



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep.
0030 OSLO

Deres ref.:

Vår ref.: 08/3385

Dato: 24.09.2008

Høring - forslag til forskrift om pasientskadelovens virkeområde og om tilskuddsplikt for den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten

Vi viser til oversendelse fra Helse- og omsorgsdepartementet av 1. juli 2008 med høringsbrev og høringsnotat vedrørende forslag til forskrift om pasientskadelovens virkeområde og om tilskuddsplikt for den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten.

Høringsnotatet har vært forelagt relevante organisasjonsledd i Den norske legeforening, og kommentarene fra disse er lagt til grunn for denne høringsuttalelsen som også er behandlet av foreningens sentralstyre.

1. Innledning

Legeforeningen har i tidligere høringsuttalelser støttet at NPE skal ha erstatningsansvaret også i privat sektor, da dette bidrar til å styrke pasientenes rettigheter i helsetjenesten. Legeforeningen hadde som utgangspunkt ikke innvendinger til at dette skulle finansieres gjennom en tilskuddsordning fra privat sektor når det som i forrige høringsrunde (2005) ble antydnet et årlig tilskudd på kr 3000,- pr helsepersonell i privat sektor. Legeforeningen understreket at det var et viktig hensyn at helsepersonell ble sikret forutsigbarhet ved at avgiften ble gjort så jevn som mulig.

Departementets forslag til forskrift innebærer en tilskuddsplikt for leger i en helt annen størrelsesorden enn det som ble presentert ved høringsrunden i 2005. I tillegg til at de foreslåtte tilskudd er svært høye for noen helsepersonellgrupper, særlig leger, er Legeforeningens hovedinnvending at fastsetting av tilskudd synes å ha grunnlag i et svært spinkelt og usikkert faktagrunnlag.

Det vises i hovedsak til følgende forhold

- Ordningen innebærer betydelige kostnader for helsepersonell i helprivate virksomheter, og dette vil kunne få alvorlige konsekvenser for den private helsesektor
- Det er betenkelig at så store forpliktelser blir pålagt en gruppe helsepersonell basert på et svært uklart faktagrunnlag og utilstrekkelig tallmateriale.
- Ikrafttredelse allerede fra 1. januar 2009 ivaretar ikke hensynet til forutberegnelighet

2. Beregningsgrunnlag og plassering i risikoklasser

Utgangspunktet for ordningen er at privat virksomhet fullt ut skal dekke kostnadene knyttet til skader oppstått i privat sektor, dvs skal være selvfinansierende. Som et generelt

utgangspunkt ser Legeforeningen at dette er rimelig. Det er imidlertid svært problematisk at ordningen, herunder fordeling på risikoklasser og størrelsen på tilskuddene, er basert på et svært begrenset datamateriale over antall saker og erstatningsutbetalinger i privat sektor, både samlet sett og fordelt på ulike profesjoner. Det innebærer at de tilskuddssatser som foreslås i høringsnotatet i stor grad er basert på antakelser. Legeforeningen mener det er uholdbart at helsepersonell i privat sektor skal bære kostnadene ved utprøving av en ordning som er så usikkert fundert.

Departementets gjennomgang av beregning av tilskudd ikke er lett tilgjengelig, og hva som ligger til grunn for risikoklassene, plasseringen av de ulike helsepersonellgrupper, beregning av risikofaktorer etc er noe uklart. Videre er selve fastsettingen av grunnbeløpet og den risikofaktor som velges for hver enkelt klasse forholdsvis skjematisk beskrevet i høringsnotatet, og gjør det vanskelige å kommentere. I tillegg benyttes en rekke begrep uten at disse defineres nærmere.

Det fremgår heller ikke av selve forskriften hvordan tilskuddene blir beregnet. Vi antar at de tekniske beregningsmetodene ikke er hensiktsmessig å ta inn, men det er uheldig at det heller ikke angis hvilke prinsipper som skal legges til grunn. Slik forskriften nå er utformet står NPE fritt til å beregne tilskuddene, og det tilfredsstiller ikke behovet for forutberegnelighet.

På grunn av usikkerheten med grunnlagsdataene ser ikke departementet bort fra at det vil kunne bli nødvendig å justere størrelsen på tilskuddene etter ikrafttredelse. (s 11 i høringsnotatet). Etter vår vurdering bør dette være en selvfølge. Vi kan imidlertid ikke se at det er tatt inn en hjemmel for slik justering i forskriften, og stiller derfor spørsmål om en slik mulighet er tilstrekkelig sikret gjennom forslaget.

Når det gjelder erstatningskostnader har departementet i stor grad benyttet seg av tall fra offentlig sektor/sykehus. For nevrokirurgi legges høyrisiko behandling i sykehus til grunn for privat praksis som ikke har denne profilen. Departementet selv innser at disse tallene ikke er direkte overførbare, men det fremgår i liten grad av høringsnotatet hvordan man har tatt høyde for dette. Som departementet selv fastslår vil risikoen i offentlig virksomhet være betraktelig større idet brorparten av all akuttmedisin fortas innen denne sektoren. Helsehjelp i privat sektor er i stor grad planlagt, og vil dermed innebære en lavere risiko for feil. Dette forholdet gjelder ikke minst for plastikkirurgene, likevel er disse plassert i risikoklasse 10. Ved de offentlig plastikkirurgiske avdelingene foretas store og kompliserte inngrep på pasienter med svært alvorlige sykdommer/tilstander. Private plastikkirurger behandler imidlertid i all hovedsak friske pasienter på dagkirurgi med det vi har fått opplyst få komplikasjoner. Med grunnlag i det begrensede tallgrunnlaget departementet har, ville det vært nærliggende å ta kontakt med Legeforeningen for å innhente informasjon fra de fagmedisinske miljøene, som Norsk Plastikkirurgisk forening, ikke har blitt kontaktet for å innhente opplysninger om deres erfaring med skader og forsikrings/erstatningsutbetalinger.

Et annet spørsmål er for øvrig om de hensyn som ligger til grunn for NPE-ordningen også skal gjelde i de tilfeller pasientene oppsøker plastikkirurger av kosmetiske, og ikke helsemessige grunner. Departementet har ikke diskutert om det er rimelig at ordningen også aksl gjelde de pasienter som oppsøker leger for å få utført inngrep som ikke er nødvendige ut fra en medisinsk vurdering. Vi etterlyser derfor en vurdering av dette.

Selv om NPE har et tilnærmet objektivt erstatningsansvar og antallet erstatningskrav og utbetalinger sannsynligvis vil øke, mener vi at det er av vesentlig betydning at

beregningsgrunnlaget og størrelsen på de foreslåtte tilskuddene er mer presist angitt. Særlig med henblikk på at ordningen gjennomføres ved pålegg.

Selv om et viktig hensyn i forsikring er at det er et rimelig samsvar mellom premie og det ansvar selskapet løper, betyr ikke at premien alltid samsvarer med risikoen for den *enkelte forsikringstaker*. Forsikringstankegangen har tradisjonelt medført en viss omfordeling og ansvarspulverisering. Forsikringsselskaper i et åpent marked må finne en akseptabel balanse mellom disse hensyn for å kunne selge sine produkter. Selv om NPE-ordningen ikke er en forsikringsordning som sådan, er den likevel en forsikringslignende ordning, og de samme hensyn bør få anvendelse. Særlig siden NPE er i en monopolsituasjon, og at den foreslåtte ordningen er en lovpålagt ordning, er det svært viktig at grunnlaget for ordningen ivaretar alle hensyn.

Videre har ikke departementet redegjort for hvilket faktagrunnlag man har benyttet som grunnlag for plassering av de ulike helsepersonellgrupper i risikogrupper, og heller ikke hvilke vurderinger som ligger til grunn. Siden plassering i risikoklasse har så stor betydning for hvilket tilskudd som skal betales, er dette svært uheldig.

3. Størrelsen på tilskuddene

Den foreslåtte tilskuddsberegningen innebærer at visse profesjoner får en formidabel utgiftsøkning i forhold til dagens forsikringspremier. Legeforeningens medlemmer er plassert i risikoklasse 6 til 10, noe som innebærer tilskudd fra kr 6 500,- pr årsverk til kr 130 000,- pr årsverk dersom grunnbeløpet fastsettes til kr 2 000,-, og det ikke fortas noen utjevning. Beløpene innebærer en solid økning fra den ansvarsforsikring som alle leger i dag har gjennom Vital og Legeforeningen. I tillegg kommer at ansvarsforsikringen antakelig må opprettholdes all den tid NPE ikke dekker krav om oppreisning.

Dette gjelder særlig de virksomheter som sysselsetter flere leger og spesialister i de høyeste risikoklassene. Disse utgiftene vil virksomheten måtte dekke inn ved å øke sine inntekter, dvs ved at kostnadene for pasientene går opp. Dette vil kunne ført til urimelige utslag for enkeltpasienter, særlig om man tar i betraktning av at pasientene i noen tilfeller ikke har noe valg mht privat eller offentlig helsetjeneste. Som eksempel viser vi til de kapasitetsproblemer som i den senere tid har vært på de offentlige sykehusenes brannskadeavdelinger, der pasientene har vært nødt til å oppsøke private klinikker for nødvendig plastiske inngrep for å rette på omfattende og vansirende skader.

Videre vil et stadig økende press på det offentlige tjenestetilbudet kunne føre til et økende behov for, og etterspørsel etter, private løsninger. Særlig på de områder som det offentlige helsevesen ikke har godt nok utviklet tilbud. Valget mellom helsehjelp fra privat eller offentlig sektor vil derfor ikke alltid være reelt.

Legeforeningen ser at dette får en betydelig negativ innvirkning på sikt for den private delen av helsesektoren. Det vil være svært uheldig om en ordning som i utgangspunktet er ment å sikre pasientens rettigheter, medfører at virksomhetene ikke vil ha økonomisk grunnlag for fortsatt drift, eller at det vil være svært vanskelig å etablere en ny praksis. Dette vil til sist gå ut over pasienten som ikke får den helsehjelp de har krav på fra den offentlige delen av helsesektoren.

4. Tilskuddsplikt og meldeplikt

Tilskuddsplikt og meldeplikt pålegges eier og ansvarlig for virksomhet som sysselsetter helsepersonell som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten jfr forskriftens §§ 4

og 9. Dette i motsetning til at plikten pålegges den enkelte helsepersonellet selv. Legeforeningen har ikke prinsipielle motforestillinger til dette, men viser til at det private helsesektor er preget av virksomheter som har svært ulike former for organisering. Ved siden av å sysselsette ansatt helsepersonell er det ikke uvanlig at helsepersonell utfører oppdrag som oppdragstakere eller innleide konsulenter. Det følger av merknadene til § 4 at begrepet "sysselsatt" omfatter både de som driver egen virksomhet, ansatte, engasjerte og vikariater. Det helsepersonell som jobber som innleid på oppdrag eller som konsulenter vil ofte drive selvstendige virksomheter, gjerne i form av enkeltmannsforetak eller AS, og kan ha flere oppdragsgivere som "sysselsetter" dem. Dette kan føre til usikkerhet mht hvem som har plikten til å betale tilskudd.

For øvrig viser vi til at endringen i pasientskadeloven av 29.juni 2007 medfører at melde- og tilskuddsplikten også er tatt inn i helsepersonellovens § 20. Helsepersonelloven regulerer helsepersonellens plikter og rettigheter, ikke virksomhetenes. Den ordlyd som tidligere er foreslått i § 20 synes derfor ikke å være i samsvar med en denne forskriftens pliktsubjekt.

Legeforeningen mener det bør foretas en ytterligere vurdering av om det er hensiktsmessig at det er virksomhetene som skal ha tilskuddsplikten. Opprettholder departementets forslag kreves det en klargjøring jfr. ovennevnte problemstillinger, samt muligens en endring av helsepersonellovens § 20.

Videre er det et spørsmål om hvem som har tilskuddsplikten ved virksomheter som har ansatt bedriftsleger, men der virksomheten som sådan ikke yter helsehjelp jfr. § 4 annet ledd.. Dersom bedriftslegevirksomheten ikke er skilt ut som egen virksomhet, men legen(-e) er ansatt i bedriften, vil ikke bedriften ha tilskuddsplikt. Legen selv er ansatt og driver ikke virksomhet. Slik forskriften er formulert vil dette innebærer at legen ikke omfattes av NPE ordningen, og departementets utgangspunkt om at bedriftsleger skal omfattes vil ikke gjelde fullt ut. Vi ber derfor departementet om en avklaring på dette.

5. Ikrafttredelse

Departementet foreslår at forskriften, og dermed tilskuddsplikten, skal tre i kraft allerede fra 1. januar 2009. Legeforeningen mener forslaget til forskrift er problematisk, og at det er behov for grundige vurderinger av konsekvensene av ordningen før den trer i kraft. Ikrafttredelse allerede den 1. januar 2009 fører til at det er svært liten tid til å gjennomføre disse nødvendige vurderingene. Det er viktig at en ordning som medfører så store forpliktelser for den enkelte er godt forankret og begrunnet, og beslutningen må ikke være forhastet.

Videre vil tiden frem til 1. januar 2009 være så knapp at det gir den private helsetjenesten for liten tid til å innrette seg etter de nye reglene. Legeforeningen vil derfor foreslå en utsatt ikrafttredelse til 1. juli 2009.

6. Diverse

Legeforeningen mener at Pasientklagenemnda og ikke NPEs styre, bør være klageorgan ved spørsmål om melde-og tilskuddsplikt. Dette ut fra krav om uavhengighet og behovet for tillit til ordningen.

Legeforeningen støtter at eventuell samlet innbetaling av tilskudd fra profesjonsforeningen er en frivillig ordning. En obligatorisk ordning ville tilsi at administrasjonskostnadene ville bli overført til foreningene, uten at man var sikret at en eventuell rabatt ville kompensere for dette.

Legeforeningen tar til etterretning at departementet mener det er tvilsomt om utenlandsk helsepersonell som arbeider i Norge skal ha melde- og tilskuddsplikt selv om de omfattes av NPE ordningen. Det oppfattes imidlertid urimelig at øvrig helsepersonell gjennom sine tilskudd skal dekke skader påført av helsepersonell uten tilskuddsplikt. Finansiering av ordningen for denne gruppen helsepersonell bør derfor skje på annen måte.

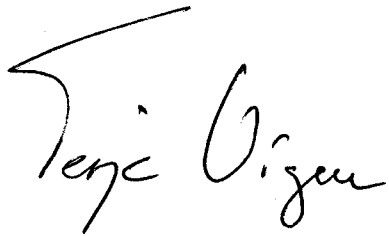
Det følger av forskriftens § 9 at NPE skal utarbeide skjema for melding om private virksomhet som sysselsetter helsepersonell og yter helsehjelp. Legeforeningen mener at det må tilretteslegges for at nye virksomheter blir gjort kjent med sin meldeplikt. Legeforeningen forslår at departementet undersøker muligheten for at dette kan formidles ved registrering av virksomhet i Brønnøysundregisteret.

7. Videre prosess

Den foreslåtte forskrift pålegger den private delen av helsetjenesten en omfattende forpliktelse uten tilstrekkelig utredning – og som kan få betydelige ringvirkninger.

På denne bakgrunn ber Legeforeningen om å få diskutere saken nærmere i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet. I den forbindelse vil det også være aktuelt å trekke inn de berørte parter.

Med hilsen
Den norske legeforening



Terje Vigen
Generalsekretær



Anne Kjersti Befring
Direktør

Saksbehandler:
Hanne B. Riise-Hanssen