

Høringsnotat

Forslag til endringer i pasientskadeloven og forskrift til pasientskadeloven – endringer i tilskuddsordningen for privat helsetjeneste mv.

1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår en endring i pasientskadeloven som gir tvangsgrunnlag for innkreving av tilskudd fra privat helsetjeneste slik at innkrevningen blir enklere, raskere og rimeligere.

Departementet foreslår også forskriftsendringer som øker private helsetjenesters tilskudd til Norsk pasientskadeerstatning (NPE) til et nivå som sikrer at ordningen blir selvfinansierende. Det foreslås også endringer i ordningens risikoklasser for å oppnå en mer rettferdig kostnadsfordeling mellom helsepersonellgrupper.

2 Gjeldende rett

Private helsetjenester har plikt til å bidra til finansieringen av Norsk pasientskadeerstatning (NPE), jf. pasientskadeloven § 8. Plikten går ut på å melde i fra om virksomheten og yte tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning. De deler av private tjenesteyteres virksomhet som er finansiert gjennom avtaler med det offentlige, regnes i denne sammenheng med i den offentlige helsetjenesten. Se nærmere om skillet mellom offentlig og privat virksomhet i forskrift 31. oktober 2008 nr. 1166 om pasientskadelovens virkeområde og om tilskuddsplikt for den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten § 3.

Nivået på tilskuddene fra private helsetjenester er fastsatt i forskriften § 10.

Tilskuddssatsene er differensiert etter helsepersonellgruppers statistiske risiko for å forvolde pasientskader og skadeomfang. Kirurger er for eksempel i den høyeste risikogruppen mens omsorgsarbeidere er i den laveste risikogruppen.

Det er eier og ansvarlig for virksomhet som sysselsetter helsepersonell som yter helsehjelp utenfor offentlig helsetjeneste som skal betale tilskudd, jf. forskriften § 4. Betalingsplikten er ytterligere regulert i forskriften § 6.

Etter pasientskadeloven § 4 tredje ledd siste punktum, kan regress kreves av den som har unnlatt å betale tilskudd etter lovens § 8. Dette innebærer at NPE kan kreve regress av den tilskuddspliktige for eventuelt utbetalt erstatning og for NPEs kostnader til saksbehandling av den aktuelle saken.

3 Finansieringen av Norsk pasientskadeerstatning

3.1 Generelt

Finansieringen av Norsk pasientskadeerstatning går ut på at de ulike aktørene dekker utgiftene til erstatninger for skader knyttet til eget ansvarsområde.

For offentlig helsetjeneste innbetaler de regionale helseforetakene (RHF), kommuner og fylkeskommuner årlig tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) som skal finansiere de forventede utbetalingene i året. Avvik blir korrigert i påfølgende år. Fordeling av tilskuddene mellom RHF-ene baserer seg på løpende skadestatistikk for de 5 siste årene. For kommuner og fylkeskommuner tas det utgangspunkt i befolkningsdata.

I 2009 ble pasientskadeordningen utvidet til også å omfatte pasientskader voldt utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten. Denne delen av ordningen finansieres ved at private helsetjenester som yter helsehjelp betaler tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning (NPE). Privat helsetjeneste er virksomhet uten avtale med kommune eller RHF.

Tilskuddene, som er fastsatt i forskrift, er differensiert for grupper av helsepersonell basert på skaderisiko og omfang av virksomheten. Ordningen forutsettes å være selvfinansiert. Tilskuddene betales inn årlig til et fond i NPE som skal gå til dekning av alle fremtidige kostnader, for eksempel kostnader til saksbehandling, advokatutgifter og erstatningsutbetalinger, knyttet til skader i privat helsetjeneste som måtte ha inntruffet i det aktuelle året.

3.2 Om innkreving av forfalt tilskudd

NPE har etterlyst en lovhjemmel i pasientskadeloven som gir tvangsgrunnlag for innkreving av tilskudd fra privat helsetjeneste. Vedtak om betaling av pliktig tilskudd etter pasientskadeloven § 8 gir i dag ikke tvangsgrunnlag for utlegg. Særskilt tvangsgrunnlag krever hjemmel i lov, jf. tvangsfullbyrdsloven § 7-2 bokstav e. Slik hjemmel i lov er ikke gitt.

I dag kan Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) kreve at den tilskuddspliktige betaler fastsatt tilskudd. Videre kan NPE purre ved manglende betaling av krav, men dersom tilskuddspliktige ikke betaler, må saken gjennom det sivile rettssystemet eller forfølges som straffesak for å etablere et tvangsgrunnlag for kravet.

NPE har opplyst at i privat helsetjeneste dreier utestående krav seg om manglende innbetaling av tilskudd. Per 3. mai 2019 dreier det seg om utestående krav på 7 132 494 kroner fordelt på årene 2009-2019. Det største enkeltkravet er på kroner 228 027. NPE har for de fleste sakene purret to ganger.

NPE har også etterlyst lovfesting av tvangsgrunnlag for innkreving av utbetalt erstatning og NPEs kostnader til saksbehandling hos virksomheter som ikke har betalt pliktig tilskudd. Se pasientskadeloven. § 4 tredje ledd.

3.3 Nærmere om finansieringsordningen for private helsetjenester

Som nevnt over fikk private helsetjenester plikt til å yte tilskudd til NPE da virkeområdet for pasientskadeloven ble utvidet til også å omfatte skader som er forvoldt av private helsetjenester 1. januar 2009. Det går fram av Ot.prp. nr. 103 (2005 – 2006) at private virksomheter fullt ut skal dekke kostnadene knyttet til skader som er oppstått i privat sektor. I dette ligger det at de ansvarlige aktørene betaler inn tilskudd til NPE til dekning av alle fremtidige kostnader (saksbehandling, advokater og eventuell erstatning), knyttet til skader som måtte ha inntruffet i det aktuelle året.

Det kan ta over 20 år før alle skader inntruffet i et bestemt år er ferdig behandlet. Private helsetjenester har ikke et lovfestet "sørge for ansvar" og kan dermed avvikle virksomheten sin. Det er derfor nødvendig å ha et eget fond med tilstrekkelig kapital for å dekke fremtidige forpliktelser.

Ingen private forsikringsselskaper var villige til å tegne forsikringer på de vilkår pasientskadeloven krevde. NPE fikk derfor enerett til å forvalte pasientskadeordningen for private helsetjenester.

Da tilskuddssatsene skulle fastsettes, forelå det ikke statistikk for skadebildet i privat helsetjeneste, og det var svært dårlige data for omfanget og kostnadene i den private helsetjenesten. For noen personellgrupper var det etablert kollektive forsikringsordninger som også dekket privat helsetjeneste.

Departementet valgte blant annet å basere seg på data fra offentlig helsetjeneste, opplysninger fra Danmark og Sverige og dialoger med profesjonsgruppene. Det var knyttet meget høy usikkerhet til anslagene som lå til grunn for tilskuddssatsene, og det ble forutsatt at satsene skulle reguleres når man hadde vunnet mer erfaring.

Nivået på tilskuddene har blitt justert opp to ganger etter 2009. Første gang i 2013 for å dekke inn tilskudd til dekning av skader voldt før 2009 som det ikke var tatt høyde for i den første fastsettingen fra 2009. Fra 1. januar 2016 ble tilskuddene igjen satt opp som følge av underbalanse i fondet. Departementet besluttet i den forbindelse en betydelig opptrapping av tilskuddene i årene 2016, 2017 og 2018. Tilskuddene har vært uendret fra 2018 til 2019.

For lave tilskuddssatser

Ved utgangen av 2018 hadde erstatningsfondet for private helsetjenester en beholdning på om lag 80 mill. kroner. Med dagens tilskuddssatser er det forventet at fondets kapital vil øke både i 2019 og i 2020. I løpet av 2021 er det imidlertid antatt at fondets løpende utgifter vil overstige fondets løpende inntekter, og dermed begynne å tære på fondets kapital.

NPE har i løpet av de siste årene innhentet to forskjellige aktuarrapporter som anslår fondets fremtidige erstatningsforpliktelser; fra Statens pensjonskasse i 2016 og aktuar Arne Eyland i 2018. Begge rapportene viser at videreføring av dagens tilskuddssatser ikke

vil være tilstrekkelig til å dekke inn fremtidige forpliktelser for fondet. Anslagene av estimert underdekning varierer mellom 300 og 600 mill. kroner. Variasjonen mellom aktuarrapportene understreker også usikkerheten knyttet til anslagene for framtidige forpliktelser. Dette kan knyttes til flere forhold, herunder at ordningen er relativt ny. Det var vanskelig å anslå størrelsen på historiske skadeårganger når ordningen ble opprettet og omfanget av saker fra før 2009 ble undervurdert.

Riktig fordeling av tilskuddssatser

Ved tidligere endringer i forskriften er ordningen for private helsetjenester blitt kritisert for at de aktuelle risikoklassene ikke er riktig inndelt. Ordningen opererer i dag med stor grad av kryss-subsidiering mellom helsepersonellgrupper. Dette innebærer at tilskuddssatsene ikke samsvarer med de faktiske skadekostnadene forårsaket av de ulike profesjonsgruppene. En mer korrekt fordeling av tilskuddssatser mellom helsepersonell har vært etterspurt i tidligere høringsrunder.

Samtidig er flere helsepersonellgrupper svært små. NPE rapporterer blant annet at 50 pst. av kostnadene i ordningen kan knyttes til leger, men at gruppen kun utgjør 2,5 prosent av registrerte årsverk i ordningen.

Hovedutfordringer

Det følger av ovennevnte at departementet ved fastsettelse av nye tilskuddssatser står overfor tre hovedutfordringer:

- Nivå: sikre nødvendige inntekter (tilskudd) til fondet
- Fordeling: redusere kryssubsidiering mellom personellgrupper
- Gamle saker: dekke kostnader til skader inntruffet før 2009 og for de første årene etter 2009 når tilskuddssatsene var for lave.

4 Departementets vurderinger og forslag

4.1 Tvangsgrunnlag for innkreving av tilskudd

Departementet foreslår å lovfeste en hjemmel i pasientskadeloven som gir tvangsgrunnlag for innkreving av tilskudd fra privat helsetjeneste. Det vises til at et lovfestet tvangsgrunnlag til å ta utlegg vil gjøre innkrevingen enklere, raskere og rimeligere. Dette vil igjen frigjøre ressurser i NPE og bidra til at flere oppfyller tilskuddsplikten, noe som igjen vil føre til flere midler i fondet.

Det kan imidlertid hevdes at en hjemmel som gir en mer effektiv adgang til å kreve inn manglende innbetalt tilskudd griper for mye inn i den enkeltes rettsikkerhet. Det vises til at et slikt tvangsgrunnlag utløser en rett til for eksempel å foreta trekk fra den tilskuddspliktiges lønnskonto uten at saken må behandles i domstolene. På den annen side er tilskuddsbeløpene som det kan tas utlegg for begrensede og forutsigbare. Det vises til at de ulike tilskuddenes størrelse er fastsatt i forskrift 31. oktober 2008 nr. 1166 om

pasientskadelovens virkeområde og om tilskuddsplikt for den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten.

Departementet legger videre vekt på at en forenkling av innkreving av tilskudd slik at flere oppfyller tilskuddsplikten er rettferdig. Det at flere betaler tilskudd bidrar til likebehandling og er solidarisk sett i forhold til de andre tilskuddspliktige som betaler tilskudd. Det er viktig at den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten yter pliktig tilskudd til NPE da ordningen for pasientskadeerstatning utenfor den offentlige helsetjenesten skal være selvfinansierende. Videre viser departementet til at fastsettelsen av tilskuddet kan påklages til Pasientskadenemnda, jf. forskriften § 8.

Departementet foreslår at Statens innkrevingsentral skal stå for inndrivning av ikke betalt tilskudd.

Departementet har også vurdert å lovfeste tvangsgrunnlag for innkreving av utbetalt erstatning og NPEs kostnader til saksbehandling hos virksomheter som ikke har betalt pliktig tilskudd i privat helsetjeneste. Etter en avveining av hensynet til den enkeltes rettsikkerhet og NPEs behov for effektiv inndrivelse, har departementet kommet til at et slikt forslag ikke bør fremmes. En hjemmel som gir tvangsgrunnlag for innkreving av regress etter for eksempel erstatningsutbetalinger vil etter departementets vurdering være for vid og innebære et for stort inngrep i den enkelte tilskuddspliktiges rettsikkerhet. Det vises blant annet til at erstatningskravet, herunder størrelsen, fastsettes etter skjønnspregede regler uten domstolsbehandling. Beløpets størrelse vil være lite forutsigbart og beløpet kan også være svært høyt.

4.2 Justert modell for tilskuddssatser

Departementet foreslår en justert modell for tilskuddssatser som skal sikre at tilskuddsordningen for privat helsetjeneste forblir selvfinansierende.

NPE har på oppdrag fra departementet utarbeidet mulige modeller der ordningen kan bedre sin kostnadsdekning over en periode på 10 år fra inngangen av 2020 frem til utgangen av 2029. To mulige modeller skisseres nedenfor.

Modell A legger opp til direkte overgang til ny fordelingsnøkkel. Modell B opererer med en balansert overgang til ny fordelingsnøkkel. Modellene inkluderer noen mindre endringer knyttet til plassering av helsepersonell i prisklasser, i hovedsak rokkering av *øvrige helsepersonell* i de laveste prisgruppene. Modellene legger videre til grunn at det er ingen vesentlig utvikling i privat sektor, dvs. at aktivitetsnivå og antall årsverk som inngår i den private tilskuddsordningen holdes konstant over perioden. En direkte overgang (modell A) vil kunne medføre et fond på rundt 250 mill. kroner og en balansert overgang (modell B) om lag 300 mill. kroner ved inngangen til 2030.

Årsaken til at fondet ved modell B blir større enn ved modell A, er at de gruppene som i dag betaler for mye vil fortsette å subsidiere de gruppene som nå betaler for lite i en overgangsperiode. Kryss-subsidieringen vil imidlertid avta gradvis over perioden.

A) Årlig tilskuddssats i kroner per årsverk. Direkte overgang til ny fordelingsnøkkel fra 2020.

År	Sum tilskudd i mill kr	Øvrig helsepersonell ¹			Tannleger		Leger ²			
		1	2	4	5	6a	6	7	9	9a
2018	100,0	749	2 202	7 488	13 214	23 345	25 988	51 976	171 785	224 642
2019	100,0	749	2 202	7 488	13 214	23 345	25 988	51 976	171 785	224 642
2020	105,9	441	1 436	5 416	19 062		23 042	62 842	216 354	284 582
2021	108,8	453	1 475	5 562	19 574		23 661	64 529	222 164	292 224
2022	111,8	465	1 515	5 712	20 101		24 298	66 267	228 147	300 094
2023	114,8	478	1 556	5 866	20 644		24 954	68 057	234 310	308 200
2024	118,0	491	1 598	6 025	21 203		25 630	69 901	240 658	316 550
2025	121,2	504	1 641	6 188	21 779		26 327	71 800	247 196	325 150
2026	124,6	518	1 686	6 357	22 373		27 044	73 756	253 931	334 009
2027	128,0	532	1 732	6 531	22 984		27 783	75 771	260 867	343 133
2028	131,5	547	1 779	6 710	23 613		28 543	77 846	268 012	352 530
2029	135,2	562	1 828	6 894	24 262		29 327	79 983	275 371	362 210
2020-29	1 199,8									

B) Årlig tilskuddssats i kroner per årsverk. Balansert overgang til ny fordelingsnøkkel.

År	Sum tilskudd i mill kr	Helsepersonell			Tannleger		Leger			
		1	2	4	5	6a	6	7	9	9a
2018	100,0	749	2 202	7 488	13 214	23 345	25 988	51 976	171 785	224 642

¹ Øvrig helsepersonell inkluderer bl.a. alle apotekteknikere, sykepleiere, helsefagarbeidere, tannpleiere, optikere, audiografer, ortopediingeniører, kiropraktorer, psykologer og radiografer.

² Leger er fordelt mellom leger uten spesialisering, leger med spesialisering, øyespesialister og kirurger.

2019	100,0	749	2 202	7 488	13 214	23 345	25 988	51 976	171 785	224 642
2020	101,3	560	1 850	6 900	15 000	24 200	26 000	56 000	186 000	243 000
2021	107,3	560	1 850	6 900	16 800	24 200	26 000	60 000	200 000	261 000
2022	113,4	560	1 850	6 900	18 600	24 200	26 000	64 000	214 000	280 000
2023	119,4	560	1 850	6 900	20 400	24 200	26 000	68 000	227 000	298 000
2024	125,1	560	1 850	6 900	22 200	24 200	26 000	70 000	241 000	317 000
2025	130,6	560	1 850	6 900	24 200		26 400	72 000	247 000	325 000
2026	131,7	560	1 850	6 900	24 200		27 000	74 000	254 000	334 000
2027	132,8	560	1 850	6 900	24 200		27 800	76 000	261 000	343 000
2028	134,0	560	1 850	6 900	24 200		28 600	78 000	268 000	353 000
2029	135,2	560	1 850	6 900	24 200		29 400	80 000	275 000	362 000
2020- 29	1 230,9									

Helse- og omsorgsdepartementet legger vekt på følgende kriterier som sentrale ved valg av endringer i fondets rammebetingelser:

- Ordningen må ha tilstrekkelige midler til å dekke fortløpende forpliktelser.
- Ordningen har vært underfinansiert siden oppstart, og det er foretatt flere endringer i tilskuddssatsene i løpet av de siste årene. Det bør tilstrebes en mer robust ordning som sikrer fondets evne til å dekke fremtidige forpliktelser.
- Ordningen bør ha rettferdige risikoklasser og unngå høy grad av kryss-subsidiering mellom helsepersonell.

Videre bør følgende usikkerhetsmomenter tas inn i en helhetsvurdering:

- Skadekostnadsutvikling i ordningen er usikker og avhengig av flere faktorer, herunder antall årsverk og aktivitetsnivå, type behandlinger og behandlingsmetoder som tilbys,

befolkningens etterspørsel, oppgjørspraksis og rettspraksis. Disse variablene kan vanskelig kontrolleres.

- Framtidig omfang av private helsetjenester. Dette vil bl.a. påvirkes av endringer i den offentlige helsetjenestens avtaler med private også som følge av politiske føringer. Eksempelvis vil økt omfang av anbud i regi av RHFene kunne medføre at flere private aktører inngår i det offentlige tjenestetilbudet og utgår fra tilskuddsordningen.

Etter departementets vurdering bør det være en forutsetning at fondet til enhver tid har tilstrekkelige midler. Samtidig må behovet for å justere tilskuddssatser og risikoklasser også vurderes opp mot eventuelle konsekvenser i markedet for private helsetjenester. For stor og/eller rask nedbygging av underbalansen i fondet (i form av høyere tilskuddssatser) kan skape barrierer for etablering av nye virksomheter. Dette kan igjen innvirke negativt på fondets evne til å innfri økonomiske forpliktelser. Private helseaktører har ikke et "sørge for-ansvar" og kan i prinsippet forlate markedet under ugunstige premisser. Markante endringer eller økninger i tilskuddssatsene for flere grupper kan derfor føre til utilsiktede konsekvenser, og valg av profil for inndekning bør vurderes i lys av dette.

Etter departementets vurdering tilsier dette en balansert (overgangsperiode) nedbygging av underdekningen i fondet, jf. modell B over. Samtidig vurderer departementet den umiddelbare risikoen for at markedet for private helsetjenester "forsvinner" som liten – gitt både helsepolitiske målsettinger og den historiske utviklingen i markedet. Av dette følger det også at det ikke er nødvendig å følge opp aktuarberegningene som i utgangspunktet tilsier endringer i tilskuddssatsene for å oppnå 100 prosent kostnadsdekning i ordningen. Slike beregninger tar høyde for den teoretiske muligheten at privat helsetjeneste en dag opphører å eksistere, mens forpliktelsene består. Etter departementets oppfatning er det ikke nødvendig at fondet er stort nok til å håndtere en slik mulighet.

Departementet tar sikte på å vurdere tilskuddssatsene systematisk hvert 5 år.

Riktig plassering i risikoklasser

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår enkelte endringer av fordelingen i risikoklasser. Det vises til at fordelingen skal sikre at den enkelte helsepersonellgruppe i størst mulig grad dekker sine egne kostnader innenfor ordningen.

Departementet foreslår følgende endringer:

Segment	Helsepersonellgruppe	Nåværende	Forslag
Leger	Øvrige leger	6	6
	Øvrige legespesialister	7	7
	Øyespesialister	9	9
	Kirurger	9a	9a
Tannleger	Øvrige tannleger	5	5

	Tannlegespesialist innen oral kirurgi/medisin og protetik samt tannleger som driver med implantat	6a	5 (fra 2025)
Øvrig helsepersonell	Ambulansearbeider, Apotektekniker, Bioingeniør, Ergoterapeut, Fotterapeut, Helsefagarbeider, Helsesekretær, Hjelpepleier, Klinisk ernæringsfysiolog, Omsorgsarbeider, Ortoptist, Provisorfarmasøyt, Reseptarfarmasøyt, Sykepleier, Tannhelsesekretær, Tannpleier, Tanntekniker, Vernepleier	1	1
	Audiograf	2	1
	Radiograf	4	1
	Perfusjonist	7	1
	Alt helsepersonell i bedriftshelsetjenesten, Fysioterapeut, Optiker, Ortopediingeniør	2	2
	Psykolog	4	2
	Jordmor	5	2
	Kiropraktor	4	4

Oppsummering

Etter en samlet vurdering mener departementet at modell B vil ivareta ordningen og sektorens behov i størst grad. Modell A vurderes mindre aktuell blant annet på grunn av brå overgang til høyere tilskuddssatser for flere av aktørene i markedet. Modell B er lagt til grunn for forslaget til endringer i forskriften i punkt 6.

Departementet ber imidlertid om høringsinstansenes syn på valg av modell.

5 Administrative og økonomiske konsekvenser

Forslag om en ny hjemmel i pasientskadeloven som gir tvangsgrunnlag for utlegg ved innkreving av tilskudd i privat helsetjeneste vil gjøre innkrevingen enklere, raskere og rimeligere. Det forutsettes at Skatteetatens kostnader, som følge av at kravene skal inndrives av Statens innkrevingssentral, dekkes gjennom en revidering av gjeldende samarbeidsavtale mellom Skatteetaten og NPE om innkreving. Eventuelle merkostnader vil dekkes innenfor Helse- og omsorgsdepartementets gjeldende budsjetttrammer.

Forslag til endringer i tilskuddsordningen innebærer endringer i de årlige tilskuddene private helsetjenester yter til ordningen. Årlig vil tilskuddene øke med 5-6 mill. kroner

over perioden. Noen helsepersonellgrupper vil som følge av redusert kryss-subsidiering også gi høyere eller lavere tilskuddssatser i forhold til dagens nivå, jf. tabell i punkt 4.2.

6 Forslag til lov- og forskriftsendringer

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

§ 8 skal lyde:

§ 8. Plikt for den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten til å melde fra og yte tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning

Den som utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten 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 helse- og omsorgstjenesten 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.

Norsk Pasientskadeerstatning kan fatte vedtak om plikt til å betale tilskudd. Vedtak om tilskuddsplikt er tvangsgrunnlag for utlegg. Kravet inndrives av Statens innkrevingsentral etter reglene i lov 11. januar 2013 nr. 3 om Statens innkrevingsentral.

Den som 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. Medvirkning straffes ikke.

Forslag til endring i forskrift 31. oktober 2008 nr. 1166 om pasientskadelovens virkeområde og om tilskuddsplikt for den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten:

§ 10 skal lyde:

§ 10 Tilskuddssatser og risikogrupper

Tabellen nedenfor viser *hvilken* tilskuddssats Norsk Pasientskadeerstatning skal legge til grunn per årsverk for hver *risikogruppe* av *helsepersonell* ved fastsettelse av tilskudd etter § 5.

År	Øvrig helsepersonell			Tannleger		Leger			
	1	2	4	5	6a	6	7	9	9a
2018	749	2 202	7 488	13 214	23 345	25 988	51 976	171 785	224 642
2019	749	2 202	7 488	13 214	23 345	25 988	51 976	171 785	224 642
2020	560	1 850	6 900	15 000	24 200	26 000	56 000	186 000	243 000
2021	560	1 850	6 900	16 800	24 200	26 000	60 000	200 000	261 000
2022	560	1 850	6 900	18 600	24 200	26 000	64 000	214 000	280 000
2023	560	1 850	6 900	20 400	24 200	26 000	68 000	227 000	298 000
2024	560	1 850	6 900	22 200	24 200	26 000	70 000	241 000	317 000
2025	560	1 850	6 900	24 200	24 200	26 400	72 000	247 000	325 000
2026	560	1 850	6 900	24 200	24 200	27 000	74 000	254 000	334 000
2027	560	1 850	6 900	24 200	24 200	27 800	76 000	261 000	343 000
2028	560	1 850	6 900	24 200	24 200	28 600	78 000	268 000	353 000
2029	560	1 850	6 900	24 200	24 200	29 400	80 000	275 000	362 000

Tabellen nedenfor viser plassering av helsepersonell i risikogruppe for aktuell tilskuddssats.

Risikogruppe	Helsepersonellgruppe
1	Ambulansearbeider, apotektekniker, bioingeniør, ergoterapeut, fotterapeut, helsefagarbeider, helsesekretær, hjelpepleier, klinisk ernæringsfysiolog, omsorgsarbeider, ortoptist, provisorfarmasøyt, reseptarfarmasøyt, sykepleier, tannhelsesekretær, tannpleier, tanntekniker, vernepleier, audiograf, radiograf, perfusjonist,
2	Alt helsepersonell i bedriftshelsetjenesten, fysioterapeut, optiker, ortopediingeniør, psykolog, jordmor,
4	Kiropraktor
5	Øvrige tannleger
6	Øvrige leger
6a	Tannlegespesialist innen oral kirurgi/medisin og protetik og samt tannleger som driver med implantat

7	Øvrige legespesialister
9	Øyespesialister
9a	Kirurger

Fra 2025 skal alle tannleger være i risikogruppe 5.