



Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Deres ref.

Vår ref.  
08/153-5/JH/raa

Dato:  
01.10.2008

## **Forslag til forskrift om pasientskadelovens virkeområde og om tilskuddsplikt for den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten - høringsuttalelse fra Apotekforeningen**

### **I Politisk mål om en rettferdig og differensiert ordning**

I Helse- og omsorgskomiteens innstilling til Ot.prp. nr. 103 (2005-2006) skrev komiteen følgende om hvordan tilskuddet skulle finansieres<sup>1</sup>:

*”Komiteen vil understreke at det vil være krevende å lage innkrevingsmodeller som gjør at tilskuddet blir rimelig for den enkelte tjenesteyter. Komiteen viser til at ulike tjenesteytere har ulike skadepotensial. Dersom det private helsevesenet skal fullfinansiere erstatningsansvaret, blir det derfor viktig å lage et system med en rettferdig, differensiert tilskuddsordning.”*

Komiteen fulgte opp dette i påfølgende debatt 6. mars 2007 hvor det ble gjentatt flere ganger at det var viktig med en *rettferdig og differensiert* tilskuddsordning.

Helse- og omsorgsdepartementet har i høringsnotatet skrevet følgende om Stortingets omtale av hvordan de ønsker at tilskuddet skal finansieres:

*”Under behandlingen av endringsloven i Stortinget forutsatte komiteen at tilskuddet skal differensieres i noen grupper basert på skaderisiko og omfang av virksomheten”.*

Apotekforeningen kan ikke se at Helse- og omsorgsdepartementet i forslag til forskrift, og ellers i høringsnotatet, har tatt hensyn til at Stortinget ønsker en *rettferdig og differensiert* tilskuddsordning. Dette bekreftes etter vår mening blant annet i forslagene til utjevningsmodeller i kapittel 13 i høringsnotatet.

Et rettferdig, differensiert tilskuddssystem må etter vår oppfatning innebære at tilskudd som apoteksektoren innbetaler til NPE og erstatningsutbetalingene fra sektoren, holdes atskilt fra øvrig privat sektor.

<sup>1</sup> Innst. O. nr. 6 (2006-2007) s. 4, siste avsnitt.

Apotekforeningen foreslår på denne bakgrunn at det i forskrift eller merknader til forskrift påpekes at NPE skal arbeide for at hver sektor, herunder apoteksektoren, skal betale tilskudd i henhold til den skaderisiko sektoren selv utgjør. En slik gradering av tilskuddet, avhengig av risikoen på vedkommende profesjon, må tas inn i forskriften som et overordnet prinsipp.

Pasientskadelovens § 8a åpner videre for at Kongen i forskrift kan bestemme at tjenesteytere eller nærmere angitte grupper av tjenesteytere kan eller skal tegne forsikring til dekning av ansvaret etter loven i stedet for at NPE er ansvarlig. Helse- og omsorgsdepartementet har foreløpig ikke utarbeidet noe forslag til forskrift som åpner for et slik privat forsikringsalternativ.

EØS-avtalen gir sannsynligvis ikke Helse- og omsorgsdepartementet frihet til å benytte NPE-ordningen til å forskyve forsikringskostnader mellom ulike virksomheter slik blant annet høringsnotatets punkt 13 legger opp til. Denne motforestilling vil gjøre seg gjeldende med særlig styrke dersom pasientskadeloven med tilhørende forskrifter stenger for konkurranse ved å etablere NPE som monopolist for denne type forsikringsdekning.

Det er ikke akseptabelt for Apotekforeningen at apoteksektoren skal subsidiere andre sektorer som på grunn av større risiko og eller svært høye erstatningsutbetalinger "rettmessig" må betale et høyt tilskudd. Det er i høringsnotatet ikke gitt noen grunn, ut over at det blir et svært høyt tilskudd for noen profesjonsgrupper, til at det skal forekomme en utjevning mellom ulike profesjonsgrupper. Fører risikovurderingene til at enkelte helsepersonellgrupper får spesielt høye tilskuddskrav mot seg, må et politisk ønske om utjevning snarere søkes oppnådd gjennom det ordinære inntektssystemet for vedkommende helsepersonellgruppe enn gjennom denne forsikringsordningen.

Siden Helse- og omsorgsdepartementet ikke tydelig har avklart at enkelte sektorer/ profesjonsgrupper ikke skal subsidiere andre sektorer, vil vår motforestilling mot slik skjult skattelegging av apoteksektoren gjelde for tilnærmet alle punktene som vi omtaler i høringsuttalelsen.

## **II Nærmere om de enkelte punktene i høringsnotatet.**

Videre i vårt hørings svar vil vi se nærmere på de områdene som er spesielt relevante for apoteksektoren.

### **1 Melde- og tilskuddsplikt**

Helse- og omsorgsdepartementet har vurdert om melde- og tilskuddsplikten bør legges på enkeltpersoner som ved å yte helsehjelp kan tenkes å volde pasientskade, eller om plikten bør legges på virksomhetsnivå.

#### ***Hvilke personer er omfattet av melde- og tilskuddsplikt og hvem har denne plikten***

Departementet foreslår at melde- og tilskuddsplikten knyttes opp til helsepersonell som arbeider i henhold til offentlig autorisasjon/lisens.

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår at det er virksomheten og ikke hver enkelt helsepersonell som har melde- og tilskuddsplikt. Dette begrunnes med at den risiko virksomheten representerer når det gjelder pasientskader, vil være knyttet til omfanget av virksomheten, særlig til hvor

mye helsepersonell den sysselsetter, helsepersonellens spesialisering og hvilke helsetjenester de yter. Dette taler for å legge plikten på virksomheten, men knytte beregningen av tilskuddet til antallet helsepersonell og til hvilke grupper helsepersonell som er sysselsatt i virksomheten. Dette vil også gjøre det lettere og mindre kostnadskrevenende for NPE å administrere ordningen.

### ***Apotekforeningens vurdering***

Apotekforeningen mener det er fornuftig at det er virksomheten som har melde- og tilskuddsplikten. Vi har ingen innvendinger mot at melde- og tilskuddsplikten er knyttet opp mot helsepersonell som arbeider i henhold til offentlig autorisasjon/lisens.

## **2 Muligheten for kollektivavtaler**

Helse- og omsorgsdepartementet åpner i høringsnotatet for at tilskuddet kan betales gjennom den profesjonssammenslutning det aktuelle helsepersonellet er medlem av. På grunn av hensynet til organisasjonsfrihet kan imidlertid en slik ordning ikke pålegges profesjonsforeningen.

I henhold til høringsnotatet må profesjonsforeningene som inngår en slik avtale, likevel betale tilskudd på grunnlag av antallet medlemmer. Hvis NPE har administrative besparelser ved at det inngås kollektivavtaler, foreslås det at NPE kan legge til grunn den administrative gevinsten som en "rabatt" for foreningene.

I forskriftens § 4 er det foreslått følgende tekst:

*"Norsk Pasientskadeerstatning kan inngå avtale med foreninger eller forbund som har helsepersonell som medlemmer, om at foreningen/forbundet skal betale samlet tilskudd for medlemmer som er sysselsatt i tilskuddspliktig virksomhet. Dersom det er inngått slike avtaler, faller tilskuddsplikten bort for så vidt gjelder medlemmer av disse foreningene/forbundene, for virksomheter som sysselsetter dem."*

Kollektivavtaler er ikke omtalt i merknadene til forskriften.

### ***Apotekforeningens vurdering***

Apotekforeningen mener det er hensiktsmessig og riktig at det åpnes for mulighet til å inngå kollektivavtaler. Helse- og omsorgsdepartementet skriver imidlertid ikke noe konkret om hvor stor rabatten vil kunne bli.

I høringsnotatet benyttes begrepet profesjonsforening når man skriver om mulighet for kollektiv avtale, mens det i forskriften brukes "foreninger eller forbund som har helsepersonell som medlemmer". Apotekforeningen er en interesse- og bransjeorganisasjon og vil muligens ikke kunne inngå kollektivavtaler med NPE hvis denne formuleringen blir stående. Forskriftens § 4 må derfor endres dersom Apotekforeningen skal kunne inngå en kollektivavtale på vegne av helsepersonell som arbeider i apoteksektoren. En mulig endring kan være at teksten blir lydende: "foreninger eller forbund som har helsepersonell *eller virksomheter med ansatt helsepersonell* som medlemmer".

Apotekforeningen tror samtidig at det ville vært hensiktsmessig hvis det i forskriften eller i merknadene til forskriften kom tydeligere fram hvordan slike rabatter skal gis.

### 3 Fastsettelse av tilskudd

#### ***Faktorer som er viktige i forbindelse med fastsettelse av tilskudd***

Helse- og omsorgsdepartementet skriver i høringsnotatet at for å gjøre en riktig beregning av hvor store tilskuddene må være, er det nødvendig å ha oversikt over helsehjelp som ytes utenfor den offentlige helsetjenesten. Samtidig innrømmes det at departementet ikke har sikre opplysninger 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 foreligger heller ikke kunnskap om skaderisiko og skadefrekvens. Det kan også tenkes at terskelen for å søke erstatning vil bli lavere når pasienten kan henvende seg til NPE i stedet for å rette kravet mot skadevolder og hans forsikringsselskap.

Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at tilskuddet skal variere med risiko og omfang på virksomheten, men at det samtidig ikke opereres med for mange grupper.

Ved hjelp av forsikringstekniske beregningsmetoder har Helse- og omsorgsdepartementet og NPE kommet frem til størrelsen på de tilskudd som det foreslås at privat sektor skal yte til NPE. På grunn av usikkerheten knyttet til tallgrunnlaget anser departementet at det kan bli nødvendig å justere størrelsen på tilskuddene når ordningen er trådt i kraft og man har et bedre grunnlag for vurderingene.

For å beregne omfanget innenfor privat sektor har Helse- og omsorgsdepartementet valgt å benytte anslag for antall årsverk. På sikt kan det ifølge departementet bli aktuelt å supplere med andre aktivitetsdata som for eksempel omsetning, antall pasientkonsultasjoner med mer.

#### ***Apotekforeningens vurdering***

Vi har forståelse for at myndighetene ikke har full oversikt over den helsehjelp som ytes utenfor den offentlige helsetjenesten. Dette stiller imidlertid enda større krav til departementet om å lage et system for hver profesjonsgruppe/sector som gir god oversikt over innbetaling av tilskudd og erstatningsutbetalinger. Dette vil sette NPE i stand til å gjøre en stadig mer treffsikker beregning av tilskuddene over tid.

Apotekforeningen forutsetter at helsepersonell i apoteksektoren vil være i den laveste risikogruppen. Vi forutsetter samtidig at profesjonsgrupper blir plassert i risikogrupper ut fra faktisk risiko og ikke på grunnlag av andre hensyn. Hvis flere profesjonsgrupper endrer risikogruppe, kan det også tenkes at helsepersonell i apoteksektoren burde komme i en ”ny” og lavere risikogruppe.

Helse- og omsorgsdepartementet skriver at omsetning på sikt kan bli vurdert benyttet i beregningen av tilskudd. For apoteksektoren vil omsetning *ikke* være et godt parameter for å beregne tilskudd da høy omsetning i apotek ikke nødvendigvis er korrelert med erstatningsutbetalinger fra NPE. Høy omsetning kan like gjerne være et tegn på at man selger mye handelsvarer. Dessuten er det ingen sammenheng mellom legemidlenes utsalgspris og skaderisiko.

#### ***Beregning av tilskudd***

Helse- og omsorgsdepartementet ser for seg at tilskuddet skal beregnes per årsverk for hver profesjon og basere seg på et grunntilskudd som ganges med en faktor som angir risiko for hver pro-

fesjon. I tillegg legges det på et fast administrasjonstillegg. Denne beregningsmetoden for tilskudd er imidlertid ikke gjengitt i forskriften eller i merknadene til forskriften.

### ***Grunntilskudd***

For å bestemme hva grunntilskuddet skal være, har Helse- og omsorgsdepartementet foretatt enkle anslag for privat sektor basert på tilgjengelige data fra offentlig sektor. Departementet antar at risikoen i privat sektor er lavere enn i offentlig sektor, da offentlig sektor antas å ta de mest kompliserte operasjonene og en stor del er akuttbehandling. Det er derfor lagt til grunn lavere erstatningskostnader for privat sektor. Det antas at privat sektor utgjør i størrelsesorden 5 pst. av kostnadene i offentlig sektor.

### ***Administrasjonstillegg***

Det må gjøres et tillegg i tilskuddet for dekning av NPEs administrative kostnader. Helse- og omsorgsdepartementet har forutsatt at dette tilskuddet ligger på om lag 30 pst. av risikotilskuddet i gjennomsnitt. For at ikke administrasjonstillegget skal bli for lavt i de laveste risikoklassene, foreslås det et minimum, slik at tillegget ikke blir lavere enn 150 kroner. Ved eventuelle kollektivavtaler skriver departementet at administrasjonstillegget kan settes "noe lavere". Det fremgår ikke hva som menes med "noe lavere".

### ***Apotekforeningens vurdering***

Beregning av tilskuddene er basert på svært usikre anslag og er uttrykk for at Helse- og omsorgsdepartementet og NPE ikke har tilstrekkelig tallgrunnlag for privat sektor, noe som også tilkjennegis i høringsnotatet. For alle faktorer i modellen er det knyttet stor usikkerhet. Det er derfor svært viktig at departementet i samarbeid med NPE jevnlig reviderer beregningsgrunnlaget for tilskuddene. Som vi innledet vårt hørings svar med, er Stortingets intensjon å lage en rettferdig, differensiert tilskuddsordning. Dette innebærer at grunntilskuddet for profesjonen/sektoren må tilsvare forventede erstatningsutbetalinger for profesjonsgruppen/sektoren. Denne vurderingen må også ha betydning for hvor mye hver profesjon/ sektor skal betale i administrasjonstillegg. Forventninger om lave erstatningsutbetalinger gir tilsvarende lave, antesiperte administrasjonskostnader.

Når det gjelder evaluering av tilskuddsordningen, og derigjennom vurdering av de tilskuddsatsette som er satt, omtaler vi dette nedenfor under "6 Forvaltning av tilskuddene".

## **4 Ansatte/ årsverk**

I 2007 hadde apotekene 3.539 årsverk som faller inn under helsepersonelloven, fordelt på 4.200 ansatte. Det er følgelig av stor betydning om tilskuddet skal beregnes for årsverk eller antall ansatte. I forskriften står det at tilskuddet skal beregnes på grunnlag av antall ansatte, men at man *kan* få fratrukk hvis man ikke jobber heltid.

I teksten til høringsnotatet skriver Helse- og omsorgsdepartementet at de skal bruke årsverk. I forskriftsutkastets § 5 står det følgende:

*"Tilskuddet fastsettes på grunnlag av antallet helsepersonell med autorisasjon eller lisens som er sysselsatt i virksomheten og de satsene som er fastsatt for disse i § 10. For helsepersonell som er sysselsatt mindre enn ett årsverk i kalenderåret i virksomheten, kan Norsk Pasientskadeerstatning fastsette tilskuddet oppad beregnet til 25 pst, 50 pst eller*

*75 pst av et årsverk. Tilskuddet beregnes til avtalt sysselsetting i virksomheten når melding som omtalt i § 9, sendes inn. Norsk Pasientskadeerstatning kan kreve at omfanget av sysselsetting bekreftes på egnet måte.”*

Samtidig står det i merknadene til § 5:

*”I annet ledd fremgår at det ikke bare er antallet sysselsatte som kan legges til grunn for beregningen av tilskuddet. Selv om antallet må være utgangspunktet, kan det tenkes at noen er sysselsatt på deltid eller kun er sysselsatt i virksomheten noen måneder av året, og at de dermed bare utfører deler av et årsverk. Dette vil ha betydning for den skaderisiko de representerer. Derfor åpner bestemmelsen for at Norsk Pasientskadeerstatning kan utøve et skjønn.”*

Det kan således se ut som om Helse- og omsorgsdepartementet ikke er helt konsekvent når det gjelder om tilskuddet skal beregnes ut fra antall ansatte eller årsverk.

I høringsnotatet skrives det i all hovedsak om antall årsverk. Blant annet er tittelen i tabell 4 på side 32 i notatet ”Tilskudd inkl. administrasjon pr. årsverk for hver yrkesgruppe”. I forskriftens § 10 Tilskuddsatser sies det ikke om det er snakk om ansatte eller årsverk.

I høringsnotatet har Helse- og omsorgsdepartementet en oversikt over antall årsverk for hver yrkesgruppe i privat sektor. Oversikten baserer seg på tall innhentet fra Statistisk sentralbyrå (SSB), som er kryssjekket mot profesjonsforeninger. Apotekforeningen har oversendt både våre statistikkamlinger *Apotek og legemidler 2007* og *Apotek og legemidler 2008* hvor antall årsverk i apoteksektoren fremgår. Ved å summere antallet apotekteknikere, provisorfarmasøyter og reseptarfarmasøyter oppgitt i høringsnotatet blir tallet 3.784 årsverk, mens en summering fra *Apotek og legemidler* gir 3 539 årsverk.

#### ***Apotekforeningens vurdering***

Privat apoteksektor sysselsetter 4.200 helsepersonell som utfører i overkant av 3 500 årsverk. Dette baserer seg på gode data som Apotekforeningen har og jevnlig vedlikeholder, slik at det ikke er grunn til å legge skjønnsmessige anslag til grunn for vår sektor. Apotekforeningen mener videre at forskriften må presisere at tilskuddet skal basere seg på *antall årsverk*. I motsetning til antall ansatte gir dette en entydig indikator for produksjonsvolumet i sektoren, som må være den relevante størrelsen for tilskuddsberegningen. Bruk av antall ansatte vil etter vår oppfatning bare være relevant i sektorer hvor det ikke foreligger gode data for årsverk.

### **5 Helse- og omsorgsdepartementets forslag til utjevning.**

I lys av at leger og enkelte andre yrkesgrupper med høy risiko i utgangspunktet må betale svært høye tilskudd (opp mot 130.000 kroner), har Helse- og omsorgsdepartementet utført beregninger for å vise hvordan tilskuddenes størrelse kan variere med ulik grad av utjevning. Departementet ønsker høringsinstansenes syn på om modellene som presenteres er aktuelle. Hvis det ikke er noe utjevning mellom profesjonsgruppene, vil apoteksektoren måtte betale 1,51 mill. kroner, før en eventuell rabatt på administrasjonstillegget er trukket fra.

For apotekansatte vil de ulike modellene gi følgende utslag:

*Modell 1: Utjevning mellom legene*

Berører kun leger

*Modell 2: Utjevning mellom alle yrkesgrupper der 10 pst. fordeles*

Tilskudd per årsverk i apoteksektoren økes med 194 kroner til 594 kroner. Hvis Helse- og omsorgsdepartementets tall på årsverk benyttes, medfører dette en økning på 734.096 kroner for apoteksektoren samlet, dvs. en økning på 49 prosent.

*Modell 3: Utjevning mellom alle yrkesgrupper der 50 pst. fordeles*

Tilskudd per årsverk i apoteksektoren økes med 968 kroner til 1.368 kroner. Hvis Helse- og omsorgsdepartementets tall på årsverk benyttes medfører dette en økning på 3,66 mill. kroner for apoteksektoren samlet, dvs. en økning på 240 prosent.

***Apotekforeningens vurdering***

Apotekforeningen anser alle utjevningsmodellene hvor apoteksektoren subsidierer andre profesjonsgrupper for uaktuelle, da dette ikke bare vil være i strid med Stortingets politiske mål om en rettfærdig og differensiert ordning, jf. omtalen innledningsvis, men også i strid med alminnelige forsikringsfaglige prinsipper.

Vi kan ikke se at en utjevning er begrunnet på noen som helst måte ut over det forhold at departementet gjerne ser at enkelte grupper bør få en lavere økonomisk belastning. Etter vårt syn er dette et grunnleggende feil fokus i denne saken hvor forsikringsordningen skal utformes, idet utjevning tilsidesetter det grunnleggende forsikringsprinsippet om differensiering av premie i henhold til skaderisiko. Utjevning i forsikringsssammenheng skjer *innenfor* skadekategorier, ikke mellom dem. Hvis utjevning skal skje på kryss av skadekategoriene, vil den skadekategori som subsidieres av andre kategorier miste et vesentlig insentiv til å iverksette skadereduserende tiltak. Av den grunn er det for eksempel uhørt at villaforsikring systematisk subsidierer bilforsikring.

Departementets reelle anliggende her ligger således utenfor høringens formål, som må være å utforme en forsikringsordning i tråd med Stortingets føringer, det foreliggende lovverket og grunnleggende forsikringsfaglige prinsipper. Departementets sideagenda om å skåne enkelte helsepersonellgrupper for en høy forsikringspremie bør således ikke handle om disse helsepersonellgruppens utgifter til NPE, men om det inntektsgrunnlaget disse har for å betjene sine utgifter til bl.a. forsikring. Riktig arena for slike diskusjoner må være den arena der staten fastsetter eller på annen måte påvirker de økonomiske rammevilkårene for disse gruppens inntekter.

Som nevnt tidligere gir dessuten EØS-avtalen neppe Helse- og omsorgsdepartementet frihet til å benytte NPE-ordningen til å forskyve forsikringskostnader mellom ulike virksomheter slik høringsnotatets punkt 13 legger opp til. Denne motforestilling vil gjøre seg gjeldende med særlig styrke dersom pasientskadeloven med tilhørende forskrifter stenger for konkurranse ved å etablere NPE som monopolist for denne type forsikringsdekning. Hvis Helse- og omsorgsdepartementet legger opp til en ordning hvor tilskudd skal utjevnes, må det dermed være mulig for apoteksektoren å benytte andre forsikringsordninger i et fritt, konkurrerende marked.

## 6 Forvaltning av tilskuddene

Helse- og omsorgsdepartementet skriver i høringsnotatet at erfaringer fra offentlig sektor indikerer at det kan gå inntil 10 år før nærmere 90 pst. av skadene som voldes i et bestemt skadeår er ferdig behandlet. Det er derfor viktig at det bygges opp tilstrekkelig kapital til fremtidige erstatningsutbetalinger. Oppbygging av kapital bør også skje av hensyn til forutberegnelighet og for å unngå store justeringer i tilskuddene årlig. Departementet skriver samtidig at det er viktig at tilskuddene som betales inn må holdes atskilt fra midlene som kommer fra offentlig sektor.

### *Apotekforeningens vurdering*

I kapitlet der Helse- og omsorgsdepartementet har omtalt hvordan NPE skal forvalte innbetalte tilskudd, står det ingenting om at man skal ha interne regnskap.

I møter med NPE og Helse- og omsorgsdepartementet har Apotekforeningen reservert seg meget klart mot at apoteksektoren skal subsidiere andre virksomheter innenfor privat sektor. I disse møtene fikk vi inntrykk av at det vil bli laget egne regnskap for hver profesjon/sector. Behovet for dette underbygges ved at departementet flere ganger i høringsnotatet skriver at de er usikre på om tilskudd er satt rett og at det vil kunne være behov for å gjøre endringer etter noen år.

I Stortingets innstilling til endringene i pasientskadeloven skriver komiteen at det bør foretas en evaluering når pasientskadeloven har vært i kraft noen år, og at det da spesielt sees på hvordan den foreslåtte tilskuddsordningen fungerer.

Vi kan heller ikke se at departementet har lagt inn kontrollmekanismer som vil kunne gjøre det mulig å følge med på om tilskuddene som de ulike profesjonsgruppene skal betale inn står i et riktig forhold til det som betales ut av erstatninger.

Vi gjør videre oppmerksom på at apotek i dag har en forsikringsplikt etter apotekloven, jf. apotekloven § 1-6. Denne er nå overflødig ved siden av pasientskadeloven og produktansvarsloven. For å unngå unødvendige kostnader til dobbeltforsikring, bør apotekloven § 1-6 tredje ledd oppheves så snart som mulig. Apotekforeningen er kjent med at Helse- og omsorgsdepartementet for tiden arbeider med en revisjon av apotekloven. Hvis dette arbeidet ikke er forsinket, kan det være hensiktsmessig at en endring av apoteklovens § 1-6 tas inn i det pågående lovarbeidet.

## 7 Forsikringsmuligheten

I odelstingsproposisjonen vises det til muligheten for at 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, og at dette vil kunne være et aktuelt alternativ for apotekene.

I høringsnotatet til forslaget til forskrift skriver departementet følgende om muligheten for privat forsikring:

*"Det følger av Ot.prp. nr. 103 (2005-2006) at departementet mener at det i utgangspunktet ikke bør åpnes for privat forsikring som alternativ til å betale tilskudd til NPE, men dersom det viser seg å oppstå udekkede behov i markedet, kan det bli aktuelt å vurdere om det bør innføres valgfrihet mellom å tegne forsikring på lovens vilkår og betale til-*



*skudd til NPE etter at ordningen har fungert over noe tid. Det foreslås ikke forskriftsbestemmelser som åpner for forsikringsalternativet nå.”*

### ***Apotekforeningens vurdering***

Vi konstaterer at Helse- og omsorgsdepartementet ikke har startet på arbeidet med en forskrift for privat forsikring. Som vi flere ganger har vist til, gir EØS-avtalen sannsynligvis ikke Helse- og omsorgsdepartementet frihet til å benytte NPE-ordningen til å forskyve forsikringskostnader mellom ulike virksomheter. Spesielt gjelder dette hvis pasientskadeloven med tilhørende forskrifter stenger for konkurranse ved å etablere NPE som monopolist for denne type forsikringsdekning.

## **8 Økonomiske konsekvenser**

De private virksomhetene er pålagt å forsikre seg mot ansvaret for pasientskader og har utgifter til forsikringspremier. For flere profesjoner vil de foreslåtte tilskuddene til NPE innebære en sterk vekst i forhold til de utgifter virksomhetene har i dag. Imidlertid er NPEs nye rolle som forsikringsgiver i privat sektor en direkte konsekvens av at forsikringsselskapene ikke vil tilby forsikring til vilkårene som følger av pasientskadeloven.

Helse- og omsorgsdepartementet antar at de private virksomhetene vil øke den betalingen de krever fra pasientene hvis utgiftene skulle øke. Når tilskuddet fordeles på antall pasienter over et år vil behandlingsutgiftenes økning per pasient bli ”ubetydelig”.

### ***Apotekforeningens vurdering***

Apotekene har allerede i dag forsikringskrav knyttet til sin virksomhet gjennom apotekloven. Forsikringskravene er i stor grad overlappende med de krav som nå er vedtatt i pasientskadeloven. Dessuten har apoteksektoren tilgang til private forsikringsgivere. Apoteksektoren er således i en annen stilling enn svært mange av de virksomhetene som Helse- og omsorgsdepartementet viser til i sitt høringsnotat. Apotekforeningen forventer derfor at tilskuddene som apoteksektoren må betale til NPE vil være i omtrent samme størrelsesorden som dagens forsikringspremie.

Hvis apoteksektoren imidlertid ender opp med å subsidiere andre virksomheter i privat sektor, vil forsikringskostnadene i apoteksektoren øke. Staten fastsetter priser og avanser på reseptpliktige legemidler, som står for ca. 70 prosent av omsetningen for apotekene i privat sektor. Apoteksektoren er regulert og har ingen mulighet til på egen hånd å øke utsalgspris på de varene som er aktuelle i skadesammenheng. Hvis apotekansatte skal få en erstatningssak mot seg, vil dette med stor sannsynlighet måtte ha med veiledning og/eller utlevering av reseptpliktige legemidler. Hvis ikke den statlig fastsatte apotekavansen oppjusteres for disse produktene, må apotekene derfor gjennom aktiv kryssubsidiering øke prisene på ikke prisregulerte handelsvarer og/eller reseptfrie legemidler. For mange handelsvarer og for et stort utvalg av de reseptfrie legemidlene møter apotekene sterk konkurranse fra dagligvarebransjen og andre omsetningskanaler. Hvis tilskuddsordningen i NPE utformes slik at apotek i realiteten skal subsidiere andre virksomheter innenfor privat sektor, vil dette virke konkurransevridende i apotekenes disfavør. Vi kan ikke se at en slik konkurransevridning kan forvares.

## 9 Tidspunkt for ikrafttredelse

Helse- og omsorgsdepartementet skriver i forslaget til forskrift at forskriften skal settes i kraft 1. januar 2009.

### *Apotekforeningens vurdering*

Som beskrevet tidligere, har apotek allerede i dag forsikringsplikt rettet mot seg gjennom apotekloven. Det må derfor settes av nok tid fra forskriften vedtas til den iverksettes, slik at apotekene kan gjøre de nødvendige endringene i forholdet til sine nåværende forsikringsyttere. I motsatt fall risikerer apotekene å måtte betale premie dobbelt opp, både til sine nåværende forsikringsyttere og til Norsk pasientskadeerstatning.

Samtidig vil det ta noe tid før en eventuell kollektivavtale er på plass. Før denne avtalen er inngått, vil man ikke kunne vite hvor mye som skal betales i tilskudd. Dette må få betydning for når forskriften skal iverksettes.

Høringsfristen er 1. oktober 2008. Høringsuttalelsene må nødvendigvis gjennomgås før forskriften kan fastsettes i statsråd. Dette fører til at det kan bli liten tid mellom fastsettelse og iverksettelse dersom 1. januar 2009 fastholdes.

Apotekforeningen ber på denne bakgrunn departementet utsette iverksettelsen, slik at det går minimum tre måneder mellom fastsettelse av forskriften og iverksettelsesdato. Dette er nødvendig for at det skal være mulig å endre forsikringsavtalene som apotekene har i dag, og for at det eventuelt skal være mulig å inngå en kollektivavtale mellom bransjen og NPE.

Med vennlig hilsen  
For APOTEKFORENINGEN



Kai Finsnes  
Adm. direktør