

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.: 200704383
Saksbehandler: ACB
Vår ref.: 08/7824
Dato: 01.10.2008

Forslag om forskrift til endring av pasientskadelovens virkeområde og om tilskuddsplikt for den som yter helsehjelp utenfor den offentlige tjenesten

Helsedirektoratet ser positivt på at også pasienter behandlet i den private del av helsetjenesten vil få et tilfredsstillende erstatningsrettslig vern ved skader som følge av behandlingen. De foreslåtte endringene i pasientskadeordningen vil ivareta dette.

Det er Helsedirektoratets vurdering at det er et grundig og vel gjennomarbeidet forslag som legges fram.

Direktoratet har særlige merknader til pkt. 12 og 13.

Hovedpunkter i vår vurdering er følgende:

- formelen på side 28 kan omskrives og vise hvordan tilskuddet for hver enkelt virksomhet beregnes
- å ikke ta hensyn til usikkerhet i anslagene i utgangspunktet er en svakhet som kan bryte med flere av forutsetningene til ordningen selv om det påpekes at man kan indeksjustere grunntilskuddet på sikt. Ved å benytte en øvre og nedre grense i anslagene får man utregninger av tilskuddene som tar mer hensyn til forutsetningene i ordningen. Det er foreslått en omskriving av formelen hvor man benytter en øvre grense for tilskuddsverdien (I eksempelet +50% av punktestimatet). Viser til avsnittet **"Om usikkerhet"** for en utdyping.
- I avsnittet **"Om risiko og erstatningskostnader i privat sektor"** nevnes krefter som trekker i retning av økte erstatningskostnader i privat virksomhet relativt til offentlig virksomhet.
- I avsnittet **"Om potensial for markedssvikt i forsikringsmarkedet ved utjevning"** fokuseres det på de incitament man innfører hos de private virksomhetene dersom man innfører utjevning. I korte trekk vil man ved utjevning kunne innføre en markedssvikt som driver tilskuddene i været. En indeksjustering av grunntilskuddet vil ikke kunne rette opp markedssvikten som er innført av utjevningen.

Nærmere om forslag til omskriving av formelen på side 28:

Formelen [tilskudd = $g * p + a$] kan omskrives slik:

$$\text{Tilskudd} = g * p + a = g * p + 0,3 * g * p = 1,3 * g * p \quad (\text{hvis } a > 150\text{kr})$$

Helsedirektoratet Divisjon spesialisthelsetjenester

Avd. sykehustjenester

Anne Christine Breivik, tlf.: 24 16 31 65

Postadr: Pb 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadr: Universitetsgata 2 • Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01 • Org. nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

$$\text{Tilskudd} = g * p + 150$$

(hvis $a < 150$ kr)

På samme side står det at man for å beregne tilskudd for en virksomhet multipliserer tilskudd per årsverk med antall årsverk innenfor hver profesjon av sysselsatte i virksomheten. Dette kan uttrykkes ved hjelp av en formel:

$$\text{Tilskudd}(\text{virksomhet}) = \sum_n 1,3 * g * p_x * n_x$$

hvis $a < 150$ for en gitt profesjon, erstattes $1,3 * g * p_x * n_x$ med $g * p_x * n_x + 150$ for den profesjonen

g = grunntilskudd

p_x = (risiko) faktor for profesjon x

a = administrasjons tillegg ($a = 0,3 * g * p$)

n_x = antall årsverk knyttet til gitt risikogruppe

Om usikkerhet

I formelen for tilskuddet tilsvarende $g * p$ "actuarially fair premium". Dersom man holder usikkerhet, administrasjonsutgifter og profitthensyn utenfor skal da i prinsippet det som er tilgjengelig til utbetaling være lik den forventede utbetalingen. Dette er kun i teorien – i praksis kan utbetalingene bli større enn innbetalingene. I høringsnotatet åpnes det for indeksjustering via grunntilskuddet dersom man ser at utbetalingene blir større enn innbetalingene.

Men det bør tas høyde for usikkerheten i anslagene i utgangspunktet, ettersom det forutsettes at ordningen skal være fullfinansiert og at innbetaling av tilskudd for en termin skal dekke alle fremtidige utgifter som oppstod i den terminen. Slik notatet fremkommer nå er det ikke eksplisitt gjort uttrykk for usikkerhet i anslagene. Man kan ta høyde for usikkerhet ved å benytte en øvre og nedre grense for anslaget. For eksempel kan det tenkes at man med et øvre og nedre anslag på $\pm 50\%$ av punktestimatet benytter den øvre grensen ($+50\%$) til beregning av tilskuddene.

$$\text{Tilskudd} = 1,3 * g * p * 1,5$$

(hvis $a > 150$ kr)

$$\text{Tilskudd} = (g * p + 150) * 1,5$$

(hvis $a < 150$ kr)

Det at NPE ikke kan gå konkurs bør ikke tilsi at man ikke tar høyde for usikkerhet i anslagene fordi man kan justere opp premien på sikt. Private aktører kan gå konkurs og legge ned sin virksomhet og dermed innbetalinger til NPE. Å ikke ta høyde for usikkerhet strider derfor med forutsetningen om at innbetaling av tilskudd for en termin skal dekke alle fremtidige utgifter. At private aktører kan gå konkurs og tilpasse sin virksomhet til markedet vil i stor grad styre hvor mange som bidrar med midler til ordningen. Å ikke ta hensyn til usikkerheten i anslagene fører til en ujevn risikodeling hvor NPE tar en uforholdsmessig stor risiko ved ordningen.

Forutsetningen om at NPE ikke skal tjene på forsikringsordningen brytes ikke ettersom innbetalte midler uansett vil tilhøre den private forsikringsordningen. Det er "lettere" å redusere tilskuddet enn å øke tilskuddet dersom det første anslaget var feil. En voldsom justering av grunntilskuddene etter for eksempel en 10-års periode med konsekvent for lave innbetalinger vil kunne påvirke det private markedet i en slik retning at NPE ikke får dekt utbetalinger knyttet til "gammel moro". Å ta høyde for

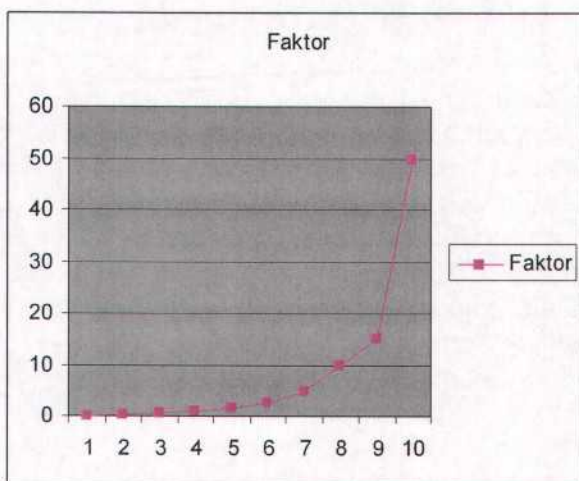
usikkerhet gagnar alle parter ettersom det forutsettes at ordningen skal ha stabile tilskudd over tid for å gi forutsigbare vilkår for aktørene.

Grunntilskudd

Grunntilskuddet er satt til kr. 2000. Det foreligger ingen utregninger av hvordan man har kommet fram til dette i dokumentet. Det foreslås at man kan benytte grunntilskuddet til indeksjustering når man har mer kunnskap om skadeutbetalingene. Dette er vi enig i.

Faktor for profesjon

Faktor for profesjon, p, er basert på vurderinger av hvilken risikoklasse profesjonen tilhører. Disse grunnlagsdataene tas som gitt. Hvis det er stor usikkerhet knyttet til disse tallene bør det tas med i de videre beregningene.



Administrasjonstillegg

Administrasjonstillegget er antatt å ligge på 30% av risikotilskuddet i gjennomsnitt. Slik formelen er nå tas det hensyn til at administrasjonskostnadene er 30% av risikotilskuddet for hver enkelt årsverk innen en profesjon (eventuelt minimum 150 kr).

$$a = g * p * 0,3.$$

Usikkerhet i anslaget mangler.

Erstatningskostnad pr. årsverk

Tabell 2: Utregningene er kontrollert. Vi støtter bruk av et gjennomsnitt av de tre foregående årene. I tilfelle tallene for total skadekostnad og årsverk er beheftet med usikkerhet, bør en minimumsgrense og en øvre grense for anslaget fremkomme og tas med i de videre beregningene.

Kostnad per legeårsverk blir opplyst til å være kr. 61.620. Det fremkommer ikke klart hvordan denne beregningen er utført. Det samme gjelder for øvrige grupper hvor kostnaden pr årsverk opplyses å være kr. 409. Usikkerhet i tallene er ikke inkludert.

Utregningen for kostnad pr kirurg basert på at det finnes 277 kirurger er etter vår oppfatning riktig, men tar ikke med usikkerhet (øvre og nedre anslag). Det samme

gjelder beregningen for kommuneleger / fastleger og tallene fra den danske tannlegeordningen med en årlig kostnad per tannlege på ca. kr 3500.

Om risiko og erstatningskostnader i privat sektor

Det nevnes at risikoen i privat sektor må antas å være lavere enn i offentlig sektor fordi offentlig sektor utfører de mest kompliserte operasjonene. Videre tas det høyde for at "privat sektor utgjør i størrelsesorden 5% av kostnadene i offentlig sektor".

Begge disse elementene peker i retning av lavere erstatningsutbetalinger pr. årsverk i det private på grunn av færre uheldige hendelser, medisinske feil og lavere volum. At det er lavere risiko i privat sektor er ikke nødvendigvis en urimelig antakelse, men det er viktig å ta hensyn til krefter som peker i retning av *økte erstatningskostnader* pr. årsverk.

Personer som går til privat praksis for behandling betaler for en tjeneste fra egen lomme, er ressurssterke (har evne til å orientere seg om sine rettigheter), har generelt god helse og har god økonomi. Dette er faktorer som påvirker forventningen til behandlingen og terskelen for å klage. I prospektteorien (en deskriptiv teori til forventet nytteteori) blir "tap" vektet relativt tyngre jo bedre helsetilstanden er i utgangspunktet.

I den offentlige helsevesenet har pasientene generelt en høyere alvorlighetsgrad eller trenger akutt nødhjelp. Dersom man i utgangspunktet er i en tapssituasjon vektlegges ikke ytterligere tap så tungt. For å si det på en annen måte: Pasienter i privat og offentlig sektor har forskjellige *referansepunkter* som påvirker deres risikoadferd (holdning til risiko i behandlingen) og vektingen av relative tap og gevinster. Dette kan påvirke erstatningskostnader pr. årsverk i privat sektor sammenliknet med offentlig sektor, uavhengig av den faktiske skaderisikoen.

I tillegg påpekes det i høringsnotatet at mengden erstatningskostnader er ventet å øke med et objektivt ansvar slik det ligger til grunn i pasientskadeloven og at private forsikringsselskaper ikke vil tilby forsikring under slike vilkår.

De to foregående paragrafene peker på krefter som går i retning av økte erstatningskostnader. Selv om skaderisikoen som sådan er lavere, er det viktig også å ta hensyn til krefter som trekker i retning av økte forventede erstatningskostnader. En skjønnsmessig vurdering av skaderisiko og skadeutbetalinger i offentlig versus privat virksomhet kan ta hensyn til usikkerhet med et øvre og nedre anslag, selv om denne usikkerheten selvfølgelig også blir en skjønnsvurdering.

Pkt. 13. Modeller for mulig utjevning av tilskudd mellom yrkesgrupper

Om potensial for markedssvikt i forsikringsmarkedet ved utjevning

Det er her helt sentralt *hvilke incitament* man sender til de private aktørene med en utjevningsordning. Det kan tenkes at profesjoner (og virksomheter spesielt) som havner i de høye risiko/tilskuddsgruppene har sterke interesser av utjevning, det vil si å spre risikoen av deres virksomhet over på andre private aktører. Dette for å redusere kostnadene knyttet til sin virksomhet.

En utjevning av tilskuddet kan være uheldig ved at det gir *feil incitament* til de private aktørene og kan på sikt føre til en markedssvikt som ytterligere øker erstatningsutbetalingene. I det følgende vil en slik markedssvikt skisseres. Det baserer seg på teori om markedssvikt i forsikringsmarkeder.

1. Grunntilskuddet er satt til kr.2000
2. En utjevning vil føre til at private aktører som benytter høyrisikoprofesjoner i produksjonen ikke betaler den fulle marginalkostnaden (av erstatningsutbetalinger) av å ansette et årsverk til i en høyrisikoprofesjon. I forsikringsøyemed vil dette føre til 'moral hazard', i dette tilfellet en overproduksjon av et gode (via rekruttering av høyrisikoprofesjoner) fordi den som produserer høyrisikogodet ikke betaler den fulle kostnaden knyttet til negative eksternalitetene ved deres produksjon. Goder med negative eksternaliteter som ikke reflekteres i prisen har en tendens til å bli overprodusert.
3. Gitt at en utjevning fører til overproduksjon av tjenester med høy risiko vil de private aktørenes tilskudd gradvis øke fordi antallet erstatningssaker øker. Det foretas derfor en indeksjustering av grunntilskuddet fra for eksempel kr 2000 til kr 3000.
4. På grunn av utjevningen vil private aktører som benytter høyrisikoprofesjoner i produksjonen stadig ikke betale den fulle marginalkostnaden av å ansette ett årsverk til i en høyrisikoprofesjon og utviklingen fortsetter.
5. Ytterligere økning av grunninnskuddet vil ikke løse problemet.
6. Lavrisikoaktører vil etter hvert kunne bli skviset ut av markedet fordi de ikke ser seg råd til å betale de høye tilskuddene.

I høringsnotatet side 44 (kapittel 16 "økonomiske konsekvenser") påpekes det at

"når tilskuddet fordeles på alle pasientene en tjenesteyter behandler i løpet av et år, vil selv det høyeste tilskuddet som foreslås, på 130.000 kroner i året, medføre en ubetydelig økning i behandlingsutgiftene for den enkelte pasienten."

Direktoratet stiller spørsmål ved om man trenger utjevning når selv det høyeste tilskuddet anslås å medføre ubetydelig økning i behandlingsutgiftene til den enkelte pasient.

Merknadene til pkt. 12 og 13 er utarbeidet av Avdeling for pasientklassifisering, økonomi og analyse. Eventuelle spørsmål knyttet til disse merknadene kan rettes til avdelingsdirektør Leena Kiviluoto.

Vennlig hilsen

Hans Petter Aarseth e.f.
divisjonsdirektør


Anne Christine Breivik
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk