

Bør dagens menerstatningsordning utvides?

Menerstatningens grense for medisinsk invaliditet på 15 % er satt for høyt. Dermed blir en rekke skadelidte med betydelige plager ekskludert. Ordningen bør revurderes og den nedre grense settes lavere.

Skadeserstatningsloven § 3-2 fastsetter: «Har skadelidte fått varig og betydelig skade av medisinsk art, svares særskilt ménerstatning. Denne erstatning fastsettes under hensyn til ménets medisinske art og størrelse og dets betydning for den personlige livsutfoldelse» (1). Skadeserstatningsloven gjelder for den alminnelige erstatningsrett (trafikkulykker, pasientskader og andre personskader). For yrkesskader har man bestemmelsen om menerstatning ved yrkesskade i folketrykkeloven § 13-17 og i yrkesskadeforskriftens kapittel 4.

Penger kan i noen grad gi skadelidte kompensasjon for medisinsk invaliditet, ved at man kan kjøpe seg tilgang til opplevelser eller annen type utfoldelse som er blitt vanskeliggjort av skaden. Menerstatningens formål er å gi skadelidte kompensasjon for redusert livsutfoldelse.

Den fysiske eller psykiske medisinske skade må være varig og betydelig. I praksis har det også vist seg at graden av medisinsk invaliditet bør være på minst 15 % for at det skal utbetales erstatning. Det samme prinsippet gjelder for menerstatning ved yrkesskader.

Er grensen ved 15 % for å få menerstatning riktig? Det finnes gode grunner for å vurdere en utvidelse av ordningen. Det er slett ikke snakk om «småskader» når den varige invaliditeten er i størrelsesorden 5–14 %, noe eksempler fra Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell viser (2). En eventuell utvidelse må skje for så vel for menerstatning etter yrkesskade som for menerstatning etter den alminnelige erstatningsrett.

Hva er «ikke betydelige skader»?

Lovens ordning er at skaden må være en «betydelig skade av medisinsk art» for å gi rett til menerstatning (1). I tabellverket er det en rekke tilstander som betegnes som «ikke betydelige skader», selv om dette er skader som for de fleste vil oppleves som betydelige i dagliglivet og hemmer livsutfoldelsen. Som eksempler på slike «ubetydelige skader» kan nevnes sjenerende øresus, kronisk svimmelhet uten objektive funn, posttraumatisk stresslidelse, symptomer etter en lettere traumatisk hjerne-

skade (hukommelsesproblemer, konsentrasjonsvansker, epilepsi med sjeldne og mindre anfall), kroniske moderate nakkeplager etter påkjørsel og kroniske korsryggsplager. Disse blir alle stort sett vurdert å ligge under 15 %-grensen.

Vurdering av dagens ordning

Ett argument for å beholde dagens ordning er at den er godt etablert. Menerstatning bør forbeholdes skader av en viss størrelse og betydning, og det er viktig å begrense antall tvister om erstatning ved mindre følgeskader.

Men tvister vil det komme uansett hvordan den nedre grensen settes, og eksemplene viser etter mitt syn at det kan reises tvil om hva som kan vurderes som betydelig skade og hva som er en beskjedne. En medisinsk skade i størrelsesorden 5–14 % vil for de fleste ha en negativ innvirkning på livsutfoldelsen. Kombinert med at det stadig stilles større krav i samfunnet generelt og i arbeidslivet spesielt til optimal funksjon så vel fysisk som psykisk, fører dette etter min mening til at mennesker med «mindre skader» bør få erstatning, om enn lavere enn dagens gruppe I (15–24 %).

En menerstatningsordning for varig skade, eksempelvis ved en medisinsk invaliditet på 5–14 %, vil kunne praktiseres enkelt. Man kan bygge på og utvide dagens ordning etter reglene for yrkesskader. Invaliditetstabellen for yrkesskader kan fortsatt benyttes, etter en gjennomgang med nærmere fastsettelse av skader i intervallet 5–14 % medisinsk invaliditet. Dette vil medføre en ny mengruppe, noe som praktisk og teknisk lar seg løse.

Selv om man i dag ved fastsettelse av menerstatning gis mulighet for såkalt gruppeopprykk fra gruppe 0 (0–14 %) til gruppe I (15–24 %), gjøres dette sjelden. I praksis fastsettes erstatningen skjematisk. Søkes det om menerstatning ved lavere invaliditetsgrader enn 15 %, blir kravet gjerne gjenstand for tvist.

Rett til menerstatning ved 5–14 % medisinsk invaliditet vil gi skadelidte en rettmessig følelse av å motta en kompensasjon, selv om den er beskjedne. I oppgjøret med forsikringselskapene vil en skadelidt som

er berettiget til menerstatning også bli vurdert mer seriøst når det gjelder øvrige erstatningsposter. Menerstatningens størrelse i norsk rett er gjennomgående beskjedne.

Et eksempel: En trafikkskadet kvinne i 20-årene, 20 % varig medisinsk invalid, skadet i 2007 og med oppgjør i slutten av 2008, vil motta en menerstatning på kr 121 967, med en viss avrundning oppad. En kvinne i tilsvarende posisjon, med en varig medisinsk invaliditet på 10 %, vil ved en lovendring få rett til en menerstatning i størrelsesorden kr 60 000. Dette antar jeg at de fleste vil oppfatte som rettfærdig.

En eventuell utvidelse av dagens ordning med menerstatning vil ta tid. Inntil videre bør spesialister som fastsetter grad av medisinsk invaliditet i sine spesialisterklæringer påpeke individuelle forhold som gjør at skadefølgen er særlig byrdefull. De bør også vurdere hvorvidt det foreligger grunn til gruppeopprykk til gruppe I og dermed rett til menerstatning.

Stein Chr. Hexeberg

Vogt & Wiig Advokatfirma

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Lov om skadeserstatning av 13. juni 1969, nr. 26: § 3-2.
2. Forskrift om ménerstatning ved yrkesskade. Sosial- og helsedepartementet 21. april 1997. (Hjemmel i lov av 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd § 13-17, 2. ledd.)

Manuskriptet ble mottatt 18.11. 2008 og godkjent 22.1. 2009. Medisinsk redaktør Anne Kveim Lie.