



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Ot.prp. nr. 103

(2005–2006)

---

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

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 29. september 2006, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Stoltenberg II)*

### 1 Proposisjonens hovedinnhold

Helse- og omsorgsdepartementet 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. Det uavhengige forvaltningsorganet Norsk Pasientskadeerstatning behandler erstatningskrav og utbetaler eventuell erstatning. Avgjørelsen kan påklages til Pasientskadenemnda. Pasientskadeloven er gunstigere for skadelidte enn alminnelige erstatningsrettslige regler både hva gjelder vilkårene for å få erstatning og behandlingsmåten.

Pasientskadeloven er ikke satt i kraft utenfor den offentlige helsetjenesten. Dette har sammenheng med at loven fastsetter at erstatningskrav ved pasientskader i privat helsesektor skal sikres ved forsikring, og at ingen forsikringsselskap har vært villig til å gi forsikring på de vilkår pasientskadeloven fastsetter.

I Ot.prp. nr. 74 (2002-2003) om lov om endringer i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven) fremmet departementet forslag til lovendringer med tanke på at loven skulle kunne tre i kraft i sin helhet. Endrin-

gene har ikke hatt den ønskede virkning i forhold til forsikringsnæringen.

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår derfor i denne proposisjonen nye lovendringer for at loven skal kunne settes i kraft også utenfor den offentlige helsetjenesten. Endringene innebærer i hovedsak at Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) overtar ansvaret etter pasientskadeloven også for skade som er voldt i privat helsevirksomhet. NPE skal behandle krav og utbetale eventuell erstatning. Se punkt 4 nedenfor.

Det foreslås at utvidelsen av NPEs ansvar finansieres ved at tjenesteyterne i privat helsesektor betaler tilskudd, jf. punkt 6 nedenfor.

I proposisjonens punkt 5 drøftes enkelte særskilte problemstillinger vedrørende ansvarsplasse- ring mv.

Lovens anvendelse på skader helsepersonell har voldt ved sporadisk helsehjelp de har gitt i sin fritid, drøftes i punkt 5.1 nedenfor. Departementet foreslår ingen endringer i den vedtatte loven på dette punkt. Dette innebærer at loven vil gjelde også for slike skader når den settes i kraft også utenfor den offentlige helsetjenesten.

Adgangen til å fremme erstatningskrav mot andre enn NPE drøftes i punkt 5.2.

Konsekvensene av de foreslåtte lovendringene for apotek/apotekansatte er drøftet i punkt 5.3 nedenfor, men det foreslås ingen unntak eller særordninger for apotek.

Lovens virkeområde med hensyn til skader voldt ved helsehjelp av utenlandsk helsepersonell som midlertidig yter tjenester i Norge, er drøftet i punkt 5.4 nedenfor.

Utforming av overgangsordning er drøftet i punkt 5.5 nedenfor, men det foreslås ingen endring

i forhold til det som allerede følger av den vedtatte loven.

Det foreslås for øvrig en hjemmel for å gi forskrift om at tjenesteyterne, eller grupper av tjenesteytere, kan eller skal tegne privat forsikring i stedet for å betale tilskudd til NPE, jf. punkt 4.3 nedenfor. Slik forsikring må i så fall dekke erstatningsansvar på det ansvarsgrunnlag som følger av pasientskadeloven.

I tillegg foreslås enkelte tekniske endringer.

## 2 Bakgrunnen for lovforslaget

### 2.1 Bakgrunnen 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 som ble administrert av Norsk Pasientskadeerstatning (NPE). 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/kommunal legevakt og for psykiatriske sykehus/poliklinikker.

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

Etter anmodning fra Sosial- og helsedepartementet om å ta initiativ til en evaluering av pasienterstatningsordningen ut fra et rettssikkerhetsaspekt, oppnevnte styret i Norsk Pasientskadeerstatning 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

Justisdepartementet fremmet forslag til en egen pasientskadelov i Ot.prp. nr. 31 (1998-99) om lov om erstatning ved pasientskader (pasientskadeloven).

Forslaget innebar et tosporet system der Norsk Pasientskadeerstatning skulle være ansvarlig for skader i den offentlige helsetjenesten, mens skader i privat helsesektor skulle dekkes via privat forsikring tegnet av helsepersonellet. Ansvarsgrunnlaget skulle være det samme, nemlig et objektivisert ansvar.

Før lovforslaget ble behandlet i Stortinget, fremmet Justisdepartementet en tilleggsproposisjon med forslag om enkelte tekniske tilpasninger i utkastet til ny pasientskadelov, Ot.prp. nr. 55 (1999-2000) om lov om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven). Endringene besto hovedsakelig i en harmonisering av lovforslaget med den nye helselovgivningen (spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven, helsepersonelloven og pasientrettighetsloven) som ble vedtatt etter at Ot.prp. nr. 31 (1998-1999) var lagt frem. For øvrig inneholdt proposisjonen en avklaring av forholdet mellom apoteklovgivningens erstatningsregler og reglene om erstatning for pasientskader.

Forslaget til pasientskadelov ble behandlet av sosialkomiteen i Innst. 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 Norsk Pasientskadeerstatning skulle utrede sakene også i privat sektor der helsepersonelles erstatningsansvar skulle være dekket ved forsikring. Denne løsningen ble foreslått i NOU 1992: 6, men var ikke lagt til grunn i proposisjonene.

### 2.3 Lovens innhold

Pasientskadeloven har 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 bevise at noen kan lastes for den svikt ved ytelsen av helsehjelp som har ført til skaden. Det er ikke et vilkår at helsepersonell eller andre har voldt skaden ved uaktsomhet eller forsett.

Pasientskadeloven utvidet virkeområdet i forhold til den midlertidige ordningen med pasientskadeerstatning. Den midlertidige ordningen inneholdt erstatningsregler som dekket offentlige

somatiske og psykiatriske sykehus med deres poliklinikker, samt den kommunale legetjenesten. Loven utvidet virkeområdet til å gjelde hele helse-tjenesten, herunder de kommunale sykehjemmene og privat helsesektor. Det innebærer at det objektiviserte ansvaret får anvendelse på hele dette området. Loven sonderer imidlertid mellom offentlig og privat sektor når det gjelder hvordan erstatningskrav skal sikres.

## 2.4 Høring av forskrifter til ikraft-tredelse av loven m.v.

For å kunne la loven tre i kraft, utarbeidet departementet utkast til to forskrifter til pasientskadeloven. Utkast til forskrift om Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda og forskrift om forsikringsplikt for helsepersonell og den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten m.v. ble sendt på høring med høringsfrist 14. oktober 2002.

Blant høringssvarene kom det også inn merknader til bestemmelser i pasientskadeloven. Finansnæringens Hovedorganisasjon var i sin høringsuttalelse spesielt opptatt av bestemmelsen om at Norsk Pasientskadeerstatning skulle behandle sakene også i de tilfeller der et privat forsikringsselskap skulle dekke erstatningsutbetalingen. Organisasjonen mente at selskapene ville miste kontrollen over behandlingen av saker der de kunne bli ansvarlig 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. Ved siden av bestemmelsene i pasientskadeloven er plikten for helsepersonell i privat virksomhet til å ha forsikring fastsatt i helsepersonelloven § 20 som trådte i kraft 1. januar 2001.

Forskrift 20. desember 2002 nr. 1625 om Norsk Pasientskadeserstatning og Pasientskadenemnda trådte i kraft 1. januar 2004.

Forskrift 21. november 2003 nr. 1365 om forsikringsplikt for helsepersonell og den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten mv. er ikke satt i kraft.

## 2.5 Ot.prp. nr. 22 (2002-2003) om lov om endring i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven)

Det syntes høsten 2002 umulig for helsepersonell i privat sektor å få tegnet den type forsikring som pasientskadeloven forutsetter, jf. punkt 2.4. ovenfor. Det var derfor ikke aktuelt å sette loven i kraft fullt ut fra 1. januar 2003. Ansvaret for pasientskader i den offentlige helsetjenesten er etter loven dekket gjennom Norsk Pasientskadeerstatning, og ble derfor ikke berørt av mangelen på tilbud fra forsikringsselskapene.

På denne bakgrunn fremmet Helsedepartementet Ot.prp. nr. 22 (2002-2003) om lov om endring i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven). Den forslåtte lovendringen ville åpne for delvis ikrafttredelse av pasientskadeloven, slik at loven kunne settes i kraft særskilt for den offentlige helsetjenesten og for helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten.

I proposisjonen ble det også varslet at departementet ville 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.

Lovendringen som muliggjorde delt ikrafttredelse, ble vedtatt som lov 20. desember 2002 nr. 102 om endringer i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven). Pasientskadeloven ble satt i kraft for den offentlige helsetjenesten fra 1. januar 2003.

Ved utsatt ikrafttredelse for privat sektor ble det lagt til rette for at forsikringsavtaler som gjaldt kunne forlenges, slik at skader som oppstår i privat helsetjeneste, vil være dekket av forsikring på samme måte som før pasientskadeloven trådte i kraft. Dermed gjelder uaktsomhetsansvaret som hovedregel fremdeles i den private helsetjenesten. Forsikringsplikt for privat helsevirksomhet følger av helsepersonelloven § 20 og apotekloven § 1-6.

## 2.6 Ot.prp. nr. 74 (2002-2003) om lov om endringer i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven)

Våren 2003 fremmet Helsedepartementet Ot.prp. nr. 74 (2002-2003) om lov om endringer i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven) med forslag til endringer som skulle gjøre det mulig å sette pasientskadeloven i kraft i sin helhet.

Forslaget innebar at forsikringselskapene selv skal behandle de krav de kan bli ansvarlig for å dekke, og at det gis hjemmel for å fastsette ansvarsbegrensning i forsikringsavtalene. Det ble også foreslått at Pasientskadenemnda kan anmodes om å behandle saker som ikke er ferdigbehandlet etter to år i Norsk Pasientskadeerstatning eller hos forsikringsgiver. Videre ble det foreslått å innføre hjemmel for å gi forskrift om egenandeler fra skadevolder i de tilfeller NPE utbetaler erstatning. Dessuten ble det foreslått enkelte tekniske endringer.

Lovforslaget ble vedtatt som lov 26. september 2003 nr. 95 om endringer i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven). Selv etter disse lovendringene har forsikringsbransjen ikke vært villig til å gi forsikring på lovens vilkår. Pasientskadeloven er derfor fortsatt ikke satt i kraft for helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten. Endringsloven ble satt i kraft 1. januar 2004 for den offentlige helsetjenesten.

## 2.7 Høring av endringsforslagene i denne proposisjonen

Med tanke på å kunne sette pasientskadeloven i kraft i sin helhet vurderer Helse- og omsorgsdepartementet det dit hen at det er nødvendig med ytterligere lovendringer. Departementet sendte 7. juli 2005 ut høringsnotat om endringer pasientskadeloven m.m. Høringsbrevet ble sendt til følgende organisasjoner og institusjoner:

Akademikerne  
 Ambulanshelsetjenesten KFO  
 Arbeidsgiverforeningen NAVO  
 Axess sykehus og spesialistklinikk AS  
 Barneombudet  
 Bioingeniørfaglig institutt (BFI), NITO  
 Colosseumklinikken AS  
 Datatilsynet  
 De regionale helseforetakene  
 Den norske advokatforening  
 Den norske jordmorforening  
 Den norske lægeforening  
 Departementene  
 Det Norske Diakonforbund  
 Drammen private sykehus  
 Dysleksiforbundet i Norge  
 EEG-Laboratoriet AS  
 Fana medisinske senter  
 Farmasi Forbundet  
 Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere  
 Finansnæringens Hovedorganisasjon

Flerfaglig Fellesorganisasjon  
 Forbrukerombudet  
 Forbrukerrådet  
 Fornebuklinikken  
 Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon  
 Fylkeskommunene  
 Fylkesrådet for funksjonshemmede  
 Først medisinske laboratorium AS  
 Gynlab AS  
 Handel- og servicenæringens hovedorganisasjon  
 Haugesund Lasersenter  
 Haugesund private sykehus  
 Helseansattes Yrkesforbund  
 Helsetjenestens Lederforbund  
 Hørselshemmedes Landsforbund  
 Idrettsklubben as  
 IF skadeforsikring  
 Ishavsklinikken  
 KFO  
 Klinikk Bergen  
 Klinikk Haugesund as  
 Klinikk Stokkan Trondheim  
 Kliniske ernæringsfysiologers forening  
 Kommunenes Landspensjonskasse  
 Kommunenes Sentralforbund  
 Konkurransetilsynet  
 Kredittilsynet  
 Kreftforeningen  
 Landets universiteter  
 Landsforeningen for hjerte- og lungesyke  
 Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte  
 Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri  
 Landsforeningen for utviklingshemmede og pårørende  
 Landsorganisasjonen i Norge  
 Legemiddelindustriforeningen  
 Medi 3 Ålesund AS  
 Mental Helse Norge  
 Mjøs-kirurgene  
 Moxnes klinikken  
 Multippel Sklerose Forbundet i Norge  
 Nasjonalforeningen for folkehelsen  
 Nasjonalt folkehelseinstitutt  
 NKS Olavsviken behandlingssenter  
 Nobel Clinic Norge as  
 Norges Ambulansforbund  
 Norges Apotekerforening  
 Norges Astma- og allergiforbund  
 Norges Blindesforbund  
 Norges Diabetesforbund  
 Norges Døveforbund  
 Norges Farmaceutiske Forening  
 Norges Fibromyalgi Forbund  
 Norges Handikapforbund

Norges Optikerforbund	Spesial Helsesenteret
Norges Parkinsonforbund	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell
Norges Røde Kors	Statens Helsepersonellnemnd
Norges Tannteknikerforbund	Statens helsetilsyn
Norsk audiografforbund	Statens legemiddelverk
Norsk Epilepsiforbund	Statens næringsmiddelstilsyn
Norsk Ergoterapeutforbund	Statens råd for funksjonshemmede
Norsk Forbund for Psykoterapi	Statens seniorråd
Norsk Forbund for Utviklingshemmede	Statens senter for Ortopedi
Norsk forening for medisinsk akupunktur	Statens strålevern
Norsk Fysioterapeut Forbund	Statstjenestemannsforbundet
Norsk Helse- og sosialforbund	Stiftelsen Norsk Luftambulans
Norsk Helse- og sosiallederlag	Stortingets ombudsmann for forvaltningen
Norsk Helsesekretærforbund	Telemark øre/nese/halssenter
Norsk Idrettsmedisinsk Institutt	Universitets- og høyskoleutdannedes forbund
Norsk Kiropraktikerforening	Utdanningsforbundet
Norsk Kommuneforbund	Utvalg av landets kommuner
Norsk Landsforening for laryngectomerte	Vesta Forsikring AS
Norsk ortopedisk forening	Vestfjordklinikken – Helse Nord
Norsk Pasientforening	Vestnorsk (Casperkollen) Ortopediske sykehus
Norsk Pasientskadeerstatning	Vital Forsikring ASA
Norsk Psykiatrisk Forening	Volvat medisinske senter
Norsk Psychoanalytisk Institutt	Yngre legers forening
Norsk Psykologforening	Yrkesorganisasjonenes sentralforbund
Norsk Radiografforbund	
Norsk Revmatikerforbund	Høringsfristen var 1. november 2005. Departemen-
Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste	tet har mottatt svar fra 46 instanser, herunder 14
Norsk sykepleierforbund	som uttaler at de ikke avgir uttalelse, ikke har
Norsk tannpleierforening	merknader eller lignende. Følgende instanser har
Norsk Thyreoideaforbund	avgitt realitetsuttalelse:
Norsk Tjenestemannslag	Finansdepartementet
Norsk Vernepleierforbund	Justisdepartementet
Norske Forsikringsmegleres Forening	Moderniseringsdepartementet (med henvisning til
Norske Fotterapeuters Forbund	vedlagt uttalelse fra Konkurransetilsynet)
Norske Ortopedisters Forening	Nærings- og handelsdepartementet
Næringslivets Hovedorganisasjon	Kredittilsynet
Omnia sykehuset ASA	Norsk Pasientskadeerstatning
Oslo søvnklinikk as	Pasientskadenemnda
Pasientombudene	Sosial- og helsedirektoratet
Pasientskadenemnda	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell
Private helseinstitusjoners landsforbund	Statens helsetilsyn
Privatpraktiserende fysioterapeuters forening	Statens legemiddelverk
Quality Assurance Service	Universitetet i Bergen v/Medisinsk fakultet
Regjeringsadvokaten	Universitetet i Oslo v/Odontologisk fakultet
Riksrevisjonen	Østfold fylkeskommune
Rikstrykdeverket	Bergen Kirurgiske Sykehus
Ringvoll Klinikken	Den norske lægeförening
Rosenborg sportsklinikk as	Den norske tannlegeforening
Røntgeninstituttene fellesorganisasjon	Fagforbundet
Rådet for funksjonshemmede	Finansnærings Hovedorganisasjon
Rådet for psykisk helse	Kreftforeningen
SAFO	Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri
Sametinget	Landsorganisasjonen i Norge
SINTEF Unimed	Legemiddelindustriforeningen
Sosial- og helsedirektoratet	Norges Apotekerforening

Norges Optikerforbund  
Norske Ortoptisters Forening  
Norges Tannteknikerforbund  
Norsk Kiropraktorforening  
Norsk Thyreoideaforbund  
Privatsykehusenes Fellesorganisasjon

Røntgeninstituttene Fellesorganisasjon  
Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund

Høringsuttalelsene vil bli tatt opp i forbindelse med de spørsmål de knytter seg til.

### 3 Gjeldende rett

Lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven) omfatter etter sin ordlyd både offentlig og privat helsetjeneste, men loven er bare satt i kraft for den offentlige helsetjenesten.

Loven bygger på et objektivisert ansvarsgrunnlag som gir pasientene et bedre erstatningsrettslig vern enn alminnelige erstatningsregler. Det er ikke nødvendig å bevise at noen i helsetjenesten kan lastes for skaden. Hva som skal regnes som pasientskade og når det skal gis erstatning, reguleres i lovens §§ 1 til 3. Se nærmere om ansvarsgrunnlaget i Ot.prp. nr. 31 (1998-99) om lov om erstatning ved pasientskader (pasientskadeloven), særlig punkt 11.

For tapsutmåling, skadelidtes medvirkning mv. gjelder lov 13. juni 1969 nr. 26 om skadeserstatning (skadeserstatningsloven) og alminnelige erstatningsrettslige regler. Erstatning (oppreisning) for skade av ikke-økonomisk art etter skadeserstatningsloven § 3-5 og tap under 5 000 kroner erstatte likevel ikke etter pasientskadeloven.

Loven trådte i kraft for den offentlige helsetjenesten fra 1. januar 2003. Til den offentlige helse-tjenesten regnes i henhold til lovens § 6 annet ledd første punktum virksomheten til staten, fylkeskommunene og kommunene. Det samme gjelder i henhold til annet punktum 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). Etter at sykehusreformen er gjennomført, må bestemmelsen forstås slik at virksomheten til helseforetakene omfattes.

I forskrift 20. desember 2002 nr. 1625 om Norsk Pasientskadeserstatning og Pasientskadenemnda § 1 tredje ledd er det nærmere angitt hva som menes med offentlig helsetjeneste i denne sammenheng. Bestemmelsen lyder:

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 helsefore-

tak, fylkeskommune eller kommune, herunder institusjoner som mottar tilskudd etter folketrygdloven § 5-20,

- c) de deler av private tjenesteyteres virksomhet som finansieres gjennom kjøpsavtaler med det offentlige,
- d) helsetjenester i utlandet (herunder behandlingsreiser til utlandet) som det offentlige helt eller delvis bekoster,
- e) øyeblikkelig hjelp som ytes utenfor virksomhet, dersom helsepersonellet er pliktig til å yte helsehjelpen i henhold til helsepersonelloven § 7.

Krav som gjelder skade oppstått i den offentlige helsetjenesten utredes og avgjøres av Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) som også utbetaler eventuell erstatning. NPEs avgjørelse kan klages inn for Pasientskadenemnda.

Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) og Pasientskadenemnda er uavhengige forvaltningsorganer som er administrativt underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Verken departementet eller NPEs styre kan instruere NPE eller Pasientskadenemnda om lovtolkning, skjønnsutøvelse eller avgjørelse av enkeltsaker. Forvaltningsloven og offentlighetsloven gjelder for virksomheten.

Finansieringen av ordningen er omtalt i punkt 6.1.2 nedenfor.

Det kan i medhold av lovens § 4 tredje ledd tredje punktum første alternativ kreves regress mot «den som selv har voldt skaden forsettlig».

Pasientskadeloven er ikke satt i kraft for helsehjelp gitt utenfor det som etter lov og forskrift anses som den offentlige helsetjenesten. Dette omfatter først og fremst private tjenesteytere som driver virksomhet uten tilskudd fra eller avtale med det offentlige, samt helsehjelp gitt utenfor virksomhet, jf. punkt 5.1 nedenfor. Den omstendighet at pasientene på visse vilkår kan ha rett til stønad fra folketrygden ved undersøkelse og behandling hos noen grupper helsepersonell, medfører ikke at helsepersonellet/virksomheten anses som en del av den offentlige helsetjenesten, selv om helsepersonellet har avtale med trygdeetaten om direkte oppgjør.

Privat virksomhet utøves av helsepersonell i mange ulike helsepersonellgrupper og i ulike virk-



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

Når det gjelder avgrensning mellom private helsetjenester som omfattes av pasientskadeloven og annen privat virksomhet som er helserelevant, vises til punkt 5.4.1 nedenfor og Ot.prp. nr. 27 (2002-2003) om lov om alternativ behandling av sykdom mv. punkt 7.19, se særlig side 72.

Det har vært meningen at ansvaret etter pasientskadeloven for skader oppstått i privat helsesektor skulle dekkes ved privat forsikring tegnet av tjenesteyterne. Årsaken til at loven ikke er satt i kraft for privat sektor er at ingen forsikringsselskaper har vært villig til å tilby forsikring på lovens vilkår. Det er i høringsnotatet lagt til grunn at den manglende interessen særlig skyldes den utvidede retten til erstatning på grunnlag av pasientskadelovens objektiviserte erstatningsansvar, problemer med reassuranse og at det private markedet er lite.

Det vises til punkt 2 ovenfor om bakgrunnen for loven og den delvise ikraftsettelsen samt lovendringer som har vært gjort med tanke på å sette loven i kraft også for privat helsetjeneste.

Dersom pasientskadeloven settes i kraft for privat sektor slik loven lyder nå, ville det i korte trekk innebære at de private tjenesteyterne selv ville være ansvarlig for skade som kan kreves erstattet etter loven, men at de ville være forpliktet til å tegne forsikring til dekning av ansvaret. Erstatningskrav skulle meldes til Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) eller forsikringsgiver. Krav som ble meldt til NPE skulle oversendes forsikringsgiver. Forsikringsgiver skulle utrede saken og avgjøre om erstatning skulle gis samt utbetale

eventuell erstatning. Ansvarsgrunnlaget ville være det samme som for den offentlige helsetjenesten, det vil si objektivisert ansvar etter pasientskadeloven §§ 2 og 3. Forsikringsselskapets avgjørelse ville kunne klages inn for Pasientskadenemnda.

Nærmere bestemmelser om forsikringen ble fastsatt i forskrift 21. november 2003 nr. 1365 om forsikringsplikt for helsepersonell og den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten, men forskriften er ikke satt i kraft idet loven ikke er satt i kraft for privat helsesektor.

Inntil pasientskadeloven trer i kraft i sin helhet, er det helsepersonelloven § 20 og alminnelige erstatningsrettslige regler som gjelder for privat sektor.

Helsepersonelloven § 20 lyder:

Helsepersonell med autorisasjon eller lisens som driver privat virksomhet, skal ved forsikring stille sikkerhet for det økonomiske ansvar som kan oppstå overfor pasienter i forbindelse med yrkesutøvelsen.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om plikten til forsikring.

Norsk Pasientskadeerstatning sørger ikke for erstatning etter denne bestemmelsen. Forsikring tegnes hos private forsikringsselskap, og erstatningskrav behandles av selskapene. Forsikringsplikten oppfylles i mange tilfeller ved deltagelse i helsepersonellorganisasjoners kollektive forsikringsavtaler. Kravene avgjøres etter alminnelige erstatningsregler. Det gjelder ingen nærmere krav til denne forsikringen fastsatt i lov eller forskrift. Forskrift 21. november 2003 nr. 1365 om forsikringsplikt for helsepersonell og den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten er fastsatt også i medhold av helsepersonelloven § 20, men forskriften er som nevnt ikke satt i kraft idet den bygger på pasientskadelovens bestemmelser.

Gjeldende rett med hensyn til forsikringsplikt for apotek og pasientskadelovens virkeområde i forhold til skader skjedd på grunn av feil i apotek, omtales særskilt i punkt 5.3 nedenfor.

## 4 Plassering av ansvaret etter pasientskadeloven for erstatningskrav knyttet til skader utenfor den offentlige helsetjenesten

### 4.1 Forslaget i høringsnotatet

I høringsnotatet uttalte departementet at det er et overordnet mål å sette pasientskadeloven i kraft også for privat helsesektor. Alle pasienter bør få sine erstatningskrav behandlet etter de samme gunstige reglene hva gjelder ansvarsgrunnlag og saksbehandling.

Departementet la i høringsnotatet til grunn at den faktiske situasjonen er at ingen norske eller utenlandske forsikringsselskaper tilbyr forsikring som oppfyller kravene i pasientskadeloven og forskrift 21. november 2003 nr. 1365 om forsikringsplikt for helsepersonell og den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten mv. Departementet la videre til grunn at forsikringsselskapene ikke har kontraheringsplikt og derfor står fritt med hensyn til om de vil tilby forsikring som oppfyller pasientskadelovens krav.

Departementet drøftet i høringsnotatet flere mulige endringer som kunne føre til at loven kan settes i kraft i sin helhet. Departementet fant det ikke ønskelig verken å endre ansvarsgrunnlaget i pasientskadeloven eller å endre definisjonen av offentlig helsetjeneste for å gjøre privat sektor større og dermed mer interessant for forsikringsbransjen.

I høringsnotatet ble det derfor foreslått endringer i pasientskadeloven som innebærer at Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) overtar så vel erstatningsansvaret som saksbehandlingen for skader voldt i privat helsesektor. På denne måten vil loven kunne settes i kraft i sin helhet slik at både pasienter i den offentlige helsetjenesten og pasienter hos private tjenesteytere vil omfattes av det styrkede erstatningsrettslige vernet som er målet med pasientskadeloven. Det ble foreslått en avgrensning mot såkalte fritidsskader, jf. punkt 5.1 nedenfor.

### 4.2 Høringsinstansenes syn

Av de 32 realitetsuttalelsene som er innkommet, er majoriteten positive eller nøytrale til forslaget om at NPE skal behandle krav og utbetale erstatning for pasientskader voldt av helsepersonell utenfor den offentlige helsetjenesten. Følgende instanser uttaler uttrykkelig at de er enige i forslaget: Norsk Pasientskadeerstatning, *Pasientskadenemnda*, *Sosial- og helsedirektoratet*, *Statens helsetilsyn*, *Østfold fylkeskommune*, *Bergen Kirurgiske Sykehus*, *Den norske lægeforening*, *Fagforbundet*, *Kreftforeningen*, *Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri*, *Landsorganisasjonen i Norge*, *Legemiddelindustriforeningen*, *Norsk Kiropraktorforening*, *Norsk Thyreoideaforbund*, *Prisy - Privatsykehusenes Fellesorganisasjon*, *Røntgeninstituttene Fellesorganisasjon*, *Universitetet i Bergen v/det medisinske fakultet*, *Universitetet i Oslo v/det odontologiske fakultet* og *Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund*.

De som slutter seg til forslaget fremhever hovedsakelig de fordeler det innebærer for pasientene at pasientskadeloven kan settes i kraft også for privat sektor.

*Pasientskadenemnda* fremholder:

«Vi anser det som svært viktig at alle pasienter gis samme erstatningsrettslige vern, uavhengig av behandlingssted. Det forhold at behandlingen av alle erstatningskrav legges til Norsk Pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda sikrer dessuten at selve saksbehandlingen underlegges samme rutiner og regelverk. Man vil også sikre en mer likeartet praksis.»

*Landsorganisasjonen i Norge* uttaler:

«Som kjent er LO kritisk til utviklingen vi har hatt med økende private kommersielle innslag i norsk helsevesen. Vi mener likevel det er riktig at det offentlige sørger for en fungerende pasientskadeerstatningsordning for den delen av helsetilbudet som gis uten offentlig medvirkning, forutsatt at den, slik som høringsnotatet

legger opp til, er fullfinansiert av de private aktørene.»

*Norsk Kiropraktorforening* bemerker:

«Dette vil legge til rette for likebehandling av - og forutsigbarhet for pasientene uavhengig av om de oppsøker privat eller offentlig helsepersonell. For helsepersonell vil dette være en sikkerhet for at pasientskadesaker håndteres likt for ulike helsepersonellgrupper og det vil bidra til en profesjonell håndtering av krav rettet mot helsepersonell.»

*Norsk Pasientskadeerstatning* er enig i departementets vurdering av at det ikke er ønskelig å gjøre endringer i pasientskadelovens ansvarsregler for privat sektor eller endringer i hva som omfattes av offentlig helsetjeneste, for på denne måten å søke å gjøre det praktisk mulig å la pasientskadeloven tre i kraft for privat sektor og samtidig fastholde at skader voldt i privat sektor skal dekkes gjennom forsikring. Det fremheves videre at de foreslåtte endringene medfører at alle som har lidt tap som følge av en pasientskade, vil kunne forholde seg til samme instans, og at alle saker vil bli behandlet i tråd med felles regelverk og praksis for erstatningsordningen, herunder forvaltningslovens saksbehandlingsregler. I erstatningssakene vil man også slippe avgrensningsspørsmål mellom offentlig og privat helsetjeneste, noe som i enkelte tilfelle kan være vanskelig med dagens ordning.

*Prisy - Privatsykehusenes Fellesorganisasjon* mener den foreslåtte utvidelsen av pasientskadeloven vil være fordelaktig for den enkelte pasient. Det vises til pasientens behov for forutsigbarhet med hensyn til egen rettsposisjon og hensynet til likebehandling av pasienter i offentlig og privat sektor. Videre uttales:

«En utvidelse av pasientskadeloven vil også være til fordel for private tjenesteytere, som ikke har tilstrekkelig individuell forhandlingsstyrke til å oppnå tilsvarende forsikringsordninger som pasientskadeloven legger opp til. Lovendringen etablerer på denne måten ordninger som de tidligere ikke har vært i stand til å oppnå, og gir forutsigbarhet med hensyn til innholdet og eksistensen av en ansvarsforsikring.

PRISY reiser imidlertid spørsmål om ikke hensynet til pasienter og private tjenesteytere, er tilstrekkelig ivaretatt ved at privat helsepersonell gis rett til å velge (i) om de vil være underlagt NPE eller (ii) om de ønsker å tegne privat forsikring til sikkerhet for det økonomiske ansvaret som kan oppstå i forbindelse med yrkesutøvelsen. Forsikringsordningen

forutsettes å gi samme erstatningsrettslige vern som pasienter i offentlig sektor.»

*Moderniseringsdepartementet* foreslår under henvisning til uttalelse fra Konkurransetilsynet at

«... ordningen utformes som en plikt for private helsearbeidere til å tegne en slik forsikring som NPE tilbyr, og en rett, men ikke en plikt for de private helsearbeiderne til å tegne denne forsikringen i NPE. På denne måten stenges ikke private aktører ute fra markedet.»

Fra *Konkurransetilsynets* uttalelse hitsettes:

«Slik situasjonen er i dag, og basert på fremlagt dokumentasjon, anser Konkurransetilsynet det relevante markedet for å være ansvarsforsikring for helsevirksomhet i privat sektor. Basert på foreliggende informasjon om at ingen utenlandske aktører tilbyr ansvarsforsikringer til privat helsepersonell i Norge i dag, anser Konkurransetilsynet markedet for å være nasjonalt på det nåværende tidspunkt.

Norsk Pasientskadeerstatning vil ved de foreslåtte endringene i pasientskadeloven oppnå en markedsandel på 100% i markedet for ansvarsforsikringer for helsevirksomhet i privat sektor i Norge. Norsk Pasientskadeerstatning vil derfor få en dominerende stilling i dette markedet.

Den dominerende stillingen er ikke ulovlig i seg selv, det er bare utilbørlig utnyttelse av den dominerende stillingen som er forbudt.

All den tid privat helsepersonell er pålagt å tegne ansvarsforsikring i Norsk Pasientskadeerstatning vil det være umulig for private aktører i forsikringsbransjen å komme inn på dette markedet. Som departementet selv peker på er det i rettspraksis eksempler på at dersom det i denne situasjonen oppstår et udekket behov som andre ikke har adgang til å dekke, vil det kunne karakteriseres som en utilbørlig utnyttelse av dominerende stilling.»

*Nærings- og handelsdepartementet* peker på at

«... pliktig medlemskap i NPE-ordningen vil kunne medføre dårligere konkurransevilkår for norsk helsepersonell sammenlignet med utenlandsk helsepersonell. Norsk helsepersonell mister for eksempel muligheten til selv å velge forsikringsyter og således en forhandlingsmulighet i forhold til pris med mer. Den foreslåtte utvidelsen av NPE-ordningen medfører også en innskrenkning av forsikringssektorens marked som kan være uheldig.»

*Finansdepartementet* viser til den foreslåtte bestemmelsen om at det kan fastsettes at det for enkelte private tjenesteytere kan eller skal tegnes forsikring i stedet for at vedkommende omfattes av

NPE-ordningen, og uttaler at NPE ikke bør drive i konkurranse med forsikringsselskapene siden NPE ikke er underlagt de samme rammevilkår som forsikringsselskapene, og at aktører i privat helsesektor ikke bør kunne velge andre tilbydere enn NPE.

*Finansnæringens Hovedorganisasjon (FNH)* bemerker:

«Basert på de forutsetninger som ble lagt ved at myndighetene trakk grensen mellom offentlig og privat virksomhet på en slik måte at privat sektor ble for liten (og uforsikretansvaret for usikkert) til at markedet fant det mulig å tilby pasientskedeforsikring, har FNH ingen innvendinger mot forslaget om at alt overføres til NPE.»

Kun fire instanser – alle helsepersonellorganisasjoner – uttaler at de er imot den foreslåtte ordningen. Dette er *Den norske tannlegeforening, Norges Optikerforbund, Norges tannteknikerforbund og Norske Ortoptisters Forening.*

*Tannlegeforeningen* mener objektivisert ansvar sammen med forenklingen i saksgangen kan medføre betydelig økning i erstatningsutbetalingene. Dette vil medføre høyere tilskudd, og økningen i honorarene pasientene må betale kan med tiden bli betydelig. Tannlegeforeningen viser videre til at økt antall saker vil medføre at helsepersonell må bruke uforholdsmessig mye av sin tid til å redegjøre for utført behandling og journalføring istedenfor på helsearbeid. Foreningen mener ordningen også kan føre til at helsepersonell vil vegre seg mot å utføre visse typer behandling.

*Norges tannteknikerforbund* uttaler:

«Vi mener at loven fortsatt må gjelde kun for offentlig sektor. Ved heller å endre pasientskadeloven til kun å gjelde for offentlig sektor og beholde[r] dagens ansvarsforsikring i helsepersonelloven for privat sektor, unngås også et stort administrativt, juridisk, og derav kostbart system. ...

Siden ingen forsikringsselskaper ønsker å gå inn på ordningen med objektivisert erstatningsansvar, er vel dette også et signal om at ordningen er forskjellig fra andre forsikringsordninger og bør unngås.

Vi stiller også spørsmål ved om det er riktig at pasienten skal få erstatning for skade selv om helsepersonell ikke er skyld i skaden. Det vil finnes situasjoner hvor dette absolutt er uriktig overfor gjeldende helsepersonell.»

*Norges Optikerforbund* uttaler:

«En utvidelse av NPE-ordningen vil innebære at forbundets forhandling av kollektiv ansvars-

forsikringsordning, som i dag for mange er en meget vesentlig økonomisk og praktisk medlemsfordel, vil forsvinne. Dermed vil organisasjonens eksistensgrunnlag kunne bli truet. Det er i alles interesse å ha en funksjonell yrkesorganisasjon. Dette taler for å bevare den eksisterende ordning med forsikring utenfor NPE.

Det anføres fra departementets side at den økonomiske belastningen fjernes fra det skadevoldende helsepersonell selv i forbindelse med den konkrete saken dersom NPE pålegges ansvar for privat sektor. Etter departementets vurdering vil dette bidra til at helsepersonell lettere deltar i opplysningen av den enkelte sak og opprettholder åpen kommunikasjon med kolleger, pasienten selv og NPE i forbindelse med saksbehandlingen. I tillegg kan man oppnå større grad av tillit til norsk helsevesen. NOF deler ikke departementets syn. Med den finansieringsordning departementet foreslår, vil forskjellen mellom dagens ordning og foreslått ordning på dette punkt bli helt marginal. Det spiller liten rolle om man betaler forsikringspremie til et forsikringsselskap eller tilskudd til NPE.

#### *Økonomisk ruin for det enkelte helsepersonell*

Det følger det av pasientskadeloven § 4 tredje ledd at erstatningskrav i alle tilfelle kan rettes direkte mot skadevolder. Den foreslåtte endring vil redusere muligheten for å tegne forsikring av denne «restrisiko». Dermed kan det enkelte helsepersonell ende i personlig økonomisk ruin som følge av en feil begått i arbeidstiden. Dette taler meget sterkt for å beholde den eksisterende ordning med forsikring utenfor NPE.»

### **4.3 Departementets vurdering**

Det har hele tiden vært meningen at pasientskadeloven skal gjelde både for offentlig og privat sektor. Dette ble foreslått både av Lødruputvalget (NOU 1992: 6 Erstatning ved pasientskader) og i Ot.prp. nr. 31 (1998-99) om lov om erstatning ved pasientskader (pasientskadeloven), og er vedtatt av Stortinget. Det er praktiske problemer som har medført at loven foreløpig bare er satt i kraft for den offentlige helsetjenesten, jf. punkt 2 og 3 ovenfor. Forsikringsselskapene er ikke villige til å gi forsikring på pasientskadelovens vilkår, heller ikke etter lovendringer foretatt for å imøtekomme bransjens innvendinger.

Forslaget om at Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) overtar ansvaret for pasientskader i privat sektor slik at loven kan settes i kraft også utenfor

den offentlige helsetjenesten, har fått bred tilslutning i høringsrunden. Fordelene for pasientene fremheves.

Departementet foreslår på denne bakgrunn en lovendring som innebærer at NPE får utvidet sitt ansvarsområde til også å omfatte privat helsesektor. Forslaget innebærer at NPE skal behandle erstatningskrav og utbetale eventuell erstatning også når pasientskade er skjedd utenfor den offentlige helsetjenesten. Kravene vil etter forslaget bli behandlet av NPE på samme måte som når skaden er oppstått i den offentlige helsetjenesten, og ansvarsgrunnlaget vil være det samme. Etter pasientskadeloven gjelder et såkalt objektivisert ansvarsgrunnlag, slik at det ikke er nødvendig å påvise skyld/uaktsomhet som grunnlag for erstatning. Dette er gunstigere for pasienten (og andre skadelidte) enn alminnelige erstatningsrettslige regler, og departementet er av den oppfatning at det samme ansvarsgrunnlaget bør gjelde for pasientskader i offentlig helsetjeneste og i privat helsesektor. Konsekvensene av skaden, som erstatningen skal bøte på, vil være like merkbare uansett i hvilken sektor skaden er oppstått. Forslaget innebærer at alle krav om pasientskadeerstatning vil bli behandlet av samme instans. Dette vil være en forenkling for pasientene og vil dessuten legge til rette for en ensartet praktisering av regelverket.

Enkelte høringsinstanser har også påpekt at grensedragningen mellom offentlig og privat sektor i noen tilfelle kan være vanskelig og kan føre til vilkårlige og uforutsigbare resultater. Departementet viser til punkt 3 ovenfor om hva som er å anse som den offentlige helsetjenesten i pasientskadelovens forstand, og bemerker at selv om noe helsepersonell utøver helsehjelp både i og utenfor den offentlige helsetjenesten, bør det normalt ikke være tvil med hensyn til om den helsehjelp de gir i det enkelte tilfelle gis i eller utenfor den offentlige helsetjenesten. I noen tilfeller der den enkelte tjenesteyter driver både offentlig og privat virksomhet, vil det imidlertid kunne være uklart om en pasient er påført skade som et ledd i den offentlige eller den private delen av virksomheten. Mange pasienter vil heller ikke være bevisst på at erstatningsdekningen vil være forskjellig når de får helsehjelp av samme helsepersonell, men i henholdsvis den offentlige og den private delen av virksomheten. Slike grensedragninger vil ikke være avgjørende ved behandlingen av erstatningskrav dersom NPE overtar ansvaret også for privat sektor.

Utvidelsen av NPE-ordningen foreslås finansiert av tjenesteyterne i privat sektor, jf. punkt 6 nedenfor om finansiering av ordningen. Departemen-

tet foreslår at administrering av den tilskuddordningen som foreslås, legges til NPE. Oppgaven vil blant annet omfatte registrering av meldinger om virksomhet utenfor den offentlige helsetjenesten som grunnlag for tilskuddsbetaling, samt beregning og innkreving av tilskudd. Departementet finner det naturlig at administreringen legges til NPE som etter departementets forslag vil få ansvaret for å utrede krav og utbetale erstatninger også utenfor den offentlige helsetjenesten. NPE har dessuten oppgaver knyttet til informasjon om erstatningsordningen og pasientskadeloven til helsepersonell og pasienter, og oppgaver vedrørende statistikk og oversikt over skader, skadeomfang og risiko, jf. forskrift 20. desember 2002 nr. 1625 om Norsk Pasientskadeserstatning og Pasientskadenemnda § 4. Oversikt over skader, skadeomfang og risiko vil være sentralt i forbindelse med beregning av de beløp tjenesteyterne skal betale i tilskudd for å finansiere ordningen. Det fremstår som mer hensiktsmessig å legge hele administreringen av tilskuddsordningen til NPE enn å dele oppgavene mellom NPE og et annet organ, særlig fordi heller ikke noe annet organ har noe eksisterende register over helsepersonell/virksomheter som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten. Når det likevel må opprettes et nytt register til dette formålet, finner departementet det mest hensiktsmessig at også denne del av oppgaven legges til NPE.

NPE vil ikke være å anse som et forsikringsselskap underlagt forsikringsvirksomhetsloven. NPE er et uavhengig forvaltningsorgan administrativt underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Erstatningsordningen vil etter departementets vurdering falle inn under unntaket fra forsikringsvirksomhetsloven for ordninger som styres av staten, jf. lovens § 13-1. *Kredittilsynet* har i sin høringsuttalelse gitt uttrykk for at de ikke har merknader til denne vurderingen.

Departementets forslag innebærer at en rekke av bestemmelsene i pasientskadeloven må endres, jf. lovforslaget. De vesentligste endringene gjøres i §§ 6 til 8. De fleste av de andre endringene er konsekvenser av endringene i §§ 6 til 8. Dessuten foreslås en endring av teknisk karakter i § 17 annet ledd annet punktum, jf. merknaden til bestemmelsen i punkt 9.1 nedenfor.

Nærmere bestemmelser knyttet til den ordning som foreslås, først og fremst regler knyttet til tilskuddordningen, vil måtte fastsettes i forskrift. Departementet vil også vurdere behovet for endringer i forskrift 20. desember 2002 nr. 1625 om Norsk Pasientskadeserstatning og Pasientskadenemnda.

Departementet foreslår at NPE gis rett til å søke regress hos skadevolder i de tilfellene helsehjelp er gitt av tjenesteytere i privat sektor som ikke har betalt tilskudd til NPE. Dette vil være en videreføring av lovens § 4 tredje ledd tredje punktum annet alternativ. Bestemmelsen må endres for å reflektere endringen fra forsikringsplikt til plikt til å betale tilskudd til NPE. Regresskravet bør etter departementets vurdering kunne omfatte så vel selve erstatningsbeløpet, herunder eventuelle advokatutgifter, som NPEs egne kostnader ved behandling av saken. Dersom saken har vært klagebehandlet i Pasientskadenemnda, bør regresskravet også kunne omfatte nemndas kostnader.

Forsettlige overtredelser bør dessuten kunne straffes, jf. lovforslaget § 8 tredje ledd som er en videreføring av nåværende § 8 tredje ledd om straff ved brudd på forsikringsplikten. Se også punkt 7 nedenfor.

På bakgrunn av høringsuttalelse fra *Moderniseringsdepartementet* vedlagt uttalelse fra *Konkurransetilsynet* antar departementet at NPE vil bli å anse som et foretak i konkurranselovens forstand for så vidt gjelder den del av virksomheten som gjelder privat sektor, og dermed vil måtte forholde seg til konkurranselovens bestemmelser. Det er i strid med konkurranseloven § 11 dersom et foretak som har en dominerende stilling, utnytter denne på en utilbørlig måte. Det er ikke ulovlig å ha en dominerende stilling i markedet, men NPE vil måtte sørge for ikke å utnytte sin dominerende stilling på en utilbørlig måte.

Departementet har vurdert om ordningen bør være at helsepersonell kan velge å tegne privat forsikring i stedet for å betale tilskudd til NPE, slik enkelte høringsinstanser har foreslått. Forutsetningen måtte i så fall være at forsikringen dekker erstatningskrav ved pasientskader på de vilkår som er fastsatt i pasientskadeloven, herunder på det objektiverste ansvarsgrunnlaget som er fastsatt i lovens §§ 2 og 3.

Departementet er kommet til at det som utgangspunkt ikke bør åpnes for privat forsikring som alternativ til å betale tilskudd til NPE. Departementet legger til grunn at obligatorisk deltagelse i NPE-ordningen ikke vil være i strid med EØS-avtalen eller intern rett. Forsikringsbransjen har ikke vist vilje til å påta seg oppgaven de var tiltenkt etter pasientskadeloven, og departementet finner derfor å måtte foreslå at oppgaven overføres til NPE. Selv om det i prinsippet ville være mulig å innføre en løsning der tjenesteyterne gis valget mellom å delta i NPE-ordningen eller å tegne privat forsikring, finner departementet ikke å burde fore-

slå en slik ordning. NPE vil være underlagt andre rammevilkår enn private forsikringsselskaper og bør derfor ikke konkurrere med disse. NPE vil ikke ha anledning til å nekte å «forsikre» noen tjenesteytere. Private forsikringsselskaper vil derimot kunne velge å tilby forsikring bare til de tjenesteytere eller grupper av tjenesteytere der de venter profit. Slik vil det kunne oppstå et «skjevt utvalg» i forsikringskollektivet slik at de «dyreste kundene» dekkes av NPE, mens de som volder få og/eller lite kostbare skader, velger privat forsikring.

For øvrig vil en ordning der NPE sikrer alle tjenesteyterne i privat sektor, ha visse praktiske fordeler. Det vil være lettere å beregne tilskudd når man ikke behøver å ta i betraktning at noen tjenesteytere kan falle fra eller komme til på grunn av overgang til eller fra privat forsikring.

Dersom NPE sikrer alle pasientskadekrav vil det videre være til en enkel og enhetlig ordning for pasientene i og med at alle skadelidte da kan forholde seg til samme instans.

Når man har fått noe erfaring med ordningen, vil det imidlertid kunne være aktuelt å vurdere om det likevel bør innføres en valgfrihet for tjenesteyterne med hensyn til å delta i NPE-ordningen eller å tegne privat forsikring på pasientskadelovens vilkår. Dette vil særlig være aktuelt dersom det viser seg å oppstå udekkede behov i markedet, men kan også være aktuelt dersom man får til en slik grad av differensiering av de tilskudd som betales til NPE at risikoen for «skjevt utvalg» i forsikringskollektivet ikke blir særlig stor. Departementet foreslår at det gis en hjemmel for å fastsette i forskrift at det kan tegnes privat forsikring i stedet å delta i NPE-ordningen, jf. lovforslaget § 8 a. Det vil da være enklere å innføre slik valgfrihet dersom man ser at det blir nødvendig eller ønskelig ut fra konkurransesituasjonen og konkurranserettslige forhold. Selv om forsikringsbransjen på det nåværende tidspunkt ikke er villig til å tilby denne type forsikring, kan det ikke utelukkes at det kan bli interessant senere. Dersom tjenesteyterne gis valgfrihet, vil de ha mulighet til å forhandle om pris dersom det viser seg at forsikringsselskap i Norge eller utlandet fatter interesse for å gi forsikring på pasientskadelovens vilkår.

Enkelte høringsinstanser har tatt opp spørsmålet om bestemmelsen i pasientskadeloven nåværende § 7 annet ledd annet punktum bør opprettholdes. Etter denne bestemmelsen kan det fastsettes at det for enkelte helseinstitusjoner i den offentlige helsetjenesten kan eller skal tegnes forsikring til dekning av ansvaret etter loven i stedet for at det betales tilskudd til NPE.

Bestemmelsen har foreløpig ikke vært benyttet, og man har således ingen erfaring med en slik løsning. Departementet finner ikke grunn til å oppheve bestemmelsen. Det vises til at det er en «det kan fastsettes»-regel, slik at forsikringsalternativet ikke er aktuelt uten etter nærmere vurdering fra myndighetene. Bestemmelsen foreslås å inngå i en generell bestemmelse om mulighet for Kongen til å fastsette at det kan eller skal tegnes forsikring til dekning av ansvaret etter loven, jf. lovforslaget § 8 a som gjelder både i og utenfor den offentlige helse-tjenesten. Slik forsikring vil i så fall tre i stedet for tilskuddsbetaling for vedkommende tjenesteyter/gruppe av tjenesteytere.

Departementet bemerker at NPE ikke dekker erstatning for skade av ikke-økonomisk art etter skadeserstatningsloven § 3-5 (oppreisning) og tap under 5 000 kroner, jf. pasientskadeloven § 4 første ledd annet punktum. Det er ikke ofte oppreisning blir tilkjent i og med at skyldkravet er forsett eller grov uaktsomhet. De beløp som tilkjennes i oppreisning er for øvrig begrensede. Det vil ikke være noen plikt til å tegne forsikring som dekker oppreisning og tap under 5 000 kroner, men det er

rettslig sett ikke noe i veien for at helsepersonell eventuelt tegner en privat forsikring i tillegg til å betale tilskudd til NPE dersom de ønsker sikring med hensyn til slike krav. Imidlertid uttrykker *Finansnæringens hovedorganisasjon* i sin høringsuttalelse tvil med hensyn til om det vil være mulig å få forsikring som dekker oppreisning og skader under 5 000 kroner hvis ansvaret for øvrig overføres til NPE.

Enkelte høringsinstanser har uttrykt bekymring med hensyn til adgangen til å fremme erstatningskrav for pasientskade mot andre enn NPE, herunder mot helsepersonell personlig, og hvordan dette vil falle ut dersom NPE overtar ansvaret i stedet for at tjenesteyterne har forsikring. Dette er behandlet i punkt 5.2 nedenfor.

Om pasientskader voldt i helsepersonells fritid, se punkt 5.1 nedenfor.

Om stillingen for apotek/apotekansatte, se punkt 5.3 nedenfor.

Om utenlandsk helsepersonell som yter helsehjelp i Norge på midlertidig basis, se punkt 5.4 nedenfor.

Om overgangsregler, se punkt 5.5 nedenfor.

## 5 Enkelte særskilte spørsmål vedrørende ansvars plassering mv.

### 5.1 Fritidsskader

#### 5.1.1 Gjeldende rett og forslag i høringsnotatet

I Ot.prp. nr. 31 (1998-99) om lov om erstatning ved pasientskader (pasientskadeloven) er det lagt til grunn at pasientskadeloven § 1 første ledd bokstav c også omfatter handlinger utført av helsepersonell med autorisasjon eller lisens utenfor arbeidsforhold eller næringsvirksomhet.

Fra punkt 10.3.3.4 hitsettes:

«Utvalget har videre tatt opp spørsmålet om loven bør gjelde når helsepersonell påfører pasienter skade i sin fritid, se NOU 1992: 6 s 73. Spørsmålsstillingen har trolig sammenheng med at arbeidsgivere - for eksempel sykehus - ikke svarer for arbeidstakeres feil utenom tjenesten. Problemstillingen kan også ha sammenheng med at en nok ikke kan stille de samme høye krav til de råd for eksempel en lege gir i løpet av en tilfeldig konversasjon, som de råd legen gir etter en undersøkelse på kontoret.

I likhet med utvalget mener departementet at når helsepersonell først omfattes av loven, så omfattes de både i og utenfor arbeidstiden så fremt de forårsaker skader på pasienter. Dette må gjelde både i offentlig helsevesen og utenfor. Pasientens behov for vern er det samme, og tilliten til helsepersonellet er knyttet til vedkommendes person snarere enn om det er en konsultasjon i kontortiden eller ikke. En annen sak er at det i noen tilfeller skal mye til for å karakterisere en handling som feilbehandling når det dreier seg om et tilfeldig råd uten en virkelig konsultasjon.»

I spesialmotivene til § 1 (side 89) heter det i tilknytning til bokstav c:

«Det er ikke et krav om at helsepersonellet skal handle i tjenesten. Skader voldt av en lege eller en sykepleier som yter førstehjelp ved en trafikkulykke vedkommende er innblandet i, omfattes derfor av loven. En annen sak er at man i en slik presset situasjon ikke lett vil komme til at det er begått en feil, jfr § 2. Tilsvarende gjelder ved uformelle konsultasjoner på

fortauskanten, der en spør en legevenn om et råd.»

I spesialmotivene til § 6 (side 93-94) heter det blant annet:

«Første ledd første punktum angir Norsk Pasientskadeerstatning som ansvarlig når skaden er voldt i offentlig helsevesen. Bestemmelsen er slik sett en direkte forlengelse av de midlertidige reglene. Norsk Pasientskadeerstatning er nærmere regulert i § 7. Kravet om at skaden skal være voldt i offentlig helsevesen, innebærer at skader som offentlig ansatt helsepersonell forårsaker i fritiden, faller utenfor første punktum, men omfattes av regelen i annet punktum.

Første ledd *annet punktum* slår fast at den ansvarlige utenfor offentlig helsevesen er den enkelte yter av helsetjenester. Dette kan f.eks. være en privatpraktiserende lege eller en privat institusjon. Det kan også være offentlig ansatt helsepersonell i den grad de gir helsetjenester i sin fritid. Likeledes vil helsepersonell som ikke er ansatt i det offentlige helsevesen omfattes for såvidt de yter helsetjenester i sin fritid. Alle fritidshandlinger omfattes av loven så lenge handlingene er foretatt ut fra den særskilte kompetanse vedkommende har i kraft av å være helsepersonell. Dette gjelder såvel handlinger som er et utslag av en plikt til å yte øyeblikkelig hjelp, som andre mer eller mindre sporadiske tilfeller av helsehjelp f.eks. til venner og bekjente. Grensen mellom fritidshandlinger og handlinger som faller inn under vedkommende helsepersonells arbeid eller virksomhet, kan være vanskelig å trekke. En viss veiledning kan en finne i skadeserstatningslovens regler om arbeidsgiveransvaret, og den rettspraksis som foreligger om det.

Den som kan bli ansvarlig, plikter å tegne forsikring etter § 8 i den utstrekning Kongen bestemmer i forskrift.»

Sosialkomiteen la ved behandlingen av pasientskadeloven «vekt på at loven dekker skadetilfeller uten krav om at helsepersonell handlet i tjeneste», jf. Innst.O. nr. 68 (2000-2001) Innstilling fra sosialkomiteen om lov om erstatning ved pasi-



entskader mv. (pasientskadeloven) punkt 2.2 merknaden til § 1 (side 9), se også merknaden til § 6 (side 11).

Skader oppstått ved helsehjelp som helsepersonell har gitt i fritiden utenfor arbeidsforhold eller næringsvirksomhet (fritidsskader) dekkes etter gjeldende ordning ikke av NPE i og med at slik hjelp ikke hører under den offentlige helsetjenesten, som loven er trådt i kraft for. Når skaden er voldt på helsepersonellens fritid, dekkes ikke skaden selv om det helsepersonell som har voldt skaden er ansatt eller driver virksomhet i den offentlige helsetjenesten. Unntak gjelder der helsepersonellet er pliktig til å yte helsehjelpen i henhold til helsepersonelloven § 7 om øyeblikkelig hjelp. Slik hjelp anses som offentlig helsetjeneste i forhold til pasientskadeloven, jf. forskrift 20. desember 2002 nr. 1625 om Norsk Pasientskadererstatning og Pasientskadenemnda § 1 tredje ledd bokstav e. NPE dekker derfor skader oppstått i forbindelse med slik pliktig øyeblikkelig hjelp uavhengig av om helsepersonellet arbeider i offentlig eller privat sektor eller ikke er i yrkesaktivitet.

Private ansvarsforsikringer som helsepersonell har til oppfyllelse av forsikringsplikten i helsepersonelloven § 20 eller på frivillig basis, dekker etter det departementet forstår også fritidsskader.

I høringsnotatet ble det foreslått å lovfeste en avgrensning mot fritidsskader, med unntak av øyeblikkelig hjelp etter helsepersonelloven § 7. Departementet foreslo videre at forsikringsplikten etter helsepersonelloven § 20 oppheves når NPE-ordningen utvides til også å gjelde privat sektor, og uttalte i den sammenheng at det ikke burde oppstilles noen forsikringsplikt for de typer krav som etter departementets forslag ville falle utenfor NPE-ordningen, herunder fritidsskader.

### 5.1.2 Høringsinstansenes syn

Flere av høringsinstansene har berørt temaet.

*Den norske tannlegeforening* uttaler:

«Den foreslåtte NPE ordning medfører at forsikringsplikten i helsepersonelloven bør bortfalle. Det kan være aktuelt for helsepersonell å forsikre seg mot fritidsskader, oppreisningskrav og erstatningsbeløp under kr 5000, men dette bør være opp til den enkelte utøver. Forutsetningen for å bli erstatningspliktig i disse tilfeller vil fortsatt være basert på skyldkrav.

Situasjonen er vesentlig annerledes når helsetjenesten utøves med hjemmel i helsepersonellovens § 7 og vi er derfor enig i forslaget om at NPE ordningen skal omfatte disse tilfeller.»

*Norsk Kiropraktorforening* fremholder:

«At den foreslåtte pasientskadeersikring ikke skal dekke såkalte «fritidsskader», fremstår som svært uhensiktsmessig for kiropraktorer. Forslaget innebærer i praksis at kiropraktorer må ha to forsikringer, en i NPE og en i et privat forsikringsselskap som begge dekker den helsehjelp vi yter. Dette blir et kunstig skille. Vi vil derfor be om at skader som er gitt ved forsvarlig behandling gitt i fritiden, dekkes av forsikringsordningen.»

*Den norske lægeforening* bemerker at foreningen etter en eventuell lovendring vil foreta en nærmere vurdering av behovet for fortsatt å tilby medlemmene kollektiv ansvarsforsikring, blant annet med tanke på fritidsskader.

*Universitetet i Bergen v/medisinsk fakultet* uttaler at ordningen bør være slik at helsepersonell automatisk blir forsikret i alle situasjoner, også når man yter helsehjelp til kjente, naboer, venner osv., slik at det ikke blir nødvendig med ekstra private forsikringer.

*Finansnæringens hovedorganisasjon* uttrykker tvil med hensyn til om det vil være mulig å få forsikring som dekker fritidspåførte skader, oppreisningskrav og skader under 5 000 kroner hvis ansvaret for øvrig overføres til NPE.

*Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)* mener mye taler for at fritidsskadene bør høre under NPEs ansvar, både i offentlig og privat sektor. Det pekes på at risikoen er meget beskjeden, men dekning etter pasientskadeloven vil gi pasienter og helsepersonell trygghet. Det uttales:

«Den generelle risikoen for at pasientskader skal oppstå som følge av helsepersonells pasientbehandling m.v. på fritiden anses svært liten, og vil over tid ha liten økonomisk betydning. Man kan imidlertid ikke utelukke at det for eksempel i løpet av en tiårsperiode kan inntruffe en håndfull tilfeller som har stor betydning for de som rammes.»

### 5.1.3 Departementets vurdering

I lys av høringsuttalelsene er departementet kommet til at fritidsskader fortsatt bør omfattes av pasientskadeloven slik lovgiver opprinnelig har forutsatt. Dette vil være en fordel for så vel pasienter som helsepersonell. Departementet legger til grunn at det vil kunne bli vanskelig eller umulig å få tegnet forsikring for fritidsskader hvis NPE overtar ansvaret for pasientskader for øvrig. Det må antas at det sjelden oppstår alvorlige fritidsskader, men muligheten for å få utbetalt erstatning vil kunne være av stor betydning for den enkelte ska-

delidte i de få tilfellene der skaden medfører et stort økonomisk tap. For helsepersonell vil det være en fordel at fritidsskader dekkes av NPE slik at de ikke blir personlig ansvarlig for eventuelle erstatningskrav hvis de ikke har forsikring som dekker slike krav.

Som fritidsskade regnes skade oppstått ved sporadisk helsehjelp gitt i fritiden utenfor organisert virksomhet, for eksempel til familie, venner og bekjente. For at skaden skal regnes som pasientskade og dekkes av NPE, må det være en forutsetning at hjelpen er gitt i kraft av den kompetanse vedkommende har som helsepersonell.

Erstatningskrav vedrørende fritidsskader vil etter dette bli å behandle etter pasientskadelovens ordinære regler, men det bemerkes at de krav som med rimelighet kan stilles til helsehjelpen, må tilpasses situasjonen, jf. lovens § 2 annet ledd. Kravene vil gjennomgående være lavere ved råd og hjelp gitt for eksempel ved tilfeldige treff eller der legen er blitt oppsøkt i fritiden, enn ved en ordinær konsultasjon eller behandlingssituasjon.

Momenter i vurderingen av om helsehjelp er gitt i virksomhet eller på fritiden vil blant annet være om hjelpen er gitt mot vederlag, hvor og når hjelpen er gitt, bakgrunnen for at hjelpen ble gitt, herunder om det forelå en avtale på forhånd, og om helsepersonellet yter helsehjelp i organisert virksomhet i en eller annen form (for eksempel som ansatt eller selvstendig næringsdrivende), og i så fall hvilken tilknytning den aktuelle hjelpen hadde til den organiserte virksomheten, og om det er ført journal for den aktuelle pasienten og særlig vedrørende den helsehjelpen som førte til skaden.

Utvidelsen av NPEs ansvar til å omfatte pasientskader i privat sektor foreslås finansiert ved tilskudd fra de private tjenesteyterne, jf. punkt 6.4 nedenfor. Nærmere bestemmelser om tilskuddsplikt vil måtte fastsettes i forskrift. Her nevnes noen problemstillinger og mulige utgangspunkter med hensyn til finansiering og tilskuddsplikt relatert til fritidsskader.

For helsepersonell som er sysselsatt i privat virksomhet som betaler tilskudd til NPE, bør ordningen etter departementets mening antagelig bli at dekning av fritidsskader inngår i det tilskuddet virksomheten betaler, jf. punkt 6.4.2.1 nedenfor. Når det gjelder helsepersonell som er sysselsatt i det som er definert som den offentlige helsetjenesten, har departementet vurdert om det kan være aktuelt at helsepersonellet selv innbetaler et mindre beløp til NPE til dekning av erstatningsutbetalingene. Det vil imidlertid kunne gå år mellom hver gang det blir aktuelt å utbetale erstatning for fritidsskader. Dessuten ville et meget stort antall per-

soner bli ansvarlig for å betale tilskudd. Det aktuelle tilskuddsbeløpet ville derfor bli minimalt og ville ikke forsvare omkostningene ved å administrere innbetalingen. Departementet har derfor kommet til at den rimeligste ordningen, alt tatt i betraktning, antagelige vil være at risikoen for fritidsskader voldt av helsepersonell i den offentlige helsetjenesten tas med i beregningen av de tilskudd de regionale helseforetakene, kommunene og fylkeskommunene betaler til NPE. Departementet finner det ikke urimelig at arbeidsgiverne dekker disse utgiftene, som må antas å ville bli helt ubetydelige i forhold til de totale utbetalingene fra NPE relatert til den offentlige helsetjenesten. Det vises også til at det vil kunne søkes regress hos skadevolder dersom skaden er voldt forsettlig, jf. pasientskadeloven § 4 tredje ledd tredje punktum første alternativ.

Et ikke ubetydelig antall personer med autorisasjon eller lisens som helsepersonell er utenfor yrkesaktivitet eller er sysselsatt i andre typer virksomhet enn helsetjeneste. Dette omfatter for det ene pensjonister, personer i permisjon m.m. og personer som har gått over i helt andre yrker. For det andre gjelder det personer som arbeider med helserelaterte oppgaver i andre sektorer, som forvaltning, forsikring, legemiddelindustri mv.

Forarbeidene omtaler ikke spesielt disse gruppene, men det sies mer generelt at «[a]lle fritidshandlinger må omfattes av loven så lenge handlingene er foretatt ut fra den særskilte kompetanse vedkommende har i kraft av å være helsepersonell».

Departementet legger derfor til grunn at pasientskadeloven omfatter skader personer i de ovennevnte kategorier har voldt hvis skaden har sammenheng med hjelp de har gitt ut fra sin kompetanse som helsepersonell. Det må vurderes konkret hvorvidt dette er tilfelle.

Disse personene har ikke tilknytning til verken offentlige helsetjeneste eller privat virksomhet som skal betale tilskudd til NPE, spørsmålet blir dermed hvordan skader voldt av denne gruppen, skal finansieres. Departementet legger til grunn at det ikke vil oppstå mange skader, og svært få skader av betydelig omfang. Dekning av slike skader vil derfor ikke utgjøre et stort beløp i forhold til de samlede erstatningsutbetalinger i privat sektor, og det er således ikke utenkelig med en løsning der slike skader dekkes av de tilskudd som betales av de private tjenesteyterne, men at tilskuddsplikten begrenses til dem som yter helsehjelp ervervsmessig eller stadig, for å unngå innkreving av små tilskudd fra en rekke personer. I og med at øyeblikkelig hjelp regnes som en del av den offentlige hel-

setjenesten, finansieres skader voldt ved øyeblikkelig hjelp av det offentlige. Departementet finner at det i forbindelse med forskriftsarbeidet bør vurderes om det likevel vil være mest rimelig at de aktuelle personer bidrar med et mindre tilskudd til NPE dersom det er aktuelt for dem å yte helsehjelp utover øyeblikkelig hjelp. Størrelsen på tilskuddet må i så fall vurderes nærmere, men det må antas å ville bli et lite beløp, jf. også punkt 6.4.2.2 nedenfor. Rent bortsett fra at det er rimelig at potensielle skadevoldere bidrar til å finansiere erstatningsordningen, vil muligens en slik ordning ha en viss forebyggende effekt, idet helsepersonell som er utenfor yrkesaktivitet i helsetjeneste, gis en oppfordring til å tenke over om de bør gi helsehjelp. Særlig dersom det er lenge siden vedkommende har utøvet yrket og ikke har holdt seg oppdatert med utviklingen i faget, vil det i mange tilfelle være bedre å henvise til helsetjenesten med mindre problemet åpenbart er helt bagatellmessig. Når det gjelder øyeblikkelig hjelp etter helsepersonelloven § 7, er alle uansett dekket idet dette er å anse som en del av den offentlige helsetjenesten.

Dersom tilskuddsplikten skal gjelde helsepersonell som bare gir helsehjelp på fritiden, og en som ikke har betalt tilskudd til NPE likevel yter helsehjelp i kraft av sin kompetanse som helsepersonell og det oppstår skade, må resultatet bli at NPE behandler erstatningskravet og utbetaler eventuell erstatning. NPE vil imidlertid kunne søke regress hos skadevolderen, jf. § 4 tredje ledd tredje punktum slik det lyder i lovforslaget.

## 5.2 Adgangen til å fremme erstatningskrav mot andre enn NPE

### 5.2.1 Bestemmelsen i pasientskadeloven § 4 tredje ledd første punktum

Pasientskadeloven § 4 tredje ledd lyder:

Loven er ikke til hinder for at erstatningskrav gjøres gjeldende overfor andre enn den ansvarlige etter loven her. Krav som kan fremmes etter loven her, kan likevel ikke fremmes mot staten, fylkeskommuner og kommuner. Regress kan bare kreves mot den som selv har voldt skaden forsettlig eller har unnlatt å tegne forsikring etter § 8.

Fra spesialmotivene til bestemmelsen (§ 4 fjerde ledd i daværende lovutkast) i Ot.prp. nr. 31 (1998-99) om lov om erstatning ved pasientskader (pasientskadeloven) (side 92-93) hitsettes:

«Fjerde ledd slår fast at loven ikke innskrenker den adgang det i dag er til å kreve erstatning

direkte av den som har vært uaktsom, for eksempel en lege. Dette ansvaret kan lempes, se skadeserstatningsloven §§ 2-3 og 5-2. Blant annet av den grunn er det ikke vanlig å gå til slike søksmål. At det finnes en slik mulighet, er imidlertid en fordel blant annet i de tilfellene man ønsker å gjøre et oppreisningskrav gjeldende mot vedkommende skadevolder. Regelen her gjør det da mulig å kreve erstatning i det samme søksmålet.

Utvalget gikk inn for at skadevolderen selv ikke skulle kunne saksøkes, se NOU 1992: 6 s 96 og 99. En peker på at systemet blir enklere på denne måten, og at immunitet kan virke tilitskapende. Departementet kan ikke se at den generelle regelen om at enhver skal være erstatningsansvarlig for sin egen uaktsomhet har voldt spesielle problemer på dette området, og foreslår at gjeldende rett opprettholdes.

Regelen i fjerde ledd tar ikke stilling til om krav kan fremmes mot skadevolderen. Skadevolderen vil kunne påberope seg at det ikke er handlet uaktsomt, eller at regler i annen lovgivning gir rett til å vise kravet til et forsikringsselskap (kanalisering). Blir skadevolderen ansvarlig, kan denne også gjøre tilbakesøkningskrav gjeldende. Gjøres et slikt tilbakesøkningskrav gjeldende mot en ansvarlig etter pasientskadeloven, vil kravet måtte behandles etter pasientskadelovens regler.

Tilsvarende som gjelder for det helsepersonell som har voldt skaden, gjelder også for deres arbeidsgivere. Imidlertid er det tatt inn en særregel om at staten, fylkeskommuner og kommuner ikke kan saksøkes direkte. Et slikt søksmål ville ikke gi skadelidte noen ytterligere fordeler, fordi Norsk Pasientskadeerstatning bare er en måte det offentlige har organisert håndteringen av slike erstatningskrav på.

De skadevoldere som kan gjøres ansvarlig direkte, kan i utgangspunktet også risikere et tilbakesøkningskrav (regresskrav) fra den som har betalt erstatning. Norsk Pasientskadeerstatning krever for eksempel det den har betalt ut i erstatning fra den skadevoldende legen. I tråd med utvalgets forslag og de midlertidige reglene § 4, foreslås en restriktiv regel inntatt til slutt i fjerde ledd (jfr NOU 1992: 6 s 97). Tilbakesøkningskrav skal bare kunne skje ved forsett, som er en svært grov skyldgrad, eller når pliktig forsikring ikke er tegnet. Om det siste vises til spesialmotivene til § 8.»

### 5.2.2 Høringen

Bestemmelsen i § 4 tredje ledd første punktum er ikke berørt i høringsnotatet, men flere helsepersonellorganisasjoner har i sine høringsuttalelser pekt på risikoen for helsepersonell ved ikke å ha privat

ansvarsforsikring i og med at skadelidte etter pasientskadeloven § 4 tredje ledd første punktum har adgang til å gjøre krav gjeldende overfor helsepersonellet personlig i stedet for å fremme kravet for NPE.

*Den norske lægeforening* uttaler:

«Pr i dag foreligger det ingen hjemmel for at erstatningskrav som fremsettes direkte mot en lege kan avskjæres dersom kravet dekkes av NPE. Dette innebærer at leger kan saksøkes direkte og dermed personlig idømmes erstatningskrav. I de fleste tilfeller aksepterer pasienten at erstatningskrav fremsettes gjennom NPE-ordningen. Legeforeningen har imidlertid sett enkelte eksempler på at pasienter ønsker å plassere ansvaret nettopp hos den enkelte legen, og således saksøker denne personlig. I slike tilfeller vil det være avgjørende at legen har privat ansvarsforsikring, slik at han ikke blir personlig ansvarlig for skaden.

Legeforeningen ber på denne bakgrunn departementet vurdere innføring av en hjemmel som sikrer at helsepersonell både i offentlig og privat sektor ikke kan pålegges personlig økonomisk ansvar for pasientskade (ved personlig søksmål mot helsepersonell) på de områder som er omfattet av NPE-ordningen.»

*Den norske tannlegeforening* forutsetter at pasienten ikke skal kunne saksøke helsepersonellet personlig på de områder som dekkes av NPE-ordningen.

*Norges Optikerforbund* fremholder:

«Det følger det av pasientskadeloven § 4 tredje ledd at erstatningskrav i alle tilfelle kan rettes direkte mot skadevolder. Den foreslåtte endring vil redusere muligheten for å tegne forsikring av denne «restrisiko». Dermed kan det enkelte helsepersonell ende i personlig økonomisk ruin som følge av en feil begått i arbeidstiden. Dette taler meget sterkt for å beholde den eksisterende ordning med forsikring utenfor NPE.»

### 5.2.3 Departementets vurdering

Under henvisning til høringsuttalelsene bemerkes at departementet har forståelse for at helsepersonellorganisasjonene er opptatt av at helsepersonell ikke må bli sittende med personlig ansvar for det totale erstatningsbeløp dersom skadelidte velger å fremme krav direkte mot helsepersonellet.

Departementet finner imidlertid ikke grunnlag for å foreslå en endring i adgangen til å gjøre gjeldende erstatningskrav mot andre enn NPE, jf. pasientskadeloven § 4 tredje ledd første punktum.

Som redegjort for i Ot.prp. nr. 31 (1998-99) om lov om erstatning ved pasientskader (pasientskadeloven) side 92 (merknadene til lovutkastets § 4 fjerde ledd, som ble vedtatt som § 4 tredje ledd) kan det i visse situasjoner være hensiktsmessig for skadelidte å gå til søksmål mot helsepersonell i stedet for å fremme krav for NPE. Dette vil særlig være tilfelle der man vil gjøre oppreisningskrav gjeldende overfor skadevolder, i og med at NPE ikke dekker oppreisning. Vilåret for å få tilkjent oppreisning er at skadevolder har opptrådt forsettlig eller grovt uaktsomt, jf. skadeserstatningsloven § 3-5.

Slike direkte søksmål er ikke vanlige, og må antas å være enda mindre aktuelt der skadevolder ikke har ansvarsforsikring, med mindre skadelidte vet at skadevolder er søkegod for hele erstatningsbeløpet.

Departementet viser for øvrig til at en skadevolder som blir holdt ansvarlig, vil kunne gjøre tilbakesøkingsskrav gjeldende overfor NPE, jf. Ot.prp. nr. 31 (1998-99) side 93 (se sitat i punkt 5.2.1 ovenfor), dog ikke for den delen av erstatningsbeløpet som eventuelt er tilkjent som oppreisning. NPE vil behandle tilbakesøkingsskravet etter pasientskadelovens regler og refundere det beløp som refererer seg til krav som ville blitt dekket dersom det hadde blitt fremmet overfor NPE.

I tilfeller der det kan bli aktuelt å gjøre gjeldende tilbakesøkingsskrav mot NPE, bør helsepersonellet orientere NPE på et tidlig stadium i saken.

## 5.3 Apotek

Uavhengig av pasientskadeloven har apotekene plikt til å tegne forsikring i henhold til apotekloven § 1-6. Det samme gjelder i henhold til produktansvarsloven kapittel 3 dersom apoteket produserer legemiddel eller importerer legemiddel og produsenten ikke har slik forsikring.

Apotekloven § 1-6 lyder:

Apotekets eier er ansvarlig for person- og tingskade som følge av at legemidlet ved utleveringen til kunden er:

- a) påført feil eller mangler i apoteket
- b) merket i strid med gjeldende bestemmelser for merking i apotek
- c) utlevert i strid med resept. Utlevering i samsvar med § 6-6 annet ledd anses ikke som utlevering i strid med resept.

For øvrig gjelder alminnelige erstatningsregler.

Til sikkerhet for erstatningsansvar etter denne paragraf skal apoteket være ansvarsfor-

sikret. Departementet kan gi nærmere bestemmelser om ansvarsforsikring av apotek.

Fra Ot.prp. nr. 29 (1998-99) om lov om apotek (apotekloven) hitsettes fra merknadene til utkastet til § 1-6:

«Bestemmelsen regulerer apotekeierens (apotekkonseksjonærens) erstatningsansvar overfor apotekets kunder, og statuerer dels objektivt og dels subjektivt erstatningsansvar for skade på person og gods, herunder dyr, som legemidlet fører til som følge av feil i apoteket. Regelen gjelder bare skade som følge av feil fra apotekets side. Skyldes skaden mangler ved reseptutstedelsen, skyves ansvaret i utgangspunktet over på reseptutstederen. Tilsvarende vil ansvaret kunne plasseres på tilvirker- eller importørleddet gjennom reglene i produktansvarslovens kapittel 3, eller på grossistleddet, dersom skaden skyldes mangler som legemidlet hadde da det ble levert til apoteket.

For skade som følge av feil under utøvelse av de mest alminnelige gjøremål i apotekets publikumsrettede virksomhet, pålegger første ledd objektivt ansvar, på samme måte som etter gjeldende rett. ...»

Forskrift 26. februar 2001 nr. 178 om apotek (apotekforskriften) § 2 lyder:

Alle apotek skal være ansvarsforsikret for en forsikringssum på kr 3.000.000 eller mer. Forsikringen skal også dekke ansvar for utlevering fra apotekets medisinsalg.

I og med at pasientskadeloven foreløpig bare er satt i kraft for den offentlige helsetjenesten, kommer loven i dag bare til anvendelse ved skader voldt ved virksomheten i apotek som hører under den offentlige helsetjenesten i pasientskadelovens forstand, jf. punkt 3 ovenfor. Dette er bare sykehusapotek.

De foreslåtte lovendringenes betydning for apotek og apotekansatte er ikke særskilt drøftet i høringsnotatet om utvidelse av NPEs ansvar til å gjelde skader i privat helsesektor, men problemstillingen er tatt opp av enkelte høringsinstanser.

*Statens legemiddelverk* etterlyser i sin høringsuttalelse presisering av hvilke konsekvenser det vil få for apotekene dersom NPE skal overta ansvaret for skader i privat helsetjeneste. Det uttales at det fremstår som

« ... uklart hvorvidt NPE skal betale erstatning for skader forvoldt av apotek og i så fall om apotek (evt. apotekpersonell) har plikt til å betale tilskudd til NPE, eller om det fortsatt skal være apotekenes private forsikringer i henhold til apotekloven § 1-6 som svarer for disse skadene.

Vi anser det også uklart om det er NPE, apotekets forsikring eller legemiddelforsikringspoolen som omfatter skade som skyldes feil ved apotekfremstilte (magistrelle) legemidler.»

*Norges Apotekerforening* viser til apotekenes plikt til å ha ansvarsforsikring etter apotekloven og produktansvarsloven. Det påpekes at ansvaret etter disse lovene er dels overlappende og dels forskjellig, og at ansvaret etter pasientskadeloven vil være dels overlappende og dels forskjellig fra både apotekloven og produktansvarsloven. Det pekes på at den foreslåtte ordningen vil påføre de private apotekene ytterligere kostnader uten at de får særlig mer igjen for det, og uttales videre:

«Aktuelle erstatningsbeløp har historisk vært særdeles mye lavere enn de beløp som angis for andre helsepersonellgrupper i høringsnotatet, samtidig som apotekene må ha ansvarsforsikring etter apotekloven og produktansvarsloven.

En løsning på dette kan være at apotekene omfattes av ordningen, men at plikten til å yte tilskudd til staten etter pasientskadeloven ikke omfatter apotekene. Det faktum at forsikringsplikten etter helsepersonelloven oppheves kan tilsi at når apotekene allerede har forsikringsplikt både etter apotekloven og produktansvarsloven, bør apotekene unntas plikten til å betale tilskudd, men likevel være omfattet av ordningen. Skadepotensialet for apotek er lite, og omfattelse av ordningen vil kun være en mindre utvidelse av ansvaret.»

Departementet viser til at spørsmålet om apotekvirksomhet bør omfattes av pasientskadeloven, ble drøftet i Ot.prp. nr. 55 (1999-2000) om lov om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven) punkt 5. Det ble konkludert med at skader voldt i apotekvirksomhet bør omfattes av pasientskadeloven. Farmasøyter og apotekteknikere er helsepersonell med autorisasjon etter helsepersonelloven, og mye av det som gjøres i apotek er helsehjelp etter definisjonen i helsepersonelloven § 3. Ordene «ekspedisjon av legemidler fra apotek» ble tilføyd i pasientskadeloven § 1 annet ledd for å unngå enhver tvil om at loven gjelder skader voldt i apotekvirksomhet. Loven gjelder også skade voldt i apotekvirksomhet ved handlinger som faller inn under de øvrige alternativene i § 1 annet ledd. Det ble uttalt at både tilvirkning, lagring, merking og utlevering av legemidler faller inn under § 1 annet ledd. Det ble videre uttalt at ansvaret etter pasientskadeloven bare utgjør en mindre utvidelse i forhold til apoteklovens ansvarsregel, men at det er en fordel at den skadelidte kan benytte pasientskadelovens særlige saksbehand-

lingsregler, dersom vedkommende ønsker det. Departementet finner ikke grunn til nå å foreslå lovendringer som innebærer et generelt unntak fra pasientskadeloven for skader voldt ved apotekvirksomhet.

Departementet finner heller ikke grunnlag for å foreslå at apotekloven § 1-6 oppheves eller erstattes med en henvisning til pasientskadelovens regler om tilskuddsplikt til NPE. Selv om ordningene i stor grad overlapper hverandre, ville en slik lovendring innebære en realitetsendring i forhold til noen potensielle skadelidte. Apotekloven § 1-6 har egne bestemmelser om ansvarsgrunnlag og gjelder også der skader voldes ved legemidler for dyr. Bestemmelsen står således i en noe annen stilling enn helsepersonelloven § 20 som kun er en bestemmelse om plikt til å ha forsikring.

Forholdet mellom pasientskadeloven og andre ansvarsgrunnlag og -ordninger, særlig legemiddelansvaret etter produktansvarsloven, er omtalt i Ot.prp. nr. 31 (1998-99) om lov om erstatning for pasientskader (pasientskadeloven) punkt 10.6.3 (side 56-57) og spesialmotivene til en bestemmelse i § 4 annet ledd om forholdet mellom pasientskadeloven og to andre lover (side 92). I Ot.prp. nr. 55 (1999-2000) om lov om erstatning for pasientskader mv. (pasientskadeloven) ble lovforslaget endret på dette punkt, slik at bestemmelsen ble tatt ut. I proposisjonens punkt 6 er det uttalt at det ikke er nødvendig med noen spesialregulering av forholdet mellom pasientskadeloven og erstatningsregler i andre lover. De alminnelige bestemmelsene i skadeserstatningsloven § 5-3 om erstatningsansvar og regressoppgjør der det foreligger flere skadevoldere, vil være tilstrekkelige.

Det er i forarbeidene uttalt at i pasientskadesaker der en annen erstatningsordning, for eksempel etter produktansvarsloven eller bilansvarsloven, også kan komme til anvendelse, bør pasienten ha anledning til å få saken behandlet etter reglene i pasientskadeloven. Dersom det utbetales erstatning, vil den som har betalt pasientskadeerstatning ha rett til å søke tilbake det betalte etter den andre ordningen i samme utstrekning som den skadelidte ville hatt krav på erstatning etter den ordningen.

Departementet bemerker at det legges opp til en differensiering av tilskuddene til NPE, jf. punkt 6.4.2.2 nedenfor. De tilskudd apotekene vil måtte betale til NPE, vil i noen grad avhenge av skaderisiko ved apotekvirksomhet. I den utstrekning erstatningsutbetalinger fra NPE ved skader voldt i apotekvirksomhet kan søkes tilbake fra forsikringsselskap eller andre på grunnlag av forsikringen etter apotekloven eller produktansvarsloven,

bør også dette antagelig hensyntas ved fastsettelsen av tilskuddsbeløp for apotekene. Dersom det skulle vise seg at det ikke er praktisk gjennomførbart å tilpasse tilskuddsordningen i tilstrekkelig grad, kan situasjonen for apotek eventuelt vurderes på nytt når forholdene er mer avklart, dersom lovverket totalt sett medfører en særlig urimelig belastning for apotekene.

Det bemerkes for øvrig at dersom det ved forskrift åpnes for at tjenesteytere i privat sektor kan tegne privat forsikring på pasientskadelovens vilkår i stedet for å delta i NPE-ordningen, jf. punkt 4.3, vil dette trolig kunne være et aktuelt alternativ for apotekene. I Ot.prp. nr. 55 (1999-2000) ble det lagt til grunn at apotekene ville kunne ivareta forsikringsplikten etter pasientskadeloven ved å utvide den forsikringen apotekene skal ha i henhold til apotekloven § 1-6, og at dette kun ville utgjøre en mindre utvidelse.

## **5.4 Utenlandsk helsepersonell som yter tjenester i Norge midlertidig**

### **5.4.1 Høringsnotatet og departementets vurdering av gjeldende rett med hensyn til lovens virkeområde, adgangen til midlertidig tjenesteyting mv.**

I høringsnotatet ble det vist til at det ikke fremgår klart av pasientskadeloven om den omfatter skade voldt av utenlandsk helsepersonell uten norsk autorisasjon eller lisens som yter tjenester i Norge på midlertidig basis, men at mye taler for at slik skade omfattes. Det blir videre pekt på problemstillinger knyttet til hvordan utvidelsen av NPE-ordningen skal innrettes for ikke å komme i strid med EØS-avtalens prinsipp om fri bevegelse av tjenester, herunder at det er usikkert om det vil kunne kreves tilskudd og egenandeler av slikt utenlandsk personell. Det ble også henvist til arbeidet i EU med å fastsette et tjenstedirektiv.

Pasientskadeloven § 1 angir lovens virkeområde i forhold til i hvilken type institusjon m.m. eller av hvem skaden er voldt, og regulerer på den måten hvilken tilknytning skaden må ha til helsevesenet. Etter § 1 første ledd bokstav a og b omfattes skader voldt i institusjon under spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten samt under ambulansetransport.

Bestemmelsen i § 1 første ledd bokstav c omfatter skader som er voldt

[...] av helsepersonell som yter helsehjelp i henhold til offentlig autorisasjon eller lisens, personer som opptrer på vegne av disse eller andre personer som fastsatt i forskrift.

Det må antas at «helsepersonell» i utgangspunktet skal forstås på samme måte som i helsepersonelloven § 3 og at det med «offentlig autorisasjon eller lisens» i første rekke siktes til slik godkjenning fra norsk myndighet, jf. helsepersonelloven §§ 48 og 49, øvrige bestemmelser i kapittel 9 til 11 samt § 76 annet ledd.

Utenlandsk helsepersonell som har fått norsk autorisasjon eller lisens på grunnlag av utenlandsk godkjenning eller utdanning i utlandet, omfattes klarligvis når de yter helsehjelp i Norge. Skader voldt av utenlandsk personell som er ansatt i institusjon/ambulansetjeneste som nevnt i § 1 første ledd bokstav a og b, omfattes i henhold til disse alternativene uavhengig av om vedkommende har norsk autorisasjon/lisens.

Det er imidlertid noe uklart om loven i henhold til § 1 første ledd c vil komme til anvendelse på skader voldt av utenlandsk helsepersonell uten norsk autorisasjon eller lisens som yter tjenester i Norge (uten tilknytning som nevnt i § 1 første ledd a og b).

Spørsmålet om § 1 første ledd bokstav c kun gjelder norsk autorisasjon eller lisens er ikke direkte omtalt i forarbeidene, men en uttalelse knyttet til lovens geografiske virkeområde synes å forutsette at bestemmelsen ikke bare gjelder norsk autorisasjon/lisens.

I Ot.prp. nr. 31 (1998-99) om lov om erstatning for pasientskader (pasientskadeloven) punkt 10.7 om skader med tilknytning til utlandet (side 57) heter det blant annet:

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

Pasientskadelovens geografiske virkeområde er regulert i § 19 som lyder:

Loven gjelder skade som voldes i riket med Svalbard. Loven gjelder også skade voldt ved helsetjenester i utlandet (herunder behandlingsreiser til utlandet) som det offentlige helt eller delvis bekoster. Kongen kan bestemme at loven ikke skal gjelde når det ytes helsehjelp her i riket med særskilt liten norsk tilknytning.

Det er ikke gitt forskrift i medhold av bestemmelsens tredje punktum.

Selv om begrepene «helsepersonell» og «helsehjelp» i helsepersonelloven er knyttet opp mot norsk autorisasjon eller lisens, finner departementet at reelle hensyn taler for at begrepene ikke tol-

kes så snevert i forbindelse med pasientskadeloven.

Det synes forutsatt i Ot.prp. nr. 31 (1998-99) at leger med grenselisens (se nedenfor) skal ha forsikring til dekning av ansvar etter pasientskadeloven. Det vises til spesialmotivene til § 8 (side 94) der det er uttalt:

«Det er ingen forutsetning at forsikringen *bare* omfatter krav etter pasientskadeloven. For leger med grenselisens vil forsikringen enklest ordnes ved en utvidelse av forsikringen i hjemlandet.»

Departementet er av den oppfatning at det vil være i tråd med pasientskadelovens formål og virkeområdebestemmelse at skader som nevnt i pasientskadeloven § 1 annet ledd dekkes selv om de er voldt av en person som ikke har norsk autorisasjon eller lisens som helsepersonell, men som har tilsvarende utenlandsk autorisasjon/lisens og som har rett til å praktisere i Norge. Forutsetningen må være at skaden er voldt under tjenesteyting i Norge, jf. pasientskadeloven § 19 første punktum, med mindre annet punktum kommer til anvendelse.

Lovens formål og reelle hensyn gjør seg særlig gjeldende der tjenestene tilbys til det alminnelige publikum i Norge.

For pasientene vil det være en fordel om krav dekkes av NPE etter pasientskadeloven, både fordi de vil være sikret utbetaling dersom erstatningsvilkårene er oppfylt, fordi ansvarsgrunnlaget er gunstigere enn det må antas å være i henhold til mange (utenlandske) forsikringer, og fordi det vil være enklere å fremme krav overfor NPE enn overfor en utenlandsk tjenesteyter eller forsikringsselskap.

Det må antas at mange pasienter når de oppsøker behandlere ikke reflekterer over spørsmålet om vedkommende har ansvarsforsikring og i så fall hva forsikringen dekker. Det vil således ofte ikke være et bevisst valg dersom en pasient benytter en behandler som ikke har ansvarsforsikring, eller som har en forsikring som ikke dekker skader i det aktuelle tilfellet eller gir dårligere dekning enn etter pasientskadeloven.

Spørsmålet om loven bør gjelde kan stille seg annerledes når det gjelder helsehjelp som ytes i Norge til en begrenset gruppe utlendinger som kommer til landet en kort periode og har med eget helsepersonell, for eksempel helsepersonell som reiser med og kun behandler utenlandske idretts-tropper på besøk, helsepersonell om bord på cruiseskip og helsepersonell som følger utenlandske militærkontingenter på øvelse i Norge. Det vises i denne sammenheng til muligheten til å gjøre unn-

tak i forskrift i medhold av pasientskadeloven § 19 tredje punktum.

Etter dette legger departementet til grunn den tolkning av pasientskadeloven at loven gjelder pasientskader voldt av personell med utenlandsk autorisasjon eller lisens som tilsvarer norsk autorisasjon/lisens etter helsepersonelloven under midlertidig tjenesteyting i Norge i samsvar med de til enhver tid gjeldende bestemmelser for dette. Det understrekes at dette ikke gjelder annen helserelatert tjenesteyting fra utenlandske personer, for eksempel alternativ behandling. Når det gjelder avgrensning mot alternativ behandling i sin alminnelighet, vises det til omtalen i Ot.prp. nr. 27 (2002-2003) om lov om alternativ behandling av sykdom mv. punkt 7.19, se særlig side 72.

Adgangen til midlertidig tjenesteyting i Norge på grunnlag av utenlandsk autorisasjon eller lisens er begrenset.

Helsepersonelloven § 50 er en spesialbestemmelse om «grenselisens» som lyder:

Offentlig ansatt og autorisert helsepersonell i Sverige og Finland i arbeid langs grensen til Norge, kan utøve virksomhet i tilgrensende norske kommuner uten norsk autorisasjon eller lisens etter §§ 48 og 49.

Bestemmelsen er en videreføring av bestemmelser i legeloven og den tidligere legeloven.

Forskrift 21. desember 2000 nr. 1377 om autorisasjon m.m. av helsepersonell i henhold til avtalen om Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EØS-avtalen) har bestemmelser om midlertidig tjenesteyting i § 27 som lyder:

EØS-borgere som oppfyller vilkårene for å få autorisasjon her i landet etter kap. II, III, IV eller V, og som utøver virksomhet i yrket i hjemlandet eller siste oppholdsland, har rett til å tilby tjenester innen yrket bl.a. under midlertidig opphold i Norge uten å ha norsk autorisasjon for yrket, i samsvar med direktiver nevnt i disse kapitler.

Før en yrkesutøver tilbyr tjenester i samsvar med foregående ledd, skal vedkommende underrette Sosial- og helsedirektoratet om tjenesten, herunder om hvilket tidsrom han eller hun akter å utøve tjenesten og om tjenestens innhold.

Den som vil yte tjenester skal samtidig fremlegge bevis på at vedkommende fyller vilkårene etter første ledd. Beviset eller bevisene skal ved fremleggelsen ikke være eldre enn tolv måneder.

Dersom behovet for omgående behandling av en pasient medfører at yrkesutøveren ikke får gitt Sosial- og helsedirektoratet en slik

underretning som nevnt i tredje ledd, skal han eller hun så snart som mulig etter at tjenesteytelsen er utført, gi Sosial- og helsedirektoratet opplysninger om dette.

Forskriftens kapittel II til V omhandler leger, sykepleiere, tannleger og jordmødre. På bakgrunn av praksis fra EF-domstolen legges til grunn at grensen for slik midlertidig tjenesteyting er omkring 16 uker.

Sosial- og helsedirektoratet har opplyst at de ikke har fått noen underretninger som nevnt i forskriftens § 27.

Det er i lov 27. juni 2003 nr. 64 om alternativ behandling av sykdom mv. §§ 5 til 7 fastsatt at visse inngrep og behandlingsmåter og behandling av visse sykdommer kun skal utøves av helsepersonell (i helsepersonellovens forstand, jf. § 2 fjerde ledd). Når det i ovennevnte forskrift er gitt bestemmelser om rett for utenlandsk personell (leger, tannleger, jordmødre og sykepleiere) med tilsvarende utenlandsk autorisasjon/lisens til å praktisere i Norge i kortere perioder på visse vilkår, må det antas at disse likestilles med norsk helsepersonell i forhold til bestemmelsene i lov om alternativ behandling. Det samme må gjelde personell med «grenselisens» i henhold til helsepersonelloven § 50. For utenlandsk personell som ikke oppfyller helsepersonelloven § 50 eller forskriftens vilkår for midlertidig tjenesteyting, må det antas at begrensningene i lov om alternativ behandling kommer til anvendelse, slik at de i og for seg kan yte tjenester i Norge, men ikke utøve slik behandling som er forbeholdt helsepersonell etter de nevnte bestemmelsene, og uten å bruke tittel/yrkesbetegnelse som kjennetegner vedkommende gruppe helsepersonell, jf. lov om alternativ behandling § 8 og helsepersonelloven § 74. Slik tjenesteyting omfattes etter departementets oppfatning ikke av pasientskadeloven § 1 første ledd bokstav c. Dette er tjenester som i prinsippet lovlig kan ytes av enhver, og kan under de nevnte forutsetninger neppe sies å være helsehjelp som ytes i henhold til autorisasjon eller lisens.

Når det gjelder forsikringsspørsmålet, bemerkes at det i Ot.prp. nr. 13 (1998-99) om lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven) i spesialmotivene til § 20 om forsikringsplikt er forutsatt at forskriftshjemmelen i annet ledd også gir departementet adgang til å gi «bestemmelser om helsepersonell hjemmehørende i andre EØS-land med forsikring i utenlandske forsikringsselskap når dette er nødvendig for å oppfylle reglene i EØS-avtalen».

Slik forskrift er ikke gitt.



Som nevnt ovenfor er det i forarbeidene til pasientskadeloven forutsatt at leger med grenselisens skal ha forsikring til dekning av ansvar på pasientskadelovens vilkår.

Sett på bakgrunn av EØS-avtalens prinsipp om fri bevegelse av tjenester, kan det fremstå som noe usikkert i hvilken utstrekning man kan kreve at en person som vil yte tjenester i Norge midlertidig etter de nevnte bestemmelsene, har ansvarsforsikring som fastsatt i helsepersonelloven § 20.

Om man legger til grunn at slike tjenesteytere skal følge hjemlandets regler, vil situasjonen variere alt etter hvilket land vedkommende kommer fra, og kan innen landene variere mellom yrkesgruppene. Dersom hjemlandet har krav om ansvarsforsikring til dekning av eventuelt erstatningsansvar som følge av yrkesutøvelsen, burde dette i prinsippet innebære at vedkommende ved midlertidig tjenesteyting i Norge skulle ha ansvarsforsikring som dekker skader som følge av yrkesutøvelsen her og ikke begrenser virkeområdet til vedkommendes hjemland dersom vedkommende praktiserer i Norge i medhold av den utenlandske autorisasjonen. Departementet er imidlertid ikke kjent med hvordan dette forholder seg i praksis.

Departementet er kommet til at det antagelig må kunne kreves at tjenesteyterne har ansvarsforsikring til dekning av erstatningsansvar de kan pådra seg i forbindelse med helsehjelp de yter i Norge. Særlig fordi det ikke er fastsatt spesielle krav til forsikringen etter helsepersonelloven § 20, kan kravet neppe anses som en hindring for flyten av tjenester. Dersom det skulle være å anse som en hindring, må denne kunne rettfærdiggjøres ut fra hensynet til pasientene. Kravet til forsikring etter helsepersonelloven § 20 vil eventuelt kunne oppfylles ved en utvidelse av forsikring tjenesteyteren har i hjemlandet.

Direktiv 2005/36/EF om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner vedtatt 7. september 2005 omfatter blant annet alle yrkesgrupper som har autorisasjonsordning etter helsepersonelloven. Det vil erstatte et stort antall eldre direktiver, herunder dagens sektordirektiver for helsepersonell. Direktivet er EØS-relevant og skal gjennomføres innen 20. oktober 2007. Direktivet har i artikkel 5 til 9 bestemmelser om fri utveksling av tjenesteytelser. Når direktivet er implementert, skal tjenesteytere på visse vilkår gis adgang til midlertidig tjenesteyting i de andre EU-/EØS-landene. Dette vil innebære en utvidelse av adgangen til midlertidig tjenesteyting, blant annet slik at adgangen vil gjelde alle helsepersonellgrupper som reguleres

av direktivet. Ovennevnte forskrift må endres eller erstattes i forbindelse med implementeringen av direktivet.

Direktivets artikkel 7 inneholder bestemmelser om opplysninger som kan kreves meddelt kompetent myndighet i vertslandet (landet der det skal ytes tjenester midlertidig). I henhold til artikkel 7 nr. 1 kan det kreves at slik meddelelse omfatter «detaljene vedrørende en eventuell forsikringsavtale eller andre former for personlig eller kollektiv beskyttelse i forbindelse med yrkesansvar». I henhold til artikkel 9 bokstav f kan vertslandets kompetente myndighet også kreve at tjenesteyteren gir tjenestemottakeren slike opplysninger. Disse bestemmelsene synes ikke å regulere adgangen til å kreve at tjenesteyteren har forsikring eller lignende som dekker ansvar pådratt ved midlertidig tjenesteutøvelse i annen EU-/EØS-stat, men fastsetter kun at det kan kreves at det skal opplyses om slik dekning foreligger og i så fall hva forsikringen dekker og på hvilke vilkår. Det må imidlertid antas at bestemmelsen i artikkel 5 nr. 3 om at midlertidig tjenesteytere er underlagt visse av vertslandets regler for samme yrke, etter omstendighetene vil kunne gi grunnlag for å stille krav om ansvarsforsikring og lignende. Det vises til EU-Kommisjonens dokument «Implementation of Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications - Frequently Asked Questions» (mars 2006) hvor det under henvisning til artikkel 7 nr. 1 blant annet er uttalt:

«If there is a shortfall in the insurance coverage, for example if the sum insured is substantially less than that required in the host Member State or does not cover the range of activities, can the authority require the provider to take up extra insurance cover in the host Member State?»

Article 7(1) only covers the question of mutual recognition of documents including the attestation concerning insurance coverage. It does not as such contain rules on the compulsory scope of the insurance coverage itself. It would be admissible that the host Member State requires extra insurance cover insofar as this is compulsory for the nationals of the host Member States in relation to matters falling under Article 5(3) such as serious professional malpractice which is directly and specifically linked to consumer protection and safety or the scope of activities of the profession. It may however not be made compulsory that this insurance coverage is subscribed to in the host Member State. An equivalent coverage in another Member State must be accepted.»

#### 5.4.2 Høringsinstansenes uttalelser

Et par høringsinstanser har berørt emnet.

*Nærings- og handelsdepartementet* uttaler:

«Det fremgår av høringsbrevet at lovens virkeområde ikke skiller mellom helsepersonell som er etablert i Norge og helsepersonell som yter helsetjenester på midlertidig basis i Norge. For lovens virkeområde er det avgjørende hvorvidt helsepersonell har autorisasjon. Helsepersonell med autorisasjon er omfattet av loven. Vi forutsetter at innhold og krav til slik autorisasjon er i henhold til EØS-avtalens bestemmelser.

Spørsmålet er slik vi forstår det hvorvidt den foreslåtte utvidelsen av NPE-ordningen vil kunne gjennomføres uten at regelverket da strider med EØS-avtalens regler. I og med at loven kommer til anvendelse på alt autorisert helsepersonell må den utvidede NPE-ordningen vurderes både opp mot reglene om midlertidig tjenesteyting og reglene om etablering.

Når det gjelder midlertidig tjenesteyting stiller vi spørsmålsteget ved hvorvidt den foreslåtte utvidelsen av NPE-ordningen kan omfatte midlertidige helsetjenester, uten å være i strid med EØS-avtalens regler om fri bevegelse av tjenester. Så vidt vi er kjent med har EF-domstolen slått fast, blant annet i Sägeravgjørelsen (Case C-76/90. Manfred Säger v Dennemeyer & Co. Ltd.), at det gjelder et restriksjonsforbud og ikke bare et diskrimineringsforbud for midlertidig tjenesteyting. (Det er nyanser i rettspraksis mht praktiseringen av dette prinsippet. Vurderingstema er formulert til å være hvorvidt et tiltak «regulerer tjenestens markedsadgang», eller om tiltaket kun regulerer tjenesteytelsen når tjenesten har oppnådd markedsadgang.) Dette innebærer at ikke bare tiltak som diskriminerer på grunnlag av nasjonalitet er strid med EØS-regelverket, men også tiltak som «hindrer markedsadgang». Den foreslåtte utvidelsen av NPE-ordningen kan medføre at helsepersonell fra andre EU/EØS-stater må ha en dobbelt forsikringsdekning hvis de ønsker å praktisere midlertidig på det norske markedet, dersom de allerede er forsikret i et forsikringselskap i hjemstaten. Vi anbefaler at det vurderes nærmere om den utvidete NPE-ordningen vil innebære en «hindring av markedsadgang» og derfor en ulovlig restriksjon.

Det antydes i høringsbrevet at utenlandsk helsepersonell ikke skal kunne avkreses avgift i forbindelse med den utvidede NPE-ordningen. Hvorvidt dette avhjelper en mulig motstrid med EØS-bestemmelsene vil bero på en vurdering av unntaksbestemmelsene, som går ut på

at i utgangspunktet ulovlige restriksjoner likevel kan tillates dersom de er begrunnet i nærmere angitte, relevante hensyn. I denne vurderingen inngår blant annet en proporsjonalitetsvurdering; i denne sammenhengen er det viktig at tiltaket, som her vil være medlemskap i NPE-ordningen, står i et rimelig forhold til de mål et slikt medlemskap skal ivareta. Det samme gjelder også utover spørsmålet om avgiftsplikt for utenlandsk helsepersonell: hvorvidt restriksjonen likevel kan være i overensstemmelse med våre EØS-rettslige forpliktelser, må underlegges en vurdering av EØS-avtalens unntaksbestemmelser, hvor hensynet til pasientenes sikkerhet vil måtte vektlegges, slik høringsbrevet antyder.

Et annet spørsmål som bør utredes er hvorvidt det foreligger en gjensidig plikt til å godkjenne utenlandsk helsepersonells forsikringsordninger, slik at for eksempel en lege fra Frankrike med forsikring i sitt hjemland faktisk har rett til å praktisere i Norge uten å være del av det norske forsikringssystemet.

Når det gjelder etableringsreglene kan vi ikke se at den foreslåtte NPE-ordningen vil være i strid med EØS-avtalens regler. Dette forutsatt at kravet til autorisasjon som nevnt ovenfor er i henhold til EØS-avtalen.»

*Finansnærings Hovedorganisasjon* uttaler:

«Videre vil vi bemerke at lovens rekkevidde når det gjelder utenlandsk helsepersonell som kommer til Norge for midlertidig å yte tjenester her, bør avklares og presiseres entydig. Vi ber om at departementet avklarer og bekrefter plikten til deltakelse i den nye ordningen for slike tjenesteytere.

Vi legger til grunn at denne gruppen klart bør omfattes av ordningen.

Det er ikke mulig for FNH å ta stilling til hvordan de enkelte forsikringsselskapene vil opptre i konkurransen. Sett i lys av at de ikke fant det forretningsmessig forsvarlig å selge pasientskedeforsikring slik regelverket ble utformet, er det imidlertid grunn til å anta at forsikringsselskapene fortsatt vil vurdere situasjonen tilsvarende, og dermed ikke kunne tegne forsikring og ta på seg det ansvaret for en så smal gruppe tjenesteytere. Dersom denne gruppen helsetjenesteytere ikke skulle omfattes av den nye foreslåtte ordningen vil de da kunne stå uten dekning.»

*Statens autorisasjonskontor for helsepersonell* bemerker at helsetjenester trolig blir tatt ut av tjenestedirektivet, og viser til direktiv 2005/36/EF om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner artikkel 5 til 9 om fri utveksling av tjenesteytelser.

### 5.4.3 Departementets vurdering

Som redegjort for i punkt 5.4.1 ovenfor, er departementet kommet til at det er grunnlag for å tolke pasientskadeloven § 1 første ledd bokstav c slik at skade voldt i Norge av personer som har utenlandsk autorisasjon eller lisens som helsepersonell og som lovlig yter tjenester her som sådan, likestilles med skade voldt av helsepersonell med tilsvarende norsk autorisasjon eller lisens. Dette forutsetter at vedkommende yrkesgruppe omfattes av den norske autorisasjonsordningen etter helsepersonelloven § 48.

Det vises til punkt 5.4.1 ovenfor om adgangen for utenlandsk personell til å yte tjenester i Norge på midlertidig basis uten norsk autorisasjon/lisens. Ut fra de mottatte opplysninger må det kunne legges til grunn at midlertidig tjenesteytelse i Norge i henhold til forskrift 21. desember 2000 nr. 1377 om autorisasjon m.m. av helsepersonell i henhold til avtalen om Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EØS-avtalen) § 27 per i dag foregår i svært lite omfang, om i det hele tatt. Som følge av formløsheten ved bruk av bestemmelsen i helsepersonelloven § 50 om grenselisens, er det vanskelig å si noe sikkert om omfanget av slik virksomhet. Etter det departementet erfarer, synes bestemmelsen imidlertid ikke å være i bruk i nevneverdig utstrekning. Det kan imidlertid ikke utelukkes at virksomhet som nevnt foregår eller vil komme til å foregå i en viss utstrekning, fra 20. oktober 2007 etter de nye reglene som skal implementeres på bakgrunn av direktivet om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner.

I og med at departementet legger til grunn at lovens erstatningsbestemmelser vil komme til anvendelse for eventuelle skader voldt ved slik tjenesteyting, vil ordningen ut fra departementets lovforslag bli at NPE behandler erstatningskrav og utbetaler eventuell erstatning knyttet til skader voldt ved slik virksomhet.

Av hensyn til EØS-avtalens prinsipp om fri bevegelse av tjenester finner departementet det noe tvilsomt om man kan kreve at disse tjenesteyterne må følge de foreslåtte reglene med hensyn til plikten å betale tilskudd til NPE. Det samme må antagelig gjelde utenlandske (og norske) tjenesteytere som har norsk autorisasjon/lisens, men som er etablert i annen EØS-stat og vil yte tjenester i Norge midlertidig uten å være etablert her.

Det må etter departementets oppfatning kunne kreves at helsepersonell som vil yte tjenester i Norge, har ansvarsforsikring. Det vises til EU-kommisjonens uttalelse som er sitert i punkt 5.4.1 ovenfor. Det må legges til grunn at personellet ofte

vil ha en ansvarsforsikring i sitt hjemland. Dersom forsikringen dekker skader voldt ved tjenesteyting i Norge, vil erstatningskrav langt på vei være sikret, men det er lite trolig at slike ansvarsforsikringer vil følge samme ansvarsgrunnlag som pasientskadeloven. Kommisjonens uttalelse om at det ikke kan gjøres obligatorisk at forsikringen må tegnes i vertslandet, trekker i retning av at utenlandske tjenesteytere ikke kan pålegges å betale tilskudd til NPE. Det kan også være ønskelig å unngå regelverk som i praksis vil medføre et krav om dobbeltforsikring - selv om det ikke ville være eksakt samme dekningsområde - dersom formålene med regelverket kan oppnås på annen måte. Det bør derfor muligens ikke være et absolutt krav at tjenesteyterne skal betale tilskudd til NPE. Det må antagelig ansees tilstrekkelig at tjenesteyteren har ansvarsforsikring som dekker skader voldt i Norge, og at forsikringen er tilfredsstillende med hensyn til forsikringssum og dekningsområder mv. Det vil neppe kunne kreves at forsikringen skal gjelde på pasientskadelovens vilkår. Slik forsikring vil det sannsynligvis være vanskelig å få tegnet. Dersom tjenesteyteren ikke skal betale tilskudd, vil det antagelig heller ikke være nødvendig for disse å melde fra til NPE eller foreta lignende formaliteter utover det som eventuelt vil følge av reglene om midlertidig tjenesteyting.

Tjenesteyterne må uansett ha adgang til å betale tilskudd til NPE for å være fullt sikret, og de vil naturligvis ha adgang til å tegne de forsikringer de vil, eventuelt utvide en eksisterende forsikringsavtale til å gjelde på pasientskadelovens vilkår i Norge dersom forsikringsskriver er villig til dette.

Dersom slik tjenesteyter ikke har betalt tilskudd til NPE, og det oppstår en skade som faller inn under pasientskadeloven, må resultatet etter departementets syn bli at NPE skal behandle kravet og utbetale eventuell erstatning, men med mulighet for å søke regress overfor tjenesteyteren og/eller dennes forsikringsselskap. For pasientene er det en stor fordel å få kravet behandlet av NPE fremfor selv å måtte fremme det for utenlandsk tjenesteyter/forsikringsselskap. Ut fra de mottatte opplysninger legges det som nevnt til grunn at slik midlertidig tjenesteyting foregår i svært lite, om noe, omfang, og at det derfor vil bli ytterst få skadesaker relatert til dette.

Departementet vurderer det dit hen at det ikke vil være en ulovlig restriksjon etter EØS-avtalen å kreve at tjenesteyter som ikke har ansvarsforsikring som dekker tjenesteyting i Norge, enten sørger for å tegne slik forsikring på akseptable vilkår eller betaler tilskudd til NPE. Hensynet til økonomisk sikring av pasientskader ved tjenesteyting i

Norge er i slike tilfeller ikke ivaretatt av regler i tjenesteyterens hjemstat. Tilskudds-/forsikringsplikten vil da ikke føre til dobbeltforsikring. Kravet vil ikke hindre markedsadgang, og vil heller ikke virke diskriminerende i forholdet mellom innenlandske og utenlandske tjenesteytere. Det vil muligens likevel kunne være å anse som en restriksjon i det kravet innebærer en ulempe for tjenesteyteren. Et krav om å betale tilskudd til NPE vil kunne anses som mer byrdefullt for en tjenesteyter som er etablert i en annen stat og bare yter tjenester i Norge i kortere perioder, enn for tjenesteytere som er etablert i Norge. Et krav om ansvarsforsikring stiller seg noe annerledes i og med at det vil være anledning til å tegne forsikringen i vedkommendes hjemland, eventuelt som en utvidelse av eksisterende forsikring. Om kravet skulle innebære en restriksjon, er departementet av den oppfatning at kravet må kunne rettferdiggjøres ut fra allmenne hensyn, nærmere bestemt hensynet til pasientenes forbrukervern. Det vises til at pasientskadelovens formål er å sikre pasienter (og andre skadelidte som følge av pasientskade) økonomisk kompensasjon for skader oppstått i forbindelse med helsehjelp. Departementet kan ikke se at kravet vil stride mot proporsjonalitetsprinsippet.

Departementet er kommet til at det ikke bør lages noen særregler i loven for utenlandske tjenesteytere. Det kan vurderes om det bør forskriftsfestes regler på dette punkt, for eksempel slik at utenlandske tjenesteytere som yter helsehjelp i Norge på midlertidig basis er fritatt for å betale tilskudd til NPE under visse forutsetninger. Departementet antar at vurderingen bør utstå til det er nærmere avklart hvor vidtrekkende unntaket fra tjenestedirektivets virkeområde for helsetjenester kan ansees å være, og om det vil bli satt i gang arbeid innen EU for å få en separat regulering av helsetjenester. Det vil være hensiktsmessig å vente med nærmere regulering i norsk rett til det er klarere hva om vil bli rettstilstanden med hensyn til adgangen til å yte tjenester over landegrensene og på hvilke vilkår, herunder hvilke krav som skal gjelde for ansvarsforsikring. Slike spørsmål vil også kunne bli nærmere belyst i forbindelse med implementeringen av det nevnte direktiv 2005/36/EF om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner.

## 5.5 Overgangsordning

### 5.5.1 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet ble det vist til de overgangsregler som er fastsatt i pasientskadeloven § 21. Bestemmelsen lyder:

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.

Disse reglene kommer til anvendelse i forholdet mellom den midlertidige ordningen med Norsk Pasientskadeerstatning og den lovfestede ordningen som trådte i kraft for den offentlige helsetjenesten fra 1. januar 2003.

I høringsnotatet uttalte departementet:

«Overgangsregelen bygger på det prinsippet at pasientskadeloven skal gjelde skader som er voldt etter lovens ikrafttredelse, at eldre skader også behandles etter loven, mens erstatningsansvaret for disse skal beregnes etter de midlertidige reglene. På denne måten blir dekninngen kontinuerlig.

Departementet mener det samme prinsippet bør legges til grunn for en overgangsordning mellom gjeldende rett og de foreslåtte endringene i pasientskadeloven. Departementet foreslår derfor at skadeforvoldelsen skal danne skjæringspunktet for hvilke regler som gjelder for vurderingen av erstatningskravet.

Selv om pasientskaden har blitt voldt i privat helsetjeneste før lovens ikrafttredelse, antar departementet at den beste løsningen vil være at NPE skal vurdere og eventuelt dekke erstatningskravet etter alminnelig erstatningsrett (uaktsomhetsansvaret), men at NPE gis en regressmulighet ovenfor det ansvarlige forsikringsselskapet. Forutsatt at pasientskaden er erstatningsberettiget, vil pasienten i så fall være garantert erstatningsoppgjør, uavhengig av den aktuelle forsikringsavtalen. En slik løsning vil være mest i overensstemmelse med pasientskadelovens hovedformål om å styrke pasientens erstatningsrettslige vern.

Departementet ber forsikringsselskapene i forbindelse med denne høringen å gi tilbakemelding på hvorledes en slik overgangsordning vil fungere i forhold til forsikringsavtalens bestemmelser om opphør av avtalen.»

### 5.5.2 Høringsinstansenes syn

Forslaget til overgangsregler er berørt i høringsuttalelsene fra *Finansdepartementet*, *Norsk Pasientskadeerstatning*, *Den norske lægeforening*, *Den norske tannlegeforening* og *Finansnæringens Hovedorganisasjon*.

*Finansnæringens Hovedorganisasjon* uttaler:

«Når det gjelder overgangsregler, vil vi innledningsvis bemerke at ulike forsikringsselskap kan ha ulike avgrensingskriterier for virkeområdet for sine forsikringer (ulike skadepinsipper).

Vi skal illustrere dette ved å peke på noen ulike prinsipper, uten at vi med det har omtalt hvilke som er anvendt i ulike forsikringsordninger / ansvarsforsikringer.

Ett prinsipp er skadeårsaksprinsippet (dvs. skade må være påført i forsikringstiden for å være omfattet av [en] forsikringen).

Et annet er konstateringsprinsippet (dvs. skade må være konstatert i forsikringstiden for å være omfattet, - eksempelvis gjelder et slikt prinsipp i yrkesskadeforsikring).

Et tredje kan være skadevirkningsprinsippet (dvs. den skadelige påvirkning må ha manifestert seg i en skadevirkning i forsikringstiden for å være omfattet).

Et fjerde kan det være kravsmeldingsprinsippet (claims made, dvs. erstatningskravet må være meldt i forsikringstiden for å være omfattet).

Dette nevnes for å gi et eksemplifiserende bilde av at det ikke vil være mulig å basere seg på at alle eksisterende ansvarsforsikringer har samme avgrensingskriterier og at overgangsordningen og en eventuell regress [vil] bli lik i alle konkrete skadetilfeller.

Det foreslås at skader som er voldt før loven trådte i kraft men meldt etter ikrafttreden, skal behandles av NPE etter de regler som gjaldt tidligere. Skadeforvoldelsen foreslås på side 52 i høringsnotatet som aktuelt skjæringstidspunkt. Dette vil kunne bli problematisk og skape overgangsproblemer i forhold til forsikringsavtaler som bygger på andre avgrensingskriterier som konstatering, skadevirkning eller krav fremsatt.

På denne bakgrunn bør departementet vurdere om ikke konstateringsprinsippet er mer hensiktsmessig enn skadevoldtprinsippet. Dette er antakelig også et enklere prinsipp å anvende ved at det kan være lettere å identifisere når en skade er konstatert enn forvoldt. Særlig vil det være tilfelle hvor en pasient har vært til behandling hos flere både private og offentlige instanser. Konstateringsprinsippet antas enklere å forholde seg til for skadelidte.

Det var dette prinsippet lovgiver fant mest hensiktsmessig i yrkesskadeforsikringsordningen.

Det synes helt klart at de ulike forsikringsselskapene - som kan ha ulike rettslige avgrensninger av sitt ansvar - ikke kan pålegges noe større ansvar ved overgangsregler i en ny pasientskadelovgivning.

Forsikringsselskapene ønsker selvfølgelig ikke å unndra seg ansvar etter gjeldende forsikringskontrakter alene av den grunn - eller i den anledning - at det innføres ny lovgivning. På den annen side kan man selvfølgelig heller ikke påta seg eller bli pålagt utvidet ansvar.

På en slik bakgrunn må et eventuelt regresskrav mot et forsikringsselskap (etter at NPE har behandlet en erstatningssak) være basert på en konkret vurdering av om dette selskaps vilkår pålegger selskapet noe ansvar i det enkelte skadetilfellet. I en slik regresssak må selskapet stå fritt til å vurdere alle sidene ved spørsmål om sitt eget ansvar. Selskapet kan ikke være bundet av NPEs saksbehandling og vurderinger. I siste instans vil det være domstolene som tar stilling til et eventuelt ansvar i en slik regresssak, herunder spørsmålet om fullt eller delt ansvar for de respektive partene i regresssaken.

Departementet bemerker at en pasient - med de foreslåtte overgangsreglene - uansett vil være garantert et erstatningsoppgjør uavhengig av den aktuelle forsikringsavtalen.

Dette må på den foran nevnte bakgrunn forstås til at pasienten får erstatning fra NPE uavhengig av om NPE i en etterfølgende regressomgang får noe igjen fra et forsikringsselskap. NPEs behandlings- og erstatningsplikt med tilhørende erstatningsoppgjør kan ikke påføre forsikringsselskapet større rettslige forpliktelser enn det som følger av de respektive ulike forsikringsavtalene.

Dette fører derfor til at det endelige ansvaret i noen tilfeller vil kunne forbli hos NPE selv om skaden er voldt før lovens ikrafttreden. Eksempelvis vil det kunne bli situasjonen dersom det aktuelle forsikringsselskapet dekker etter såkalte «claims made-vilkår», da dette selskap bare vil være ansvarlig dersom kravet er fremmet i forsikringstiden.»

*Den norske lægeforening* peker på at forsikringsselskapene på grunn av de ulike dekningsprinsippene ikke nødvendigvis vil være ansvarlig for regresskrav fremsatt av NPE dersom NPE skal behandle og utbetale erstatning for skader voldt før loven trer i kraft for privat sektor. Forsikringsselskapenes ansvar relatert til overgangsperioden vil også bero på om forsikringen bringes til opphør

ved ikrafttreddelsen av den utvidede NPE-ordningen eller opprettholdes. Legeforeningen mener det bør gis en garanti for at helsepersonell ikke kan bli personlig ansvarlig for regresskrav i forbindelse med overgangsperioden som forsikringsselskap ikke dekker, og nevner som en mulig løsning at slike krav kan dekkes under tilskuddsordningen.

*Finansdepartementet* viser til at

«det vanlige er at private produkt- og tjenestetilbyderes ansvar begrenses til inngåtte kontrakter og innenfor de rammer som er lagt til grunn for kontrakten, herunder hvem som skal behandle kravene og foreta erstatningsoppgjør. Å endre disse rammene vil kunne ha særlig betydning for forsikringsselskapene fordi det i forsikringslovgivningen er krav om avsetninger til dekning av inngåtte kontrakter. Dersom NPEs praktisering er ulik den selskapene har lagt til grunn for sine avsetninger, vil det kunne oppstå spørsmål ved hvor mye NPE kan kreve i regress fra selskapene. Slike spørsmål vil imidlertid ikke oppstå dersom NPEs ansvar for privat helsesektor først løper fra tidspunktet loven eventuelt trer i kraft for privat helsesektor. Eldre skader vil da behandles i de aktuelle selskapene. Dette kan ikke antas å svekke pasientenes rettigheter, og vi ber derfor HOD vurdere en slik løsning.»

*Norsk Pasientskadeerstatning* uttaler:

«At NPE skal behandle og utbetale erstatning for eldre skader dekket av forsikring, forutsetter et godt samarbeid mellom NPE og forsikringsselskapene. NPE har allerede et lite antall lignende saker og samarbeidsforhold vedrørende eldre skader innen offentlig helse-tjenesten der institusjonens ansvar var dekket av forsikring på skadetidspunktet. Vi kan ikke se at det skal være problematisk at samarbeidet med selskapene vil bli utvidet som følge av den foreslåtte endring i pasientskadeloven.

Problemet med de uforsikrede er ikke omtalt i høringsnotatet. Skal NPEs ansvar for behandling og utbetaling av erstatning forutsette en gyldig forsikring på skadetidspunktet, eller vil staten bære det økonomiske ansvaret for erstatningsutbetalinger også der gyldig forsikring ikke forelå? Naturlig nok kan ikke NPE kreve regress fra et forsikringsselskap når forsikring ikke forelå.

Lignende spørsmål om løsning/finansiering kan reises for de tilfeller der NPE utbetaler en erstatning og vedkommende forsikringsselskap har et annet syn enn NPE på forsikringens dekningsomfang, faktum eller rettsanvendelse.»

### 5.5.3 Departementets vurdering

Hovedformålet med en overgangsordning må i dette tilfellet være å sikre at pasienter og andre skadelidte ikke blir uten erstatningsdekning på grunn av overgangen fra gjeldende ordning til pasientskadeloven settes i kraft for privat helsetjeneste. Det vil si at man går fra ordningen med ansvarsforsikring på alminnelige erstatningsrettslige vilkår til den foreslåtte ordningen der NPE er ansvarlig og tjenesteyterne betaler tilskudd til NPE.

Overgangsordningen må være slik at overgangen heller ikke medfører at helsepersonell personlig, eller virksomheten der de er sysselsatt, blir sittende med det endelige økonomiske ansvaret for skader relatert til en viss periode. Forutsetningen er at de har hatt forsikring etter helsepersonelloven § 20 frem til loven trer i kraft for privat sektor og deretter har oppfylt pasientskadelovens krav om tilskudd til NPE.

Departementet finner ikke grunn til å gå bort fra den fastsatte overgangsregelen i pasientskadeloven § 21. Det følger av første punktum at loven gjelder for skader som er voldt etter lovens ikrafttreddelse for henholdsvis offentlig og privat helse-tjeneste, jf. første punktum. Det vises til at denne ordningen både ble anbefalt av Lødrup-utvalget og foreslått av Justisdepartementet i Ot.prp. nr. 31 (1998-99) og er vedtatt også for så vidt gjelder privat sektor. Lødrup-utvalget påpekte at det kan være vanskelig å avgjøre når en skade er voldt, men at dette likevel er et mer entydig tidspunkt enn konstateringen av en skade. Videre ble det pekt på at man unngår problemet med at loven får anvendelse på skader som ligger langt tilbake i tid. Departementet kan ikke se at det i høringen er fremkommet argumenter som tilsier en endring på dette punktet.

I henhold til § 21 annet punktum skal eldre skader behandles etter pasientskadeloven, men slik at erstatningskravet avgjøres etter de ansvarsregler som tidligere gjaldt. For privat sektor er dette alminnelig erstatningsrett. Dette vil gjelde tilfeller der skade er voldt før loven trer i kraft, men hvor skaden/erstatningskravet ved lovens ikrafttreddelse ennå ikke er meldt til skadevolderens forsikringsselskap eller på annen måte er tatt til behandling, for eksempel ved søksmål mot skadevolderen. Sakene behandles av NPE etter pasientskadelovens saksbehandlingsregler. NPE behandler saker knyttet til skader voldt før loven settes i kraft utenfor den offentlige helsetjenesten, uavhengig av om noe forsikringsselskap er ansvarlig for kravet på grunnlag av tidligere forsikrings-

avtale. En slik ordning vil være enkel å forholde seg til for pasientene.

Når det gjelder erstatningskrav som omfattes av forsikring helsepersonellet hadde etter helsepersonelloven § 20, vil NPE søke regress hos forsikringsselskapet. Skadelidte vil kunne velge selv å fremme kravet direkte overfor forsikringsselskapet, noe som vil kunne være en fordel der det er aktuelt med oppreisning dersom forsikringen dekker slike krav. Det vises til prinsippet i § 4 tredje ledd første punktum om at loven ikke er til hinder for at erstatningskrav gjøres gjeldende overfor andre enn den ansvarlige etter pasientskadeloven.

Forsikringsavtaler kan bygge på dekningsprinsipp som medfører at forsikringen ikke dekker alle skader som er voldt i forsikringstiden, men for eksempel bare skader som er konstatert eller meldt i forsikringstiden. Det vil således kunne oppstå tilfeller der forsikring etter helsepersonelloven § 20 som sies opp når pasientskadeloven trer i kraft i sin helhet, ikke dekker krav som gjelder skade voldt før ikraftsettelsen, og som derfor ikke faller inn under pasientskadeloven etter § 21 første punktum. Det antas lite praktisk å pålegge helsepersonell å opprettholde sine forsikringer etter at loven

trer i kraft for privat sektor med tanke på skader som er voldt før ikrafttredelsen, men ennå ikke er meldt. Det vil kunne ta mange år før siste skade er meldt. Departementet finner av hensyn til pasienter og helsepersonell at erstatning i disse tilfellene bør sikres ved at NPE behandler kravene og utbetaler eventuell erstatning, men etter alminnelig erstatningsrett. Utgiftene til dette bør, slik *Den norske lægeforening* foreslår, dekkes gjennom den tilskuddsordning som foreslås til finansiering av NPEs ansvar for skader i privat sektor, jf. punkt 6.4 nedenfor. Dersom den manglende forsikringsdekningen skyldes at tjenesteyteren som har voldt skaden ikke har overholdt forsikringsplikten etter helsepersonelloven § 20, vil det være grunnlag for regress mot tjenesteyteren. Bestemmelsen i lovforslaget § 4 tredje ledd tredje punktum om regress ved unnlattelse av å betale tilskudd til NPE, må i forbindelse med eldre skader gjelde tilsvarende i forhold til unnlattelse av å sørge for forsikringsdekning.

Departementet finner på denne bakgrunn ikke behov for å fastsette en egen overgangsordning som følge av de lovendringer som foreslås i denne proposisjonen.

## 6 Finansiering

### 6.1 Gjeldende ordninger

#### 6.1.1 Privat sektor – dagens ordning og de vedtatte bestemmelsene i pasientskadeloven

Det vises til punkt 3 ovenfor om gjeldende rett med hensyn til plikten for helsepersonell utenfor den offentlige helsetjenesten til å ha ansvarsforsikring til dekning av det økonomiske ansvar som kan oppstå overfor pasienter i forbindelse med yrkesutøvelsen, jf. helsepersonelloven § 20. Etter denne ordningen tegner helsepersonell privat forsikring på individuell basis eller som oftest via helsepersonellorganisasjoner som tilbyr kollektiv ansvarsforsikring for sine medlemmer.

I høringsnotatet er det lagt til grunn en antagelse om at forsikringspremiene i de ulike helsepersonellorganisasjonenes kollektive forsikringsordninger for tiden varierer fra ca. 350 til 1 000 kroner. Det er i høringen kommet frem opplysninger som tyder på at premiene varierer fra under 300 kroner til 3 000 kroner.

Det er i høringsnotatet lagt til grunn at egenandelen per skadetilfelle for tiden er 6 000 kroner for fysioterapeuter, leger og tannleger, og 10 000 kroner for psykologer.

Dersom pasientskadeloven ble satt i kraft for privat helsesektor slik den lyder i dag, ville ordningen også være at erstatningsutbetalingene i privat sektor skulle sikres ved at helsepersonellet skulle tegne privat forsikring, men på pasientskadelovens vilkår.

Pasientskadeloven § 8 lyder som følger:

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.

Erstatningskravene skulle utredes av forsikringsgiveren.

Forskrift 21. november 2003 nr. 1365 om forsikringsplikt for helsepersonell og den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten mv. har nærmere bestemmelser med krav til forsikringen og forsikringsgiverne, herunder om deltagelse i en Pasientforsikringsforening. Foreningen skulle i første omgang dekke tap som faller inn under ansvaret i pasientskadeloven i tilfeller hvor forsikringsplikten ikke var overholdt. Utgiftene skulle deles mellom forsikringsgiverne i forhold til forsikringsmasse. Pasientforsikringsforeningen og forsikringsgiver skulle kunne søke regress hos skadevolder som ikke hadde overholdt sin forsikringsplikt eller som hadde voldt skaden forsettlig. Forskriften er ikke satt i kraft i og med at loven ikke er satt i kraft for privat sektor.

I og med at forsikringsselskapene skulle behandle kravene, ville ikke NPE ha behandlingstgifter i disse sakene. Selskapenes avgjørelser skulle imidlertid kunne påklages til Pasientskadenemnda, og forsikringsselskapene ville i henhold til lovens § 16 fjerde ledd og forskrift 20. desember 2002 nr. 1625 om Norsk Pasientskadeserstatning og Pasientskadenemnda § 19 ha plikt til å betale tilskudd til driften av Pasientskadenemnda.

#### 6.1.2 Finansiering av virksomheten til Norsk Pasientskadeserstatning og Pasientskadenemnda vedrørende skader voldt i den offentlige helsetjenesten

Finansieringen av NPEs virksomhet er regulert i lovens § 7 og i forskrift 20. desember 2002 nr. 1625 om Norsk Pasientskadeserstatning og Pasientskadenemnda § 17 som lyder:

De regionale helseforetakene, fylkeskommunene og kommunene yter tilskudd til dekning av erstatning for pasientskader samt til dekning av driften av Norsk Pasientskadeserstatning og Pasientskadenemnda.



Departementet dekker ansvar for offentlig helsetjeneste som ikke drives av helseforetak, fylkeskommunen eller kommune eller etter avtale med regionalt helseforetak, fylkeskommune eller kommune.

I medhold av lovens § 7 annet ledd annet punktum kan det fastsettes at det for enkelte helseinstitusjoner i stedet kan eller skal tegnes forsikring som nevnt i § 8.

I henhold til pasientskadeloven § 16 siste ledd skal Pasientskadenemndas virksomhet finansieres ved bidrag fra NPE og forsikringsgivere godkjent etter § 8.

I høringsnotatet het det om finansieringen av NPE og Pasientskadenemnda blant annet:

«Dekning av erstatning for pasientskader samt dekning av driften av NPE og Pasientskadenemnda finansieres i praksis hovedsakelig av staten. Dette skjer ved direkte tilskudd over statsbudsjettet. Statens direkte tilskudd utgjør ca. 88 prosent av NPEs samlede tilskudd, jf. St. prp. nr. 1 (2004-2005). De resterende 12 prosent tilskudd finansieres i prinsippet av de som ellers måtte ha betalt erstatningene og sakskostnadene. Det vil si hovedsakelig de regionale helseforetakene og kommunene, mens fylkeskommunene bidrar med noe tilskudd.»

For budsjettåret 2006 er det vedtatt en ny finansieringsordning. I Helse- og omsorgsdepartementets St.prp. nr. 1 (2005-2006) heter det under kap. 722 post 50:

«For 2006 foreslås det en omlegning i finansieringssystemet for pasientskadeordningen. Det foreslås at regionale helseforetak, kommuner og fylkeskommuner selv skal dekke de samlede kostnader knyttet til utbetaling av pasientskadeerstatninger. Staten vil dekke kostnadene knyttet til å forvalte pasientskadeordningen, dvs. driften av Norsk pasientskadeerstatning, Pasientskadenemnda og pasientenes utgifter til advokater.

Formålet med omlegningen er å underbygge det ansvar leverandører av helsetjenester har for å sikre helsetjenester av god kvalitet, herunder forebygge skader og uhell, og dekke kostnadene knyttet til pasientbehandling. Over tid vil en slik ansvars plassering bidra til økt oppmerksomhet om de økonomiske kostnader knyttet til skader og skjerpet bevissthet om kvalitet i helsetjenesten blant leverandører av helsetjenester.

Omlegningen vil ikke få konsekvenser for pasientenes rettigheter.

De samlede premier (og egenandeler fra helseforetak) som belastes hhv. regionale helseforetak, kommuner og fylkeskommuner skal

tilsvare de forventede erstatningsutbetalinger knyttet til disse forvaltningsnivåer. Det innebærer at det over tid ikke finner sted krysssubsidiering mellom forvaltningsnivåene. Premiene blir fastsatt av NPE, for regionale helseforetak vil premiene være basert på risikovurderinger, historiske data for skader/erstatninger. For kommuner og fylker vil befolkningstall bli lagt til grunn ved utforming av premien. De regionale helseforetakene avgjør på hvilken måte premiene skal belastes de enkelte lokale helseforetak.

Statens direkte tilskudd til NPE vil bli innarbeidet i statens tilskudd til regionale helseforetak, kommuner og fylker og fordelt på aktørene etter de kriterier som er fastsatt for de respektive rammetilskudd.»

### 6.1.3 Egenandeler til NPE

I medhold av lovens § 7 tredje ledd kan Kongen

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

Forskrift 20. desember 2002 nr. 1625 om Norsk Pasientskadeserstatning og Pasientskadenemnda § 18 lyder slik:

Dersom Norsk Pasientskadeserstatning utbetaler erstatning, kan det innkreves egenandel fra skadevolder. Departementet fastsetter egenandelens størrelse.

I høringsnotatet het det:

«Departementet har på generelt grunnlag videreført beregningsmåten og nivået på egenandeler fra den midlertidige ordningen med Norsk Pasientskadeerstatning. Siden 1998 har skadevolder betalt 10 prosent av erstatningsbeløpet i egenandel, begrenset oppad til 100.000 kroner pr. skadetilfelle. Ordningen med egenandeler er i dag bare innført for de regionale helseforetakene. For fylkeskommunene og kommunene er det ikke innført noe krav om betaling av egenandeler.»

### 6.1.4 Kort om ordningen i de andre nordiske land

I høringsnotatet ble det redegjort for pasientskadeordningene i de andre nordiske land. Alle landene har særskilte erstatningsordninger for pasientskader som også omfatter skader i privat helsesektor. Ordningene varierer fra land til land både i innhold og organisering.

I Sverige, Finland og Island plikter helsepersonell i privat sektor å tegne forsikring som dekker ansvaret.

I Danmark har det offentlige overtatt ansvaret for pasientskader i privat helsesektor, uten at helsepersonellet må ha forsikring som dekker ansvaret eller på annen måte bidra økonomisk til ordningen. Frem til 2004 måtte helsepersonell/virksomheter i privat sektor tegne ansvarsforsikring til dekning av ansvar etter pasientforsikringsloven. Det er nå den amtskommune eller kommune (de tre største kommunene) der pasienten har sin bopel eller sitt oppholdssted, som er erstatningsansvarlig for skader voldt av privatpraktiserende autorisert helsepersonell og private sykehus. Den danske staten dekker omkostningene ved pasientforsikringsordningen gjennom økonomisk kompensasjon til amtskommunene/kommunene. Regress kan søkes overfor helsepersonell som har voldt skade forsettlig eller grovt uaktsomt.

## 6.2 Forslag i høringsnotatet

### 6.2.1 Offentlig eller privat finansiering

I høringsnotatets drøftelse av finansiering av den foreslåtte utvidelsen av NPEs ansvar til også å omfatte privat helsesektor het det blant annet:

«Departementets forslag om at NPE skal pålegges erstatningsansvar for pasientskader oppstått i privat helsesektor, vil medføre at NPE får flere erstatningskrav til behandling. Dette vil føre til økte administrative kostnader og økte kostnader til erstatningsutbetalinger. Disse økte kostnadene kan tenkes finansiert på flere måter.

En mulig løsning er at privat sektor selv finansierer erstatningsordningen for privat sektor. Det vil si at privat tjenesteyter, skal yte tilskudd til staten som tilsvarende de økte kostnadene for å dekke erstatning for pasientskader voldt i privat helsetjeneste som ikke drives på oppdrag av eller med driftstilskudd fra staten, fylkeskommuner og kommuner, samt bidrag til driften i samsvar med forskrift gitt av Kongen.

En annen mulig løsning er at staten overtar finansieringen av NPE-ordningen for privat sektor. I og med at dette dreier seg om den delen av privat sektor som ikke har avtaler om offentlig finansiering og dermed ikke bidrar til å oppfylle sektoransvaret for de regionale helseforetakene, fylkeskommunene eller kommunene, mener departementet at statlig finansiering eventuelt må skje sentralt, ved bevilgning direkte til NPE.

Det knytter seg fordeler og ulemper til begge løsningene.

[...]

Helsepersonell i privat sektor må i dag dekke forsikringspremie samt eventuell egenandel ved erstatningsutbetaling. Selv om det foreslås at pasienter i offentlig og privat sektor skal likestilles når det gjelder erstatning for pasientskader, tilsier ikke dette at private virksomheter, og herunder privat helsepersonell, skal få mindre økonomisk ansvar for pasientskader i egen sektor. Ut fra en rettferdsbeaktning, synes det rimelig at de som er årsak til skade også blir økonomisk ansvarlig. I utgangspunktet er det derfor rimelig at den foreslåtte erstatningsordningen for privat sektor finansieres ved tilskudd fra de private virksomhetene.

I et forebyggingsperspektiv kan det også være riktig at privat sektor finansierer erstatningsordningen ved tilskudd til staten. Det kan anføres at privat finansieringsansvar vil kunne ha en forebyggende virkning fordi mulige skadevoldere får et økonomisk incentiv til å unngå og begrense omfanget av pasientskader. Dette kan først og fremst tenkes å gjøre seg gjeldende ved tilrettelegging av tjenester og etablering av rutiner. Forebyggingsperspektivet antas å ha mindre betydning i behandlingssituasjonen. Der antas det at det først og fremst er faglige/sosiale incentiver som har forebyggende effekt. Muligheten for forebyggende effekt taler for en løsning der private virksomheter betaler tilskudd i form av en differensiert avgift til dekning av de økte kostnadene til staten.»

Blant forhold som kunne tale imot en slik tilskuddsbasert finansieringsløsning drøftet man i høringsnotatet risikoen for at utgiftene for helsepersonell i privat sektor ville øke sammenlignet med utgiftene til dagens forsikringsordninger. Det ble antatt at tilskuddene vil bli noe høyere enn dagens forsikringspremier, og at en del av pasientene i privat sektor dermed vil måtte betale noe høyere honorarer ved helsehjelp dersom helsepersonellet pålegges å betale tilskudd. Det ble imidlertid konkludert med at tilskuddet for den enkelte virksomhet ikke ville bli så høyt at det ville få økonomiske konsekvenser av betydning for pasientene.

Videre ble de administrative kostnadene ved en tilskuddsordning drøftet. Det ble lagt til grunn at det må opprettes et register over de tilskuddspliktige, og det må foretas beregninger for å fordele NPEs utgifter knyttet til privat sektor på de tilskuddspliktige.

Etter en samlet vurdering foreslo departementet at utvidelsen av NPEs ansvar finansieres gjennom en tilskuddsordning i form av en differensiert avgift dekket av virksomhetene i privat sektor.

### 6.2.2 Nærmere om finansiering ved tilskudd

Det foreligger ikke sikre opplysninger om omfanget av privat helsevirksomhet eller erstatningsutbetalinger knyttet til slik virksomhet.

I høringsnotatet ble det presentert noen usikre overslag for å gi en antydning om antall helsepersonell som er sysselsatt i privat sektor og størrelsen av utbetalinger under ansvarsforsikringene. Det ble anslått at det er minst 4 200 personer med autorisasjon som helsepersonell som yter helsehjelp i privat sektor, og at de årlige erstatningsutbetalingene vil bli vel 8 millioner kroner. Kostnader ved saksbehandling i NPE og Pasientskadenemnda og administrering av en registerordning ble anslått til henholdsvis 4 millioner kroner og 350 000 kroner. På dette grunnlag ble det årlige tilskuddet for hvert helsepersonell i privat virksomhet - med forbehold - anslått til ca. 3 000 kroner.

Departementet foreslo at tilskuddet differensieres etter virksomhetens omfang og skaderisiko.

Om den tekniske beregningen av tilskudd het det i høringsnotatet:

«Den årlige innbetalingen av tilskudd kan beregnes på to måter, uten at det her konkluderes med noen valgt beregningsmåte. For det første kan det årlige tilskuddet fastsettes til antatte utgifter frem til neste tilskuddsinnbetaling («pay as you go»- prinsippet). Ved denne beregningsmåten blir tilskuddet til å begynne med bli svært lavt, men det vil deretter stige. Dessuten vil tilskuddet kunne variere veldig fra år til år, avhengig av hvor store erstatningsutbetalingene blir hvert enkelt år. For det annet kan det årlige tilskuddet fastsettes til et gjennomsnitt pr. år av antatte utgifter for en lengre periode. Det vil si at det foretas en aktuarbasert beregning. Den sistnevnte beregningsmåten vil ventelig fremstå som ryddigst for de private virksomhetene fordi betalingsbelastningen blir jevnere og mer forutberegnelig. ...»

I høringsnotatet ble det pekt på at finansiering ved tilskudd fra tjenesteyterne i privat sektor vil innebære administrative kostnader i form av beregning av tilskudd, etablering og drift av et register over virksomhetene og innbetalingene m.v. Det ble uttalt at disse oppgavene må legges til et statlig organ, og at det ikke finnes noe register over de aktuelle virksomhetene som kan brukes, men at ett av de eksisterende registrene vil kunne

danne grunnlag for etableringen av et særskilt register over tilskuddspliktige virksomheter.

### 6.2.3 Alternativ modell for privat finansiering

Departementet ba i høringsnotatet også om synspunkter på en annen finansieringsmodell:

«Et alternativ til å pålegge de private virksomhetene å finansiere erstatningsordningen for privat sektor gjennom tilskudd basert på omfanget av egen virksomhet, kunne være å pålegge alt helsepersonell med autorisasjon eller lisens en særskilt avgift til dette formålet. En slik avgift kunne for eksempel betales inn gjennom yrkesorganisasjonene i forbindelse med medlemsavgiften. Som nevnt [...] er det registrert ca. 224.000 sysselsatt helsepersonell i Norge. Dersom helsepersonell pålegges å betale en fast årlig NPE- lisens på f.eks. 100 kroner, vil samlede bruttoinnbetalinger bli ca. kr 22,4 millioner kroner. En slik finansieringsløsning vil være praktisk, enkel og billig. En slik avgift ville ikke kreve opprettelse av en ny og muligens dyr registerordning.

På den annen side ville det antakelig ikke oppleves som rimelig at helsepersonell ansatt i offentlig sektor ble pålagt å finansiere en erstatningsordning for privat sektor. Dessuten vil en slik ordning bli vanskelig å gjennomføre fordi det ikke foreligger plikt til medlemskap. Departementet foreslår derfor ikke en slik løsning, men ber høringsinstansene kommentere en slik løsning.»

### 6.2.4 Egenandeler

Under henvisning til adgangen for NPE til å innkreve egenandeler ved erstatningsutbetalinger knyttet til skader i den offentlige helsetjenesten og ordningen med egenandeler i privat forsikring, ble det i høringsnotatet uttalt at mye kan tilsi at helsepersonell i privat sektor bør betale egenandel dersom NPE overtar ansvaret for pasientskader i privat sektor. Det het videre:

«... Et krav om egenandel ved erstatningsutbetaling vil også kunne ha en viss preventiv effekt, idet egenandelen vil kunne skjerpe helsepersonellens aktsomhet.

Dersom NPE overtar ansvaret for pasientskader voldt i privat sektor, vil det kunne tenkes to varianter av egenandeler. For det første kan egenandelen tilsvare en fast beløpsstørrelse som kan tilpasses den enkelte helsepersonellgruppens risikonivå. Egenandelen kan eksempelvis tilsvare forsikringsselskapenes egenandel. Alternativt kan egenandelen utfor-

mes som en delfinansieringsordning for privat sektor.

En høy egenandel, som en delfinansieringsordning, ville være mest aktuelt dersom man valgte statlig finansiering av erstatningsordningen. Egenandelen ville da oppveie den manglende ansvarliggjøring av skadevolder ved statlig finansiering og ville til en viss grad kunne virke skadeforebyggende. Dersom erstatningsordningen for privat sektor besluttes finansiert ved en tilskuddsordning, synes det mer nærliggende å pålegge en lavere egenandel som har som formål å plassere en større del av den økonomiske risiko spesifikt hos skadevolder enn det tilskuddsbetalingen gjør. I tillegg gir et pålegg om betaling av egenandel en viss forebyggende effekt.

... Dersom det blir aktuelt å innføre egenandel for privat sektor, foreslås det at det fastsettes en forholdsvis lav egenandel for privat sektor f.eks. på nivå med dagens egenandel for ansvarsforsikringer for helsepersonell. ...»

### 6.3 Høringsinstansenes syn

#### 6.3.1 Generelt

En stor andel av høringsinstansene kommenterer ulike sider ved forslaget til finansiering av utvidelsen av NPE-ordningen til å omfatte privat sektor. Uttalelsene gjelder dels spørsmålet om utvidelsen bør finansieres av det offentlige, og dels hvordan en eventuell privat finansiering bør innrettes, herunder hvem som skal bidra, hvordan bidragene skal beregnes, og hvordan ordningen bør administreres. De ulike temaene omtales i punktene 6.3.2 til 6.3.5 nedenfor, men spørsmålene går noe over i hverandre.

Enkelte høringsinstanser har også kommentert beregningene i høringsnotatet hva gjelder antall helsepersonell i privat sektor og erstatningsutbetalinger.

*Pasientskadenemnda* bemerker:

«1. Antall helsepersonell i privat sektor.

Det er i høringsnotatet lagt til grunn at det totale antall sysselsatte (helsepersonell) i privat sektor er i overkant av 4200. Anslaget er etter vår vurdering for lavt. Dersom man også regner med de store helsepersonellgruppene som sykepleierne, hjelpepleierne, vernepleierne, fysioterapeutene etc., vil antallet bli en del høyere enn anslått.

2. Økte [i] kostnader som følge av at privat sektor innlemmes i ordningen.

Det er i høringsnotatet estimert hvor mye kostnadene vil øke som følge av at privat helse-tjeneste innlemmes i pasientskadeordningen.

Etter vår oppfatning er det grunn til å tro at anslaget er for lavt. [Det] er etter vår vurdering, slik departementet også påpeker, grunn til å tro at terskelen for å *melde* saker vil bli lavere når ordningen blir offentlig. I tillegg må det tas høyde for at terskelen for å *tilkjenne erstatning* vil bli [r] betydelig lavere når man går bort fra å vurdere sakene etter culpakravet (skyldansvaret), og isteden vurderer sakene etter Pasientskadelovens bestemmelser. Departementet har tatt utgangspunkt i kostnadene man har hatt i forsikringsbransjen og anslått at disse vil bli doblet som følge av lovendringen. Vi mener det er grunn til å tro at «utslaget» av at terskelen senkes, både for å melde og innvilge krav, vil bli større. Det vil etter vår vurdering være mer realistisk å snakke om en tredobling, muligens en firedobling, av kostnadene.»

Også *Sosial- og helsedirektoratet*, *Norges Optikerforbund*, *Norges tannteknikerforbund* og *Norske Ortoptisters Forening* mener antallet helsepersonell sysselsatt i privat sektor er høyere enn anslått i høringsnotatet.

*Norsk Pasientskadeerstatning* reiser spørsmål om departementet har undervurdert kostnadene ved opprettelse og drift av et godt register over helsepersonell som kan danne grunnlag for innkreving av avgift.

#### 6.3.2 Offentlig eller privat finansiering

Følgende instanser uttrykker tilslutning til forslaget om finansiering ved tilskudd fra de private tjenesteyterne eller mer generelt til prinsippet om at privat sektor selv bør finansiere utvidelsen: *Finansdepartementet*, *Sosial- og helsedirektoratet*, *Østfold fylkeskommune*, *Den norske lægeforening*, *Den norske tannlegeforening*, *Landsorganisasjonen i Norge* og *Universitetet i Bergen v/medisinsk fakultet*.

*Finansdepartementet* uttaler at privat finansiering vil kunne «være en hensiktsmessig løsning ved at den blant annet gir virksomhetene økonomiske incentiver til å unngå skader».

*Den norske lægeforening* har «ikke innvendinger til forslaget om finansiering gjennom en tilskuddsordning fra privat sektor».

*Den norske tannlegeforening* slutter seg til forslaget om finansiering ved tilskudd fra de private dersom NPE skal utvides til å omfatte privat sektor. Foreningen påpeker imidlertid at finansiering ved tilskudd fra helsepersonellet i privat sektor vil kunne medføre økte utgifter for helsepersonellet og dermed også økte honorarer for pasientene.

*Sosial- og helsedirektoratet* bemerker at kravet til rettsvern i en skadesammenheng er av større

betydning for pasientene enn en eventuell prisøkning.

*Fagforbundet og Norsk Thyreoideaforbund* peker også på at den foreslåtte tilskuddsordning vil kunne føre til at utgiftene for privat helsepersonell vil kunne øke og medføre prisøkning for pasientene, men uten å uttale seg nærmere om finansieringss spørsmålet.

*Norsk Kiropraktorforening* tar til etterretning forslaget om privat finansiering, men peker på at forebyggingshensynet ikke burde gjøre seg mer gjeldende overfor private enn offentlige. Det uttales videre at det fremstår som tilfeldig hvor grensen går med hensyn til om man må bidra til finansieringen eller ikke: privatpraktiserende helsepersonell med driftsavtale og som utløser trygde-refusjon må ikke bidra, mens helsepersonell som utløser trygde-refusjon uten å ha driftsavtale skal bidra.

*PRISY - Privatsykehusenes fellesorganisasjon* uttaler:

«PRISY er av den oppfatning at den foreslåtte utvidelsen av NPE vil medføre økt økonomisk belastning for private tjenesteytere. Det er usikkert hvor stort tilskuddet faktisk vil utgjøre for den enkelte virksomhet. Tilskuddet antas imidlertid å bli større enn dagens premier til forsikringsselskapene. Utvidelsen kan dermed gjøre det mindre attraktivt å etablere virksomhet i privat sektor.

Tilskuddet vil dessuten bli en driftskostnad på linje med andre produksjonskostnader, og vil dermed kunne medføre høyere behandlingspriser. Pasienter i privat sektor vil på denne måten kunne få økte utgifter til helsetjenester. Hensynet til pasientene taler derfor mot at utvidelsen finansieres på denne måten. Tilsvarende taler hensynet til å unngå konkurransevridning til fordel for offentlige helsetjenester.

PRISY mener at det i stedet bør gjennomføres en lovendring som gir privat helsepersonell muligheten til å velge (i) å være underlagt NPE eller (ii) å etablere en likeverdig privat ansvarsforsikring. Valgfriheten gir privat helsepersonell mulighet til å avtale seg frem til likeverdige ansvarsforsikringer, som kan være billigere enn å være underlagt NPE. Lavere driftskostnader vil igjen gi seg utslag på virksomhetens prisfastsettelse, i form av lavere honorarer. En slik lovendring vil således kunne være til fordel for både private helsepersonell og den enkelte pasient.»

*Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)* reiser

«spørsmål om ikke finansieringen mest hensiktsmessig bør gjennomføres ved statlig til-

skudd i kombinasjon med at egenandel belastes skadevolder».

NPE viser til at utgiftene ved utvidelsen vil bli beskjedne sammenlignet med dagens utgifter til NPE (under 3 prosent ut fra anslagene) og at statlig finansiering vil bringe utvidelsen på tryggere grunn i forhold til konkurranse-loven og EØS-reglene. Videre vises til at innføring av egenandel vil ivareta forebyggingsselementet som ligger i at de potensielle skadevoldere skal (bidra til å) finansiere ordningen, og til at det er vanskelig og tidkrevende å finne gode ordninger for beregning av differensiert tilskudd, samt at beregning og innkreving av tilskudd vil være en kostbar ordning som krever mye administrasjon. Endelig vises til at problemstillingene rundt de som ikke betaler tilskudd, elimineres.

*Bergen Kirurgiske Sykehus* uttaler:

«... Under forutsetning av at alle private sykehus behandles likt, uavhengig av eierforhold (stiftelser, ideelle organisasjoner og andre) har vi forståelse for at de privateide sykehusene må dekke en andel av kostnadene. Siden det er få og varierende antall pasienter, bør det antagelig skje ved en egenandel på skadeutbetaling, fremfor en fast årlig avgift.»

Med unntak av Den norske tannlegeforening mener de helsepersonellorganisasjoner som i utgangspunktet er i mot utvidelse av NPE-ordningen til å gjelde privat sektor, jf. punkt 4.2 ovenfor, at det offentlige bør finansiere en eventuell utvidelse. Dette gjelder *Norges Optikerforbund*, *Norges tannteknikerforbund* og *Norske Ortoptisters Forening*.

*Norges Optikerforbund* uttaler:

«Privat contra offentlig finansiering

Dersom ordningen overføres til NPE, vil NOF gå inn for en offentlig finansiering av NPE.

En rekke av de som tilhører offentlig sektor og i dag er omfattet av NPE har deltidsstillinger i privat sektor. Antallet kan være betydelig. Forslaget vil medføre problemer med å bestemme når plikten til å betale tilskudd til NPE inntrer og eventuelt i hvilken utstrekning tilskudd skal betales. En statlig finansiering vil bidra til å løse disse problemer. Dette taler for en offentlig finansiering.

Et argument departementet har anført til støtte for privat finansiering, er at det ut fra en rettferdsbetraktning synes rimelig at den som er årsak til skade også blir økonomisk ansvarlig. Det ligger en fare i at man med rimelighetsbegrunnelser bare begrunner en løsning, et resultat, med at «dette er rimelig» uten å foreta en konkret analyse i det enkelte tilfelle. Spørsmålene her er etter NOF's syn mellom hvem og i hvilket henseende det skal være likhet. NOF

vil hevde at årsaksspørsmålet ikke kan løsrives fra de øvrige vilkår for ansvar hva gjelder spørsmålet om rimelighet. Sett i forhold til andre private profesjonsutøvere i samfunnet, vil det således kunne hevdes at det er urimelig at privat helsepersonell nå skal arbeide under et strengere ansvarsgrunnlag enn tidligere. Denne urimelighet kan oppveies mot andre lettelser, eksempelvis at en ikke holdes økonomisk ansvarlig. Sett i forhold til helsepersonell i offentlig sektor, vil likhetsideen eksempelvis bli ivaretatt ved deres meget fordelaktige tilgang på pasienter. For pasientene spiller det ingen rolle hvilken finansieringsform som benyttes.

Når det gjelder prevensjonshensynet, er NOF av den oppfatning at det først og fremst må ivaretas i behandlingssituasjonen og at det der ikke er grunn til å skille mellom private og de som jobber for det offentlige. Det er NOF's oppfatning at prevensjonshensynet ivaretas i tilstrekkelig grad av forsvarlighetskravet i helsepersonelloven. NOF stiller seg således tvilende til at et forebyggingsperspektiv kan anføres til støtte for et privat finansieringsansvar.

#### *Konsekvenser for pasientene*

Dersom privat sektor blir pålagt tilskudd og dette tilskudd blir høyere enn dagens forsikringspremie, vil dette ramme pasientene ved at optikertjenester vil bli dyrere. Pasientene vil ikke kunne velge tjenesteyter i offentlig sektor, fordi et slik tilbud ikke finnes. For optikere vil utgiftsøkningen til dekning av pasientskader dersom løsningen blir slik departementet foreslår bli på hele 1000 prosent sammenlignet med dagens ordning. Siden mange virksomheter har en rekke optikere ansatt, vil det samlede tilskuddet under den ordning departementet går inn for ikke bli ubetydelig. Når pasientene ikke har muligheter til å unngå høyere honorar, taler hensynet til pasienten mot en lovpålagt tilskuddsordning.

#### *Administrative kostnader som følge av valg av finansieringsordning*

Selv om det antall helsepersonell departementet legger til grunn i høringsnotatet synes å være noe lavt i forhold til det reelle, er det hevet over tvil at den andelen helsepersonell som det nå foreslås å overføre til NPE-ordningen er ganske marginal sammenlignet med det totale antallet helsepersonell. Dette taler for en offentlig finansiering av ordningen, fordi en vil unngå fordyrende administrasjon. ...»

#### *Norske Ortoptisters Forening* bemerkter:

«En ortoptist som driver privat virksomhet gjør alt arbeid selv. Dermed blir de ikke naturlig å

skille mellom prevensjonshensynet i behandlingssituasjonen og i andre faser, herunder ved etablering av rutiner med mer. Det er NOF's oppfatning at prevensjonshensynet ivaretas i tilstrekkelig grad av forsvarlighetskravet i helsepersonelloven. NOF stiller seg således tvilende til at et forebyggingsperspektiv kan anføres til støtte for et privat finansieringsansvar.

Økonomien i en ortoptistpraksis er mager. En økt utgift for ortoptistene vil måtte belastes pasientene, som i første rekke er barn. Det vil ikke være mulig for pasientene å benytte offentlig tilbud, ettersom det er knapphet på ortoptister og kapasiteten er fullt utnyttet.»

### **6.3.3 Tilskudd fra privat sektor eller årsavgift for alt helsepersonell**

Som det fremgår i punkt 6.3.2 ovenfor om offentlig eller privat finansiering, har følgende instanser uttalt seg positivt til forslaget om finansiering ved tilskudd fra tjenesteyterne i privat helsesektor: *Finansdepartementet, Sosial- og helsedirektoratet, Østfold fylkeskommune, Den norske lægeforening, Den norske tannlegeforening, Landsorganisasjonen i Norge og Universitetet i Bergen v/medisinsk fakultet.* Departementet antar at uttalelsene stort sett må forstås som en tilslutning ikke bare til privat finansiering, men til forslaget om tilskudd fra tjenesteyterne i privat sektor i motsetning til mindre årlige bidrag fra alt helsepersonell, selv om dette ikke i alle tilfeller er spesielt kommentert.

*Den norske tannlegeforening* uttaler uttrykkelig at det ikke kan være riktig å pålegge personell i offentlig sektor å betale avgift for å finansiere utvidelsen av NPEs ansvar til å gjelde også privat sektor.

Flere andre helsepersonellorganisasjoner går derimot inn for en finansieringsløsning der alt helsepersonell pålegges å betale en liten årlig avgift.

*Norsk Kiropraktorforening* uttaler at dersom forebygging skulle være et sentralt formål, ville det være mer naturlig å pålegge alt autorisert helsepersonell en årlig avgift til dette formålet enn at bare helsepersonell i privat sektor skal betale tilskudd. Foreningen foreslår at Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAHF) administrerer en slik ordning ved bruk av allerede etablerte registre.

Under forutsetning av at utvidelsen av NPEs ansvar skal gjennomføres og det uten offentlig finansiering, mener *Norges tannteknikerforbund* og *Norges Optikerforbund* at det er bedre med en mindre årlig avgift for alt helsepersonell enn tilskudd bare fra helsepersonell i privat sektor. *Norges tannteknikerforbund* bemerkter at det tilskuddsbeløp

som er anslått i høringsnotatet er vesentlig høyere enn dagens forsikringspremie for tann teknikere.

*Norges Optikerforbund* uttaler:

«Dersom det vedtas en utvidelse av NPE med privat finansiering, vil NOF prinsipalt gå inn for en ordning hvoretter alt personell med autorisasjon eller lisens pålegges en særskilt avgift til finansiering av erstatningsordningen. Dersom en legger departementets beregninger til grunn, vil den årlige utgiften ved denne løsning bli[r] så liten at den nærmest vil bli ubetydelig for den enkelte. Med en slik ordning vil en unngå kostnadsdrivende opprettelse av nytt register og andre administrative kostnader knyttet til et skille. En vil unngå en problematisk grensdragning mellom offentlig og privat sektor og spørsmål om hvorledes betalingen skal være dersom en og samme person jobber dels i privat sektor, dels i offentlig sektor. Det urimelige for de offentlige ansatte oppveies ved deres ordninger med kanalisering av pasienter og at det er tale om en helt marginal avgift som ikke vil ha praktiske konsekvenser for den enkelte. Dersom alt personell pålegges en plikt som nevnt, vil resultatet bli økt bevisstgjøring hos den enkelte. Det blir også en bedre sammenheng i regelverket ettersom forsvarlighetskravet i helsepersonelloven hviler på den enkelte. Ordningen vil bli praktisk, enkel og billig.»

*Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)* stiller seg tvilende til mulighetene for å gjennomføre en rettferdig differensiering av tilskudd. Det pekes på at det er åpenbare forskjeller i risiko mellom ulike grupper helsepersonell, men at det dreier seg om

«små og ubalanserte risikoområder der faren for tilfældige og til dels store utslag er til stede i stor grad», og at det «vil ta mange år før NPE har et tilstrekkelig utsagnskraftig statistisk materiale til at det kan foretas en noenlunde korrekt differensiering».

NPE mener departementet har undervurdert utgiftene ved opprettelse og drift av et godt register som grunnlag for innkreving av tilskudd, og at det er lite rasjonelt om det må opprettes et nytt register for å administrere en tilskuddsordning. Det påpekes også at det er enklere å holde oppdatert et register over alt autorisert/lisensiert helsepersonell enn et register over bare helsepersonell i privat sektor. Videre vises til at mange arbeider både i privat og offentlig sektor samtidig, eller skifter mellom sektorene over tid. NPE tror en solidarisk ordning der alt helsepersonell med autorisasjon/lisens betaler en liten avgift vil være akseptabelt – særlig hvis NPE dekker fritidsskader, jf. også punkt 5.1 ovenfor om fritidsskader.

*Statens autorisasjonskontor for helsepersonell* tar ikke stilling til finansieringsspørsmålet, men bemerker at en ordning med en fast årlig avgift for alt helsepersonell vil være lettere å gjennomføre i praksis dersom man i fremtiden ønsker et system for rekvalifisering av helsepersonell.

**6.3.4 Tilskuddsberegning mv.**

Flere instanser understreker at dersom utvidelsen skal finansieres ved tilskudd fra de private, må tilskuddene differensieres etter risiko (skadefrekvens og mulige skadefølger) og/eller omfanget av den private virksomheten og eventuelt antall autoriserte som er ansatt i bedriften (hvis det er virksomheten som skal betale tilskudd). Dette gjelder *Finansdepartementet, Den norske tannlegeforening, Norges Optikerforbund, Norges tannteknikerforbund, Norske Ortoptisters Forening, Norsk Kiropraktorforening* og *Universitetet i Oslo v/odontologisk fakultet*.

#### 6.3.4 Tilskuddsberegning mv.

*Norges Optikerforbund* foreslår at yrkesorganisasjonene kan forestå registerføring og innkreving av tilskudd eller årsavgift både for medlemmer og ikke-medlemmer og uttaler følgende om tilskuddsfordeling:

«Dersom det vedtas en utvidelse av NPE-ordningen og privat finansiering, er det NOF's syn at tilskuddet må differensieres slik at det reflekterer den risiko vedkommende virksomhet representerer. I denne vurderingen bør det tas hensyn til både mulig skadefrekvens og mulige skadefølger. Den medisinske invaliditetsgrad en optiker kan forårsake er vesentlig lavere enn det eksempelvis en kirurg vil kunne forårsake. NOF foreslår at de ulike helsepersonellgrupper inndeles i tre kategorier etter hvilken risiko den aktuelle gruppe representerer. Inndelingen må baseres på dokumentert skadehistorikk og kan eksempelvis gjøres slik: Gruppe 1: Høy risiko for skade. Denne gruppen betaler det høyeste tilskuddet. Gruppe 2: Middels risiko for skade. Denne gruppen betaler et mellomstort tilskudd. Gruppe 3: Liten risiko for skade. Denne gruppen betaler et lite tilskudd. For optikerne er det i henhold til opplysninger fra Vesta forsikring pr dags dato ikke utbetalt noe under gjeldende ansvarsforsikring. Det naturlige ville således være å plassere optikerne i gruppe 3.»

*Norske Ortoptisters Forening* har tilsvarende synspunkter og tillegger:

*Norske Ortoptisters Forening* har tilsvarende synspunkter og tillegger:

«I tillegg til nevnte inndeling bør hver av gruppene inndeles i to: De som har mer og de som har mindre enn 50 prosent stilling i privat sektor. På den måten unngår man det urimelige i at en ortoptist som kun arbeider i 10 prosent stilling i privat sektor betaler like mye som en med 100 prosent stilling i privat sektor.»

*Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)* uttaler at det er vanskelig å finne gode ordninger for beregning av differensiert tilskudd, og at det vil ta mange år før man har tilstrekkelig grunnlag for dette, jf. også punkt 6.3.3 ovenfor. NPE peker videre på at det er uklart hva det siktes til med «fullfinansiering av helsepersonell og virksomheter». Beregning og innkreving vil bli svært komplisert hvis både personell og virksomheter skal avkreves tilskudd. Det vises til at mange private helsevirksomheter arbeider for en del på oppdrag for helseforetakene, og at beregningen av tilskudd må gjøres på grunnlag av bare den private delen av virksomheten dersom man skal etablere et rettferdig differensiert tilskuddssystem. NPE foreslår at kun helsepersonell avkreves tilskudd.

*Finansdepartementet* uttaler:

«For å bidra til at de enkelte virksomheter i privat helsesektor betaler en avgift som gjenspeiler risikoen i virksomheten, vil det for øvrig være hensiktsmessig å differensiere avgiften mellom ulike risikogrupper av virksomheter. Når det gjelder hvordan avgiften skal beregnes, antar Finansdepartementet at det er hensiktsmessig at avgiften dekker antatt erstatningsansvar som oppstår i løpet av en gitt periode (for eksempel ett år). For å gi særlige incentiver til å redusere risikoen i det enkelte helseforetak, bør en vurdere å lage en basisstruktur, som senere (i lys av erfaringer) oppjusteres eller nedjusteres for det enkelte helseforetak i lys av observerte skader/utbetalinger».

Enkelte instanser har bemerkninger vedrørende andre sider ved beregningen av tilskuddene.

*Den norske Lægeforening, Den norske tannlegeforening og Norsk Kiropraktorforening* mener tilskuddene bør fastsettes på en slik måte at det gir forutberegnelighet for helsepersonellet og at tilskuddet gjøres så jevnt som mulig over tid.

*Sosial- og helsedirektoratet og Universitetet i Bergen v/Medisinsk fakultet* slutter seg til forslaget om en aktuarbasert beregning av tilskuddene.

*Østfold fylkeskommune* mener at tilskuddet som betales av fylkeskommunen til NPE bør omfatte all virksomhet utført ved de offentlige tannklinikene, også når personalet leier klinikkene til privat praksis, ellers vil kanskje en del tannleger avstå fra slik ønskelig virksomhet.

*Norske Ortoptisters Forening og Norges Optikerforbund* reiser spørsmål om det er det enkelte helsepersonell med autorisasjon som er pliktsubjekt etter den foreslåtte tilskuddsbestemmelsen eller om plikten påligger den virksomhet/organisasjon der vedkommende arbeider. Det pekes på at begrepet «privat tjenesteyter» bør forklares nærmere.

Om høringsuttalelser som knytter seg til tilskuddsplikt for apotek, se punkt 5.3 ovenfor.

### 6.3.5 Egenandeler

En del høringsinstanser har synspunkter på om det bør innføres egenandeler ved erstatningsutbetalinger for helsepersonell i privat sektor. Enkelte andre uttaler seg bare om størrelsen på eventuelle egenandeler.

*Finansdepartementet* mener en bør vurdere spørsmålet om egenandeler nærmere idet «egenandeler vil gi økonomiske incentiver til å unngå skader og kan bidra til å redusere administrative kostnader».

*Sosial- og helsedirektoratet* mener det bør vurderes å innføre egenandeler for privat helsepersonell idet det kan oppleves som urimelig at helsepersonell som påfører pasientene skader har de samme kostnader knyttet til ordningen som de som ikke påfører pasientene skader. Det uttales også at bruk av egenandeler kan være et virkemiddel for å hindre misbruk av ordningen, og at det i det minste bør vurderes en egenandel på størrelse med dagens (i forbindelse med flere av de private forsikringsordningene), 6 000 kroner.

*Tannlegeforeningen* mener det vil være riktig å fastsette en egenandel på størrelse med den som i dag gjelder i ansvarsforsikringen, for at det årlige tilskuddet til NPE skal bli lavere og på grunn av den forebyggende effekt det vil ha at det helsepersonell som forårsaker skaden pålegges å betale en del av skadeoppgjøret.

*Landsorganisasjonen i Norge* mener også at helsepersonell og virksomheter i privat sektor bør betale egenandel ved erstatningsutbetalinger på grunn av den forebyggende effekt det kan ha.

*Norske Ortoptisters Forening* mener de virksomheter som volder skade bør betale egenandel i og med at det vil bidra til økt differensiering, slik at den som volder mest skade bidrar mest. Størrelsen på egenandelen bør være 50 000 kroner. *Norges Optikerforbund* mener det bør innføres egenandel av samme grunn, men foreslår et beløp på 10 000 kroner.

*Norsk Kiropraktorforening* aksepterer prinsippet om egenandeler og det foreslåtte beløp. Det uttales at egenandelen i privat sektor bør være



forholdsvis lav, men at «en for lav egenandel kan virke kontraproduktivt i forhold til å forebygge skader».

*Norges tannteknikerforbund* mener at en eventuell egenandel ikke bør ligge høyere enn dagens egenandeler i tilknytning til ansvarsforsikring.

*Østfold fylkeskommune* uttaler at dersom egenandeler innføres, bør de settes forholdsvis lavt, som antydnet i høringsnotatet.

*Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)* mener egenandeler vil kunne «være nødvendig av hensyn til den alminnelige rettsfølelse (ansvarsprinsippet)» dersom man går inn for en statlig finansiering, jf. punkt 6.3.2 ovenfor. NPE ser heller ikke bort fra at egenandeler kan ha en viss innvirkning på helsepersonells bevissthet rundt pasientsikkerhet og skadeforebyggelse. Det uttales at egenandelen ikke bør være så stor at helsepersonell tegner forsikring mot eventuelle egenandeler, for da blir mye av hensikten med egenandelen borte. Passende beløp i privat sektor kan være minimum 5 000 kroner pr. skadetilfelle, muligens høyere for enkelte grupper for å oppnå en differensiering, men ikke høyere enn 10 000 kroner. Et beløp på 5 000 kroner harmonerer også med lovens regel om at NPE ikke dekker skader under 5 000 kroner.

## 6.4 Departementets vurdering og forslag

### 6.4.1 Valg av finansieringsordning

Departementet har i lys av høringsuttalelsene på ny vurdert de tre omtalte finansieringsmåtene. Departementet fastholder forslaget om at utvidelsen av NPEs ansvar til å omfatte pasientskader utenfor den offentlige helsetjenesten finansieres ved tilskudd fra de aktuelle tjenesteyterne.

Offentlig finansiering ville ha den fordel at man slapp å administrere en tilskuddsordning, men departementet legger til grunn at administrasjonsarbeidet ikke vil bli av et slikt omfang at dette tilsier at det offentlige dekker utgiftene til sikring av pasientskader i privat helsesektor.

Departementet finner det naturlig at tjenesteyterne i privat sektor selv finansierer sikringen av erstatningskrav ved pasientskader oppstått i forbindelse med deres virksomhet. Denne løsningen ble valgt da pasientskadeloven ble vedtatt, men da i form av en plikt til å tegne privat forsikring. Departementet mener at saken ikke stiller seg vesentlig annerledes selv om kravene nå foreslås utredet og dekket av NPE. Bakgrunnen for de foreslåtte endringer er at det ikke har vært mulig å gjennomføre den vedtatte ordningen på grunn av

manglende interesse i forsikringsbransjen for å gi slik forsikring, jf. punkt 2 og 3 ovenfor. Departementets forslag har fått bred tilslutning i høringen, selv om noen instanser ut fra ulike hensyn går inn for andre løsninger.

Departementet antar videre at valg av finansieringsmåte vil kunne ha en viss betydning hva gjelder skadeforebyggelse, og viser i den forbindelse også til begrunnelsen for at finansieringssystemet for NPEs ansvar for den offentlige helsetjenesten er omlagt, jf. punkt 6.1.2 ovenfor.

En finansieringsmodell der alt helsepersonell med autorisasjon eller lisens skulle betale en liten årsavgift uavhengig av om de er sysselsatt i privat sektor eller ikke, ville kunne ha visse fordeler. Som ved offentlig finansiering ville man slippe en del avgrensingsproblemer, beregning av differensierte tilskudd mv. Man ville derimot ikke unngå administrering av innbetalinger, og antallet innbetalinger ville bli mange ganger større enn ved tilskudd bare fra de private tjenesteyterne selv. For helsepersonell som ønsker dekning av fritidsskader, ville det antagelig være akseptabelt å betale en liten årsavgift selv om den ville bidra til å finansiere mer enn fritidsskadene. Men i forhold til helsepersonell som ikke er sysselsatt i privat helsesektor og som ikke har behov for dekning av fritidsskader, antar departementet at det ville virke unaturlig om de skulle bidra til å finansiere NPEs ansvar for skader oppstått i privat helsesektor. Det ville kunne stille seg annerledes dersom man hadde et system med årlige avgifter fra alt helsepersonell som skulle bidra til dekning av kostnadene ved ulike offentlige ordninger knyttet til helsepersonells virksomhet, slik at bidrag til NPE kunne inngå som en naturlig del i dette.

Når departementet har falt ned på finansiering i form av tilskudd fra de private tjenesteyterne, har dette også sammenheng med vurderinger av EØS-rettslige spørsmål knyttet til offentlig støtte og konkurranseregler. Departementet vurderer det dit hen at den løsning som foreslås ikke er i strid med de regler og prinsipper som gjelder på disse områdene.

Ved offentlig finansiering ville tjenesteyterne få en økonomisk fordel ved at de slapp å betale forsikringspremie eller på annen måte bidra økonomisk til sikring av erstatningskrav ved pasientskade. Denne fordel ville muligens bli å anse som offentlig støtte etter EØS-avtalens regler. Offentlig støtte er ulovlig hvis den virker eller har potensiale til å virke konkurransevridende og påvirker samhandelen mellom EØS-landene. Det kan ikke utelukkes at fordelene ville rammes av disse reglene, som praktiseres strengt. Det synes

nærmest å være en presumsjon for at støtte er eller kan være konkurransevridende dersom mottageren opererer i et marked hvor det også er aktører som ikke mottar samme støtte. Beløp under 100 000 euro til den enkelte støttmottager over en periode på tre år anses ikke som ulovlig støtte. Dette unntaket ville sannsynligvis komme til anvendelse for de fleste tjenesteyterne i privat helsesektor selv om støtte fra ulike støttegivere skal ses i sammenheng. Imidlertid ville det innebære betydelig administrasjonsarbeid å undersøke med mottagerne om de har mottatt annen støtte slik at grensen totalt overskrides. Slik undersøkelse er påkrevet i henhold til det aktuelle regelverk.

Flere høringsinstanser har pekt på faren for økte utgifter ved en plikt til å betale tilskudd til NPE.

Departementet bemerker at det er umulig å si noe sikkert om hvilke beløp som må betales i tilskudd. Det foreligger ikke sikre opplysninger verken om antall virksomheter som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten, antall helsepersonell som er sysselsatt i virksomhetene, eller annen oversikt over omfanget av slik virksomhet. Det finnes heller ikke tilgjengelig informasjon om skaderisiko eller skadefrekvens. Videre foreligger ikke samlede opplysninger om erstatningsutbetalinger under de forsikringer helsepersonell er forpliktet til å ha etter helsepersonelloven § 20. De opplysninger som foreligger gjelder dessuten erstatning på annet ansvarsgrunnlag enn pasientskadelovens.

Noen overslag over antall helsepersonell i privat sektor, mulige erstatningsutbetalinger og tilskudd ble presentert i høringsnotatet, jf. punkt 6.2.2 ovenfor.

Ut fra de opplysninger som har fremkommet under høringen, ser det imidlertid ut til at antallet helsepersonell i privat virksomhet er betydelig større enn det som ble lagt til grunn i høringsnotatet, kanskje mer enn det dobbelte. Det vil si at skadeomfanget trolig vil bli større enn anslått i høringsnotatet. Dessuten har Pasientskadenemnda påpekt at erstatningsutbetalingene ved overgang til objektivisert ansvarsgrunnlag sannsynligvis vil øke mer enn det som ble lagt til grunn i høringsnotatet. På den annen side vil det bli langt flere å fordele utgiftene på ved tilskuddsberegningen.

Departementet antar at tilskuddene til NPE vil kunne bli større enn premiene knyttet til dagens ansvarsforsikringer, særlig for visse grupper som i dag har lav forsikringspremie. Det må likevel legges til grunn at økningen i utgifter for de private tjenesteyterne, sammenlignet med dagens for-

sikringspremier, beløpsmessig ikke vil være av en slik størrelse at det vil medføre en nevneverdig belastning for virksomhetene og deres lønnsomhet. Departementet mener det bør foretas en viss differensiering av tilskuddene ut fra virksomhetenes omfang og skaderisiko, jf. punkt 6.4.2.2 nedenfor. I den grad kostnadsøkningen vil bli overført på pasientene i form av økte honorarer, må det antas å ville gi en helt ubetydelig belastning for den enkelte pasient.

Det bemerkes for øvrig at utgiftsøkningen vil ha sammenheng med det utvidede ansvarsgrunnlaget som følger av de allerede vedtatte prinsippene i pasientskadeloven. Den forventede utgiftsøkningen har derfor sammenheng med at pasientenes erstatningsrettslige vern blir vesentlig forbedret. Det er grunn til å tro at økning i forsikringspremien også ville blitt resultatet dersom det hadde vært mulig å sette loven i kraft slik den lyder, med sikring av erstatningskravene via privat forsikring på pasientskadelovens vilkår.

Plikten til å betale tilskudd etter lovforslaget § 8 gjelder i utgangspunktet alle som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten i former som omfattes av lovens § 1, herunder private sykehus og apotek og privatpraktiserende helsepersonell som er ansatt i eller driver virksomhet i ulike former, og personer med autorisasjon eller lisens som helsepersonell som yter helsehjelp sporadisk i fritiden.

Nærmere regulering av hvem som har plikt til å betale tilskudd og nærmere utformingen av tilskuddsordningen for øvrig vil måtte fastsettes i forskrift. I punkt 6.4.2 nedenfor omtales enkelte prinsipper som departementet mener bør legges til grunn ved utformingen. Enkelte spørsmål knyttet til regress og straff er dessuten omtalt i punkt 7 nedenfor.

Om finansiering av erstatningsutbetalinger knyttet til pasientskader voldt i fritiden, se punkt 5.1.3 ovenfor.

Dersom forslagene i denne proposisjonen blir vedtatt, bør det foretas en evaluering når pasientskadeloven har vært i kraft for privat helsesektor i noen år. I den sammenheng bør man særlig se på hvordan den foreslåtte tilskuddsordningen fungerer.

## **6.4.2 Nærmere om tilskuddsordningen**

### *6.4.2.1 Pliktsubjekt*

Nærmere regler for tilskuddsordningen vil måtte fastsettes i forskrift i medhold av § 8 annet ledd i departementets lovforslag.

Her redegjøres for noen prinsipper departementet mener bør legges til grunn ved utforming av ordningen.

Helsehjelp ytes i ulike foretaksformer, og foretakenes virksomhet varierer svært i art og omfang. Dette bør i noen grad reflekteres i utforming av tilskuddsordningen.

Tilskuddsplikten kan utformes slik at den påligger de virksomheter (foretak) som yter helsetjenester, og slik at det tilskuddet virksomheten betaler omfatter all helsehjelp som ytes i regi av virksomheten eller all helsehjelp som ytes av de personer som er tilknyttet virksomheten. Alternativt kan tilskuddsplikten legges på det enkelte helsepersonell uavhengig av i hvilken foretaksform helsehjelpen ytes.

Departementet antar at det vil være mest hensiktsmessig som hovedregel å legge plikten til å betale tilskudd på virksomhetsnivå (foretaksnivå). En slik løsning vil medføre at det blir færre tilskuddspliktige å forholde seg til, og samsvarer godt med pasientskadelovens objektiviserte ansvarsgrunnlag som omfatter svikt ved ytelse av helsehjelp uavhengig av om noen enkeltperson kan lastes.

Dersom tilskuddsplikten legges på virksomhetsnivå, vil virksomheten være rette vedkommende for eventuell regress som følge av manglende tilskuddsbetaling. Regress mot den som har voldt skade forsettlig, vil derimot kunne være aktuelt (også) mot det skadevoldende helsepersonell personlig. Hvis tilskuddsplikten ligger på virksomhetsnivå, bør en eventuell plikt til å betale egenandel som utgangspunktet også ligge på virksomhetsnivå.

Helsepersonell med autorisasjon eller lisens som ikke er sysselsatt verken i den offentlige helsetjenesten eller i privat helsesektor, vil være personlig ansvarlig for å betale tilskudd hvis dette er aktuelt, jf. punkt 5.1.3 ovenfor. Det samme gjelder ansvar for eventuell regress og betaling av egenandel.

Som omtalt i punkt 5.1.3 ovenfor, antar departementet at de tilskuddene som skal betales av privat virksomhet, bør beregnes slik at de også dekker den helsehjelp de ansatte/sysselsatte eventuelt yter sporadisk til venner og kjente i fritiden, slik at helsepersonellet ikke behøver å betale et eget tilskudd selv om de også yter noe helsehjelp på fritiden. Videre antar departementet at de tilskudd de regionale helseforetakene, kommunene og fylkeskommunene betaler, likeledes bør dekke fritidsskader voldt av ansatte/sysselsatte i den offentlige helsetjenesten. Dette har sammenheng med at fritidsskader må antas å oppstå sjelden, og at det ville

være lite håndterbart med små innbetalinger fra svært mange.

For å holde antallet tilskuddspliktige nede, kan det også vurderes om det tilskuddet et privat foretak betaler, ikke bare skal omfatte dette foretakets virksomhet og den helsehjelp de ansatte/sysselsatte yter i fritiden, men all helsehjelp de ansatte/sysselsatte i virksomheten yter utenfor den offentlige helsetjenesten, herunder virksomhet som selvstendig næringsdrivende.

*Østfold fylkeskommune* mener det tilskuddet fylkeskommunene betaler til NPE bør dekke all virksomhet utført ved de offentlige tannklinikkene, også når klinikken leies av de ansatte til bruk i privat virksomhet. Departementet ser at dette ville være en forenkling, men vil neppe gå inn for en slik løsning i forbindelse med forskriftsarbeidet vedrørende tilskuddsordningen. Helsepersonell som per i dag driver privat virksomhet i fylkeskommunens lokaler, har plikt til å ha forsikring etter helsepersonelloven § 20. Departementet kan ikke se at saken stiller seg vesentlig annerledes når forsikringsplikten etter helsepersonelloven § 20 avløses av NPE-ordningen.

#### 6.4.2.2 Beregning av tilskuddsbeløp

Nærmere regler for tilskuddsordning vil, som nevnt, måtte fastsettes i forskrift.

Som nevnt i punkt 6.4.1 ovenfor, mener departementet det bør legges opp til differensiering av de beløp som skal betales i tilskudd. Det er rimelig at de virksomhetene der det er størst risiko for å volde skade, og særlig skade som medfører de største økonomiske tapene, betaler mest. Dette kan deles i to hovedfaktorer: virksomhetens omfang og virksomhets art. Det er naturlig at en virksomhet der helsehjelp gis av mange, betaler større tilskudd enn en virksomhet der helsehjelp gis av bare en eller noen få. Det er også naturlig at virksomhet som yter helsehjelp som etter sin art innebærer en relativt sett stor risiko for skade, betaler større tilskudd enn de som driver virksomhet av en art som erfaringsmessig medfører få og små skader.

Det vil antagelig ikke være praktisk mulig å gjennomføre en nøyaktig differensiering etter antall personer som er sysselsatt i virksomheten og årsverk de representerer. Departementet antar derfor at det kan være aktuelt å opprette et par størrelseskategorier etter antall årsverk eller antall sysselsatte med autorisasjon/lisens, eller ut fra virksomhetens omsetning. Der et foretak driver virksomhet som dels faller innenfor den offentlige helsetjenesten og dels utenfor, må utgangspunktet

være at kun den delen som faller utenfor den offentlige helsetjenesten, legges til grunn ved beregningen av det tilskudd virksomheten skal betale.

Tilsvarende vil det kunne være aktuelt med et fåtall kategorier ut fra arten av virksomhet relatert til skadepotensiale. Som et eksempel kan nevnes at virksomheter som driver med kirurgi, sannsynligvis vil falle i kategorien med høyest skadepotensiale. Kategoriseringen etter skadepotensiale vil måtte være ganske grov, iallfall til å begynne med. Når NPE etter noen år har mer erfaring å bygge på, vil det muligens være aktuelt med en justering av kategoriene.

Det må i forbindelse med forskriftsarbeidet og fastsettelsen av tilskuddskategorier vurderes om den som bare yter helsehjelp i fritiden utenfor virksomhet, og som ikke er sysselsatt verken i den offentlige helsetjenesten eller i privat helsevirksomhet, skal betale tilskudd, og i så fall om det bør være en egen kategori eller inngå i den laveste ordinære kategorien. Se for øvrig punkt 5.1.3 ovenfor.

Tilskuddsberegningen for den enkelte virksomhet vil måtte bygge på opplysninger gitt av virksomhetene. Omfattende etterprøving av opplysningene ville bli arbeidskrevende og dermed kostbart. Det vil kunne være aktuelt med delvis regress mot en virksomhet dersom det i forbindelse med en skadesak viser seg at virksomheten har gitt feil opplysninger om virksomhetens art og/eller omfang og dermed har betalt lavere tilskudd enn det som ville vært korrekt.

Innbetalingene fra tjenesteyterne skal dekke erstatningsutbetalinger, herunder advokatutgifter, samt NPEs utgifter til behandling av erstatningskrav og administrering av tilskuddsordningen og Pasientskadenemndas utgifter til klagebehandling.

Utgiftene vil variere fra år til år. Den årlige innbetalingen av tilskudd kan beregnes på ulike måter. En mulighet er at tilskuddene fastsettes ut fra antatte utgifter som påløper til betaling i angjeldende år. Denne modellen innebærer at de tilskuddene NPE krever inn, vil kunne variere mye fra år til år, avhengig av hvor store erstatningsutbetalinger som ventes hvert enkelt år. Dette gjør seg særlig gjeldende i og med at det er relativt få tilskuddspliktige å fordele utgiftene på, slik at en uvanlig stor utbetaling vil kunne gi et betydelig utslag. Et alternativ er at tilskuddene fastsettes ut fra antatte utgifter som forfaller til betaling over en lengre periode, fordelt jevnt utover perioden. Med en slik beregningsmåte vil man kunne unngå store svingninger i tilskuddene fra år til år, og den vil således gi større grad av forutberegnelighet for tjenesteyt-

erne. De høringsinstanser som har uttalt seg om spørsmålet, synes å foretrekke en beregningsmodell som medfører et relativt jevnt og forutsigbart tilskuddsnivå. Departementet ser at dette vil være en fordel for tjenesteyterne, men foretar ikke nå en nærmere vurdering av hvilke løsning som totalt sett er mest hensiktsmessig. Dette er et spørsmål som det må tas stilling til i forbindelse med iverksettelse av ordningen. Uansett hvilken beregningsmåte som legges til grunn, vil det være aktuelt med en justering når man etter noen år får erfaring med ordningen.

De første årene vil utgiftene til erstatningsutbetalinger trolig ligge lavere enn et normalår på grunn av den tid det tar å klarlegge og melde skader og den tid som medgår til å behandle et erstatningskrav, samt at det vil ta noe tid før den nye ordningen blir kjent for pasientene. Kostnadene ved å lage et system for beregning, fordeling og innkreving av tilskudd og å opprette et register over de tilskuddspliktige tjenesteyterne vil påløpe i forbindelse med oppstarten. Senere år vil utgiftene til administrering av tilskuddsordningen først og fremst være knyttet til beregning og innkreving av tilskudd og oppdatering av registeret.

#### 6.4.2.3 Organisering av tilskuddsordningen

Administrasjon av tilskuddsordningen bør etter departementets vurdering legges til NPE, jf. punkt 4.3 ovenfor.

Departementet foreslår at ordningen organiseres slik at den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten, pålegges en plikt til å melde fra til NPE om virksomhetens art og omfang, jf. lovforslaget § 8 første ledd. Plikten aktiveres i forbindelse med lovens ikrafttredelse og ved endringer i virksomhetens art og omfang som har betydning i forhold til tilskuddsberegning samt ved oppstart av ny virksomhet. Meldeplikten bør antagelig påhvile virksomheten/foretaket, jf. punkt 6.4.2.1 ovenfor. Meldeplikten bør også omfatte personer med autorisasjon/lisens som helsepersonell som yter helsehjelp på fritidsbasis, dersom disse skal betale tilskudd, jf. punkt 5.1.3 og 6.4.2.1 ovenfor.

På grunnlag av de mottatte meldingene må det utarbeides et register over tjenesteyterne. Registeret må innrettes i samsvar med personopplysningsloven. Tilskuddene beregnes på grunnlag av de opplysninger som er gitt, og krav om betaling av tilskudd sendes ut. I kravet bør det antagelig opplyses at feilaktige opplysninger som har ført til krav om for lavt tilskudd, og/eller manglende innbetaling av tilskudd, vil kunne føre til at det søkes

regress ved en eventuell erstatningsutbetaling, samt at slike forhold er straffbelagt. Ikke minst bør fullstendig manglende melding være grunnlag for regress og straff. Det vises til lovforslaget § 4 tredje ledd tredje punktum og § 8 tredje ledd.

Nærmere bestemmelser om tilskuddsordningen vil måtte fastsettes i forskrift.

Departementet understreker at det må gis god informasjon om at NPE-ordningen utvides til å gjelde også utenfor den offentlige helsetjenesten, slik at de tilskuddspliktige blir oppmerksomme på melde- og tilskuddplikten, og hva dette innebærer for dem. Det bør informeres om ordningen på helsemyndighetenes og NPEs internetsider samt ved utstedelse av autorisasjon og lisens. Ved innføring av ordningen vil det være aktuelt med informasjon via helsepersonellorganisasjonenes medlemsblader og lignende.

#### 6.4.3 Egenandeler

Forskriftshjemmelen i lovens nåværende § 7 tredje ledd til å fastsette at skadevolder skal betale egenandel ved erstatningsutbetalinger, omfatter «skadevolder som er dekket av Norsk Pasientskadeerstatning». Slik loven lyder i dag gjelder dette den offentlige helsetjenesten, jf. § 6 første ledd. Der som loven endres som foreslått i denne proposisjonen, vil også private tjenesteytere være dekket av NPE, jf. lovforslaget § 6 første ledd og § 8.

Bestemmelsen om egenandel foreslås flyttet til ny § 6 a, og vil omfatte skadevoldere både i og utenfor den offentlige helsetjenesten.

Også bestemmelsen i forskrift 20. desember 2002 nr. 1625 om Norsk Pasientskadeserstatning og Pasientskadenemnda § 18 vil omfatte skadevoldere i privat sektor når loven og forskriften settes i kraft også utenfor den offentlige helsetjenesten. Det vil således være opp til departementet å fastsette om det skal betales egenandel, og i så fall med hvilke beløp.

Det bemerkes for øvrig at de nevnte bestemmelsene tolkes slik at egenandel kan kreves av den ansvarlige for virksomheten der skaden er oppstått. Selv om begrepet «skadevolder» er brukt i bestemmelsene, er det ikke nødvendig å utpeke en eller flere bestemte personer som direkte skadevolder(e) for så å rette egenandelkravet mot denne/disse. Det vises til Ot.prp. nr. 74 (2002-2003) om lov om endringer i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven) punkt 7.4 (side 25-26) vedrørende egenandeler for den offentlige helsetjenesten der det uttales at egenandelen vil bli dekket av «den ansvarlige for virksomheten». Det heter videre:

«Selv om motivasjonen hos helsepersonellet ikke påvirkes av risikoen for eventuelle egenandeler, anser departementet at egenandeler til en viss grad kan øke motivasjonen for å skape gode rutiner i helseinstitusjoner.»

## 7 Helsepersonelloven § 20 og sanksjoner ved pliktbrudd m.m.

Det er i punkt 3 ovenfor redegjort for forsikringsplikten etter helsepersonelloven § 20.

I høringsnotatet ble det foreslått at helsepersonelloven § 20 om forsikringsplikt i forbindelse med privat virksomhet oppheves dersom NPE overtar ansvaret også for privat sektor. Forsikringsplikten ble foreslått erstattet med plikt til å melde fra og betale tilskudd til NPE og kun nedfelt i pasientskadeloven.

Få høringsinstanser har kommentert dette. *Sosial- og helsedirektoratet* har foreslått at plikten til å betale tilskudd til NPE hjemles i helsepersonelloven i tillegg til pasientskadeloven, fordi dette vil bidra til å sikre overholdelse av tilskuddsplikten og fordi det vil gi helsemyndighetene anledning til å bruke de virkemidler som ligger i helsepersonellovens bestemmelser ved brudd på plikten.

På denne bakgrunn har departementet kommet til at helsepersonelloven § 20 ikke bør oppheves, men heller endres. Den endrede bestemmelsen bør fastslå plikten til å melde fra om virksomheten og betale tilskudd til NPE.

Dette vil være en dobbeltregulering sett i sammenheng med pasientskadeloven, men departementet antar at en forankring av plikten også i helsepersonelloven vil kunne bidra til større grad av overholdelse av tilskuddsplikten. I og med at svært mange plikter og ansvar i tilknytning til helsepersonells virksomhet er regulert i helsepersonelloven, er det naturlig at også denne plikten fremgår av helsepersonelloven. En bestemmelse i helsepersonelloven vil bidra til at helsepersonell lettere blir kjent med plikten.

Den omstendighet at plikten er fastsatt i helsepersonelloven vil også innebære at lovens reaksjonssystem vil kunne komme til anvendelse.

Om det er aktuelt med reaksjon i form av advarsel eller tilbakekall av autorisasjon ved brudd på melde- og/eller tilskuddsplikten, må vurderes i forhold til hvem plikten påligger, jf. punkt 6.4.2.1 ovenfor, og eventuelt nærheten mellom virksomhetens ledelse og det enkelte helsepersonell. Tilbakekall av autorisasjon vil neppe være aktuelt med mindre plikten er brutt over et lengre tidsrom

og/eller vedkommende allerede har fått en advarsel for forholdet.

Når det gjelder straff, vil det kunne være aktuelt med foretaksstraff, jf. straffeloven kapittel 3 a.

Strafferammen i helsepersonelloven § 67 om straff ved brudd på lovens bestemmelser er den samme som i pasientskadeloven nåværende § 8 tredje ledd om straff for manglende oppfyllelse av forsikringsplikten, nemlig bøter eller fengsel inntil tre måneder.

Straffebestemmelsen i pasientskadeloven foreslås tilpasset de øvrige foreslåtte endringer, men strafferammen foreslås ikke endret, jf. lovforslaget § 8 tredje ledd. En tilsvarende straffebestemmelse tas inn i lovforslaget § 8 a tredje ledd i tilfelle det blir aktuelt å fastsette at det skal tegnes forsikring i medhold av § 8 a første ledd.

Skyldkravet etter helsepersonelloven er grov uaktsomhet eller forsett. I pasientskadeloven nåværende § 8 tredje ledd er skyldkrav ikke angitt. Etter gjeldende strafferett beror det da på en konkret vurdering av om hensynet til lovens effektivitet tilsier at også uaktsom overtredelse er straffbar (effektivitetsprinsippet). I den nye straffeloven (lov 20. mai 2005 nr. 28 om straff), som foreløpig ikke er satt i kraft, er det fastsatt at straffelovgivningen bare rammer forsettlig lovbrudd med mindre annet er bestemt.

I og med at pasientskadeloven foreløpig bare er trådt i kraft for den offentlige helsetjenesten, har man ingen erfaring med straffesaker etter lovens straffebestemmelse. Departementet er i tvil om det er behov for å fastsette at også uaktsomme overtredelse skal være straffbare, og spørsmålet har ikke vært på høring. Departementet foreslår på denne bakgrunn at det nå angis forsett som skyldkrav for at det ikke skal være tvil om skyldkravet.

Regress er en reaksjon av en annen karakter enn så vel straff som reaksjoner etter helsepersonelloven. Departementet foreslår at pasientskadeloven § 4 tredje ledd tredje punktum videreføres, men endres for å reflektere endringen fra forsikringsplikt til plikt til å betale tilskudd. Skadevolder som ikke har betalt tilskudd blir da økonomisk ansvarlig for skade vedkommende har voldt, men

ikke har bidratt til lovbestemt økonomisk sikring av. Skadevolderens stilling ville langt på vei være den samme dersom NPE ikke hadde ansvaret for utbetaling av erstatning i slike tilfeller, men kravet måtte rettes direkte mot skadevolderen. Den skadelidtes stilling blir imidlertid vesentlig bedret med lovens ordning. Det vil også være rimelig overfor de tjenesteytere som har betalt tilskudd til

NPE at det søkes regress overfor de som har unnlatt å bidra til finansieringen av ordningen, men som forårsaker erstatningsutbetalinger. Praktisering av regressadgangen overfor skadevoldere som ikke har oppfylt melde- og/eller tilskuddsplikten, vil være et viktig virkemiddel for å sikre stor grad av oppfyllelse. Det vises også til punkt 4.3 ovenfor.

## 8 Økonomiske og administrative konsekvenser

Departementets forslag vil innebære at flere erstatningskrav skal behandles av Norsk Pasientskadeerstatning (NPE), og eventuell erstatning i disse sakene skal utbetales av NPE. Det vil således bli en økning i NPEs utgifter til så vel erstatningsutbetalinger, herunder advokatutgifter, som saksbehandling/drift.

Pasientskadenemnda som er klageinstans, vil også få noe økt saksmengde. I perioden 2004-2005 ble rundt en tredjedel av NPEs avgjørelser påklaget til nemnda.

I tillegg kommer utgifter til administrering av den foreslåtte tilskuddsordningen. Departementet foreslår at administrasjonsarbeidet legges til NPE. Særlig i oppstarten vil det bli et betydelig arbeid med oppbygging av et system, registrering av meldinger om virksomhet i privat sektor og plassering i tilskuddskategori ut fra virksomhetens omfang og skaderisiko. Både innledningsvis og årlig vil det bli arbeid med beregning av de beløp som skal innkalles for det aktuelle år, fordeling av beløpene på de tilskuddspliktige med en viss differensiering etter virksomhetenes omfang og risiko, registrering av innbetalinger samt eventuelt innkrevingsaker ved manglende betaling. Meldinger om endringer i virksomhetens art og omfang må også registreres.

Som det fremgår i punkt 6.4.1 ovenfor, foreslår departementet at de økte utgiftene for NPE og Pasientskadenemnda dekkes av tjenesteyterne i privat helsesektor. Det foreslås en ordning med årlige tilskudd. I tillegg kan det være aktuelt å pålegge egenandeler, jf. punkt 6.4.3 ovenfor. Ved manglende oppfyllelse av tilskuddsplikten vil det være grunnlag for regress. Det samme gjelder ved forsettlige skadeforvoldelse.

De utgifter som skal dekkes av de private tjenesteyterne er så vel erstatningsutbetalinger, herunder advokatutgifter, som kostnader ved behandlingen av erstatningskrav og ved administrering av tilskuddsordningen. Storparten av utgiftene vil være knyttet til NPEs virksomhet. En mindre andel av tilskuddet fra de private vil gå til driften av Pasientskadenemnda som vil være klageinstans.

Det er vanskelig å anslå hvilke saksmengder NPE og Pasientskadenemnda vil få som følge av

den foreslåtte ordningen, og hvor mange årsverk behandlingen av sakene vil kreve. Det må ventes at saksmengden vil øke etter hvert som det blir mer kjent at ordningen gjelder også for skader voldt i privat helsesektor.

Tilskuddene må i begynnelsen beregnes ut fra tilgjengelige opplysninger som kan gi grunnlag for visse slutninger om saksmengde mv., og justeres etter hvert som NPE får erfaring å bygge på og etter hvert som saksmengde og andre forhold eventuelt endrer seg.

Det er tjenesteyterne i privat sektor som etter forslaget skal betale tilskudd. Dette trer i stedet for den nåværende forsikringsplikten etter helsepersonelloven § 20. Det er usikkert hvilke beløp som vil måtte kreves i tilskudd, både totalt og for den enkelte virksomhet, men det må antas at tilskuddene vil bli noe større enn de premier som betales i forbindelse med dagens ansvarsforsikringer, jf. punkt 6.4.1 ovenfor. Det antas imidlertid at økningen ikke vil bli så stor at det vil være av vesentlig betydning for tjenesteyterne. Tilskuddene foreslås differensiert i noen grad ut fra virksomhetens omfang og skaderisiko. Dersom utgiftsøkningen belastes pasientene i form av økte honorarer, må det antas at belastningen for hver enkelt pasient vil bli ubetydelig.

Dersom skade voldes av en tjenesteyter som ikke har overholdt plikten til å betale tilskudd, vil NPE utbetale erstatning, men etter forslaget vil NPE få hjemmel til å søke regress overfor tjenesteyteren. På den måten vil slike utbetalinger ikke belaste fellesskapet av de som oppfyller tilskuddsplikten, så sant tjenesteyteren er søkegod.

For den som er sysselsatt i privat helsesektor og således omfattes av tilskudd betalt for privat virksomhet, bør ordningen etter departementets foreløpige oppfatning bli at det ikke betales særskilt tilskudd med tanke på fritidsskader, men at risiko for slike skader tas med i beregningsgrunnlaget for tilskuddene som betales for næringsvirksomheten.

Erstatningsutbetalingene ved fritidsskader voldt av personer som er sysselsatt i den offentlige helsetjenesten, bør antagelig finansieres over tilskuddene som betales av de regionale helseforeta-



kene, kommunene og fylkeskommunene. Dette vil utgjøre en helt ubetydelig økning av tilskuddene fra disse instansene.

For personer med autorisasjon eller lisens som helsepersonell som ikke er sysselsatt i verken offentlig eller privat helsetjeneste, må spørsmålet om tilskuddsplikt relatert til fritidsskader vurderes nærmere i forbindelse med fastsettelse av forskrift, jf. punkt 5.1.3 ovenfor.

Departementet foreslår den overgangsordning at pasientskadeloven direkte gjelder skader oppstått etter ikraftsettelsen av loven for privat sektor, men at NPE også behandler krav relatert til skader voldt før ikraftsettelsen hvis skadelidte ønsker det, men da etter ansvarsgrunnlaget i alminnelig erstatningsrett. Se punkt 5.5.3 ovenfor. Der tjenesteyteren har hatt forsikring som gjelder for det tidsrom skaden refererer seg til, vil NPE ved erstatningsutbetalinger søke regress hos forsikringsselskapet. Regressbeløpet vil omfatte selve erstatningen og

advokatutgifter, som i prinsippet er å anse som en del av erstatningen. I forbindelse med overgangen fra den midlertidige NPE-ordningen til pasientskadelovens ordning, har man god erfaring med en slik ordning. Utgiftene i saker der det ikke er aktuelt å søke regress verken hos skadevolder eller forsikringsselskap, foreslås finansiert av tilskuddene de private tjenesteyterne skal betale.

Både publikum og helsepersonell må informeres om at pasientskadeloven trer i kraft også utenfor den offentlige helsetjenesten og om at NPEs ansvar utvides. Det er særlig viktig med informasjon overfor tjenesteyterne om melde- og tilskuddsplikten, jf. punkt 6.4.2.3 ovenfor. Selv om det i stor grad kan informeres via internettsider som drives av departementet, Sosial- og helsedirektoratet, NPE, helsepersonellorganisasjonene mv., kan det også bli aktuelt å annonsere i medlemsblader og lignende slik at det vil kunne påløpe noe utgifter til informasjon.

## 9 Merknader til de enkelte bestemmelser

### 9.1 Merknader til endringene i pasientskadeloven

#### Til § 4:

I tredje ledd første punktum gjøres en endring som følge av at NPE overtar ansvaret etter loven også utenfor den offentlige helsetjenesten.

I tredje ledd annet punktum gjøres en tilføyelse for å oppdatere loven i forhold til sykehusreformen.

Endringen i tredje ledd tredje punktum annet alternativ har sammenheng med endringene i §§ 6 til 8. Når ordningen utenfor den offentlige helsetjenesten endres fra en plikt til å tegne forsikring til en plikt til å betale tilskudd til Norsk Pasientskaderstatning, må bestemmelsen om adgang til å søke regress ved pliktbrudd endres tilsvarende.

Adgangen til å søke regress vil være til stede både der tjenesteyteren helt har unnlatt å melde fra om virksomheten og dermed ikke har betalt tilskudd, og der melding er gitt, men tjenesteyteren likevel ikke har betalt tilskudd. Dersom melding er sendt, men intet krav mottas, kan tjenesteyteren ikke slå seg til ro med dette, men må utvise en viss aktivitet for å få betalt tilskudd.

Delvis regress vil være aktuelt ved betaling av for lavt tilskudd som følge av at det er gitt feil opplysninger eller dersom det ikke er meldt fra om endringer i virksomhetens art eller størrelse som er av betydning for tilskuddets størrelse.

Om hvem som vil være rette vedkommende for regresskrav, se punkt 6.4.2.1 ovenfor.

I forskrift i medhold av § 8 annet ledd kan det være aktuelt å regulere de nærmere vilkår for regress på grunnlag av manglende betaling av tilskudd. Det må vurderes hvilke(t) år som skal være av betydning sett i relasjon til når skaden har skjedd og/eller når kravet fremmes.

Ved eldre saker som behandles av NPE i medhold av overgangsbestemmelsen i § 21 annet punktum, vil det være aktuelt med regress overfor tjenesteyteren dersom det på grunn av manglende oppfyllelse av forsikringsplikt etter helsepersonelloven ikke er mulig å søke regress overfor noe forsikringsselskap, jf. punkt 5.5.3 ovenfor.

#### Til § 5:

Endringen skyldes at NPE etter lovforslaget overtar ansvaret etter loven også utenfor den offentlige helsetjenesten.

#### Til § 6:

Endringene i første ledd innebærer at NPE blir ansvarlig for skader både i og utenfor den offentlige helsetjenesten. Det vises til punkt 4.3 ovenfor.

NPE blir ansvarlig også i tilfeller der tjenesteyteren ikke har betalt tilskudd til NPE, men kan da søke regress overfor tjenesteyteren, jf. § 4 tredje ledd tredje punktum annet alternativ.

Annet ledd er nytt i § 6. Bestemmelsen er uten endring flyttet fra § 7 nåværende første ledd.

#### Til § 6 a:

Bestemmelsen er uten vesentlig endring flyttet fra § 7 nåværende tredje ledd, og omfatter både offentlige og private tjenesteytere, jf. punkt 6.4.3 ovenfor.

#### Til § 7:

Første ledd tilsvarer nåværende § 7 annet ledd første punktum. Det gjøres en tilføyelse for å bringe loven i samsvar med rettstilstanden etter sykehusreformen.

Bestemmelsen i nåværende annet ledd annet punktum inngår i ny § 8 a.

Nåværende § 7 første og tredje ledd flyttes og blir henholdsvis § 6 nytt annet ledd og ny § 6 a.

Annet ledd viderefører nåværende § 6 annet ledd. I første punktum gjøres en tilføyelse for å oppdatere loven i forhold til sykehusreformen. I annet punktum tas henvisning til forsikringsalternativet ut, uten at dette innebærer noen realitetsendring. Det vises til ny § 8 a. Bestemmelsen i annet ledd er av betydning blant annet for hvem som omfattes av plikten til å betale tilskudd til NPE etter § 8. Forskriftshjemmelen i tredje punktum omformuleres for at det uttrykkelig skal fremgå at forskriftsbestemmelser om hva som skal regnes til den offentlige helsetjenesten kan være innskrenkende i forhold til ordlyden i første og annet punktum.

#### Til § 8:

Bestemmelsen gjelder tjenesteytere utenfor den offentlige helsetjenesten.

Første ledd endres slik at en plikt til å melde fra om virksomheten og betale tilskudd til NPE erstatter forsikringsplikten. Dette har sammenheng med at NPE overtar ansvaret for skader også utenfor den offentlige helsetjenesten, jf. lovforslaget § 6 første ledd og punkt 4.3 og 6.4 ovenfor.

*Annet ledd* gir hjemmel for å fastsette nærmere bestemmelser om ordningen med meldeplikt og tilskuddsbetaling. Det kan være aktuelt å fastsette blant annet når og hvor melding om virksomhet (som grunnlag for tilskuddsbetaling) skal sendes, hva meldingen skal inneholde, hvordan meldingene skal registreres, hvordan tilskudd skal beregnes, betalingsfrist, regler for hvilke(t) års tilskuddsbetaling som er avgjørende i forhold til adgangen til å søke regress ved erstatningsutbetaling på grunnlag av unnlatt tilskuddsbetaling m.m. Det kan også være aktuelt å regulere hvem tilskuddplikten skal påhvile, enten helsepersonellet som rent faktisk yter helsehjelpen eller foretaket som driver virksomheten der helsehjelpen ytes. Det kan også være aktuelt å gjøre fritak for melde- og tilskuddsplikt for visse grupper eller under visse forutsetninger. Dette kan for eksempel vurderes når det gjelder helsepersonell som bare yter helsehjelp sporadisk på fritiden, jf. punkt 5.1.3 ovenfor, helsehjelp som ytes i ulike former utenfor hovedsysselsetting i foretak som har betalt tilskudd, jf. punkt 6.4.2 ovenfor, og utenlandsk helsepersonell som yter helsehjelp i Norge på midlertidig basis, jf. punkt 5.4.3 ovenfor.

*Tredje ledd første punktum* viderefører straffebestemmelsen i nåværende § 8 tredje ledd. Gjerningsbeskrivelsen er endret idet tjenesteytere utenfor den offentlige helsetjenesten etter endret første ledd skal melde fra om virksomheten og betale tilskudd til NPE. Bestemmelsen endres også ved at skyldkrav angis, se punkt 7 ovenfor. Det kan være aktuelt med foretaksstraff. Det vil også kunne være aktuelt med straff for enkeltpersoner, for eksempel helsepersonell som driver virksomhet som selvstendig næringsdrivende eller som har en sentral posisjon i en annen form for virksomhet.

Tredje ledd *annet punktum* presiserer at det også er straffbart å gi uriktige opplysninger som medfører at det betales for lavt tilskudd. Dette har sammenheng med at departementet mener tilskuddsbeløpet i noen utstrekning bør variere etter virksomhetens art og omfang, jf. punkt 6.4.2.2 ovenfor.

I tillegg til straff vil det ved pliktbrudd etter omstendighetene også kunne reageres med advarsel eller tilbakekall av autorisasjon etter helsepersonelloven kapittel 11, jf. § 20 som foreslås endret i lovforslaget her, og punkt 7 ovenfor. Om regress ved erstatningsutbetalinger der skaden er voldt av tjenesteytere som ikke har overholdt tilskuddsplikten, se § 4 tredje ledd tredje punktum annet alternativ.

#### *Til § 8 a:*

Bestemmelsen er ny, men er delvis en videreføring av nåværende § 7 annet ledd annet punktum og § 8.

Hjemmelen i *første ledd* til å fastsette at det kan eller skal tegnes forsikring til dekning av ansvaret etter loven, omfatter både den offentlige helsetjenesten og tjenesteytere utenfor den offentlige helsetjenesten. Et slikt vedtak kan begrenses til å gjelde for eksempel bare tjenesteytere utenfor den offentlige helsetjenesten, eller bare kategorier av disse, for eksempel en eller flere nærmere bestemte helsepersonellgrupper. Det vil også kunne være aktuelt å innføre en ordning som gir tjenesteyterne valget mellom å betale tilskudd til NPE eller å tegne privat forsikring på pasientskadelovens vilkår, jf. punkt 4.3 ovenfor.

*Annet ledd* er delvis en videreføring av nåværende § 8 første og annet ledd, og gir hjemmel for å gi nærmere bestemmelser knyttet til forsikring etter første ledd. Det kan være aktuelt med blant annet bestemmelser om krav til og godkjenning av forsikringsgivere og forsikringsvilkår, ansvarsforhold ved overgang mellom forsikringsgivere og ansvarsbegrensning når det gjelder forsikringssum. Det sistnevnte er uttrykkelig nevnt i og med at dette innebærer en innskrenkning i sikringen av erstatningskrav i forhold til lovens ordinære bestemmelser. Det kan også fastsettes bestemmelser om dekning av overskytende tap der skadelidte har krav på erstatning som overstiger en eventuell ansvarsbegrensning. Det må videre fastsettes hvem som skal behandle erstatningskrav, og bestemmelser om ulike sider ved behandlingen av erstatningskrav når tjenesteyteren har forsikring i stedet for å være dekket av NPE.

*Tredje ledd* er en videreføring av nåværende § 8 tredje ledd og korresponderer med straffebestemmelsen i lovforslagets § 8 tredje ledd om brudd på melde- og tilskuddsplikten.

#### *Til §§ 9, 10, 11, 12, 15 og 16:*

Endringene skyldes at NPE etter lovforslaget overtar ansvaret etter loven også utenfor den offentlige helsetjenesten. Bestemmelser som omhandler både NPE og forsikringsgiver eller på annen måte er knyttet til den nåværende regelen om forsikring, endres eller oppheves.

#### *Til § 17:*

Endringen i § 17 *annet ledd annet punktum* er en ren konsekvensendring som ikke har sammenheng med de øvrige endringer foreslått i denne proposisjonen. Da forvaltningsloven § 11 b ble tilføyd ved lov 25. juni 1999 nr. 47 om endringer i lov av 10. februar 1967 om behandlingssaker (forvaltningsloven), ble de to etterfølgende bestemmelsene omnummerert. § 11 c om

muntlige konferanser og nedtegning av opplysninger ble ny § 11 d. Ved en inkurie ble pasientskadeloven vedtatt med henvisning til den tidligere § 11 c. Dette har sammenheng med at forslaget til pasientskadelov var fremmet før omnummereringen i forvaltningsloven.

*Femte ledd annet punktum* oppheves som følge av at NPE overtar ansvaret etter loven også utenfor den offentlige helsetjenesten.

*Til § 18:*

Endringene i *første ledd* skyldes at NPE etter lovforslaget overtar ansvaret etter loven også utenfor den offentlige helsetjenesten. Bestemmelser om hvem søksmål skal rettes mot blir da enklere enn bestemmelsene i nåværende fjerde ledd og passer inn i første ledd annet punktum når nåværende første ledd annet punktum utgår. *Fjerde ledd* utgår.

Nåværende *annet ledd* utgår, og *tredje ledd* blir annet ledd. I forbindelse med lov 17. juni 2005 nr. 90 om mekling og rettergang i sivile tvister (tvisteloven) er det vedtatt at pasientskadeloven § 18 annet ledd oppheves og at tredje og fjerde ledd blir annet og tredje ledd. Dette er en følge av bestemmelsen i tvisteloven § 6-2 første ledd bokstav d om at forlikrådet ikke skal behandle saker når det er bestemt ved lov at et nemndsvedtak er bindende for partene hvis saken ikke bringes inn for domstolene innen en angitt frist. En slik virkning følger av nåværende tredje ledd i pasientskadeloven § 18. Adgangen til forlikrådsbehandling av søksmål etter pasientskadeloven skal ikke lenger være en mulighet. Det vises for øvrig til merknadene til tvisteloven § 6-2 i Ot.prp. nr. 51 (2004–2005) Om lov om mekling og rettergang i sivile tvister (tvisteloven). Endringen er foreløpig ikke satt i kraft.

Idet tvisteloven og de lovendringene som foreslås i denne proposisjonen trolig vil bli satt i kraft samtidig, må endringene i § 18 samordnes. Bestemmelsen er i lovforslaget gjengitt slik den i sin helhet skal lyde etter endringene i forbindelse med tvisteloven og endringene foreslått i proposisjonen her. Som en konsekvens av endringsforslaget i § 18 er det derfor av lovtekniske grunner nødvendig å oppheve den vedtatte endringen i lov 17. juni 2005 nr. 90 § 37-3 nr. 16, se merknaden til dette endringsforslaget.

## 9.2 Merknader til endringene i andre lover

*Til helsepersonelloven § 20:*

Bestemmelsen endres for å samsvare med de endrede bestemmelsene i pasientskadeloven. Det vises til punkt 7 ovenfor.

Bestemmelsen er en henvisning til pasientskadeloven §§ 1 og 8, og hvem som har plikt til å betale tilskudd må utledes av disse bestemmelsene sett i sammenheng også med andre bestemmelser i pasientskadeloven og forskrift til denne om hva som i denne sammenheng regnes som den offentlige helsetjenesten.

I lov 27. juni 2003 nr. 64 om alternativ behandling av sykdom mv. § 2 femte ledd er det fastsatt at også helsepersonelloven gjelder når alternativ behandling utøves i helsetjenesten eller av autorisert helsepersonell. Helsepersonelloven § 20 om melde- og tilskuddsplikt må klart gjelde helsepersonell som utøver alternativ behandling integrert i ordinær helsevirksomhet, for eksempel som privatpraktiserende lege eller fysioterapeut, i og med at pasientskadeloven vil gjelde i slike tilfelle. Der alternativ behandling utøves av en person som har autorisasjon som helsepersonell, men i en rent privat virksomhet hvor det utelukkende eller i det alt vesentlige utøves alternativ behandling, må det bero på en tolkning av pasientskadeloven § 1 første ledd bokstav c og en konkret vurdering av virksomheten hvorvidt pasientskadeloven vil gjelde skader som voldes i virksomheten. Der det må antas at pasientskadeloven vil gjelde, foreligger det melde- og tilskuddsplikt til NPE. Et viktig moment vil være om hjelpen ytes ut fra den kompetanse vedkommende besitter som helsepersonell, jf. ordlyden i pasientskadeloven § 1 første ledd bokstav c (« helsepersonell som yter helsehjelp i henhold til offentlig autorisasjon eller lisens »). Det vises også til omtalen av pasientskadelovens anvendelsesområde i forhold til alternativ behandling i Ot.prp. nr. 27 (2002-2003) Om lov om alternativ behandling av sykdom mv. punkt 7.19. For øvrig bemerkes at det i henhold til forskrift 11. desember 2003 om frivillig registerordning for utøvere av alternativ behandling § 5 første ledd nr. 3 er et vilkår for registrering at utøveren har dokumentert gyldig forsikring for det økonomiske ansvar som kan oppstå overfor pasienter i forbindelse med behandlingsvirksomhet.

Om hvem som vil være pliktsubjekt i en virksomhet, se punkt 6.4.2.1 ovenfor.

*Til tvisteloven § 37-3:*

Det vises til merknaden til pasientskadeloven § 18. Opphevelsen er nødvendig av lovtekniske årsaker.

Helse- og omsorgsdepartementet

tilrår:

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

---

**Vi HARALD**, Norges Konge,

stadfester:

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

---

## Forslag

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

#### I

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

§ 4 tredje ledd skal lyde:

Loven er ikke til hinder for at erstatningskrav gjøres gjeldende overfor andre enn *Norsk Pasientskadeerstatning*. Krav som kan fremmes etter loven her, kan likevel ikke fremmes mot staten, *regionale helseforetak*, *helseforetak*, fylkeskommuner og kommuner. Regress kan bare kreves mot den som selv har voldt skaden forsettlig eller som har unnlatt å *betale tilskudd* etter § 8.

§ 5 tredje punktum skal lyde:

Slik melding avbryter ikke foreldelsesfristen av erstatningskrav mot andre enn *Norsk Pasientskadeerstatning*.

§ 6 skal lyde:

§ 6 Norsk Pasientskadeerstatning

Norsk Pasientskadeerstatning er ansvarlig for skade som kan kreves erstattet etter loven *her*.

Kongen organiserer og fastsetter nærmere forskrifter om Norsk Pasientskadeerstatning.

Ny § 6 a skal lyde:

§ 6 a Egenandel

Kongen kan i forskrift bestemme at *skadevolderen* skal betale en egenandel i de tilfeller der det tilkjennes erstatning.

§ 7 skal lyde:

§ 7 Plikt til å betale tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning for den offentlige helsetjenesten

Staten, *regionale helseforetak*, fylkeskommuner og kommuner yter tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning for å dekke erstatning for pasientskader voldt i den offentlige helsetjenesten, samt bidrag til driften i samsvar med forskrift gitt av Kongen.

Til den offentlige helsetjenesten regnes virksomheten til staten, *de regionale helseforetakene*, *helseforetakene*, fylkeskommunene eller kommunene. Det samme gjelder virksomhet som drives på oppdrag av eller med driftstilskudd fra noen av disse. Kongen kan i forskrift *presisere hva som skal regnes til den offentlige helsetjenesten*, herunder *gjøre unntak fra første og annet punktum*.

§ 8 skal lyde:

§ 8 Plikt for den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten til å melde fra og yte tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning

Den som *utenfor den offentlige helsetjenesten* yter helsehjelp som nevnt i § 1, skal *melde fra og yte tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning for å dekke erstatning for pasientskader voldt utenfor den offentlige helsetjenesten samt bidrag til driften*.

*Nærmere bestemmelser om melde- og tilskuddsplikten, om registrering av meldingene og om tilskuddsordningen fastsettes av Kongen i forskrift, herunder kan det fastsettes fritak fra plikten etter første ledd.*

Den som *forsettlig unnlater å oppfylle plikten til å melde fra eller plikten til å betale tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning*, straffes med bøter eller fengsel inntil 3 måneder. *Det samme gjelder den som i meldingen gir feil opplysninger slik at det betales for lavt tilskudd.*

Ny § 8 a skal lyde:

§ 8 a Forskrift om forsikring av ansvar for pasientskade

*Kongen kan i forskrift fastsette at tjenesteytere eller nærmere angitte grupper av tjenesteytere kan eller skal tegne forsikring til dekning av ansvaret etter loven her i stedet for at Norsk Pasientskadeerstatning er ansvarlig.*

*Forskriften kan ha nærmere bestemmelser om blant annet:*

- a) *krav til forsikringsgiver og forsikringsvilkår,*
- b) *godkjenning av forsikringsgivere og forsikringsvilkår,*

- c) *mulighet for ansvarsbegrensning i forsikringen og dekning og fordeling av tapet dersom forsikringsplikten ikke er overholdt eller forsikringen viser seg utilstrekkelig, herunder at tapet skal dekkes av de godkjente forsikringsgiverne i fellesskap,*
- d) *plikt for forsikringsgivere til å bidra til dekning av Pasientskadenemndas driftsutgifter,*
- e) *bortfall av eller reduksjon i tilskuddsplikt etter § 7 og bortfall av melde- og tilskuddsplikt etter § 8,*
- f) *hvem som skal behandle krav om erstatning,*
- g) *fremsetting av krav og saksbehandling, herunder om avgjørelse av erstatningskrav og utbetaling av erstatning,*
- h) *dekning av advokatutgifter,*
- i) *mulighet for å anmode Pasientskadenemnda om å overta behandlingen av en sak som ikke er ferdigbehandlet når det er gått to år fra kravet ble meldt,*
- j) *klagerett og domstolsprøving,*
- k) *hvem som er ansvarlig ved overgang mellom Norsk Pasientskadeerstatnings ansvar og forsikringsdekning og mellom forsikringsgivere, og*
- l) *regress.*

*Den som forsettlig unnlater å oppfylle forsikringsplikt fastsatt i medhold av første ledd, straffes med bøter eller fengsel inntil 3 måneder.*

§ 9 skal lyde:

§ 9 Fremsetting av krav

Krav om erstatning for pasientskade meldes skriftlig til Norsk Pasientskadeerstatning. Norsk Pasientskadeerstatning kan i særlige tilfelle tillate at krav om erstatning meldes muntlig. Fremsettes kravet overfor helsepersonell eller helseinstitusjon, skal kravet meldes videre til Norsk Pasientskadeerstatning.

§ 10 første ledd skal lyde:

Norsk Pasientskadeerstatning utreder saken.

§ 11 skal lyde:

§ 11 Advokatbistand

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

§ 12 annet ledd oppheves.

§ 15 første ledd første punktum skal lyde:

*Enkeltvedtak* som nevnt i § 14 annet punktum kan påklages til Pasientskadenemnda av den som krever erstatning etter loven her.

§ 16 fjerde ledd skal lyde:

Pasientskadenemndas virksomhet dekkes i samsvar med forskrift gitt av Kongen, ved bidrag fra Norsk Pasientskadeerstatning.

§ 17 annet ledd annet punktum skal lyde:

Forvaltningsloven § 11 d om muntlige konferanser med saksbehandleren gjelder tilsvarende.

§ 17 femte ledd annet punktum oppheves.

§ 18 skal lyde:

§ 18 Domstolsprøving

Den som krever erstatning etter loven her, kan bringe saken inn for domstolene når endelig vedtak i Pasientskadenemnda foreligger. *Søksmål reises mot Pasientskadenemnda.* Andre kan ikke bringe saken inn for domstolene.

*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*.

## II

I lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) skal § 20 lyde:

§ 20 Plikter etter pasientskadeloven

*Den som utenfor den offentlige helsetjenesten yter helsehjelp som nevnt i pasientskadeloven § 1, skal melde fra og yte tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning etter pasientskadeloven § 8.*

## III

I lov 17. juni 2005 nr. 90 om mekling og rettergang i sivile tvister (tvisteloven) § 37-3 gjøres følgende endring:

I nr. 16 skal endringen i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. oppheves.

## IV

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer.











