, er at det inntas i loven at forsikringsselskapene plikter å følge forvaltningslovens bestemmelser.

I ethvert henseende bør det legges klare føringer i lovforarbeidene om at forvaltningslovens prinsipper skal følges. Pasientene bør ha lik rett til innsyn, til å få ivaretatt det kontradiktoriske prinsipp ved å bli løpende orientert om saksgangen, i det hele tatt alle rettigheter forvaltningsloven skal sikre partene. Dette innebærer også at selskapenes vedtak må begrunnes.

I den utstrekning PSNs overprøving av forsikringsselskapenes avgjørelser, herunder adgangen til å pålegge videre utredning, krever lovhjemmel, forutsettes dette inntatt i pasientskadeloven.»

Norsk Kommuneforbund (NKF) og Norsk Helse- og Sosialforbund (NHS) trekker frem fordeler ved å ha en NPE som felles instans:

«NKF/NHS mener prinsipielt at behandlingen av pasientskader må skje i samme instans for å oppnå en mest lik enhetlig praksis både i behandling av sakene og i erstatningsstørrelse uansett om resultatet har kommet i stand ved ordinær førsteinstansbehandling, forlik eller ved å ha benyttet ankemuligheten som ligger i ordningen.

I denne forbindelse minner vi om at det offentlige kjøper flere og flere private helsetjenester og at dette ligger utenfor den enkelte pasients kontroll. For pasienten selv vil det med

andre ord kunne være tilfeldig om skaden blir forvoldt i offentlig eller privat sektor, og hvilken behandling kravet vil få.

Forbundene er av den formening at departementet har vært for rask til å avslå muligheten for at NPE kan være forsikringsgiver overfor det private helsevesenet. En slik ordning ville skape større forutsigbarhet både for pasientene og for helsepersonell.»

På den annen side står *Finansnæringens Hovedorganisasjon (FNH)* bak forslaget om at det forsikringsselskapene som bør utrede kravene som er forsikret hos dem. Den uttaler i den forbindelse:

«Dette anses som en helt sentral forutsetning for at selskapene skal være villige til å tilby aktuell forsikring.»

Til spørsmålet om vurdering av tvilstilfeller knyttet til om det er NPE eller forsikringsselskapene som skal utrede et konkret krav, uttaler FNH seg kritisk til at det er NPE som skal avgjøre hvor saken skal behandles. FNH uttaler:

«Dersom det skulle være behov for en avgjørelse av dette spørsmålet vil det være en bedre løsning å la Pasientskadenemnda avgjøre dette delspørsmålet. Denne avgjørelsen bør så – eventuelt innen en kort frist – kunne bringes inn for retten.»

Norges Apotekerforening (NAF) uttaler:

«Det er viktig at lovbestemmelsene legger til rette for at forsikringsbransjen ser seg interessert i å tilby forsikringer som det stilles krav om at de private helseforetakene må ha.»

Videre uttaler NAF:

«Vi har registrert at finansnæringen, herunder forsikringsselskapene, ikke har funnet det interessant å selge ansvarsforsikringer, med den ordningen pasientskadeloven legger opp til for utredning/behandling av krav...NAF stiller seg derfor positive til at departementet foreslår endringer av pasientskadeloven §§10–12 og §15, slik at pasientskadeloven også kan gjøres gjeldende for privat helsetjeneste.»

Forbrukerrådet viser i sin høringsuttalelse til behovet for lik praksis i behandlingen av sakene:

«Forbrukerrådet frykter at forsikringsselskaperes behandling av forsikringskravene vil avvike fra praksisen i NPE, og at like saker dermed kan komme til å bli behandlet ulikt.

Forbrukerrådet mener det er en bedre løsning å styrke NPE og Pasientskadenemnda med representanter fra forsikringsselskapene, enn å la forsikringsselskapene utrede kravene

som reiser seg fra forsikringene de tilbyr. Forbrukerrådet mener at konsekvensene for selskapene ikke kan bli store, da man må forutsette at NPE og Pasientskadenemnda innehar den nødvendige kompetanse til å behandle slike saker.»

Forbrukerrådet sier videre:

«Forbrukerrådet vil understreke at det må være et vilkår at klager både på vedtak i NPE, og avgjørelser av forsikringsgiver, skal bringes inn for Pasientskadenemnda. Det bør presiseres i loven at selskapene i disse tilfellene ikke fritt i stedet kan velge å bringe klagen inn for Forsikringsklagenemnda.»

3.4 Departementets vurdering

Helsedepartementet viser til Justisdepartementets vurdering i Ot.prp. nr. 31 (1998–99) punkt 15.2 om pasientskader i privat sektor, der det om utredning av kravet uttales at det synes å være et rimelig krav at den som skal betale, først får anledning til å ta stilling til det.

Helsedepartementet legger vekt på at når pasientskadeloven trer i kraft i sin helhet, vil ansvarsgrunnlaget være det samme for hele helsetjenesten.

Vurderingen av de materielle spørsmål i konkrete saker, om det skjer i Norsk Pasientskadeerstatning, Pasientskadenemnda eller i forsikringsselskapene, må følge det samme rettsgrunnlaget, pasientskadeloven. Tolkningen av de materielle bestemmelsene må bero på det samme rettskildetilbudet. Her er praksis fra Norsk Pasientskadeerstatning, Pasientskadenemnda og domstolene relevante faktorer. Praksis under den midlertidige ordningen er også relevant i det det materielle regelverket for en stor del er sammenfallende med pasientskadeloven.

På dette grunnlaget er det likhet i det materielle grunnlaget som på en betryggende måte bidrar til at en pasientskade vurderes likt, uavhengig av om det er forsikringsselskap eller Norsk Pasientskadeerstatning som utreder saken i første omgang.

Eventuell ulikhet i vurderingene vil innrettes ved at Pasientskadenemnda treffer bindende vedtak i innklagede saker fra begge pilarer. I tillegg vil saker som bringes inn for domstolene tjene til å rettlegge og virke styrende for saksbehandlingen begge steder.

Flere av høringsinstansene trekker frem at saksbehandlingsreglene er forskjellige for Norsk Pasientskadeerstatning og forsikringsselskapene.

For Norsk Pasientskadeerstatning gjelder forvaltningsloven (fvl.) mens for forsikringsselskapene gjelder forsikringsavtaleloven (FAL). De pekes i den forbindelse på at etter FAL skal pasienten gi selskapet de opplysninger og dokumenter som er tilgjengelige for sikrede, og som selskapet trenger for å beregne sitt ansvar og utbetale erstatningen, mens etter fvl. har Norsk Pasientskadeerstatning en plikt til å påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes.

Departementet er av den oppfatning at muligheten til å innklage avgjørelser fra forsikringsselskapene for Pasientskadenemnda gir tilfredsstillende trygghet for pasienten. I tillegg bemerkes at pasientrettighetsloven § 3–2 fjerde og femte ledd gir helsepersonellet en plikt til å informere pasienten om skade pasienten er påført. På den bakgrunn kan pasienten eventuelt gå videre med et erstatningskrav.

Det følger av pasientskadeloven § 5 at foreldel-

sesloven kommer til anvendelse på krav etter loven. Ved en eventuell motstrid mellom denne bestemmelsen og forsikringsavtaleloven, går bestemmelsen i pasientskadeloven foran.

I pasientskadeloven slik den opprinnelig ble vedtatt, var det nedfelt at Norsk Pasientskadeerstatning skulle utrede alle krav, også de krav der forsikringsselskapene stod ansvarlig for å dekke erstatningen. Loven lot seg imidlertid ikke sette i kraft med en slik ordning. Som det er vist til ovenfor, var forsikringsselskapene ikke villige til å tilby forsikringer når de ikke samtidig fikk utrede kravene. Slik departementet ser det, er det nå av hensyn til pasientene viktig at pasientskadeloven trer i kraft for hele helsetjenesten.

På denne bakgrunn foreslår departementet at forsikringsselskapene selv utreder de krav de kan bli ansvarlige for å dekke.

4 Hva som skal anses som offentlig helsetjeneste i pasientskadelovens forstand

4.1 Gjeldende rett

4.1.1 Offentlig helsetjeneste i pasientskadelovens forstand

Pasientskadeloven omfatter i utgangspunktet hele helsetjenesten i Norge, privat og offentlig. Norsk Pasientskadeerstatning er etter § 6 i pasientskadeloven ansvarlig for skade som kan kreves erstattet etter loven når den er voldt i den offentlige helsetjenesten. Dette medfører at alle pasientskader, jf. pasientskadeloven § 1, som inntreffer ved helsetjeneste virksomheten til stat, herunder regionale helseforetak, fylkeskommune og kommune er omfattet av NPE-ordningen. Også alternativ behandling som ytes ved disse institusjonene omfattes dersom behandlingen er en del av helsetjenesten.

Annet ledd i § 6 lyder:

«Til den offentlige helsetjenesten regnes virksomheten til staten, fylkeskommunene eller kommunene. Det samme gjelder virksomhet som drives på oppdrag av eller med driftstilskudd fra noen av disse med mindre det er tegnet forsikring for virksomheten i samsvar med forskrift etter § 7 annet ledd annet punktum. Kongen kan gi forskrift om hva som skal regnes til den offentlige helsetjenesten, og om hvem som har ansvar etter loven.»

I forskrift 20. desember 2002 nr. 1625 om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda presiseres hva som regnes til den offentlige helsetjenesten ytterligere. I § 1 tredje ledd uttales:

«Med offentlig helsetjeneste menes i denne forskriften:

- a) Statlig, fylkeskommunal eller kommunal helsetjeneste,
- b) de deler av private tjenesteyteres virksomhet som er basert på driftstilskudd eller basistilskudd fra staten, regionalt helseforetak, fylkeskommune eller kommune, herunder institusjoner som mottar tilskudd etter folketryktdloven § 5–20,
- c) de deler av private tjenesteyteres virksomhet som finansieres gjennom kjøpsavtaler med det offentlige,
- d) helsetjenester i utlandet (herunder behand-

lingsreiser til utlandet) som det offentlige helt eller delvis bekoster,

- e) helsehjelp gitt utenfor virksomhet, i fritid, av helsepersonell ansatt i statlig, fylkeskommunal eller kommunal helsetjeneste.»

Formuleringen i bokstav b innebærer at for den delen av privat helsetjeneste som mottar driftstilskudd, er Norsk Pasientskadeerstatning ansvarlig etter bestemmelsene i pasientskadeloven for eventuelle krav om erstatning for pasientskader. Dersom helsepersonell som mottar driftstilskudd yter helsetjenester utenfor avtalen om driftstilskudd, er denne virksomheten ikke dekket av Norsk Pasientskadeerstatning. Leger som mottar basistilskudd som fastleger, faller på tilsvarende måte også innenfor NPE-ordningen.

Et eksempel på virksomhet som faller utenfor ordningen kan være en fastlege som i tillegg til fastlegepraksisen, utøver bedriftshelsetjeneste. Denne virksomheten vil ikke falle innenfor offentlig helsetjeneste. Fysioterapeuter som mottar driftstilskudd for en andel av full virksomhet, vil for den delen som faller utenfor avtalen måtte ha privat forsikring. Innholdet i driftstilskuddsavtalen legger premissene for vurdering av grensedragingen i en virksomhet som både yter helsetjeneste innenfor og utenfor offentlige helsetjeneste.

I og med bokstav c i bestemmelsen, er de deler av private tjenesteyteres virksomhet som er finansiert ved kjøpsavtaler med det offentlige, også omfattet av offentlig helsetjeneste. Dette er en forlengelse av utgangspunktet i bokstav b, men er samtidig en konsekvens av at statlig, fylkeskommunal og kommunal helsetjeneste har en plikt til å sørge for helsehjelp til befolkningen. Slik offentlig helsetjeneste er definert, berøres i utgangspunktet ikke erstatningsdekningen for pasienten av måten helsetjenesten er sørget for av de offentlige myndigheter. Bestemmelsen legger derfor opp til en ordning som sikrer at pasienten gis dekning fra NPE-ordningen om helsetilbudet er en del av det offentliges ansvarsområde.

Om pasienten mottar refusjon for behandling, så medfører ikke det i seg selv at behandlingen anses som offentlig helsetjeneste. Behandling hos helsepersonell som er et resultat av henvisning el-

ler rekvisisjon fra offentlig helsetjeneste, kvalifiserer i seg selv ikke til å være offentlig helsetjeneste i pasientskadelovens forstand.

Det må være en avtale om kjøp av helsetjenester mellom offentlige myndigheter, herunder helseforetak, og den private helsetilbyder som omfatter den aktuelle behandling, for at den skal anses å falle inn under offentlig helsetjeneste i henhold til forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda § 1 tredje ledd bokstav c. Hvilken form avtalen har, rammeavtale, stykkprisavtale eller andre former for avtale, er ikke avgjørende.

4.1.2 Særlig om fritidskader

Det er verken etter pasientskadeloven eller helsepersonelloven oppstilt noen plikt for helsepersonell til å være forsikret utenfor sin virksomhet. Det er imidlertid ikke noe i veien for å forsikre seg for den som måtte ønske det. Kongen kan i forskrift oppstille en slik plikt, jf. pasientskadeloven § 8 første ledd, men denne adgangen er ikke benyttet.

Forarbeidene til loven, Ot.prp. nr. 31 (1998–1999) om lov om erstatning ved pasientskader, fremstår uklare, til dels motstridende, om hvordan fritidsskadene skal dekkes etter loven. Forskrift 20. desember 2002 nr. 1625 om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda oppklarer dette.

Helsehjelp på fritid kan være den hjelp helsepersonell yter av velvillighet til venner og kjente, naboer etc. Helsepersonell kan også ha en plikt til å yte helsehjelp utenfor virksomheten. Den helsehjelp helsepersonell har en plikt til å yte dersom noen trenger øyeblikkelig hjelp, jf. helsepersonelloven § 7, gjelder også utenfor virksomhet som helsepersonellet er en del av. Eventuelle pasientskader som inntreffer ved utøvelse av hjelpeplikten, har da oppstått på fritiden, utenfor virksomhet.

Helsepersonell som er ansatt i statlig, fylkeskommunal eller kommunal helsetjeneste er også omfattet av NPE-ordningen for det ansvar de måtte komme i ved utøvelse av helsehjelp på sin fritid, jf. forskrift 20. desember 2002 nr. 1625 om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda § 1 bokstav e. Dersom de driver virksomhet på fritiden, er de imidlertid ikke omfattet av NPE-ordningen for denne delen. Helsepersonell som ikke er ansatt i statlig, fylkeskommunal eller kommunal helsetjeneste er heller ikke for de skader som inntreffer på fritiden, dekket av NPE-ordningen.

4.2 Høringsnotatets redegjørelse

Norsk Pasientskadeerstatning er etter § 6 i pasientskadeloven ansvarlig for skade som kan kreves er-

stattet etter loven når den er voldt i den offentlige helsetjenesten.

Departementet har i forskrift klargjort hva som regnes til den offentlige helsetjenesten, jf. punkt 4.1.1 ovenfor. Den vedtatte forskriften utvidet området for privat helsetjeneste i forhold til forslaget som var sendt på høring i 2002, med hensyn til at kun *de deler* av private tjenesteyteres virksomhet som er basert på driftstilskudd eller basistilskudd fra stat, regionalt helseforetak, fylkeskommune eller kommune omfattes av offentlig helsetjeneste.

Finansnæringens Hovedorganisasjon (FNH) har uttalt at grensen mellom offentlig og privat helsetjeneste burde endres slik at det private markedet ble ytterligere utvidet i forhold til hva som er tilfellet i dag. Det uttales at det ville gjøre det mer regningssvarende for forsikringsselskapene å engasjere seg i dette markedet. Samtidig ville det legge til rette for en større fordeling av risikoen i markedet, noe som særlig ville ha betydning for det felles ansvar det er lagt opp til at de forsikringsselskaper som deltar skal ha for de uforsikrede.

På denne bakgrunn foreslo Finansnæringens Hovedorganisasjon at kun de pasientskader som oppstår ved helt offentlige helseinstitusjoner, der det offentlige er arbeidsgiver, skal anses å være offentlig helsetjeneste og således omfattet av deknningen fra Norsk Pasientskadeerstatning. Til forskjell fra dagens ordning betyr det at virksomhet som drives på oppdrag av eller med driftstilskudd fra stat, fylkeskommune og kommune foreslås å ikke omfattes av deknningen fra Norsk Pasientskadeerstatning, og derfor må forsikre seg privat i sin helhet.

En inndeling som Finansnæringens Hovedorganisasjon argumenterer for, vil medføre at det ikke blir samsvar mellom offentlige myndigheters ansvar for å sørge for helsetjenester og den offentlige erstatningsordningens virkeområde. Norsk Pasientskadeerstatning sitt ansvarsområde ville ikke dekke for hele det området hvor myndighetene har plikt til å sørge for helsetjenester.

Departementet ba spesielt om høringsinstansenes syn på inndelingen som gjelder i dag etter pasientskadeloven og forskriften, jf. punkt 4.1.1.

4.3 Høringsinstansenes syn

4.3.1 Høringsinstansenes syn på innholdet i offentlig helsetjeneste

De fleste av høringsinstansene som har gitt merknader til høringsbrevet har kommentert definisjonen av offentlig helsetjeneste og derigjennom avgrensningen mot privat helsetjeneste i pasientskadelovens forstand.

Finansnæringens Hovedorganisasjon (FNH) kommenterer forslaget i høringsnotatet slik:

«Vi viser her til departementets gjengivelse av FNHs forslag (pkt 4.6 i høringsnotatet) og understreker at det både ville gi en klar grense og en mer hensiktsmessig størrelse på den virksomhet som blir forsikringspliktig, om man skiller mellom offentlig og privat virksomhet slik vi har foreslått. FNH mener det er mer naturlig å skille på om selve virksomheten er offentlig eller privat, enn å skille avhengig av hvem som i siste instans yter økonomiske bidrag til driften. Vårt forslag medfører derfor at personer som skades i offentlige helseinstitusjoner der det offentlige er arbeidsgiver, dekkes av Norsk Pasientskadeerstatning. Videre medfører det at personer som skades i privat helse-tjenestevirksomhet dekkes gjennom denne virksomhetens forsikringsordning selv om den konkrete helsehjelpen er betalt av eller foretatt på oppdrag fra det offentlige.

Regelverket sikrer jo skadelidtes erstatningsrettslige vern på en slik måte at det ikke skulle gi uønskede forskjellsbehandlinger.»

Arbeids- og administrasjonsdepartementet (AAD) støtter forslaget fra FNH og uttaler:

«AAD er positiv til forsikringsnæringens forslag, da en antar at det vil kunne føre til større interesse for å tegne slike forsikringer og dermed til større konkurranse mellom forsikrings-giverne.»

Videre i høringsuttalelsen fra Arbeids- og administrasjonsdepartementet heter det:

«Vi synes ikke det er et avgjørende argument mot en slik deling som Finansnæringens Hovedorganisasjon foreslår at «det ikke blir samsvar mellom offentlige myndigheters ansvar for å sørge for helsetjenester og den offentlige erstatningsordningens virkeområde.» På samme måten som det offentlige gjennom avtaler med private sørger for helsetjenester til befolkningen, burde det ikke være noe i veien for at man sørger for erstatningsordninger gjennom lovpålagt avtale med privat forsikringsyter.»

På den annen side uttaler *Justisdepartementet* og *Barne- og familiedepartementet* at det bør være samsvar mellom offentlige myndigheters ansvar for å sørge for helsetjenesten og den offentlige erstatningsordningens virkeområde.

Det regionale helseforetaket, Helse Øst, mener også at offentlige myndigheters ansvar etter pasientskadeordningen bør følge det ansvar offentlig helsetjeneste skal sørge for:

«En må se det slik at pasienten har inngått av-

tale med det offentlige om behandling – og må kunne forholde seg til avtalemotparten dersom det skulle oppstå en skade (En byggherre vil heller ikke forholde seg til de mange underleverandører som byggmesteren har inngått avtale med).»

Norsk Pasientskadeerstatning mener at en bør holde fast ved definisjonen av offentlig helsetjeneste slik den gjelder i regelverket i dag og uttaler:

«NPE vil uttrykke skepsis til at man foretar omfattende endringer i den avgrensingen som er gjort i forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda. For *brukerne* av de offentlige helsetjenester vil det være en fordel og mest oversiktlig dersom det er samsvar mellom offentlige myndigheters ansvar for å sørge for helsetjenester og den offentlige erstatningsordningens virkeområde.»

Den norske lægeforening støtter heller ikke en endring slik Finansnæringens Hovedorganisasjon foreslår:

«Det må sterkt advares mot en endring av grensen mellom offentlig og privat helsetjeneste som foreslått av FNH for å utvide markedandelen for forsikringsnæringen. Det må anses som en åpenbar fordel at drifts- og basistilskuddsbasert virksomhet er omfattet av NPEs virkningsområde både for pasienter og for leger. Det samme gjelder for kjøp av helsetjenester hos private tilbydere når dette dekkes av offentlige midler. Dette har gjort private tilbydere mer likestilt i forholdet til helseforetakene og offentlige poliklinikker, og har allerede fått konkret betydning når det gjelder f. eks utførelse av dagkirurgi hos privatpraktiserende spesialister.»

Med den inndeling som gjelder i dag, mener *Legeforeningen* at det ikke vil være et problem å sikre det nødvendige volum i det private markedet. *Legeforeningen* viser til at:

«...det foreligger et åpenbart forsikringsbehov som følge av lovens system, bl.a. ved at legevirksomhet utført på fritiden av leger som ikke har et ansettelsesforhold i den offentlige helse-tjenesten ikke omfattes av NPEs dekning. Det samme gjelder oppreisningskrav som ikke er dekket gjennom NPE (dette behovet gjelder alle leger).»

Til den inndelingen som gjelder i dag uttaler *Legeforeningen* og *Norsk Fysioterapeutforbund (NFF)* at inndelingen som fremkommer forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda § 1 tredje ledd bokstav b, om driftstilskudd, er lite anvendbar. Bestemmelsen uttaler at

med offentlig helsetjeneste menes «de deler av private tjenesteyteres virksomhet som er basert på driftstilskudd eller basistilskudd fra stat, regionalt helseforetak, fylkeskommune eller kommune». NFF trekker i sin høringsuttalelse frem at:

«Mange fysioterapeuter har små avtaler, – noe som er gunstig for kommunene i det fysioterapeutene ofte arbeider mer enn den tid de har avtale for. Dette er en del av deres daglige virke, men likevel ikke dekket av NPE. Dersom skade oppstår, er det vanskelig å vite om det er innenfor driftsavtalen eller ikke.»

Legeforeningen peker på tilsvarende problemstilling for leger. Norsk Fysioterapeutforbund mener at fysioterapeuter som arbeider utover driftstilskuddstiden må dekkes av Norsk Pasientskadeerstatning for hele virksomheten.

Likeledes uttales det av *Helse Sør RHF*:

«Særlig vil mange av de eldre avtalene ikke inneholde noen presisering av når avtalespesialisten skal motta pasienter fra det offentlige. Det vil derfor kunne by på vanskeligheter å identifisere når en avtalespesialist arbeider på vegne av det offentlige dersom formuleringen «de deler av» som forskriften gir anvisning på skal tolkes slik at den offentlige delen må korrespondere med driftstilskuddsandelen.»

Legeforeningen foreslår at all behandlingsaktivitet som skjer hos helsepersonell med basis- eller driftstilskudd er omfattet av NPE sitt dekningsområde, så fremt det er samme type virksomhet som avtalen omfatter.

4.3.2 Høringsinstansenes syn på ansvaret for fritidsskader

Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Sykepleierforbund og Legeforeningen mener øyeblikkelig hjelp som helsepersonell plikter å yte etter helsepersonelloven § 7, bør være omfattet av offentlig helsetjeneste. I høringsuttalelsen fra Legeforeningen heter det:

«Legeforeningen mener at den som yter øyeblikkelig hjelp på fritid i henhold til kravet i helsepersonelloven må være dekket av NPE ved at slik helsehjelp defineres som offentlig helsetjeneste.»

4.4 Departementets vurdering

Utgangspunktet for vurderingen av hva som skal omfattes av offentlig helsetjeneste i pasientskadelo-

vens forstand og således omfattet av Norsk Pasientskadeerstatning sitt ansvarsområde, er gjeldende rett. Departementet vurderer derfor om det er grunn til å endre loven på dette punktet.

Et ytterpunkt for vurdering av spørsmålet er en løsning der offentlig helsetjeneste etter pasientskadeloven kun er det som er offentlig i reell betydning, det vil si helsetjenesten til stat, herunder helseforetak, fylkeskommune og kommune. Det vil da kun være skader som skjer ved deres institusjoner eller av deres ansatte helsepersonell, som er omfattet av NPE sitt dekningsområde. Dette alternativet tilsvarer formuleringen i pasientskadeloven § 6 annet ledd første punktum, «Til den offentlige helsetjenesten regnes virksomheten til staten, fylkeskommunene eller kommunene.»

Motsatt ytterpunkt er at der det offentlige i det hele tatt er inne eller på en eller annen måte deltar i finansiering av hele eller deler av et helsetilbud, så regnes det til offentlig helsetjeneste og således under Norsk Pasientskadeerstatning sitt dekningsområde. Blant andre har Legeforeningen pekt på det enda videre ytterpunkt at Norsk Pasientskadeerstatning gir forsikring for all helsehjelp i Norge, uavhengig av hvor skaden skjer. Dette er et forslag som må anses for å være for vidtrekkende til å være aktuelt nå.

Finansnæringens Hovedorganisasjon (FNH) argumenterer for førstnevnte ytterpunkt. Andre argumenterer for å følge dagens system. De argumenterer i hovedsak med at det offentliges ansvar for å sørge for helsetjenester også bør innebære en erstatningsordning som det offentlige står ansvarlig for.

Hovedargumentet fra FNH sin side er at markedet for private forsikringer slik inndelingen er i dag, gir et lite marked å tilby forsikringer i. Av den grunn bør det offentliges dekningsområde gjøres mindre, slik at det private markedet blir større. Samtidig uttaler FNH at dette vil gi en enklere grense å forholde seg til enn dagens inndeling gir.

Motsatt argumenteres det for at det vil gi uklare ansvarsforhold for pasienter som er til behandling ved offentlige institusjoner, men blir sendt til private institusjoner disse har avtale med. Disse pasientene vil ikke ha oversikt over når de er ved institusjon som Norsk Pasientskadeerstatning vil dekke eventuell skade ved, og når de behandles ved en institusjon der et forsikringsselskap står ansvarlig.

Når pasientskadeloven trer i kraft i sin helhet, vil ikke dette skillet medføre noen forskjell i grunnlaget for hva som skal til for å få erstatning. De samme bestemmelser, det objektiviserte erstatningsansvaret etter pasientskadeloven, gjelder da i begge henseender. Saksbehandlingsreglene er imidlertid

ikke likelydende og pasienten må i førsteinstansbehandlingen av kravet forholde seg til enten et forsikringsselskap eller til NPE.

Før pasientskadelovens ikrafttreden var de private institusjoner, det helsepersonell, som nå gjennom sin tilknytning til det offentlige dekkes av Norsk Pasientskadeerstatning, dekket ved private forsikringer. Det er således en utvidelse av Norsk Pasientskadeerstatning sitt dekningsområde etter pasientskadeordningen pasientskadeloven har innført.

Departementet foreslår å beholde lovbestemmelsen slik den er i dag.

Det vil sikre størst grad av trygghet for pasientene i offentlig helsetjeneste ved at det offentlige, ved Norsk Pasientskadeerstatning, står ansvarlig for de skader som inntreffer under deres ansvar for

å sørge for helsetjenester. Samtidig vil en slik løsning i hovedsak bryte minst med det system som nå er introdusert, og som helseinstitusjoner er i gang med å innrette seg etter.

Departementet tar i denne proposisjonen ikke stilling til behov for endringer av forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskade-nemnda. Eventuelle behov for endring av rettstilstanden hva gjelder fritidsskader, og særlig situasjonen ved øyeblikkelig hjelp, må vurderes i forhold til bestemmelsene i forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskade-nemnda.

I tillegg vil *departementet* bemerke at skillet mellom offentlig og privat helsetjeneste som pasientskadeloven med forskrifter gjør, kun gjelder for pasientskadeloven og ikke er ment å gi virkning i andre henseender.

5 Begrenset forsikringsansvar

5.1 Gjeldende rett

Det er ikke gitt bestemmelser som særskilt regulerer forsikringsselskapenes adgang til å inngå forsikringsavtaler med helsepersonell som er begrenset oppad. Av § 8 annet ledd i pasientskadeloven fremgår at det kan oppstå situasjoner der forsikringen viser seg utilstrekkelig og at tapet da må dekkes av de godkjente forsikringsselskaper i fellesskap.

At det er anledning til å fastsette en maksimalbegrensning i forsikringsavtalen følger også av spesialmerkene til § 8 i Ot.prp. nr. 31 (1998–1999). Det fremkommer der at:

«Det kan ellers være aktuelt å fastsette en høyeste forsikringssum, som i tilfelle må være høy.»

Videre uttales at:

«Er det fastsatt et maksimalansvar for forsikringen (se ovenfor), vil den samme regelen gjelde, slik at assurandørene i fellesskap kan bli ansvarlig for den udekkede del av ansvaret.»

Nærmere anvisninger på hvordan en eventuell maksimalgrense for forsikringen kan settes, er ikke gitt. Imidlertid er det i pasientskadeloven § 8 gitt til Kongen å fastsette forskrifter om forsikringsplikten mv.

5.2 Høringsnotatets forslag

Det er ikke sagt uttrykkelig i pasientskadeloven at det er anledning til å fastsette i forskrift bestemmelser om maksimalgrense for det erstatningsansvar et selskap kan bli ansvarlig for å dekke i en enkelt sak eller overfor en forsikringstaker i en periode. Imidlertid fremgår det av § 8 i loven, og av merkene i forarbeidene til denne bestemmelsen at det er anledning til å begrense ansvaret.

Finansnæringens Hovedorganisasjon har pekt på at det bør gis bestemmelser i forskrift om dette og i høring til forskrifter til loven uttalt:

«Dersom de skal tilby en ansvarsforsikring uten beløpsgrense, må dette selvsagt meddeles selskapets reassurandører. Selskapene informerer om at man fra tidligere samtaler med disse har

fått signal om at en slik dekning ikke vil bli godkjent. Hensikten med reassurans er som kjent å avlaste forsikringsselskapet for tap som blir så store at det truer selskapets soliditet. Dersom reassuransedekning på slike tap ikke er mulig, vil det altså være i strid med sunn forretningsdrift for selskapet å ta risikoen på egen regning.»

En lovendring som gir anledning til ved forskrift å fastsette bestemmelser om at forsikringsselskapene kan avtale maksimalgrense for eventuelle erstatningsutbetalinger, vil legge til rette for at forsikringsselskapene kan oppnå reassurans. Samtidig vil en maksimalgrense gi bedre mulighet til premieberegning. Loven bør derfor åpne for at det i forskrift kan settes tak for utbetalingene. Utforming av en slik bestemmelse kan bli detaljert og må inneholde spesifikke beløpsgrenser. Dette bør derfor gis i forskrift. Forskriftshjemmel må gis i loven. Samtidig må det avklares hvem som blir ansvarlig for å dekke de deler av pasientens tap som eventuelt overstiger maksimalgrensen.

Departementet foreslår derfor at det gis regler i forskrift om adgangen til å avtale maksimale utbetalinger. Av hensyn til at pasientene bør sikres utbetaling som ikke er avhengig av helsepersonellens eller virksomhetens økonomiske stilling, bør en slik maksimalgrense ikke settes for lavt. Departementet vil derfor foreslå at det gis hjemmel for å fastsette nivået for hvor lav en maksimalgrense for forsikringsdekningen kan være. Fastsetting av laveste nivå må på den annen side ikke settes så høyt at forsikringen blir urimelig dyr for helsepersonellet.

På denne bakgrunn anbefaler departementet at det i forskrift fastsettes et laveste nivå for maksimalbegrensningen i forsikringsavtalene, som setter tryggheten for pasienten først. Det bør tas sikte på avgrensning som sikrer full erstatning. I vurdering av kravet til maksimalutbetalingens størrelse for en enkelt skade, bør det ses hen til størrelsen på erstatninger i avgjørelser fra domstolene. Nedre grense for ansvarsbegrensningen bør derfor ikke settes under det domstolene har kommet til.

Samtidig kan det gis åpning for i forskrift å fastsette det laveste nivå for den maksimalgrense som kan avtales for dekning for en forsikringstaker per

år. Et behov for en slik begrensning kan inntre dersom en erstatningsbetingende handling gjentas overfor flere pasienter, såkalte serieskader.

Departementet har ikke vurdert hvor disse laveste nivåene for ansvarsdekningen bør ligge. Det kan antydes at et nedre nivå for forsikringsselskapenes begrensning av sitt ansvar for en skade, kan ligge i størrelsesorden 20 millioner kroner.

Dersom forsikringsselskapene benytter seg av adgangen til å gjennomføre maksimalgrense for ansvaret etter forsikringsavtalene, vil den erstatningsansvarlige, forsikringstaker, i utgangspunktet bli ansvarlig for det overskytende som ikke dekkes av forsikringen. I så tilfelle ville det være opp til de to avtalepartene i den enkelte forsikringsavtale å bestemme hvor stor maksimal utbetaling skal være, så lenge grensen ikke er lavere enn det som følger av pasientskadeloven med forskrifter.

Imidlertid er det i pasientskadeloven bestemt at krav som overstiger eventuell maksimalbegrensning eller på annen måte ikke er dekket, skal dekkes av de godkjente forsikringsgivere i fellesskap, jf. § 8. Som i andre forsikringsordninger kan det etableres en pasientforsikringsforening som representerer dette fellesskapet.

En slik ordning må vurderes opp mot den byrden det vil innebære for dette fellesskapet av forsikringsselskap og dernest for forsikringstakerne. Det bør av den grunn også vurderes andre alternativer. Blant disse kan være at forsikringstaker selv står ansvarlig eller at offentlige myndigheter dekker det overskytende. Departementet foreslo derfor at det gis hjemmel for å i forskrift bestemme hvordan dette skal dekkes.

5.3 Høringsinstansenes syn

Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) uttaler til dette forslaget:

«NPE er enig i at en eventuell bestemmelse om begrenset forsikringsansvar bør gis i forskrift og at slik forskriftshjemmel gis i loven.

NPE mener det ikke er en god løsning å gi anledning til begrensninger i ansvaret pr enkelt-skade. Det er vanskelig å se hvorfor man skal gi adgang til denne form for begrensning når man ikke har det andre steder i personskaderetten, for eksempel i motorvognansvaret eller yrkesskadeforsikringen.

Ansvarsbegrensninger kan også gjøres pr. skadeårgang eller knyttet til serieskader. NPE mener det er viktig at man går nærmere inn i denne materien før eventuell forskrift utarbeides.»

Også *Norges Apotekerforening (NAF)* støtter forslaget om å gi forskriftshjemmel for dette og uttaler:

«NAF kan se at det er gode grunner for å åpne for at forsikringsselskapene kan avtale maksimalgrenser for eventuelle erstatningsutbetalinger. NAF støtter forslaget om at det gis en forskriftshjemmel i pasientskadeloven § 8 annet ledd, hvor departementet i en forskrift kan fastsette det laveste nivå for den maksimalgrense som kan avtales for dekning for en forsikringstaker per år.»

Finansdepartementet støtter også forslaget og uttaler:

«Pasientskadeforsikringen består av plikter og rettigheter for den forsikringspliktige virksomhet, for pasienten og for forsikringsselskapet. Dette trekantforholdet innebærer at rettigheter knyttet til en pasientskade har en annen rettslig stilling enn om avtaleforholdet bare hadde bestått mellom virksomheten og pasienten. Det foreslåtte opplegget sikrer pasientens rett til erstatning, uavhengig av helseforetakets økonomi. For at systemet skal fungere godt, er det viktig at helseforetakets ansvar overfor pasienten kan forsikres. Hensynet til pasienten taler videre for at helseforetaket pålegges en plikt til å sikre et eventuelt krav gjennom kjøp av forsikring, inntil et visst rimelig nivå. Hensynet til forsikringsmarkedet taler for at forsikringsselskapenes ansvar begrenses til inngåtte forsikringsavtaler. Dette gjelder både erstatningsansvar som følger av at krav om erstatning fra pasienten er høyere enn fastsatt i avtalen mellom virksomheten og forsikringsselskapet, og krav som følger av manglende forsikring. Disse krav vil i utgangspunktet måtte rettes mot, og dekkes av, den enkelte virksomhet. Finansdepartementet mener likevel det kan være hensiktsmessig å gi hjemmel til å fastsette nærmere bestemmelser om dette, forutsatt at eventuelle bestemmelser hensyntar ovennevnte vurderinger.»

5.4.1 Departementets hovedvurdering

Departementet viser til det som er uttalt i høringsnotatet, referert ovenfor, og til uttalelser fra høringsinstansene.

Departementet er av den oppfatning at det vil virke klargjørende om bestemmelsen i pasientskadeloven, § 8 annet ledd, gir tydelig anvisning på at det kan gis forskrift om dekning av tap der forsikringsplikten ikke er overholdt, om fordeling av tapet og om ansvarsbegrensning for forsikringer et-

ter loven. Bestemmelser om ansvarsbegrensning i forskrift kan utformes per enkeltskade, skadeår-gang eller knyttes til serieskader.

5.4.2 Felles dekning av udekket tap

For det tilfelle at forsikringspliktige ikke har forsikret seg, eller ikke har forsikring i samsvar med loven, må det sikres at skadelidte pasienter ikke skal bli stående uten sikkerhet. Det var derfor i pasient-skadeloven § 8 annet ledd bestemt at:

«Dersom forsikringsplikten ikke er overholdt eller forsikringen viser seg utilstrekkelig, dekkes tapet av de godkjente forsikringsgiverne i fellesskap. Kongen kan gi nærmere regler om fordelingen mellom dem.»

Dersom det blir svært få forsikringsselskaper i dette markedet, blir det få å fordele dette ansvaret på. Dette kan i seg selv gjøre markedet lite attraktivt og gjøre de enkelte forsikringer dyre for forsikringstaker.

Finansnæringens Hovedorganisasjon har på den bakgrunn blant annet foreslått at det offentlige tar ansvar for de krav som oppstår overfor uforsikrede eller på annen måte sikrer, for eksempel ved autorisasjonsordningen, at det ikke oppstår situasjoner der det ikke er forsikringsdekning.

På bakgrunn av den usikkerhet som er reist omkring markedets størrelse og muligheten til å fordele dette ansvaret, foreslår *departementet* å endre § 8. Det foreslås at fordeling og dekning av udekket tap kan fastsettes i forskrift for å gi større fleksibilitet i valget mellom alternative løsninger.

6 Rett til å bringe saker inn for Pasientskadenemnda

6.1 Høringsnotatets forslag

Det følger av pasientskadeloven § 15 om klage at vedtak fra Norsk Pasientskadeerstatning kan påklages til Pasientskadenemnda. Med endringen som er foreslått i § 15, jf. punkt 3.4, kan også avgjørelser fra forsikringsgiver i privat sektor bringes inn for Pasientskadenemnda. Dette innebærer en mulighet for to-instansbehandling for alle pasientskadesaker. To-instansbehandlingen styrker rettssikkerheten til skadelidte. Når vedtak foreligger fra Pasientskadenemnda, kan saken bringes inn for domstolene.

Det har tidligere vært foreslått, jf. Ot.prp. nr. 31 (1998–1999) om lov om erstatning for pasientskader, at krav fra forsikringsgivere som ikke var behandlet innen seks måneder, kunne bringes inn for Pasientskadenemnda.

Seks måneder vil i mange saker være for kort tid til å behandle et krav. I Norsk Pasientskadeerstatning er hoveddelen av sakene ferdigbehandlet i løpet av to år. Det må arbeides for at saksbehandlingstidene reduseres.

For saksbehandlingen i Norsk Pasientskadeerstatning gjelder forvaltningsloven. Det følger av forvaltningsloven § 11a at saker skal avgjøres uten ugrunnet opphold. For forsikringsselskapene følger det av forsikringsavtaleloven § 8–2 første ledd at:

«Erstatningen skal utbetales så snart selskapet har hatt rimelig tid til å klarlegge ansvarsforholdet og beregne erstatningen.»

Dersom saksbehandler instans ikke viser tilstrekkelig initiativ i behandlingen av kravet, kan skadelidte være tjent med at anneninstansen overtar behandlingen av saken, selv om dette medfører at saken bare blir behandlet i en instans.

Sakene vil være tjent med den grundige behandling som behandlingen i NPE og forsikringsselskapene vil innebære. Det er denne ordningen det er lagt opp til for alle sakene. En mulighet for å bringe en sak direkte inn for Pasientskadenemnda bør således kun være en sikkerhetsventil. Førsteininstansen bør derfor ha fått tilstrekkelig mulighet til å utrede kravet i forkant. Settes fristen svært kort, vil Pasientskadenemnda bli pålagt et merarbeid som kan lede til økt generell saksbehandlingstid.

På denne bakgrunn foreslo departementet i høringsnotatet at skadelidte kan anmode Pasientskadenemnda om å overta behandlingen av saken dersom to år har gått etter at kravet ble meldt. Nærmere bestemmelser for vurderingen av anmodningen i Pasientskadenemnda bør fastsettes i forskrift.

6.2 Høringsinstansenes syn

Norsk Pasientskadeerstatning er i utgangspunktet positiv til en åpning for at saker kan behandles direkte for Pasientskadenemnda om den ikke er ferdigbehandlet av Norsk Pasientskadeerstatning eller forsikringsselskapene innen en viss tid. I høringsuttalelsen fra Norsk Pasientskadeerstatning heter det:

«NPE kan i utgangspunktet se det ønskelige i å gi en åpning for å kunne anmode Pasientskadenemnda om å overta saksbehandlingen dersom utredningen i NPE eller forsikringsselskapet ikke viser tilfredsstillende fremdrift. Praktisert på riktig måte vil en slik bestemmelse kunne gi pasientene en trygghet mot sendreiktig saksbehandling. Bestemmelsen vil samtidig legge et visst press på saksbehandlingstidene i NPE og selskapene, og således virke som en viktig pådriver i hverdagen.»

Videre uttaler NPE:

«Til tross for at to års utredning er lang tid, og de aller fleste saker vil være utredet både mht ansvarsspørsmålet og fastsettelse av erstatningen innen denne grensen, vil et ikke ubetydelig antall saker ikke la seg ferdigbehandle på to år. I de saker der dette er tilfellet, vil ikke NPE eller selskapet hatt *rimelig tid* til å avgjøre kravet selv om to år har gått.

NPE finner også grunn til å påpeke det merarbeid som nemnda og nemndas sekretariat vil kunne påføres ved et stort antall anmodninger om å overta saksbehandlingen. Ethvert skifte av saksbehandler (også mellom førsteinstans og klageinstans) innebærer bruk av mer ressurser og tidstap. Selve vurderingen av om en sak skal kunne bringes direkte inn for nemnda vil i seg selv kunne ta tid og beslaglegge ressurser.»

I det videre peker Norsk Pasientskadeerstatning på at det bør komme tydelig frem at dette må

være en unntaksregel og trekker frem behovet for tillit til instansene som behandler sakene:

«Likeledes må man ved innføring av en slik bestemmelse unngå å undergrave tilliten til at NPE og forsikringsselskapene i all hovedsak har nødvendig kompetanse og viser tilstrekkelig initiativ for å få sakene ferdigbehandlet.

NPE vil derfor foreslå en endring i lovteksten, slik at det fremkommer at denne retten kun gjelder «i særskilte tilfeller».

Sekretariatet for Pasientskadenemnda støtter endringen av lovteksten slik NPE foreslår, er opptatt av den rollen Pasientskadenemnda (PSN) skal ha og uttaler i sin høringsuttalelse:

«Sekretariatet er opptatt av at denne sikkerhetsventilen i minst mulig grad bør gå på bekostning av nemndas egentlige rolle. Den særlige sammensetning og kompetanse som PSN besitter trengs i først og fremst i alvorlige, prinsipielle, omtvistede og/eller kompliserte saker. PSNs hovedformål er å bidra til konfliktløsning og skape presedens.»

Videre viser sekretariatet til faren for at Pasientskadenemnda blir overbelastet:

«Sekretariatet viser til faren for at nemnda skal overbelastes. Adgangen til «førsteinstans»-behandling i PSN kan få betydning for avveiningen mellom effektivitet og kvalitet i nemndas avgjørelser og sekretariatets tid til saksforberedelse i den enkelte sak. Det må has i mente at pasientskadesaker ofte krever omfattende saksbehandling/saksforberedelse, særlig ved innhenting og gjennomgang av til dels stort journalmateriale, samt vurdering av en komplett sak hos sakkyndig. Dette er en utredning som i all hovedsak bør være på plass når saken tas opp til behandling i nemnda.»

Sekretariatet er av den oppfatning at bestemmelsen kan skape uberettigede forventninger om å kunne få behandlet enhver sak innen to år. I den forbindelse vises det til vurdering knyttet til skadeomfanget:

«Sekretariatet viser til at skadeomfanget, særlig i saker som meldes kort tid etter skadetidspunktet (bl.a. for å være innenfor meldefristen etter Fal. § 8–5), ofte ikke vil kunne være avklart innen to år. Ofte må pasienten gjennom både medisinsk rehabilitering og yrkesrettet attføring i en del år, før det er mulig å ta stilling til hvor stort vedkommendes økonomiske og erstatningsmessige tap er.

PSN og dets sekretariat må også i slike tilfeller i henhold til fvl. § 33 siste ledd ha anledning

til å tilbakevise saken og pålegge underinstansen å foreta nærmere undersøkelser m.m., der dette anses mest hensiktsmessig.»

Advokatforeningen mener at saksbehandlingstiden i Norsk Pasientskadeerstatning ofte har vært uholdbar lang og er derfor i sin høringsuttalelse positiv til forslaget. Det uttales videre:

«Det er imidlertid en ulempe ved en slik ordning at pasienten mister muligheten til en totrinns behandling. Pasienten må derfor, i de tilfeller hvor det er aktuelt at Pasientskadenemnda skal overta behandlingen av kravet, sikres informasjon om konsekvensen av dette.»

På den bakgrunn slutter Advokatforeningen seg til forslaget.

6.3 Departementets vurderinger

Det har ikke fremkommet motforestillinger av vesentlig betydning mot forslaget. Departementet viser til vurderingen i høringsnotatet, referert ovenfor i punkt 6.1.

Departementet viser til uttalelsene fra Norsk Pasientskadeerstatning og sekretariatet til Pasientskadenemnda og deler det syn at sakene vil være tjent med den grundige behandling som saksbehandlingen i NPE og forsikringsselskapene vil innebære. Det er denne ordningen loven har lagt opp til for alle sakene.

En mulighet for å bringe en sak direkte inn for Pasientskadenemnda bør således kun være en sikkerhetsventil. Førsteinstansen bør derfor ha fått tilstrekkelig mulighet til å utrede kravet i forkant. For å unngå at Pasientskadenemnda skal bli pålagt et unødvendig merarbeid, som kan lede til økt generell saksbehandlingstid, bør fristen ikke settes for kort. Saker som ved sin art trenger lang behandlingstid, kan avskjæres fra direkte behandling i Pasientskadenemnda.

Departementet anser på denne bakgrunn at skadelidte i enkelte tilfeller kan være tjent med at anneninstansen overtar behandlingen av saken, selv om dette medfører at saken bare blir behandlet i en instans. Dette kan være situasjonen dersom saksbehandlerinstans ikke viser tilstrekkelig initiativ i behandlingen av kravet.

På denne bakgrunn foreslår departementet at det gis en mulighet for å anmode Pasientskadenemnda om å overta behandlingen av en sak. Nærmere bestemmelser om vurderingen av en slik anmodning bør gis i forskrift.

7 Egenandeler

7.1 Gjeldende rett

I den midlertidige ordningen var det egenandeler på områdene somatikk og psykiatri, men ikke for kommunelegetjenesten. Egenandelene var ordnet ved at sykehusene etter en utregningsmodell, betalte til Norsk Pasientskadeerstatning maksimalt kr 100.000 av den enkelte skade, der pasienten ble gitt medhold. Helsedepartementet har i styringsdokument for 2003 til de regionale helseforetak bedt dem om å pålegge helseforetakene å betale egenandeler til NPE fra 2003.

Det er imidlertid ikke hjemmel i dagens ordning for å innkreve egenandeler for hele den offentlige helsetjenesten slik den er definert i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven). I privat sektor er det ikke noe til hinder for å inngå avtaler om egenandeler.

7.2 Høringsnotatets forslag

På samme måte som ellers innen forsikring, er det også i forhold til pasientskadeansvaret rimelig at det gis anledning til å innkreve egenandeler dersom skade har inntruffet som har medført utbetaling. At det må betales egenandeler skaper også en økonomisk motivasjon for hindre skader.

I tillegg til at det ikke er hinder for at private forsikringsselskaper kan innkreve egenandeler, bør det av loven gå frem at også for det ansvaret som Norsk Pasientskadeerstatning må dekke, kan bestemmes at det skal betales egenandeler. Det medfører at for alle de krav Norsk Pasientskadeerstatning kan bli ansvarlig for å dekke, kan det innkreves egenandeler. Også de krav som oppstår utenfor offentlige helseinstitusjoner, men som en del av offentlig helsetjeneste i kraft av inndelingen som følger av pasientskadeloven med forskrifter, bør omfattes av hjemmel for å innkreve egenandeler som korresponderer med Norsk Pasientskadeerstatning sitt ansvar.

Departementet foreslo derfor i høringsnotatet at det gis hjemmel for å gi forskrift om egenandeler.

7.3 Høringsinstansenes syn

Aker universitetssykehus HF finner det hensiktsmessig med egenandeler fra de offentlige helseinstitusjoner der skade finner sted. Det heter videre i uttalelsen:

«Størrelsen bør fastsettes slik at ordningen kan få en preventiv virkning uten at den inngår som en vesentlig delfinansiering av erstatningene.»

Sørlandet sykehus HF målbærer kritikken av argumentet om at egenandeler kan virke motiverende for å hindre skader, når det uttaler:

«Skader oppstår i hovedsak som resultat av tildels kjente, tildels uforutsette komplikasjoner til diagnostikk og behandling. De er enten resultat av uforutsette personfeil eller systemfeil. Legenes virksomhet verken har vært eller vil bli påvirket av spørsmål om helseforetakene vil bli pålagt egenandeler eller ikke.»

Imidlertid stiller sykehuset seg bak forslaget til lovhjemmel når det uttales:

«Når det gjelder utvidelsen til også å omfatte private spesialister/-sentre som behandler på oppdrag fra helseforetakene, synes dette naturlig.»

7.4 Departementets vurderinger

Helsedepartementet viser til forslaget i høringsnotatet, referert i punkt 7.2 ovenfor. Det vil i tillegg til det som der er nevnt, bidra til større grad av likhet mellom helsepersonell som mottar driftstilskudd og de som ikke gjør det, om det også kan innkreves egenandeler fra de som mottar driftstilskudd, slik det kan avtales i privat forsikring for de som ikke mottar slik støtte.

I de tilfeller det bestemmes eller avtales egenandeler, skal ikke egenandelene trekkes fra i erstatningsutbetalingen til pasienten, med dekkes av den ansvarlige for virksomheten.

Selv om motivasjonen hos helsepersonellet ikke påvirkes av risikoen for eventuelle egenandeler, an-

Om lov om endringer i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven)

ser departementet at egenandeler til en viss grad kan øke motivasjonen for å skape gode rutiner i helseinstitusjoner.

Helsedepartementet opprettholder på denne bakgrunn forslaget om en hjemmelsbestemmelse for å kunne gi forskrift om egenandeler.

8 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget om å la forsikringsselskapene utrede kravene fra privat virksomhet, avlaster arbeidsbyrden for Norsk Pasientskadeerstatning og begrenser derfor deres kostnader. Forslaget om skadelidtes rett til å anmode om Pasientskadenemndas behandling av en sak som ikke er ferdigbehandlet i underinstansen, vil medføre merarbeid for Pasientskadenemnda som får både økonomisk og administrativ betydning.

Lovendringsforslagene ellers medfører ikke i seg selv økonomiske konsekvenser av betydning. Anvendelsen av de forskriftshjemler som lovforslaget legger opp til, kan medføre økte utgifter. Dette vil imidlertid bli gjenstand for vurdering når dette eventuelt blir aktuelt.

9 Merknader til de enkelte bestemmelser

Til § 7 tredje ledd:

Bestemmelsen gir hjemmel for å gi forskrift om egenandeler i de tilfeller Norsk Pasientskadeerstatning tilkjenner erstatning til pasienten. Det er den ansvarlige virksomheten, skadevoldersiden, som kan pålegges å betale egenandel. Egenandelen kan således ikke trekkes fra i den utbetaling pasienten blir tilkjent.

Bestemmelsen kommer i tillegg til at det allerede i dag er anledning til å inngå avtaler om egenandeler. Det vises i den forbindelse til punkt 7.1 ovenfor.

Utenfor offentlig helsetjeneste er egenandeler en del av forsikringsavtalen mellom helsetjeneste og forsikringsselskap og berøres ikke av eventuell forskrift. Men heller ikke her kan det avtales at utbetaling av erstatning til pasienten kan fratrekkes egenandelen. Også her er det den ansvarlige virksomheten som må dekke egenandelen direkte.

Til § 8 annet ledd:

Bestemmelsen gir hjemmel til å gi forskrift om dekning av udekket tap. Det kan være tilfeller der forsikringsplikten ikke er overholdt eller forsikringen ikke strekker til. Det kan bestemmes at tapet da skal dekkes av et fellesskap av forsikringsselskaper, av den forsikringspliktige selv eller på annen måte.

Med hjemmel i *annet punktum* gis det anledning til å fastsette bestemmelser om hvordan et tap skal fordeles. I tillegg gis det der anledning til å fastsette bestemmelser om ansvarsbegrensninger etter loven. Det kan blant annet være aktuelt å gi bestemmelser om adgangen til å fastsette maksimale grenser for den enkelte erstatningsutbetaling eller for flere erstatningsutbetalinger i en periode. Det kan gis bestemmelser som angir et laveste nivå for maksimalbegrensning av forsikringsansvaret.

Et hovedhensyn bak bestemmelsen er å legge til rette for reassuranse for forsikringsselskaper.

Til § 9:

Endringene i § 9 følger av forslaget til endringer i § 10 der det bestemmes at forsikringsselskaper selv skal behandle de krav de kan bli ansvarlig for å dekke. Det fastsettes at krav på erstatning kan meldes

til Norsk Pasientskadeerstatning eller til forsikringsselskaper.

Krav etter skade som har inntruffet i offentlig helsetjeneste skal behandles av Norsk Pasientskadeerstatning og må derfor meldes dit. Krav som er inntruffet utenfor offentlig helsetjeneste, slik pasientskadelov med forskrifter definerer det, bør meldes det forsikringsselskap som forsikrer den aktuelle private helsetjenestevirksomhet. Imidlertid følger det av *tredje punktum* at Norsk Pasientskadeerstatning skal videreformidle sistnevnte krav til forsikringsselskaper dersom kravet er meldt til norsk Pasientskadeerstatning, men skal behandles av forsikringsselskaper.

Til § 10:

Bestemmelsen medfører at det er den som kan bli ansvarlig for å dekke kravet etter en pasientskade som skal utrede saken.

For krav etter tilfeller inntruffet i offentlig helsetjeneste har Norsk Pasientskadeerstatning ansvar for å utrede saken. Forvaltningsloven kommer til anvendelse på saksbehandlingen i Norsk Pasientskadeerstatning.

Utenfor offentlig helsetjeneste er det i første omgang forsikringsselskaper som skal utrede saken. Bestemmelsene i forsikringsavtaleloven kommer til anvendelse på saksbehandlingen. En avgjørelse fra forsikringsselskaper kan klages inn for Pasientskadenemnda. Av den grunn bør avgjørelsene fra forsikringsselskaperne være innrettet på å skulle behandles av dette forvaltningsrettslige tvisteløsningsorgan. En sak kan også anmodes om å bli behandlet av Pasientskadenemnda om den ikke er ferdigbehandlet innen to år etter at saken er meldt til forsikringsselskaper eller NPE, jf. § 15 annet ledd.

Det kan være uklart hvem som skal utrede saken. Det kan for eksempel være i tilfeller der både offentlig og privat virksomhet er involvert. I *første ledd annet punktum* er det derfor foreslått at Norsk Pasientskadeerstatning skal avgjøre hvem som skal utrede saken i slike tilfeller.

Til § 11:

Forslaget til endring av bestemmelsen innebærer at avgjørelse av om utgifter til advokathjelp dekkes,

også skal gis fra utredende forsikringsgiver. Bestemmelsen gjelder på samme måte overfor Norsk Pasientskadeerstatning og forsikringsgivere. I begge sektorer kan pasienten kreve forhåndsavgjørelse om dekning av advokatutgifter.

Til § 12 annet ledd:

Bestemmelsen foreslås som en følge av forslaget om at forsikringsgivene selv utreder de krav de kan bli ansvarlige for å dekke. Forvaltningsloven gjelder ikke for forsikringsgiverne. Dersom begrunnelsen forsikringsgiveren gir ikke er overbevisende for skadelidte, kan saken imidlertid prøves for Pasientskadenemnda. I de fleste tilfeller vil derfor forsikringsgiver være tjent med å gi overbevisende begrunnelse for sin avgjørelse.

Til § 15:

Bestemmelsen regulerer adgangen til å bringe en sak inn for Pasientskadenemnda.

I *første ledd* angis klagefristen og hvilke avgjørelser som kan klages inn for Pasientskadenemnda. Forslag til endring av bestemmelsen er en konsekvens av forslaget til endring av § 10 som medfører at forsikringsgivere skal behandle de krav de kan bli ansvarlige for å dekke. Det er således både Norsk Pasientskadeerstatnings og forsikringsgivernes avgjørelser som kan bringes inn for Pasientskadenemnda.

I *første punktum* fremgår at det er skadelidte som kan påklage en avgjørelse inn for Pasientskadenemnda.

Skader som ikke dekkes av NPE eller som det ikke er oppstilt forsikringsplikt for, vil ikke bli behandlet av Pasientskadenemnda. Slike krav må bringes inn for det ordinære rettsapparatet, men behandles etter de gjeldende materielle ansvarsregler i pasientskadeloven. Eksempel på dette kan være krav på erstatning for fritidsskader som faller utenfor dekningsområdet til offentlig helsetjeneste. Krav om oppreisning er heller ikke dekket av de materielle bestemmelsene i pasientskadeloven, og må i sin helhet prøves i ordinært søksmål etter bestemmelsene i skadeserstatningsloven.

I *annet ledd* foreslås bestemmelse om at det kan anmodes om at Pasientskadenemnda behandler et krav også når avgjørelse ikke er fattet. Forutsetningen er at to år er gått etter at kravet ble meldt etter § 9. Bestemmelsen gjelder både der Norsk Pasientskadeerstatning og forsikringsgiver behandler kravet i første instans.

Bestemmelsen er ment å være en sikkerhetsventil i de saker det ikke er tatt nødvendig initiativ

til å behandle kravet. Saker som etter sin art innebærer at saksbehandlingstiden overskrider to år, bør ikke gis behandling av Pasientskadenemnda før avgjørelse er truffet i første-instans, se punkt 6.3.

I *fjerde ledd* er det foreslått hjemmel for å gi forskrifter om vurdering av anmodningen om behandling av Pasientskadenemnda. Det forutsettes at Pasientskadenemndas sekretariat må ha en sentral posisjon i vurderingen av anmodningene.

Til § 16 tredje ledd:

Av hensyn til å begrense saksbehandlingstiden for saker som behandles i NPE-ordningen, bør utsettelse av saker som er til behandling i Pasientskadenemnda unngås. Departementet foreslår derfor at Pasientskadenemnda kan være beslutningsdyktig i tilfeller der et medlem har meldt forfall, og det ikke har latt seg gjøre å kalle inn vararepresentant. Vilkår for beslutningsdyktighet selv om Pasientskadenemnda ikke er fulltallig, kan gis i forskrift.

Til § 17 femte ledd:

I pasientskadeloven § 17 femte ledd er det lagt opp til at Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) skal iverksette Pasientskadenemndas avgjørelser. Departementet har foreslått at forsikringsselskapene selv skal utrede kravene de forsikrer. Klagesaksbehandlingen er for begge pilarer samkjørt i Pasientskadenemnda. Pasientskadenemndas avgjørelser hva gjelder ansvarsområdet til NPE, settes i verk av NPE. Avgjørelsen fra Pasientskadenemnda må derfor meddeles NPE. Imidlertid er det ikke nødvendig at disse meldingene skal sendes via NPE når NPE ikke skal ha noen funksjon i saksbehandlingen.

Departementet foreslår derfor at Pasientskadenemnda sin avgjørelse i sak fra forsikringsgiver i privat sektor, kan meddeles partene av Pasientskadenemnda, på samme måte som NPE får meddelelse. Pasientskadenemndas sekretariat kan gi melding til partene i privat sektor om avgjørelsen.

Til § 18:

Endringen i *første ledd annet punktum* er en konsekvens av endringen i § 15 første ledd om klageadgang til Pasientskadenemnda. Helsepersonell eller helsevirksomhet, etter § 6 første ledd annet punktum, vil etter lovendringene ikke bli pålagt å betale erstatning ved Pasientskadenemndas vedtak. Det er enten Norsk Pasientskadeerstatning eller forsikringsgiver som blir pålagt å betale erstatning og

skadelidte som kan bli tilkjent/ikke tilkjent erstatning helt eller delvis. Det følger derfor av bestemmelsen at det er skadelidte etter første punktum eller forsikringsgiver etter annet punktum som har særlig interesse i å få overprøvet vedtak i Pasientskadenemnda. Det er derfor kun disse som kan bringe saken inn for domstolene.

Skader som ikke dekkes av NPE eller som det ikke er oppstilt forsikringsplikt for, vil ikke bli behandlet av Pasientskadenemnda. Slike krav må bringes inn for det ordinære rettsapparatet, men behandles etter de gjeldende materielle ansvarsregler i pasientskadeloven. Eksempel på dette kan være krav på erstatning for fritidsskader som faller utenfor dekningsområdet til offentlig helsetjeneste. Krav om oppreisning er heller ikke dekket av de materielle bestemmelsene i pasientskadeloven, og må i sin helhet prøves i ordinært søksmål etter bestemmelsene i skadeserstatningsloven.

I *fjerde ledd* gjennomføres endringen i første ledd også i forhold til hvem som er motpart for søksmål. I *første punktum* fremgår at skadelidte som er uenig i vedtak fra Pasientskadenemnda skal reise søksmål mot forsikringsselskapet i de tilfeller et forsikringsselskap er ansvarlig eller mot Pasientskadenemnda i de tilfeller Norsk Pasientskadeerstatning er ansvarlig. Norsk Pasientskadeerstatning saksøkes ikke. Det anses upraktisk å saksøke Norsk Pasientskadeerstatning med utgangspunkt i vedtak som er fattet av Pasientskadenemnda. Der som forsikringsgiver er uenig i vedtaket fra Pasientskadenemnda, saksøkes Pasientskadenemnda. I slike saker kan det være naturlig at Pasientskade-

nemndas sekretariat ved deres leder er partsrepresentant.

Til § 21:

Forslag til endring i *første punktum* har sammenheng med at loven kun trådte i kraft for offentlig helsetjeneste 1. januar 2003. Dette medfører at det blir forskjellige skjæringspunkter for de forskjellige delene av helsetjenesten.

For det som etter pasientskadeloven regnes til offentlig helsetjeneste gjelder pasientskadeloven i sin helhet for alle skader som er voldt fra og med 1. januar 2003, men for skader voldt før dette tidspunkt gjelder kun de prosessuelle reglene i pasientskadeloven. De materielle reglene følger av reglene som gjaldt tidligere, jf. oppramsingen i bestemmelsen.

For det som ikke regnes til offentlig helsetjeneste, gjelder det samme som beskrevet, men slik at det er tidspunktet for ikrafttredelse av pasientskadeloven for denne delen av helsetjenesten som blir det avgjørende skjæringspunkt.

Helsedepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om lov om endringer i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven).

Vi HARALD, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om endringer i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven) i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag

til lov om endringer i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven)

I

I lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven) gjøres følgende endringer:

§ 7 nytt tredje ledd skal lyde:

Kongen kan i forskrift bestemme at en skadevolder som er dekket av Norsk Pasientskadeerstatning skal betale en egenandel i de tilfeller der det tilkjennes erstatning.

§ 8 skal lyde:

Den som yter helsehjelp som nevnt i § 1 første ledd utenfor den offentlige helsetjenesten, skal tegne forsikring i den utstrekning det er fastsatt ved forskrift til dekning av ansvaret etter loven her. Forsikringsgivere og vilkår skal godkjennes av Kongen.

Kongen kan gi bestemmelser om dekning av tapet dersom forsikringsplikten ikke er overholdt eller forsikringen viser seg utilstrekkelig, herunder at tapet skal dekkes av de godkjente forsikringsgiverne i fellesskap. Kongen kan gi bestemmelser om fordelingen av tapet og om ansvarsbegrensning for forsikringer etter loven.

Den som ikke oppfyller forsikringsplikten etter første ledd, straffes med bøter eller fengsel inntil 3 måneder.

§ 9 skal lyde:

Krav om erstatning for pasientskade meldes skriftlig til Norsk Pasientskadeerstatning eller forsikringsgiver etter § 8. Krav kan meldes til Norsk Pasientskadeerstatning selv om skaden ikke er voldt i den offentlige helsetjenesten. Krav som er meldt til Norsk Pasientskadeerstatning, men som skal behandles av et forsikringselskap, skal Norsk Pasientskadeerstatning oversende forsikringselskapet så snart som mulig. Norsk Pasientskadeerstatning eller forsikringsgiver etter § 8 kan i særlige tilfeller tillate at krav om erstatning meldes muntlig. Fremsettes kravet overfor helsepersonell eller helseinstitusjon, skal kravet meldes videre til Norsk Pasientskadeerstatning eller forsikringsgiver etter § 8.

§ 10 første ledd skal lyde:

Norsk Pasientskadeerstatning eller den forsikringsgiveren som kan bli ansvarlig etter § 8, utreder saken. I tvilstilfelle avgjør Norsk Pasientskadeerstatning hvem som kan bli ansvarlig og som skal utrede saken.

§ 11 skal lyde:

Pasientens utgifter til advokathjelp dekkes dersom den som utreder saken har truffet vedtak om det, eller utgiftene må regnes som tap som følge av skaden. Pasienten kan kreve forhåndsavgjørelse fra den som utreder saken om hvilke advokatutgifter som vil bli dekket.

§ 12 nytt annet ledd skal lyde:

Når en forsikringsgiver har utredet saken, avgjøres det om erstatning skal gis, og i tilfelle med hvilket beløp. Det skal opplyses at avgjørelsen kan klages inn for Pasientskadenemnda innen tre uker.

§ 15 skal lyde:

Norsk Pasientskadeerstatnings enkeltvedtak som nevnt i § 14 annet punktum og tilsvarende avgjørelser av forsikringsgivere etter § 8 kan påklages til Pasientskadenemnda av den som krever erstatning etter loven her. Klagefristen er tre uker.

Når en sak ikke er ferdigbehandlet og to år har gått etter at kravet ble meldt, kan Pasientskadenemnda etter anmodning fra den som krever erstatning, beslutte å overta behandlingen av saken.

Andre enkeltvedtak etter denne loven enn de som er nevnt i første ledd, kan påklages til departementet med mindre Kongen fastsetter et annet klagorgan.

Kongen kan i forskrift gi generelle bestemmelser om Pasientskadenemndas vurdering av anmodning etter annet ledd og om gebyr for klage mv. etter denne bestemmelsen.

§ 16 tredje ledd skal lyde:

Kongen kan gi forskrifter om nemndas sammensetning og virksomhet herunder fastsette unntak fra kravene i annet ledd for særskilte tilfeller.

§ 17 femte ledd skal lyde:

Nemndas avgjørelser settes i verk av Norsk Pasientskadeerstatning på samme måte som Norsk Pasientskadeerstatnings egne avgjørelser. *I saker der avgjørelser fra forsikringsgiver er påklaget til Nemnda, meddeler Nemnda sin avgjørelse til partene.*

§ 18 skal lyde:

Den som krever erstatning etter loven her, kan bringe saken inn for domstolene når endelig vedtak i Pasientskadenemnda foreligger. Det samme gjelder *for forsikringsgiver* etter § 8, som blir pålagt å betale erstatning ved Pasientskadenemndas vedtak. Andre kan ikke bringe saken inn for domstolene.

Ved søksmål etter loven her er forliksmekling ikke nødvendig.

Søksmål må reises innen fire måneder fra det tidspunkt underretning om endelig vedtak i Pasientskadenemnda er kommet fram til vedkommende. Når denne fristen er ute uten at søksmål er reist, har vedtaket samme virkning som rettskraftig dom, og kan fullbyrdes etter reglene for dommer.

Søksmål etter første ledd første punktum reises *mot forsikringsgiver etter § 8 eller mot Pasientskade-*

nemnda dersom Norsk Pasientskadeerstatning er ansvarlig. Søksmål etter første ledd annet punktum reises mot Pasientskadenemnda.

§ 21 skal lyde:

Loven gjelder for skader som er voldt etter lovens *ikrafttredelse for henholdsvis offentlig og privat helsetjeneste.* Eldre skader behandles etter loven her, men slik at erstatningskravet avgjøres etter

- a) regler for midlertidig ordning med pasientskadeerstatning for somatiske sykehus/poliklinikker,
- b) regler for midlertidig ordning med pasientskadeerstatning for psykiatriske sykehus/poliklinikker,
- c) regler for midlertidig ordning med pasientskadeerstatning for kommunelegetjenesten/kommunal legevakt,
- d) lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer § 8–2, slik den lød før opphevelsen ved loven her, og
- e) alminnelig erstatningsrett.

II

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer.