

Justis – og beredskapsdepartementet
Postboks 8011 Dep.
0030 OSLO

Oslo, 14.12.12

Deres ref
201203933 EP PSW/bj

Vår ref
201200806

Høringsuttalelse

NOU 2011: 16 Standardisert personskadeerstatning

Vi viser til Justis og beredskapsdepartementets høringsbrev av 12.06.12 med frist for å avgi uttalelser til den 15.12.12.

Sekretariatet for Pasientskadenemnda (heretter benevnt som Pasientskadenemnda) avgir med dette sin høringsuttalelse.

Innholdsfortegnelse:

Innledning	side	2
Kapittel 4	Gjennomgripende utmålingsspørsmål	side 2-4
Kapittel 5	Inntektstapserstatning til voksne	side 4-7
Kapittel 6	Inntektstapserstatning til barn	side 8-10
Kapittel 7	Merutgiftserstatning	side 11-16
Kapittel 8	Hjemmearbeidserstatning	side 16-22
Kapittel 9	Menerstatning	side 22-25
Kapittel 10	Smerteerstatning	side 25-27
Kapittel 11	Forsørgertapserstatning	side 28-30
Kapittel 12	Adgang til etteroppgjør	side 30
Avsluttende merknader	side	30-31

Vedlegg:

1. Utrekningseksempel inntektstapserstatning til voksne (kap. 5)
2. Utrekningseksempel inntektstapserstatning til barn (kap. 6)
3. Utrekningseksempel hjemmearbeidserstatning (kap. 8)

INNLEDNING

Pasientskadenemnda ser positivt på ønsket om å standardisere utmåling av personskadeerstatning. Både hensynene til forutberegnelighet for skadelidte, ønsket om raskere erstatningsoppgjør og målsettingen om å redusere antall tvister tilsier at økt standardisering er ønskelig.

Etter Pasientskadenemndas oppfatning inneholder Utvalgets forslag så vidt mange skjønsspørsmål og unntaksregler at man ikke har lyktes med å ivareta de formålene en standardisering var ment å ha. Vi kan derfor ikke se at Utvalgets forslag hovedsakelig bidrar til økt forutberegnelighet, mulighet til raskere erstatningsoppgjør eller en reduksjon i antall potensielle tvister. For mange av forslagene mener vi tvert i mot at man vil oppnå det motsatte. For mange av erstatningspostene mener Pasientskadenemnda man enten bør velge en ordning med større grad av standardisering eller beholde individuell utmåling.

Noen av forslagene som legges frem i NOU'en er etter vårt syn gode. Dette kommer vi nærmere tilbake til under kommentarene for hvert enkelt kapittel. I avslutningsdelen er det også en oppsummering av hvilke forslag Pasientskadenemnda støtter/ikke støtter.

Pasientskadenemnda er et selvstendig forvaltningsorgan som administrativt er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Vi behandler klager på vedtak fattet av Norsk pasientskadeerstatning.

Innledningsvis vil Pasientskadenemnda bemerke at det i forslaget til standardisert erstatning i liten eller ingen grad ser ut til å være tatt høyde for pasientskadeerstatningens særlige utfordringer. Pasientskadeerstatningen utbetales fra offentlige budsjetter og forvaltes av offentlige organer som treffer enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Pasientskadene som sådan skiller seg også fra rene ulykkesskader, yrkesskader og lignende på flere måter. Vi mener disse forholdene i større grad burde vært hensyntatt og problematisert ved valg av løsninger. Pasientskadesaker utgjør en stor del av personskadesakene i Norge, med ca 5 000 meldte saker årlig til Norsk Pasientskadeerstatning, og i tillegg ca 1 800 klagesaker til Pasientskadenemnda.

I det følgende vil vi kommentere kapitlene 4-12.

KAPITTEL 4 - Gjennomgripende utmålingsspørsmål

4.1 Fradrag for forsikringsytelser

Utvalget går inn for å oppheve samordningsreglene (fradrag) tilknyttet skadelidtes egenfinansierte forsikringsytelser med engangsutbetalinger. Pasientskadenemnda har ingen motforestillinger mot dette.

Det synes imidlertid som om systemet med fradrag for *enhver* forsikringsytelse er opphevet, også forsikringer finansiert av andre/arbeidsgiver (med unntak av uføredekning i forbindelse med beregning av inntektstap). Begrunnelsen som gis er blant annet at det såkalte "kan-fradraget" ikke benyttes i praksis i dag. Pasientskadenemnda vil bemerke at dette ikke medfører riktighet hva gjelder pasientskadeerstatningen, hvor det fortsatt praktiseres et slikt fradrag.

Pasientskadenemnda mener dagens system bør videreføres, slik at det fortsatt skal være mulig til å ta hensyn til forsikringsutbetalinger som andre har finansiert for skadelidte.

4.2 Skatteulempe

Pasientskadenemnda er positiv til en lovfestning av faste satser for skatteulempe. Vi mener imidlertid at Utvalget har satt satsene for høyt når det foreslås 30 % skatteulempe for personer inntil 25 år, 25 % frem til 50 år og deretter en gradvis nedtrapping. Etter vårt syn vil en mer hensiktsmessig sats være hhv. 25 % og 20 % i tilsvarende aldersintervaller og deretter en gradvis nedtrapping etter fylte 50 år.

Pasientskadenemnda mener det her er relevant å ta hensyn til at erstatningen ofte benyttes raskere enn det rent teknisk legges opp til i en erstatningsutmåling. Det er da også forutsatt at skadelidte foretar en fornuftig bruk og/eller plassering av erstatningen, så som ved nedbetaling av gjeld eller investering i bolig, slik man individuelt vurderer skatteulempen i dag. Pasientskadenemnda mener at en skatteulempe på 25 % for de yngste skadelidte (og lang kapitaliseringsperiode) vil være forenlig med dagens prisnipp om "full erstatning". Dette nivået er også i tråd med Høyesteretts praksis i dag og Pasientskadenemnda ser ingen berettigede hensyn for å øke dette. I saker med kort kapitaliseringsperiode kan for øvrig også en slik sats bli høy.

4.3 Tidsbegrenset årsakssammenheng

Utvalget mener det i hovedsak ikke bør åpnes for en bevisførsel om skadelidtes hypotetiske sykdomsutvikling. Det gis kun en svært begrenset mulighet for dette ved åpenbart unormal negativ sykdomsutvikling.

Pasientskadenemnda støtter ikke dette forslaget.

Pasientskadenemnda stiller spørsmål ved hvordan dette er tenkt praktisert i pasientskadesakene. I pasientskadesakene er det i de aller fleste tilfeller slik at selve pasientskaden/behandlingsskaden er en *merskade*, og at pasienten allerede hadde en grunnlidelse/grunnsykdom da skaden inntraff. I våre saker er det mer hovedregelen enn unntaket at vi må se hen til hvordan grunnsykdommen mest sannsynlig (hypotetisk) ville utviklet seg i fremtiden, dersom behandlingsskaden tenkes borte. Dette har stor betydning for beregning av erstatningen til pasientene, og det vil etter vårt syn være helt galt om man skal se helt bort fra dette i nye standardiserte utmålingsregler.

4.4 Generell sikkerhetsventil i § 3-9

Pasientskadenemnda har i utgangspunktet forståelse for ønsket om å lovfeste en sikkerhetsventil for åpenbart urimelige tilfeller. Etter vårt syn vil en slik bestemmelse danne grunnlag for anførsler/tvister, dvs. spørsmål om sikkerhetsventilen kommer til anvendelse i den enkelte sak. Bestemmelsen vil i så måte være mer konfliktskapende enn konfliktdempende, og slik sett være i strid med hva man ønsker å oppnå med en standardisering. Bestemmelsen kan etter vårt syn også være med på å gjøre det foreslåtte utmålingsregelverket mer komplisert og mindre forutsigbart.

4.5 Konstateringstidspunktet og oppgjørstidspunktet

Å legge til grunn som konstateringstidspunkt det tidspunkt da en ulykke skjedde eller da skadelidte først oppsøkte lege vil kunne være vanskelig å praktisere i pasientskadesakene, og det vil også kunne virke uheldig for pasientene.

Det vil ofte være langt mer sammensatt og komplisert å ta stilling til når en behandlingsskade anses konstatert, sammenlignet med eksempel en ulykkeskade.

Pasientskadenemnda har mange saker der diagnostisering og behandling av en sykdom/skade er forsinket med flere år. Dersom beregningen av for eksempel inntektstap tar utgangspunkt i det første legebesøket, vil pasienten etter flere år med en ubehandlet sykdom/skade kunne få lagt til grunn et lavere inntektsnivå og slik kunne få lavere erstatning.

Pasientskadenemnda foreslår at det i pasientskadesakene legges til grunn at oppgjørstidspunktet er, i tillegg til enighet om oppgjøret, det tidspunkt erstatning er utbetalt i henhold til et forvaltningsvedtak. Fordi forvaltningssakene ofte behandles i mange ledd, førsteinstans, klageinstans og de alminnelige domstolene, vil det være tidkrevende og unødig bruk av ressurser å endre skjæringstidspunktet for hver instans.

4.6 Sakkyndighet

Pasientskadenemnda vil bemerke generelt at man med den foreslåtte standardiseringsordningen ser ut til å skape et enda større behov for vurderinger fra medisinske sakkyndige.

Pasientskadenemnda opplever at det allerede i dag er en stor utfordring å få tak i sakkyndige for å vurdere sakene. Å innhente sakkyndige vurderinger er en tidkrevende og kostbar del av saksbehandlingen. Vi må ofte forspørre flere sakkyndig i hver sak før noen påtar seg oppdraget. Legene er fra før ofte svært presset på tid, og bruker derfor også ofte lang tid på å skrive erklæringer. Vi ser derfor med stor bekymring på at Utvalget legger opp til et system med lovbestemte skjønsspørsmål, som vil øke behovet for sakkyndighet ytterligere. Vi mener derfor dette ikke bidrar til å forenkle saksbehandlingen, redusere antall tvister eller sikre hurtigere oppgjør.

I de følgende kapittelgjennomgangene har vi derfor lagt særlig vekt på hvilke skjønsspørsmål som oppstår i Utvalgets forslag, sammenlignet med dagens ordning. Dette har også en viktig side til hvor komplisert vi tror saksbehandlingen blir, herunder spørsmål om økende antall klagesaker og tvister i domstolene.

KAPITTEL 5 – INNTEKTSTAPSERSTATNING TIL VOKSNE

Sammendrag:

Selv om Pasientskadenemnda finner det ønskelig med standardiserte regler for erstatningsberegningen av inntektstap, finner vi ikke å kunne støtte Utvalgets forslag.

Etter vårt syn vil en videreføring av dagens ordning med individuell erstatningsutmåling være mer hensiktsmessig enn den beregningsmåten det legges opp til i forslaget.

5.1 Oversikt over skjønsspørsmål og potensielle tvistepunkter

Tabellen under gir en oversikt over vurderingstemaene og tvistepunktene i dagens system og i Utvalgets forslag:

DAGENS ORDNING	UTVALGET FORSLAG
Lidt + fremtidig tap	Lidt tap (som i dag)
Inntekt uten skaden – ta stilling til lidt tap/fremtidig tap (bla basert på dokumentasjon av tidligere inntekt, likningsdokumenter)	Inntekt uten skaden – lidt tap (bla basert på dokumentasjon av tidligere inntekt, likningsdokumenter)
Inntekt med skaden – lidt tap/fremtidig tap (trygdeytelser og eventuell arbeidsinntekt)	Inntekt med skaden – lidt tap (trygdeytelser og eventuell arbeidsinntekt)
"Kan fradrag" (forsikringsytelser) – lidt tap/fremtidig tap. Ta stilling til om og evt. Hvor mye som skal trekkes fra av det skadelidte mottar /har mottatt av forsikringsytelser	"Kan fradrag" (forsikringsytelser) – lidt tap. Ta stilling til om og evt. Hvor mye som skal trekkes fra av det skadelidte mottar /har mottatt av forsikringsytelser
Fradrag for utgifter ved å være i arbeid – lidt tap/fremtidig tap <ul style="list-style-type: none"> - Generelt - Reiseutgifter - Fagforening - Særfradrag 	Fradrag for utgifter ved å være i arbeid – lidt tap <ul style="list-style-type: none"> - Generelt - Reiseutgifter - Fagforening - Særfradrag
Tap av pensjonspoeng. Gjøre en vurdering/beregning av om nedgang i inntekt har medført at skadelidte har hatt lavere opptjening av pensjonspoeng som vil gi utslag på hva han/hun vil motta i pensjon.	
	Fremtidig tap:
	Hva er å anse som konstateringstidspunktet for skaden?
	Tilknytning til arbeid/utdanning på konstateringstidspunktet? Evt. Standarderstatning (5G)?
	Hva var årsinntekt på konstateringstidspunktet? /Hvilket år skal legges til grunn når årsinntekten fastsettes? ("....det året skaden ble konstatert, i året før eller et senere år.") Arbeidsinntekt? Arbeidsinntekt fra utlandet? Utbytte fra aksjeselskap som åpenbart er vunnet ved arbeid?
	"Åpenbart urimelig" økonomisk resultat? (Unntaksregel i § 3-2 (5).
	Uføredekning som helt/delvis er betalt av arbeidsgiver som skal trekkes fra?
	Har skadelidte bare tapt deler av sin inntektsevne?
	Tap av mulighet for AFP (57 år og eldre)?

5.2 Konklusjon og anbefaling

Pasientskadenemnda støtter i utgangspunktet tanken om at det er ønskelig å standardisere erstatningsberegningen for inntektstap. Vi finner imidlertid ikke å kunne tiltre Utvalgets forslag, og mener en videreføring av dagens ordning med individuell erstatning er mer hensiktsmessig.

5.2.1 Forslaget medfører flere og mer kompliserte skjønsspørsmål og tvistes spørsmål enn i dag

5.2.1.1 - Et mer omfattende system for erstatningsberegning enn i dag

Pasientskadenemnda er av den oppfatning at når man i forslaget velger å beholde samme ordning som i dag hva gjelder lidt inntektstap, men lager et nytt system for beregning av fremtidig inntektstap, vil tvistes spørsmålene og forholdene man må ta stilling til bli flere enn slik det er i dag.

Årsaken til dette er at man i dag allerede ved å ha gjort beregning av lidt inntektstap, har tatt stilling til de fleste av spørsmålene som også reiser seg ved beregning av det fremtidige tapet. I forslaget til ny ordning reises en rekke andre skjønns- og tvistes spørsmål spesielt for det fremtidige tapet, som man må ta stilling til i tillegg. Etter Pasientskadenemndas syn innebærer dette en betydelig komplisering av erstatningsberegningen ved inntektstap for voksne skadelidte. Når det blir flere skjønsspørsmål vil dette naturlig nok også kunne lede til flere tvister og prosesser i forvaltningen og domstolene.

Pasientskadenemnda vil videre påpeke at inntektsgrunnlaget som skal legges til grunn vil kunne bli svært ulikt for lidt og fremtidig tap, idet det for fremtidstapet er satt et "gulv" på 5G, mens man for det lidte tapet skal ta utgangspunkt i individuell beregning. Det vil dermed kunne være i skadevolders interesse å trenere oppgjøret for å få mest mulig beregnet som lidt tap dersom skadelidtes årsinntekt er under 5 G.

5.2.1.2 - Enkelte av skjønsspørsmålene som forslaget legger opp til, vil kunne bli kompliserte og prosessdrivende

I tillegg til at det blir flere skjønsspørsmål enn med dagens system, ser vi at enkelte av skjønsspørsmålene det legges opp til i forslaget vil kunne være vanskelige og kompliserte å praktisere.

Spesielt unntaksregelen i § 3-2 nr. 5 ("særlig urimelig økonomisk resultat") vil antagelig reise et stort antall tvister, selv om det er presisert i forarbeidene at dette er et unntak som det ikke skal være kurant å bruke. Selv om et slikt unntak ikke vil komme til anvendelse ofte, vil antagelig spørsmålet bli reist i svært mange saker.

Pasientskadenemnda vil i tillegg bemerke at det å operere med konstatertidspunkt for skaden, som utgangspunkt for beregningen av fremtidig inntektstap, vil reise en rekke utfordrende vurderingss spørsmål i pasientskadesakene. Årsaken til dette er at skadebildet og konstaterting av at det har oppstått en "behandlingsskade", svært ofte er langt mer sammensatt og uklart enn for eksempel ved en bilulykke eller en yrkesskade.

I svært mange pasientskadesaker vil det også være et u hensiktsmessig utgangspunkt fordi skadelidte allerede har hatt redusert arbeidsevne en tid som følge av sin grunnsykdom/grunnskade når behandlingsskaden inntreffer/blir konstatert. Ved fastlegging av årsinntekt blir det utfordrende at mange dermed har hatt en varierende tilknytning til arbeidslivet i lang tid før selve behandlingsskaden inntraff. Dersom en pasient for eksempel har mottatt arbeidsavklaringspenger i årene før behandlingsskaden inntraff, vil man med den foreslåtte ordningen få erstatningen beregnet med utgangspunkt i for lav årsinntekt. Siden kravene i unntaksbestemmelsen er såpass strenge (forskjell på 3G) vil antagelig ofte heller ikke denne komme til anvendelse for disse tilfellene.

5.2.2 Utvalgets forslag er kostnadsdrivende og skaper ikke mer forutberegnelighet og forenkling

Pasientskadenemnda kan ikke se at forslaget til ny ordning vil skape mer forutberegnelighet for de skadelidte. Forslaget til ny beregningsmodell fremstår komplisert. Dette skyldes at det er mange skjønnsspørsmål som må avklares før man kan gjøre selve beregningen. Når alle forutsetninger er klarlagt, dvs. om man har krav på dekning av inntektstap, hvilken inntekt som skal legges til grunn etc., er selve regnestykket i tabellen imidlertid ikke komplisert.

Det gir heller ikke en enklere og mer forutberegnelig ordning at man legger opp til at lidt og fremtidig inntektstap skal beregnes på to ulike måter, med ulike vurderingstemaer og forutsetninger som utgangspunkt.

Pasientskadenemnda er videre av den oppfatning at innføring av en modell i tråd med Utvalgets forslag vil være nokså kostnadsdrivende. Etter det vi kan se vil erstatningene for inntektstap til voksne generelt sett bli høyere enn i dag. Dette skyldes hovedsakelig at det settes et "gulv" på 5 G, men også at man konsekvent runder oppover til nærmeste halve G ved lønnsinnplassering i tabellen. (Se vedlegg 1 med regneeksempel)

Dersom Utvalgets forslag om standardisering gjennomføres, vil svært mange oppfylle inngangsvilkårene for å få erstatning for fremtidig inntektstap. Det vises til at det er nokså lave/enkle krav for å oppfylle kravet om tilknytning til utdanning og arbeid, samt at hjemmearbeid med egne barn under 6 år gir rett til erstatning. Dette åpner opp for at langt flere enn i dag vil tilkjennes erstatning for fremtidig inntektstap. I dag vil for eksempel mange som har hatt en inntekt på over 1 G, likevel ikke tilkjennes erstatning for fremtidig inntektstap, fordi det ikke fremstår som sannsynlig at vedkommende ville vært i arbeid fremover. Disse vil etter forslaget omfattes og gis standarderstatning, uten at man foretar en slik sannsynlighetsvurdering. Økte kostnader er ikke et problem i seg selv for Pasientskadenemnda, men det er viktig å ha for øyet at antall saker og prosesser nok vil øke nokså betydelig som følge av at ordningen gjøres mer omfattende og vidtrekkende.

Avslutningsvis ser vi for oss at flere tvistes spørsmål slik man i forslaget legger opp til, ikke vil bidra til kortere saksbehandlingstid. Tvert imot blir systemet for beregning av erstatning etter dette forslaget mer omfattende og sammensatt, hvilket igjen medfører lenger saksbehandlingstid og muligens flere tvister for domstolene. Etter Pasientskadenemndas syn er det dermed ikke noe å spare på administrasjonsutgifter.

5.3 Ytterligere merknader

Pasientskadenemnda kan ikke se at man i NOU'en har diskutert/problematisert mulig tap som følge av redusert opptjening av tjenestepensjon (OTP) som følge av redusert inntekt.

Vi kan heller ikke se at Utvalget har problematisert og vurdert hvordan man skal forholde seg til en skadelidte som allerede før ansvarsbetingende skade var delvis ufør på grunn av sykdom, og som får økt sin uføregrad for eksempel opp til 100 prosent som følge av den nye skaden.

Se for øvrig vedlegg 1 (utregningseksempel)

KAPITTEL 6 - INNTEKTSTAPSERSTATNING TIL BARN

Sammendrag:

Pasientskadenemnda anbefaler ikke å gjøre så store endringer i standardisert erstatning for barn som Utvalget foreslår. Pasientskadenemnda anbefaler å beholde strukturen i den allerede standardiserte lovregelen § 3-2A, men med enkelte endringer, se punkt 6.2.

6.1 Oversikt over skjønnsprosmål og potensielle tvistepunkter

Dagens ordning

- Vurdere størrelsen på men (grense 15 %)
- Skadetidspunktet – tolkning

Utvalgets forslag

- Vurdere størrelsen på men - grense 5 % i § 3-6 (men)
- grense 10 % i § 3-3 (2) (inntekt)
- Hjemmearbeidserstatning egen post (inkl. en vurdering av tyngre/lettere hjemmearbeid)
- Konstateringstidspunktet- når er dette i pasientskadesakene? (Sammensatte årsaker, grunnlidelsen, forsinket diagnostikk)
- Tofasemodell: Innebærer en ny vurdering av saken
- Kan få oppgjør etter § 3-2 dersom inntekt overstiger 6 G § 3-3 (5)
- Skadevolder må varsle skadelidte det året han fyller 19 år § 3-3 (4)

Tabellarisk oversikt:

	Nå	Utkast	
Tidspunkt for skade	Skadebehandlingstidspunktet	Konstateringstidspunktet	Nokså likt?
Oppgjør	Engangsutbetaling	<u>To trinns oppgjør:</u> - vurderinger at hva som lønner seg for den skadelidte - sk.v. meldeplikt 19 år - ny medisinsk vurdering - ny vurdering - kan få oppgjør etter § 3-2	Merarbeid utkastet
		Alternativ oppgjørsmo­dell, sjette ledd	Merarbeid utkastet
Men	Nedre grense 15 %	5 %	Merarbeid utkastet
Inntekt		10 %	

		Overgangserstatning	Merarbeid utkastet
Hjemmearb.		Må vurdere tyngre eller lettere arbeid	Merarbeid utkastet

Dagens ordning:

Erstatningen er i dag i stor grad standardisert i skl. § 3-2A. Bestemmelsen omfatter men, inntekt og tapt hjemmearbeidsevne. Vi har registrert få klagesaker. Man kan derfor si at bestemmelsen har vært enkel å praktisere.

Utvalgets forslag:

- Medfører vesentlig merarbeid sammenlignet med i dag
- Medfører sannsynligvis "riktigere" oppgjør pga utsatt vurdering av ervervsuførhet
- 2-trinns utbetalinger:
 - medfører mer saksbehandling med nye medisinske vurderinger
 - kan være en risiko for skadelidte ved å vente på resten av erstatningen
 - merarbeid ved å følge opp trinn 2 for skadevolder
- Tabellene: hvordan skal disse oppdateres og hvem skal gjøre dette?
- Forslaget gir utvidet rett til erstatning:
 - omfatter mindre skader, ned til 5 og 10 % VMI, noe som gir lave erstatningsbeløp, men som representerer like store prosesskostnader
 - utvidet rett til erstatning for tapt hjemmearbeidsevne
 - omfatter lidt inntektstap
 - full overgangserstatning ved 40 % medisinsk invaliditet, gradert mellom 10-40 %. Grensedragning hvor det foreligger inngangsinvaliditet.

6.2 Pasientskadenemndas konklusjon og anbefaling

6.2.1 Konklusjon

Med utgangspunkt i at standardiseringen skal gå fra vanskelige til lettere praktiserbare regler, med enklere oppgjør og hvor heller skadelidte skal kunne få høyere erstatning, mener vi det er lite å vinne på å benytte Utvalgets forslag.

Selv om det i noen saker etter forslaget kan bli et riktigere resultat for ervervstap, mener vi det er flere forhold som taler imot forslaget:

- Mange ulike modeller, tabeller og valgmuligheter
- Uoversiktlig
- To trinn for oppgjør (inkl flere medisinske vurderinger, saksbehandlingsressurser)
- Flere vurderinger (hjemmearbeidsevne lettere/tyngre arbeid, to mengrenser mot en i dag)

Vi mener det er bedre at noen skadelidte blir overkompensert, enn at det blir en svært mye tyngre saksbehandlingsprosess.

6.2.2 Anbefaling - alternativt forslag

Pasientskadenemnda anbefaler å beholde strukturen i § 3-2A med følgende endringer:

- Øke aldersgrensen opp til 18 år på skadetidspunktet (imøtegåelse av kritikk 1 under)
- Vurdere å innføre et unntak dersom ervervsuførhet antas å være *vesentlig* ulik det medisinske menet, ved å skille menvurdering og antatt ervervsuførhet på *oppgjørstidspunktet* (imøtegåelse av kritikk 2 + 3 under). For eksempel dersom en hodeskade sannsynligvis vil gi større ervervsmessig uførhet enn det medisinske menet skulle tilsi.
- Vurdere å øke erstatningsnivået, slik at det blir høyere inntektstap (Hjemmearbeidserstatning er da inkludert i § 3-2A, jf dagens praksis.)

Anbefalingen er utarbeidet under hensyn til den kritikken som fremkommer fra Utvalget i NOU'en – se under, punkt 6.3.

6.3 Ytterligere merknader

Kritikk av dagens § 3-2A som fremkommer av Utvalget:

Kritikk 1: Det er uoversiktlig pga tre regelsett: | 3-2A, yrkesskade barn + § 3-3 barn utsatt for personlige krenkelser

Vår kommentar: Er det særlig mange saker som gjelder yrkesskade på barn?

Kritikk 2: Korrelasjonsproblemet:

Medisinsk invaliditet som basis for utmålingen kan føre til overkompensasjon (Eks fra NOU - Bråtane 100 % medisinsk invalid, 100 % i jobb)

Vår kommentar: Hvis man med stort medisinske men likevel har ervervsevne, kan det også tenkes å være en risiko for at man blir tidlig ufør, med potensielle gjenopptakssaker. I et langt livsløp kan det bli mange tidspunkter for saksbehandling av inntektstapet:

1. Skaden og det første oppgjøret.
2. Trinn 2 ved 21 år.
3. Gjenopptak for skadelidte som klarte ikke å jobbe så mye som antatt i trinn 2

Pasientskadenemnda stiller spørsmål ved om det da er verdt å skille ut inntektstapet i en egen fase 2.

Pasientskadenemnda mener det vil være en fordel om man isteden kan gjøre denne vurderingen på oppgjørstidspunktet (trinn 1) - og kun forbeholdt spesielle tilfeller, for eksempel ved "vesentlig avvik mellom medisinsk invaliditet og antatt ervervsevne".

Kritikk 3: Korrelasjonsproblemet:

Medisinsk invaliditet som basis for utmålingen kan føre til underkompensasjon ("hodeskader")

Vår kommentar: Pasientskadenemnda mener det vil være en fordel om man isteden kan gjøre denne vurderingen på oppgjørstidspunktet (trinn 1) - og kun forbeholdt spesielle tilfeller, for eksempel ved "vesentlig avvik mellom medisinsk invaliditet og antatt ervervsevne".

Se for øvrig vedlegg 2 (utregningseksempel)

KAPITTEL 7 – MERUTGIFTSERSTATNING

Sammendrag:

Pasientskadenemnda vil i det følgende kommentere Utvalgets standardiseringsforslag og forslag til presiserende lovtekst. Noen forslag stiller vi oss positive til, mens andre forslag vil vi ikke anbefale.

Pasientskadenemnda er blant annet svært skeptisk til å lovfeste en særregel om at skadevolder skal være ansvarlig for utgifter til rent medisinske behov ved sviktende offentlige tilbud. Med noen justeringer, ser Pasientskadenemnda positivt på forslaget om å standardisere utgifter til sosialmedisinske tiltak.

7.1 Oversikt over skjønnsspørsmål og potensielle tvistepunkter

Dagens ordning

- "Nødvendige og rimelige utgifter" (grensedragning mellom sosiale, medisinske og sosialmedisinske behov)
- Særlig nivået på utgifter til sosialmedisinske utgifter (pleie- og omsorgsutgifter), samt hvilke typer utgifter som omfattes av denne posten
- Nivået på erstatning for boligtilpasning og til dels for transport/bil

Utvalgets forslag

- "Nødvendige og rimelige merutgifter"
- "Rent medisinske behov"
- "Særlige grunner" (for at skadevolder skal dekke rent medisinske behov hos skadelidte)
- "Prøvebehandlingen" (temaet utprøvsrett)
 - "Medisinsk akseptert" behandling
 - Behandling med "uavklart effekt"
 - I den utstrekning dette "finnes rimelig"
 - Grensedragningen mellom behandling med avklart effekt og behandling med uavklart effekt
- Grensen mellom lindrende/vedlikeholdende behandling (som kan prøves ut og/eller erstattes) og "velværebehandling" (som ikke kan prøves ut og/eller erstattes)
- Nivået på erstatning for boligtilpasning og til dels for transport/bil
- Delstandardisering av fremtidstap for pleie- og omsorgsutgifter
 - Inngangskriteriet, skadelidte med et "varig og omfattende" behov (behov vs faktiske utgifter)
 - Unntaksregel, bevis over- eller underdekning (+/- 0,5 G) basert på faktiske utgifter / årstap (ikke behov, som for inngangskriteriet)
 - Individuell utmåling dersom det sannsynliggjøres faktiske utgifter mindre enn 1,5/større enn 2,5 G.

7.2 Pasientskadenemndas konklusjon og anbefaling

Det er Pasientskadenemndas overordnede oppfatning at Utvalgets forslag vil føre til mer arbeid med erstatningssakene, lengre saksbehandlingstid og økt kostnadsnivå. Det er lagt opp til flere nye skjønnsspørsmål og grensedragninger med større krav til

saksbehandling og medisinsk utredning. Dette medfører igjen økt risiko for tvister både i forvaltningen og for domstolene.

7.2.1 Presiserende lovtekst

Pasientskadenemnda kan ikke se at Utvalgets forslag til presiserende lovtekst i § 3-4 andre ledd for behandlingsutgifter vil være vesentlig konfliktdempende, føre til økt forutberegnelighet for skadelidte eller medføre mer riktige/rettferdige erstatninger.

Pasientskadenemnda ser sjelden de store utfordringer og prosessene på dette området. Utvalget går i hovedsak inn for å videreføre dagens ordning med konkret og individuell utmåling av merutgiftserstatning. Pasientskadenemnda finner storpartene av forslagene til presiseringer i andre ledd som mer forvirrende og prosessdrivende enn avklarende.

Pasientskadenemnda forslår at dette leddet i hovedsak utgår, muligens med unntak for en henvisning til at utgifter som dekker rent medisinske behov ikke dekkes ut over egenandeler. Dette kan i så fall plasseres sammen med henvisningen til at rent sosiale behov ikke dekkes etter paragrafen her.

Sammen med presiseringene i første ledd synes mandatet godt besvart når det gjelder klargjøring av hvilke typer utgifter erstatningen skal, eller ikke skal, kompensere for. Begrepet "rimelig og nødvendig" fanger også opp utgifter til behandling som forsøkes tidlig i forløpet og som likevel ikke viser seg å få (varig effekt), samt et særlig unntak for helt de spesielle tilfeller.

7.2.2 Delstandardisering av sosialmedisinske utgifter / pleie- og omsorgsutgifter

Pasientskadenemnda ser positivt på en standardisering av posten sosialmedisinske utgifter / pleie- og omsorgsutgifter. Med forbehold om enkelte tilpasninger av Utvalgets forslag, vil dette kunne gi en god standardisering, raskere oppgjør og større forutberegnelighet.

Pasientskadenemnda er enig med Utvalget i hvilke typer utgifter som bør omfattes av standardiseringen.

Pasientskadenemnda mener denne posten på bakgrunn av sin karakter bør standardiseres for hele perioden, dvs. også for den lidte perioden.

Ulike regler for lidte og fremtidig tap vil medføre "dobbel jobb". Det er ofte vurdering av den lidte perioden som skaper mest arbeid. Faktisk lidte tap, som ofte dreier seg om flere år, kan være en god pekepinn på antatt fremtidig tap. Både for lidte og fremtidig periode vil problemstillingene i forhold til faktisk behov og utgifter gjerne være de samme.

Pasientskadenemnda ser gode grunner for å standardisere denne posten for flere kategorier av skadelidte. Et forslag er å ha tre/fire nivåer; de som ikke får slik erstatning, småskader, mellomstore skader og storskadene. Vurderingen av om skadelidte faller inn under en av disse gruppene kan baseres på generell funksjonsevnetap/sannsynlig hjelpebehov eller medisinsk men. Dette må nok utredes nærmere.

Det bør legges opp til minst mulig unntak fra hovedregelen. Pasientskadenemnda ser det som en fordel om terskelen for et *eventuelt* unntak settes høyere enn 0,5 G, for eksempel 1 G.

7.2.3 Øvrige utgiftsposter

Det er ønskelig med en (del)standardisering av utgifter til bolig, særlig ved store skader. Også her er det ofte mange skjønnsmessige vurderinger, samt til dels høye forventninger

som sjelden blir innfridd. Beløpene som tilkjennes for slike større skader er ofte relativt like når behovet for tilpasning først er til stede.

7.3 Ytterligere merknader

7.3.1 Til § 3-4 første ledd – Nødvendige og rimelig merutgifter

Pasientskadenemnda er enig i at prinsippet om at utgiftene må være "nødvendig og rimelig" tas inn i lovteksten. I forhold til forutberegnelighet viser dette bl.a. at man ikke nødvendigvis får dekket alt man har brukt.

En presisering om at det er "merutgifter" som skal erstattes, dvs. at det må foreligge en utgiftsøkning, en negativ endring i den økonomiske situasjonen vurdert ut fra en differansebetraktning, er også positivt. Det er de skaderelaterte merutgiftene som er erstatningsmessige og det må gjøres fradrag for sparte utgifter.

Videre er det bra at årsakskravet fremgår klart av lovteksten, "som følge av" ansvarshendelsen.

7.3.2 Til § 3-4 andre ledd første punktum – "rent medisinske behov" og "særlige grunner"

"Rent medisinske behov"

Presiseringer som i dag følger av rettspraksis er løftet inn i selve lovteksten, dvs. at rent medisinske behov ikke erstattes ut over egenandelen. Begrepet vil neppe skape flere tvister enn i dag; men definisjonen av hva som konkret er medisinske, sosialmedisinske og sosiale utgifter er heller ikke avklart med denne NOU'en. F.eks. vil hjelp til ADL-funksjoner ("Activities of Daily Living", som å lage mat, spise, kle på seg, utføre personlig hygiene og bevege seg etc.) være dekning av medisinske behov.

"Særlige grunner"

Pasientskadenemnda er svært skeptisk til å lovfeste en særregel om at skadevolder skal være ansvarlig for utgifter til rent medisinske behov ved sviktende offentlige tilbud.

Den klare hovedregelen er at det offentlige er ansvarlig for å dekke befolkningens medisinske behov og at behovsstandarden på dette området er sammenfallende i erstatningsretten og i velferdsretten.

Det er noe uklart for Pasientskadenemnda hvor Utvalget vil og hva som forventes oppnådd. Lovfesting av en til nå særdeles snever adgang til unntak iht rettspraksis, og som knapt er benyttet, må forventes å åpne opp for mange nye tvister, med de kostnader dette vil medføre. Da det er høyst uklart hva som menes omfattet av "særlige grunner", er dette mindre forutsigbart og vil medføre vanskeligheter under erstatningsutmålingen i enkeltsaker, før dette finner sin avklaring i rettspraksis.

Særlig problematisk er henvisningen til at unntaket ikke kun gjelder kvantitative mangler, dvs. at nødvendig medisinsk hjelp ikke kan skaffes fra det offentlige, men også kvalitative mangler, dvs. at noen ikke er fornøyd med det tilbudet det offentlige stiller til rådighet. Det er uklart *hvem* som skal vurdere og avgjøre hva som er et sviktende offentlig tilbud og på bakgrunn av hvilken standard. Kan man i tillegg tenke seg situasjoner der det offentlige tilbudet "tilpasses" etter hvem som har en skadevolder å forholde seg til og ikke?

Pasientskadenemnda mener fokuset her dreies bort fra at dette skal være et offentlig ansvar og fra fokus på styrking av og krav til kommunene. Prosesser om sviaktende offentlig tilbud bør ha det offentlige / kommunen som part. Lovgiver må ta hensyn til at syke og skadede som kommunen skal yte hjelp til, som regel ikke har en skadevolder som kan overta kommunens ansvar. Tilbudet i kommunen må tilrettelegges slik at nødvendige medisinske behov dekkes, uavhengig av hvilken kommune den syke eller skadede er bosatt i. Lovfesting av ansvaret, og prosesser om mangler ved tilbudet, må skje i helse-/velferdsretten heller enn i erstatningsretten.

I de tilfeller skadevolder (f.eks. et forsikringselskap) selv skulle ha interesse av å dekke rene medisinske behov, kan dette som i dag avtales privatrettslig.

7.3.3 Til § 3-4 andre ledd andre punktum flg; behandlingsutgifter

Merutgifter kan være så mangt, og krav om dekning av utgifter til medisinsk behandling er et område vi i liten grad opplever at det tvistes om. Likevel er en relativt stor del av lovteksten viet nettopp behandlingsutgifter. Disse forhold er etter vår oppfatning godt avklart i rettspraksis og gjengitt i juridisk litteratur. Det ser også ut til å være vanskelig å finne et godt og riktig presiseringsnivå om dette i lovteksten.

I forslaget til ny lovtekst er det lagt opp til en rekke skjønsmessige vurderinger og medisinske spørsmål som må avklares.

7.3.3.1 Utprøvningsrett

Pasientskadenemnda er av den oppfatning at det ikke er prosessdempende å innta en regel om utprøvningsrett i lovteksten. Dette kan gi skadelidte incitament til å prøve ut ulike typer behandling med forventning om å få dette dekket, men samtidig lite forutberegnelighet om hvilke utgifter som faktisk vil bli dekket.

Av Høysteretts praksis synes grensene relativt snevre for en såkalt utprøvningsrett. Uttrykket "medisinsk akseptert"/"ikke medisinsk akseptert" gir liten veiledning i grensetilfellene. Det angis i Utvalgets forslag at avveiningen må vurderes helt konkret for den enkelte skadelidte og den enkelte type behandling. Det oppstår da spørsmål om hvem som skal foreta disse vurderingene.

I forslaget legges det opp til mange medisinske og juridiske vurderingstemaer:

- Det må vurderes om den aktuelle behandlingsformen er "medisinsk akseptert" og om behandlingen har "avklart" eller "uavklart effekt".
- Videre vil det oppstå spørsmål om hvor mange behandlingsformer som kan prøves i det enkelte tilfelle og hvor lenge behandlingen kan prøves før effekten skal anses avklart.
- Deretter må det vurderes om det "finnes rimelig" å dekke dette i den enkelte sak.
- Det er også et spørsmål om hvor grensen går mellom lindrende og vedlikeholdende behandling, som etter Utvalgets forslag også skal kunne dekkes (en utvidelse i forhold til dagens praksis), hva som bare er "velværebehandling" og som ikke kan dekkes, og hvem som skal vurdere dette.

Det er mulig man ønsker samme situasjon som i dag. Men med så mange presiseringer og nye vurderingstemaer vil det medføre en mer komplisert og konfliktskapende saksbehandling/prosess.

7.3.3.2 Bruk av medisinsk sakkyndige, særlig i forvaltningssakene

Det synes som om Utvalget har lagt opp til utstrakt bruk av medisinske sakkyndige på denne posten, som også under øvrige erstatningsposter i Utvalgets forslag.

Allerede i dag har pasientskadeordningen store problemer med å finne sakkyndige som kan påta seg oppdrag, samt foreta vurderinger innen rimelig tid. Økt bruk av medisinsk sakkyndige står i kontrast til ønsket om et raskest mulig oppgjør.

Pasientskadeordningen legger opp til i størst mulig grad å avslutte behandlingen av klagesakene utenfor rettsapparatet. Tallene fra 2011 viser at det ble meldt 4 334 klagesaker til NPE, at det ble tatt ut 133 stevninger og at det ble gjennomført 78 hovedforhandlinger, dvs. grovt regnet at ca 2 % av sakene avgjøres utenfor forvaltningen.

7.3.4 Kommentarer til § 3-4 tredje ledd – delstandardisering

Det er foreslått en standardisering for skadelidte som har fått de største og alvorligste skadene (storskadene) og det antatt største pleiebehovet; skadene som erfaringsmessig medfører høyest utgifter på denne posten.

Pasientskadenemnda er positiv til standardisering av utgifter til sosialmedisinske tiltak, også kalt pleie- og omsorgsutgifter. Forslaget vil trolig medføre større forutberegnelighet og et raskere erstatningsoppgjør for den aktuelle gruppen skadelidte. Særlig underrettspraksis i dag gir inntrykk av en sprikende og tildels tilfeldig praksis i tilsynelatende like saker.

Det er likevel Pasientskadenemndas oppfatning at en delstandardisering som foreslått av Utvalget neppe vil redusere antall tvister i særlig grad.

Vurderingen av nivået på standarderstatningen må ses i forhold til nivået for de offentlige ytelsene / velferdsretten, sammenholdt med hvor mange av landets syke og skadede som har en skadevolder å forholde seg til, og vurderinger i erstatningsretten om hva som skal til for at skadelidte skal få et "verdig liv". Det må ligge politiske vurderinger bak om det er velferdsretten som skal styrkes eller erstatningsnivået som skal heves.

Økonomisk sett ligger 2 G på et relativt høyt nivå, per i dag kr 164 244. Vi har få dommer hvor skadelidte (kognitivt velfungerende med stor fysisk skade) er tilkjent en så høy årlig erstatning. I de aller fleste tilfellene vil skadelidte komme økonomisk gunstigere ut ved en slik standardisering enn ved en individuell vurdering. Skadelidte vil derfor antas å ha et incitament til å komme inn under standardiseringen.

Pasientskadenemnda mener det bør være klarere inngangskriterier for hvem som omfattes av standarderstatningen. Uenighet omkring størrelsen av og typen medisinsk invaliditet (hodeskadeproblematikk, tetraplegikere og kombinasjoner) vil sannsynligvis gi behov for flere medisinske sakkyndige vurderinger og føre til flere prosesser. Når det også tas i betraktning at invaliditetstabellen av 1997 har behov for revisjon, fremstår dette som både tids- og kostnadsdrivende.

Pasientskadenemnda vil påpeke at det i standardiseringsforslaget ikke er lagt opp til noe skille mellom skadelidte med stor kognitiv skade og skadelidte uten kognitiv skade. Kognitivt velfungerende skadelidte med stor fysisk skade er de som i rettspraksis gjennomgående har mottatt høyest erstatning på denne posten. Det er lagt vekt på at evnen til å nyttiggjøre seg en høy erstatning, og derfor også behovet for høy erstatning, er størst for disse skadelidte. Det er videre i praksis lagt vekt på at skadelidte med store kognitive skader gjennomgående vil ha andre sosialmedisinske behov. Videre vil sterkt skadede personer ofte bo i kommunal omsorgsbolig som voksen. Mange gjør det også

helt eller delvis mens de er barn og får der dekket større deler av behovet for sosialmedisinske tiltak. Barn / voksne i og utenfor institusjon får samme erstatning etter Utvalgets forslag.

En så grov standardisering av storskadene kan etter omstendighetene være hensiktsmessig for å få til en god og enkel løsning. Pasientskadenemnda mener det hadde vært en fordel om en standardisering hadde omfattet flere grupper/kategorier skadelidte og hadde hatt høyere terskel for unntak, samt at individuell utmåling da utgår.

Et forslag er å ha tre/fire nivåer: Ingen erstatning, småskader, mellomstore skader og storskadene. Vurderingen av om skadelidte faller inn under en av disse gruppene kan baseres på generell funksjonsevnetap/hjelpebehov.

Pasientskadenemnda ser det også som hensiktsmessig å standardisere erstatningen for hele perioden, dvs. også den lidte perioden. Det vil ofte ta flere år før skaden er stabilisert og oppgjørstidspunktet nås. Det er tale om gjennomsnittlige årsbeløp og hvor det er naturlig å bruke mer av erstatningen i ungdomstiden/som ung voksen, og mindre i eldre alder.

Muligheten til å bevise seg inn og ut av en lavere/høyere erstatning (+/- 0,5 G) vil sannsynligvis føre til prosesser for å få høyere erstatning, også fordi mange ulike typer utgifter er innbakt i 2 G. Mange av kravene Pasientskadenemnda ser ligger på over 2 G. Pasientskadenemnda ser det som en fordel om terskelen for et eventuelt unntak hadde vært høyere enn 0,5 G, for eksempel 1 G, samt at det her som for inngangskriteriet fokuseres på funksjonsevne og behov, heller enn faktiske utgifter / årstap.

KAPITTEL 8 - HJEMMEARBEIDSERSTATNING

Sammendrag:

Pasientskadenemnda støtter ideen om å standardisere erstatningsberegningen for hjemmearbeidstap. Vi finner imidlertid ikke å kunne tiltre/anbefale Utvalgets forslag om standardisering.

Etter vårt syn vil en videreføring av dagens ordning være mer hensiktsmessig enn den beregningsmåten det legges opp til i forslaget.

8.1 Oversikt over skjønnspørsmål og potensielle tvistepunkter

Dagens ordning

- Har skaden medført (ytterligere) redusert evne til hjemmearbeid, som skadelidte ellers ville ha utført selv, årsakssammenheng
- Omfordelings-/innretningsplikten
- Størrelsen på det årlig beløp (merutgifter) som skal legges til grunn
- Arbeid på hjem og fritidseiendom (oppussing m.v.)

Utvalgets forslag

- "Hva det koster å kjøpe tilsvarende tjenester"
- Innplasseringen i funksjonsevnegrupper - 0, 1 eller 2
 - Varighetskravet - "varig tap"
 - Kvalifikasjonskravet - "en vesentlig del"

- "tyngre hjemmearbeid" (gruppe 1)
- "lettere hjemmearbeid" (gruppe 2)
- Vurderinger i forhold til "hovedgruppe" og for "opptrykk"
- Vurdering av funksjonsevnen på oppgjørstidspunktet
 - Vurdering av evne både før og etter ansvarshendelsen, differanse
- Omsorgskomponenten – "ikke uvesentlig begrensning"
- Innretningsplikts omfang – selvinntretning, tapsbegrensning?
- Inngangsinvaliditet - årsakssammenheng (i pasientskadesakene vil det i flertallet av sakene foreligge grunnlidelse/inngangsinvaliditet)
- "Tidsbegrenset tap"
- Inngangsvilkår: "varig medisinsk invaliditet på minst 10 %"
- Unntak fra 10 % -regelen ved "klar sannsynlighetsovervekt" for hjemmearbeidstap

Tabell over likheter og forskjeller, og de vurderinger som (må) foretas:

Utmåling etter dagens ordning	Utmåling etter forslaget til standardisert erstatning
Lidt + fremtidig tap:	Lidt tap – til skaden er stabilisert
Konkret og individuell utmåling	Konkret og individuell utmåling
Konkret vurdering av hvilke oppgaver skaden gir behov for hjelp til, oppgaver som skadelidte ellers ville utført selv	Neddempet hushjelpprinsipp
Erstatning for hva det koster å kjøpe tilsvarende tjenester (for nettotapet)	Erstatning for hva det koster å kjøpe tilsvarende tjenester
Grense mot arbeid av mer fritidsorientert karakter	Et utvidet hjemmearbeidsbegrep / utvidet dekningsområde (fritidsorientert hjemmearbeid)
Nettotap - offentlige ytelser kommer til fradrag	Offentlige ytelser kommer til fradrag
Nettotap - tapsbegrensningsplikt, innretningsplikt/omfordelingsplikt	Selvinntretningsplikt – tapsbegrensningsplikt gjelder kun skadelidte selv
Konkret vurdering av antall tapsår / differensiering av arbeidsoppgaver	
Nøkternt nivå i (retts-)praksis (årlig erstatning Pasientskadenemnda kr 2 000-15 000)	
Skaper sjeldent stor tvist / mye arbeid	
	Fremtidig tap:
	Standardisert erstatningsmodell
	Funksjonsevnemodell - erstatning for tap av evne til hjemmearbeid
	Inndeling i funksjonsevnegrupper – verbale funksjonsbeskrivelser (tyngre hjemmearbeid (gr 1) og lettere hjemmearbeid (gr 2))
	Kartlegging av funksjonsevne / funksjonstap
	Kvalifikasjonskrav – tap av "en vesentlig del" av evnen
	Selvinntretningsplikt – begrenset rekkevidde / individuell vurdering
	Omsorgskomponent – erstatning for tap av evne til omsorg for barn
	Ikke fradrag for offentlige ytelser
	Mye medisin – medisinsk vurdering

8.2 Pasientskadenemndas konklusjon og anbefaling

Pasientskadenemnda støtter ideen om å standardisere erstatningsberegningen for hjemmearbeidstap. Vi finner imidlertid ikke å kunne tiltre/anbefale Utvalgets forslag.

Pasientskadenemnda kan ikke se at Utvalgets forslag vil være vesentlig konfliktdempende, føre til økt forutberegnelighet for skadelidte eller mer riktige/rettferdige erstatninger.

Når Utvalget foreslår å beholde dagens ordning med konkret og individuell utmåling av erstatning for lidt hjemmearbeidstap, men lager et nytt og omfattende system for beregning av fremtidig tap, vil tvistespørsmålene og forholdene man må ta stilling til nødvendigvis bli flere. Utvalgets forslag vil med stor sannsynlighet føre til økt ressursbruk under erstatningsutmålingen. Det er lagt opp til flere nye skjønsspørsmål og grensdragninger med større krav til saksbehandling, medisinsk utredning, samt med økt potensiale for tvister og prosesser både i forvaltningen og for domstolene. Posten er også utvidet til å omfatte flere skadelidte, herunder barn hvor denne posten i dag alt er standardisert etter skl § 3-2A.

I forhold til tanken om en rimelig og rettferdig erstatning, vil Pasientskadenemnda fremheve at Utvalgets modell gir høy erstatning, samtidig som erstatningen kan tilkjennes uten at det forligger et reelt tap (jf kritikken Utvalget gir den forkastede innbakingsmodellen). I forslaget er det uten betydning om skadelidte faktisk utførte denne typen arbeid eller mest sannsynlig ville ha gjort det. Erstatningen blir den samme uavhengig av om skadelidte bor i leilighet uten hage og har ett barn i tenårene, eller om skadelidte har enebolig med hage og mange små barn. Utvalgets forslag synes også å gi en høy uttelling for tapt evne til tyngre arbeid, og relativt mindre for det mer omfattende lettere hjemmearbeidet og omsorgen for barn.

Utvalget henviser bl.a. til at nivåene er lave i rettspraksis i dag. Det er riktig, men det trenger ikke å bety at rettens beregninger/ vurderinger av det sannsynliggjorte tapet er uriktige. Prisene for kjøp av hjelp var også kjent for Høyesterett i Kåsadommen.

Etter vårt syn vil en videreføring av dagens ordning være mer hensiktsmessig enn den beregningsmåten det legges opp til i forslaget.

Alternativt mener Pasientskadenemndas at både årstapsmodellen og innbakingsmodellen, som Utvalget har vurdert og forkastet, kunne gitt enklere og mer forutsigbare regler, uten at disse fremstår som mer urimelig eller urettferdig enn den foreslåtte modellen.

Årstapsmodellen: Individuelt beregnet erstatning for redusert hjemmearbeidsevne som følge av ansvarshendelsen vil allerede være vurdert for den lidte perioden (som ofte dreier seg om flere år). Allerede på oppgjørstidspunktet vil derfor det vesentligste av nødvendig informasjon om pasientens sannsynlige årlige fremtidige tap foreligge, dvs. at de viktigste premissene / forutsetningene også for fremtidstapet allerede er kjent og vurdert. Etter Pasientskadenemndas syn er det da lite arbeid som gjenstår for å finne det fremtidige tapet. Årstapsmodellen synes da fornuftig. Utvalgets innsigelse om at denne modellen forutsetter konkrete vurderinger og differansebetraktning for situasjonen med/uten skaden, synes å ha lite vekt fordi dette allerede er gjort for den lidte tapsperioden. Det er også i evnetapsmodellen lagt opp til mange nye vurderingstemaer. Etter Pasientskadenemndas vurdering vil en konkret vurdering etter årstapsmodellen uansett være enklere å forholde seg til enn skjønsspørsmålene i evnetapsmodellen.

Innbakingsmodellen er nok den aller enkleste og det mest effektive standardiseringsforslaget. Det er den modellen som i dag anvendes ved yrkesskade og ved standarderstatning for barn. Hvis man tar utgangspunkt i at standardiseringen skal gå fra vanskeligere til lettere regler, og hvor heller skadelidte skal kunne få et høyere

erstatningsnivå, mener vi det er bedre at noen skadelidte blir overkompensert, enn at det blir en svært mye tyngre saksbehandlingsprosess. Også ved evnetapmodellen er det store sjanser for at en god del skadelidte blir overkompensert.

8.3 Ytterligere merknader

8.3.1 Lidt tap

Det er for Pasientskadenemnda noe uklart hva Utvalget sikter til ved at påført tap fastsettes med utgangspunkt i "hva det koster å kjøpe tilsvarende tjenester".

Pasientskadenemnda forutsetter imidlertid at det her, siden det er tale om en individuell utmåling, må foretas en konkret vurdering av hvilke hjemmearbeidsoppgaver skadelidte har blitt avskåret fra å utføre som følge av ansvarshendelsen, samt hva det koster å få andre til å utføre disse oppgavene. Erstatningen skal ligge innenfor rammene av den ulovfestede behovsstandard. Det tilsiktes en viss økning av erstatningsnivået, men også her forutsetter Pasientskadenemnda at det må ses hen til hvilke utgifter som er "nødvendige og rimelige". Pasientskadenemnda mener det bør være relativt enkelt for skadelidte å forklare hvilke typer oppgaver han eller hun ikke har klart å utføre i den aktuelle perioden.

8.3.2 Fremtidig tap

Utvalget går inn for en standardisert fastsettelse av fremtidig hjemmearbeidstap, basert på antatt evnetap ut fra en funksjonsevnetabell. Funksjonsevnetabellen er basert på to komponenter, husholdskomponenten og omsorgskomponenten (omsorg for barn).

8.3.2.1 Inngangsvilkår - "varig medisinsk invaliditet på minst 10 %" og unntak ved "klar sannsynlighetsovervekt" for hjemmearbeidstap

Her alene er det to vurderingstemaer det må tas stilling til for i det hele tatt å omfattes av standardiseringsforslaget. Etter Pasientskadenemndas oppfatning bør den medisinske invaliditeten settes høyere og representere en absolutt grense, dersom det skal være inngangskriterier. I motsatt fall vil dette i seg selv kunne skape mange tvister. Utvalget peker selv på behovet for effektivt å kunne avskjære uberettigede krav.

8.3.2.2 Hjemmearbeidsbegrepet

Det legges opp til et vidt hjemmearbeidsbegrep. Klassisk: Renhold, rydding, matlaging, innkjøp, snømåking, plenklipping, alminnelig indre og ytre vedlikehold på bolig, omsorg for barn. Utvalget mener rettspraksis per i dag inkluderer likeartet arbeid som i fritiden utføres i ferietiden, for eksempel på landsted/hytte.

Utvalget går inn for å utvide begrepet slik at dette også skal inkludere arbeid på hytter, fritidsbåter m.v. som er av mer fritidsorientert karakter.

Pasientskadenemnda er av den oppfatning at hva som omfattes av begrepet i dag er godt avklart i teori og praksis. Arbeid av mer fritidsorientert karakter er per i dag henvist til å omfattes av menerstatningen, noe Pasientskadenemnda mener fortsatt må være en god regel. Det er for øvrig noe uklart hva Utvalget legger i "fritidsorientert arbeid". Et slikt nytt innhold i et relativt avklart begrep vil sannsynligvis føre til flere tvister.

8.3.2.3 Husholdskomponenten – evnetap, evnegrupper og vesentlighetsvurderingen

For husholdskomponenten er det opprettet tre evnegrupper; gruppe 0 omfatter skadelidte som kan utføre tilnærmet alle typer hjemmearbeid, gruppe 1 omhandler

mindre funksjonsevnetap (skadelidte som har tapt en vesentlig del av evnen til tyngre hjemmearbeid) og gruppe 2 omhandler større funksjonsevnetap (skadelidte som har tapt en vesentlig del av evnen til også å utføre lettere hjemmearbeid).

Skadelidte i gruppe 0 mottar ikke hjemmearbeidserstatning, for gruppe 1 ytes erstatning med årlig 0,2 G, pt kr 16 425, og gruppe 2 med 0,4 G, pt kr 32 849.

Plassering i gruppene er basert på om og i hvilken utstrekning skadelidte ut fra en objektiv målestokk har *evne* til å utføre beskrevne typer gjøremål. Det skal foretas en vurdering av om skaden har redusert skadelidtes forutgående *evne* til å utføre ulike typer hjemmearbeid. Det er ikke krav om at evnen til hjemmearbeid faktisk ble benyttet og det er uten betydning om skadelidte bor i leilighet eller enebolig, har hage, bil og oppkjørsel eller ikke. Det er uten betydning om oppgavene i hjemmet ble utført av en eller flere, eller om den reduserte hjemmearbeidsevnen kan repareres ved tilrettelegging, for eksempel ved bruk av hjelpemidler.

Det som særlig kan danne grunnlag for tvist ved denne erstatningsposten er at den knyttes opp mot en svært omfattende beskrivelse av funksjonsevnen. Det vil sannsynligvis bli mange diskusjoner om hvilket nivå pasienten er på. Skadelidtes funksjonsevne skal kartlegges, skadelidte skal plasseres inn i en gruppe, det skal foretas en differansebetraktning i forhold til inngangsinvaliditet. Det vil bli brukt mye ressurser på å komme seg opp et nivå, fra gruppe 1 til 2, særlig med tanke på at erstatningen da fordobles. Det vil sannsynligvis også oppstå mange diskusjoner omkring hva som skal klassifiseres som lettere og tyngre husarbeid.

For Pasientskadenemnda virker vurderingene som følger av forslaget (evnetap og hvor vesentlig dette er, plassering i evnegrupper) mer omstendelige og ressurskrevende enn dagens konkrete vurdering (basert på journaler/saksdokumenter sammenholdt med skadelidtes egen angivelse av hvilke oppgaver han/hun tidligere utførte og som vedkommende ikke makter lengre som følge av ansvarshendelsen). Etter Pasientskadenemndas oppfatning synes det å være lagt opp til en tidkrevende og kostbar utredning med utstrakt bruk av medisinsk sakkyndige etc.

8.3.2.4 Tapsbegrensningsplikt/innretningsplikt/omfordelingsplikt vs selvinnetning

Utvalget forlater plikten til omfordeling innad i husstanden til fordel for selvinnetning. Selvinnetning innebærer i hovedsak at skadelidte må akseptere en begrenset utvidelse av tidsbruken på husarbeid, men ikke arbeid som medfører smerte. Skadelidte skal ikke måtte akseptere annet enn noe ubehag ved å gjøre husarbeid. Det er uklart hvordan grensen mellom smerter og ubehag skal trekkes, samt hvordan vurderingen av om smertene skyldes ansvarshendelsen eller annet skal foretas. Kriteriene kan synes å legge opp til så subjektive forhold hos pasienten at innretningsplikten må sies å bortfalle.

Når omfordelingsplikten mellom husstandmedlemmer forlattes, forlattes også hensynet til restarbeidsevne og at skadelidte skal ta "annet passende arbeid", for eksempel å gjøre mer av de oppgaver skadelidte fortsatt evner å utføre, som f.eks. omsorgsoppgaver og lettere husarbeid.

Selv om pasienten skulle evne å utføre alle eller det vesentlige av oppgavene i hjemmet ved hjelp av tilrettelegging og ved bruk av hjelpemidler (snøfreser, sittegressklipper etc.), synes dette ikke å skulle ha betydning for erstatningens størrelse. Dette mener Pasientskadenemnda strider mot den generelle tapsbegrensningsplikten slik den er i dag for alle erstatningsposter.

8.3.2.5 Omsorgskomponenten

Omsorgskomponenten kommer i tillegg for skadelidte som har forsørgerplikt for barn inntil det året de fyller 19 år, når ansvarshendelsen har medført en "ikke uvesentlig begrensning i omsorgsevnen". Erstatningen er den samme uavhengig av om skadelidte har flere små barn eller kun et barn, som for eksempel er i tenårene. Erstatningen er årlig 0,15 G, pt kr 12 318.

Pasientskadenemnda synes det er positivt å skille ut omsorg for barn i en egen komponent, men stiller spørsmål ved om 19 år en naturlig grense for en slik komponent til hjemmearbeidet. Det er ikke omsorg i form av tilstedeværelse som skal erstattes på denne posten. Eldre barn må etter hvert anses å være vesentlig selvhjulpne på de fleste områder som kan falle inn under hjemmearbeidstapet som tenkes dekket her. Det vises også til at hjemmeboende barn over en viss alder må forutsettes å bidra til arbeid i hjemmet, uten at dette fører til fradrag i (hensyntas under) utmålingen av skadelidtes erstatning.

Skjønnsbegrepet "ikke uvesentlig begrensning" vil nok skape noe hodebry. Det synes ikke klart ut fra Utvalgets utredning verken hvilke oppgaver som forutsettes omfattet eller hva som skal til av reduksjon i evnen for å utløse rett til erstatning.

Når det gjelder nivået på omsorgskomponenten vil Pasientskadenemnda bemerke at det anses hensiktsmessig å redusere aldersgrensen og eventuelt øke nivået for aktuelle periode.

8.3.2.6 Inngangsinvaliditet

I pasientskadesakene (som i år utgjør nærmere 5 000 klagesaker) vil skadelidte regelmessig ha en sykdom/skade med inngangsinvaliditet.

Grunnlidelsen har ofte betydning for arbeidsevnen i hjemmet allerede før skadehendelsen. Grunnlidelsen kan være progressiv, dvs. at den ville forverret pasientens hjemmearbeidsevne også uavhengig av skaden. Skillet mellom inngangsinvaliditetens betydning og ansvarshendelsens betydning vil sjelden være tydelig.

For pasienter som har langvarig sykdom/skade allerede før det oppstår en ansvarshendelse i helsevesenet, vil henvisningen til realisert uførhet kunne skape mange tvilsspørsmål og potensielle tvister.

Når større eller mindre deler av hjemmearbeidsevnen er tapt på forhånd, skaper dette også vanskeligheter i forhold til den vesentlighetsvurderingen som skal foretas ved innplassering i evnegruppene.

Pasientskadenemnda vil også bemerke at skadelidte som i pasientskadesystemet i dag tilkjennes en liten hjemmearbeidserstatning fordi behandlingsskaden ytterligere har redusert evnen til arbeid i hjemmet, neppe vil oppfylle "vesentlighetskravet" etter den foreslåtte standardiseringen.

8.3.2.7 Erstatningsnivåene

I rettspraksis har hjemmearbeidserstatningen vært holdt på et nøkternt nivå, fra ca 2 000 til kr 20 000 pr år. Skadelidte får sjelden erstattet sine anførte utgifter. Det er sjelden at skadelidte kan sannsynliggjøre høye utgifter til hjelp i hjemmet, bortsett fra i de største skadesakene. Dette gjelder også de som allerede har fått erstatning for flere

utføre arbeidet på, eventuelt ved bruk av hjelpemidler eller ved å bruke lengre tid på oppgavene, i kombinasjon med en omfordeling av oppgavene blant husstandens medlemmer.

Utvalgets forslag innebærer en betydelig heving av erstatningsnivået for denne erstatningsposten, for de som oppfyller "vesentlighetskravet".

Erstatningen er minimum kr 16 425 (gruppe 1 med 0,2 G), hvis skadelidte har tapt deler av evnen til tyngre hjemmearbeid. Erstatning i denne størrelsesorden er svært sjeldent tilkjent i rettspraksis, og da kun for svært skadede, og eventuelt også inkludert omsorg for barn.

Maksimal erstatning vil være 0,55 G, dvs. kr 45 167 (gruppe 2 med 0,4 G, som konsumerer gruppe 1, = kr 32 849 + omsorgskomponent med 0,15 G = kr 12 318).

Pasientskadenemnda stiller spørsmål ved om Utvalget har vurdert eller vektlagt at forskjellige oppgaver i hjemmet oppstår med ulikt mellomrom, hyppighet og har til dels svært ulik varighet. Såkalt "lettere" arbeid er det som tar mye tid og som typisk skjer daglig og ukentlig, som matlaging, renhold, rydding og arbeid med / omsorg for mindre barn (det siste av Utvalget foreslått omfattet av egen komponent). Såkalt "tyngre" hjemmearbeid utføres sjeldnere, mer sporadisk og sesongbetont, særlig for dem med leilighet og uten hage. Dette bør kanskje gjenspeiles i erstatningsnivået. For Pasientskadenemnda synes f.eks. kravet for å komme inn gruppe 1 å være noe lavt. På bakgrunn av hvilke oppgaver som henføres til gruppe 1, vil Pasientskadenemnda hevde at det ikke skal mye til for at 1/3 av evnen til å utføre disse oppgavene (uten bruk av hjelpemidler) må anses tapt. Sett i forhold til sannsynlig hyppighet og omfang av slike oppgaver i en husholdning, må erstatning i et slikt tilfelle sies å være svært romslig, særlig dersom skadelidte tidligere ikke utførte denne typen oppgaver (dekkskift, plenklipping, snømåking, vedlikehold av bolig etc.) pga. boform eller annet.

Det påpekes at erstatningen er den samme (innenfor en evnegruppe) uavhengig av om skadelidte evne til hjemmearbeid er "vesentlig redusert" (minst 1/3 av evnen) eller er helt tapt.

KAPITTEL 9 – MENERSTATNING

Sammendrag:

Pasientskadenemnda er i utgangspunktet positiv til Utvalgets forslag om å gi flere grupper skadelidte menerstatning. Spørsmålet er likevel om det ikke vil være mer hensiktsmessig å revidere invaliditetstabellen fremfor å senke terskelen ned til 5 % medisinsk invaliditet. Ved å utarbeide en ny og mer detaljert tabell vil man sannsynligvis favne flere skadelidte.

Dersom man går inn for Utvalgets løsning og senker terskelen for menerstatning ned til 5 %, er Pasientskadenemnda av den klare oppfatning at man ikke bør dele de laveste invaliditetene inn i to grupper, men heller ha én gruppe (fra 5-15 %).

9.1 Oversikt over skjønnsspørsmål og potensielle tvistepunkter

Dagens ordning

- "Varig" skade - varighetskravet

- "Menets medisinske art og størrelse" – "betydelig skade" / gruppeinnplassering
- Spørsmål om skjønsmessig oppjustering / gruppeopptrykk
- Terminerstatning – ved "særlige grunner" (skadeserstatningsloven § 3-9)

Utvalgets forslag

- "Varig" medisinsk invaliditet – varighetskravet
- "Menets medisinske art og størrelse" - gruppeinnplassering
- Forhøyelse av mengruden
 - hvis skadelidte har en skade fra før
 - det skal tas hensyn til om en skade "forsterker virkningen" av en annen skade
- Forhøyelse av erstatningen med 10 %
 - hvor ménen er "særlig byrdefull"
- Har pasienten alt fått 100 % menerstatning for en annen skade
 - "Kan det etter rettens skjønn gis en tilleggserstatning" for den nye skaden
- Terminerstatning
 - ved "medisinsk prognose" om ...
 - "sterkt forkortet levetid"
 - Terminbeløpet forhøyes (med 0,25 G inntil 34 % medisinsk invaliditet og 0,5 G fra 35 % medisinsk invaliditet)
- Fradrag for utbetalt smerteerstatning

9.2 Pasientskadenemndas konklusjon og anbefalinger

Pasientskadenemnda er i utgangspunktet positiv til Utvalgets forslag om å gi flere grupper skadelidte menerstatning. Også skadelidte med en medisinsk invaliditetsgrad på mindre enn 15 % etter dagens invaliditetstabell vil kunne ha skader som kan gi en ikke ubetydelig redusert livskvalitet.

Både varighetskravet, kravet til betydelig skade og vilkårene for skjønsmessig oppjustering/gruppeopptrykk, er etter Pasientskadenemndas oppfatning i dag rimelig godt avklart i rettspraksis og teori. Det vesentligste tvistes spørsmålet er vurderingen av størrelse på den medisinske invaliditeten og innplassering i gruppene, samt eventuelt inngangsvilkåret på 15 % medisinsk men.

Det er i Utvalgets forslag lagt opp til flere nye skjønsspørsmål og grensdragninger som medfører større krav til saksbehandling, medisinsk utredning, samt økt potensial for tvister og prosesser både i forvaltningen og for domstolene.

9.2.1. Revisjon av invaliditetstabellen

Dersom skader med medisinsk invaliditet helt ned til 5 % medfører rett til menerstatning, vil denne posten bli aktuell i alle skadeoppgjør. Som også Utvalget selv i noen grad har bemerket, anser Pasientskadenemnda det som viktig, og kanskje mer hensiktsmessig, med en revisjon av invaliditetstabellen. En ny og mer detaljert invaliditetstabell, hvor også en del skader bør klassifiseres høyere enn i dag, vil sannsynligvis favne flere skadelidte. Invaliditetstabellen ble i sin tid utarbeidet for yrkesskadeområdet, og det er mange sykdommer og tilstander som ikke er omfattet.

9.2.2 Minstetærskel for menerstatning - § 3-6 første ledd

Pasientskadenemnda påpeker at pasientskadeloven § 4 har et eget inngangsvilkår for behandling av erstatningskrav, idet skaden må ha medført et økonomisk tap på minst kr 5 000 eller utgjøre et medisinsk men på minimum 15 %.

Ved å senke terskelen for menerstatning til 5 % vil pasientskadeordningen få mange flere småkravsaker. En vesentlig andel av de skadelidte vil da kunne ha krav på menerstatning. Dette får betydning både for saksbehandlingstid og ressursbruk, både saksbehandlingsmessig og økonomisk. Dette medfører også ytterligere behov for medisinske utredninger. Det er allerede ved dagens ordning vanskelig å få tak i spesialister som kan påta seg arbeidet med å utarbeide menvurderinger.

Det synes lite hensiktsmessig å dele spennet fra 5 % - 14 % inn i to grupper. Pasientskadenemnda er av den oppfatning at det er tilstrekkelig med én ny gruppe for medisinsk invaliditet i intervallet 5-14 %. Å dele inn i to grupper gir ytterligere potensial for tvister og bruk av medisinsk sakkyndige, for å avgjøre hvilken gruppe som er riktig for den aktuelle skaden. Beregninger viser at differansen mellom erstatningsbeløpene i de to laveste gruppene er relativt liten. Menerstatningstabellen for øvrig er bygd opp med et spenn på 9 % i de øvrige gruppene.

Tabellen som Utvalget har utarbeidet og som fremgår av forskriftens vedlegg 4, synes enkel å anvende.

9.2.3 Særregler for tilfeller med flere skader - § 3-6 andre ledd første og andre punktum

Utvalget har gitt anvisning på at en skadelidt som har en skade fra før "kan" få mengraderen forhøyet. Det legges opp til en skjønnsmessig utmåling. I praksis vil det oftest legges til grunn et separasjonsprinsipp, idet det er den medisinske invaliditet som er forårsaket av skade nummer to det skal betales erstatning for. Imidlertid er det i bestemmelsens annet punktum presisert at det skal tas hensyn til at effektene av inngangsinvaliditeten kan bidra til å forsterke skade nummer to. Pasientskadenemnda oppfatter denne bestemmelsen som prosessfremmende, idet de fleste vil argumentere for en slik forsterket virkning.

Pasientskadenemnda vil påpeke at de aller fleste skadelidte i pasientskadesakene allerede har en sykdom, grunnlidelse eller grunnskade før behandlingsskaden inntreffer. Det antas å kunne bli vanskelig å skille småskader som skyldes behandlingssvikt fra grunnlidelsen/ grunnskade og andre ikke ansvarsbetingende skader. I tillegg vil spørsmålet om forhøyelse av mengraderen ofte bli et tema. Begge disse forhold fører til mer omfattende saksbehandling og medisinsk utredning, samt gir økt potensial for tvister.

9.2.4 Individuelt påslag - § 3-6 andre ledd siste punktum

Pasientskadenemnda finner ikke å kunne støtte forslaget om en individuell justering av menerstatningen i form av et skjønnsmessig påslag i erstatningen på 10 % (av den tabellbaserte erstatningen). Etter forslaget må menet da være "særlig byrdefullt". Når loven åpner for en slik skjønnbasert regel, vil dette sannsynligvis medføre en rekke tvister. Dette vil utvilsomt være prosessdrivende. Etter dagens ordning er menerstatningen nærmest standardisert. Det synes derfor lite hensiktsmessig å åpne for individuell justering når mandatet nettopp etterspør økt standardisering.

9.2.5 Tilleggsstatning ved ny skade - § 3-6 tredje ledd

Utvalget har her gått inn for en kodifisering av gjeldende rett. Det er vanskelig å se at dette vil få noen konsekvenser utover dagens praktisering, foruten at det nå nedfelles i en egen lovbestemmelse. Det hadde vært ønskelig med en klarere regel for størrelsen på tilleggsstatningen, for eksempel en fast sats.

9.2.6 Terminerstatning - § 3-6 fjerde ledd

Pasientskadenemnda støtter Utvalgets forslag om å videreføre adgangen til å utmåle erstatning i terminer der skadelidte har en medisinsk prognose om sterkt forkortet levetid. Etter Pasientskadenemndas oppfatning bør det ikke gå et skille ved 35 % men, men legges til grunn en forhøyning med 0,5 G for alle saker med terminvis erstatningsutbetaling. Å sette et skille på 35 % vil virke konfliktskapende, noe som er svært uheldig i disse sakene hvor enkle og raske oppgjør bør være en målsetting.

9.2.7 Skattepåslog og kapitalisering

Pasientskadenemnda ser positivt på at Utvalget ikke finner det nødvendig å innføre skattepåslog på menerstatningen og at kapitaliseringsrenten skal følge någjeldende rentefot etter rettspraksis på 5 %. Også forslaget om å bruke en og samme tabell for menn og kvinner innebærer en forenkling. Det synes fornuftig å velge levealder til 82 år (midt mellom gjennomsnittlig levealder for begge kjønn).

KAPITTEL 10 - SMERTEERSTATNING

Sammendrag:

Pasientskadenemnda støtter i utgangspunktet ideen om å gi erstatning også ved kortvarig og forbigående smerte og sykdom. Dersom erstatning for smerte innføres mener vi derfor at vilkårene for smerteerstatning bør presiseres nærmere.

10.1 Oversikt over skjønsspørsmål og potensielle tvistepunkter

10.1.1 Skjønsspørsmål i Utvalgets forslaget til smerteerstatning

Vilkåret for å få tilkjent smerteerstatning er i henhold til utkastets § 3-7 (1) at skadelidte er "påført sykdom eller betydelig smerte". Pasientskadenemnda er av den oppfatning at dette vilkåret åpner for betydelig skjønnsutøvelse, og at dette bør presiseres nærmere for å dempe et potensielt konfliktnivå.

Også psykiske lidelser, herunder angst, psykose og depresjon, finner Utvalget at skal omfattes. Pasientskadenemnda er enig i at dersom man skal innføre smerteerstatning, må psykiske plager likestilles med somatiske plager. Vi mener imidlertid at det bør avklares om det stilles krav til at skadelidte må ha en diagnose for å ha krav på smerteerstatning. Eller skal det være tilstrekkelig at legen bekrefter at pasienten har vært deprimert i en periode? Etter Pasientskadenemndas oppfatning bør det stilles krav til at de psykiske plagene har et visst omfang og styrke.

10.1.2 Pasientskader og merskadeproblematikk

I pasientskadesaker vil det, i større grad enn for andre områder innenfor personskaderetten, kunne oppstå vanskelige skjønsspørsmål som følge av merskadeproblematikken. I pasientskadesaker vil pasienten ha en grunnlidelse, som også uten pasientskade, vil medføre smerter og behov for rekonvalesens. Å skille mellom sykdom eller smerte forårsaket av grunnlidelsen, behandlingsskaden eller andre forhold, vil i mange saker kunne medføre kompliserte og sammensatte vurderinger av om det foreligger årsakssammenheng. Det vil kunne innhentes sakkyndige vurderinger angående dette, men legene vil ikke nødvendigvis kunne gi noen eksakt fordelig av årsaken til smertene, slik at tvistepunktene kan bli omfattende i erstatningssakene.

10.2 Pasientskadenemndas konklusjon og anbefaling

Pasientskadenemnda støtter i utgangspunktet ideen om innføring av smerteerstatning. Pasientskadenemnda ser at smerteerstatning vil kunne gi kompensasjon for en pasientgruppe som faller utenfor dagens pasientskadeordning, og hvor dette kan virke urimelig. Etter Pasientskadenemndas syn fremstår det imidlertid som noe uklart hvordan Utvalget har tenkt at pasientskader skal omfattes av denne erstatningsposten.

I Danmark må pasienten ha hatt tap/utgifter på minst kr 10 000 for å omfattes av ordningen, dette gjelder også smerteerstatningen. I Norge er dette beløpet kr 5 000. Dette medfører at Utvalgets forslag om smerteerstatning vil kunne bli en dyrere og mer omfattende ordning å praktisere i Norge enn i Danmark. Ved innføring av en smerteerstatning vil det derfor være hensiktsmessig samtidig å foreta en nærmere avklaring av kravet i pasientskadeloven § 4 om at tapet må være på minst kr 5 000 for at pasienten skal ha rett til pasientskadeerstatning.

Utvalgets forslag om smerteerstatning kan bli en innviklet ordning å praktiseres på pasientskadeområdet, på grunn av de særlige problemstillingene man har i forholdet grunnlidelse - behandlingsskade. Dersom smerteerstatning skal innføres, må vilkårene etter vårt syn presiseres nærmere enn det som det legges opp til i forslaget, for å forhindre unødvendig mange skjønsspørsmål og potensielle tvistepunkter.

Pasientskadenemnda vil innledningsvis bemerke at opprettelsen av en ny erstatning vil medføre en ikke ubetydelig økning i erstatningsutbetalingene, da det tidligere ikke er utbetalt erstatning for dette.

Ny erstatningspost vil naturlig nok også vil lede til flere tvister og prosesser i forvaltningen og domstolene.

10.2.1 Forslaget medfører kompliserte skjønsspørsmål og tvistesporsmål

Pasientskadenemnda mener at Utvalgets forslag legger opp til unødvendige skjønsspørsmål som i praksis vil bli kompliserte og prosessdrivende på pasientskadeområdet. Etter vårt syn bør vilkårene for smerteerstatning presiseres nærmere.

Vi mener i den forbindelse at vilkåret "påført sykdom eller betydelig smerte" er noe diffust, og at dette bør presiseres nærmere. I Danmark er den veiledende retningslinjen at skadelidte må være undergitt en form for medisinsk behandling for å ha krav på smerteerstatning, og vi mener at man bør stille samme krav i Norge.

Utvalget går inn for at sykemelding automatisk kvalifiserer for erstatningen uten mulighet for en nærmere etterprøving av om skadelidte er reelt sykt eller hva som er årsaken til sykdommen. Dette er i samsvar med mandatet og standardiseringsformålet, men vil kunne bli problematisk i merskadetilfellene som pasientskadesakene.

I pasientskadetilfellene vil pasientens sykmelding kunne skyldes en kombinasjon av grunnlidelsen og pasientskaden. En eventuell smerteerstatning på pasientskadeområdet bør bare kunne bli aktuelt der behandlingsskaden har medført en forlenget sykdomsperiode. Pasientskadenemnda mener smerteerstatning må avgrenses mot de tilfeller/perioder der pasienten uansett hadde vært sykmeldt som følge av grunnlidelsen, og hvor behandlingsskaden har gitt økte plager i den aktuelle perioden med sykemelding.

Utvalget har også lagt til grunn at vilkåret "smerte" også må omfatte tilfeller hvor skadelidte er frisk nok til å arbeide, men at vedkommende likevel har plager tilknyttet

smarter eller nedsatt fysisk førlighet. Det bør imidlertid trekkes en nedre grense for hva som anses erstatningsmessig, av hensyn til forholdet mellom de kostnadene saksbehandlingen vil medføre og hvilke beløp pasienten faktisk kan ha rett til. En tydelig nedre grense vil forenkle prosessene og skape økt forutberegnelighet.

10.2.2 Utvalgets forslag vil bli kostnadsdrivende

Innføringen av smerteerstatning vil også medføre en betydelig økning i utredningskostnadene til Pasientskadenemnda (antall saker, saksbehandling og innhenting av medisinske vurderinger).

10.2.3 Saksbehandlingen

Merskadetilfellene vil som nevnt medføre kompliserte og sammensatte årsakssammenhengsvurdering i forhold til hva som skyldes behandlingsskaden, grunnlidelsen og eventuelle øvrige forhold. Pasientskadenemnda påpeker at dette igjen vil medføre et økt behov for sakkyndige erklæringer, eventuelt uttalelser fra behandlende leger/fastleger. Pasientskadenemnda har allerede i dag utfordringer med å finne sakkyndige til å uttale seg i sakene. Disse vil øke ved innføring av smerteerstatning, med påfølgende økt saksmengde.

Pasientskadeskadenemnda vil måtte bruke dyre eksterne spesialister for å ta stilling til en erstatningspost hvor høyeste utbetaling er 1 G (noe som i 2012 tilsvarer 82 122), og hvor utbetalingen i flesteparten av pasientskadesakene sannsynligvis vil ligge langt under 1 G nettopp på grunn av at det foreligger en grunnlidelse som også med adekvat behandling ville ha medført rekonvalesens/sykemelding.

Smerteerstatning vil altså medføre en ikke ubetydelig økning av utgiftene til administreringen av pasientskadeordningen.

10.2.4 Saksbehandlingstiden

Avslutningsvis ser vi for oss at flere erstatningsposter ikke vil bidra til kortere saksbehandlingstid. Tvert imot blir systemet for beregning av erstatning etter dette forslaget mer omfattende og sammensatt, hvilket igjen medfører lenger saksbehandlingstid og muligens flere tvister for domstolene.

10.3 Ytterligere merknader

Som nevnt tidligere er det etter Pasientskadenemndas syn usikkert i hvilken grad og hvordan Utvalget har tenkt at pasientskader skal omfattes av denne erstatningsposten. Pasientskadenemnda viser i denne sammenheng til at et av hovedhensynene bak smerteerstatning, har vært at smerteerstatningen vil virke preventivt.

Pasientskadenemnda er enig i at trussel om smerteerstatning vil kunne virke preventivt på forbrukervernområdet, men vi har vanskeligheter med å se at dette hensynet er like anvendbar på pasientskadetilfellene.

Utvalget har blant annet valgt å holde yrkesskadeforsikring utenfor. De har i den forbindelse vist til at yrkesskadeforsikringen i dag ikke omfatter erstatning for ikke økonomisk tap, og at oppreisningserstatningen positivt har vært holdt utenfor. Pasientskadenemnda ønsker i den forbindelse å vise til at det samme gjelder på pasientskaderettsområdet, jf pasientskadeloven § 4. Det er derfor noe vanskelig å se at hensynene bak unntaket som er gjort for yrkesskader ikke også gjelder for pasientskader.

KAPITTEL 11 - FORSØRGERTAPSERSTATNING

Sammendrag:

Pasientskadenemnda er i all hovedsak positiv til Utvalgets forslag hva gjelder standardisering av forsørgertapserstatning. Vi mener lovforslaget gir store gevinster i form av effektive oppgjør, færre konflikter og mer forutberegnelighet.

Pasientskadenemnda støtter imidlertid ikke forslaget om individuell erstatning for "andre", jf. § 3-8 (2) 3. punktum.

11.1 Oversikt over skjønsspørsmål og potensielle tvistepunkter

Utvalget har valgt en løsning der man foretar en delvis standardisering av forsørgertapserstatning. Når det gjelder erstatning til avdødes barn og samlivspartner, har man valgt å standardisere denne ved å ta utgangspunkt i avdøde forsørgers inntekt og justere denne. Når det gjelder erstatning til "andre", skal erstatningen etter forslaget utmåles individuelt. Det er også foreslått å innføre en omstillingserstatning på 1,5 G.

11.1.1 Økonomisk og ikke-økonomisk forsørgertap beregnes under ett - § 3-8 (1) 3. pkt

Pasientskadenemnda støtter forslaget om å slå sammen beregningen av det økonomiske forsørgertapet og det såkalte "Bastruttilletget" (erstatning for avdødes arbeid i hjemmet og omsorg for barn). Dette vil sannsynligvis gi færre tvister og effektivisere oppgjørene, selv om nivåene for dette tillegget også i dag synes mer eller mindre "standardisert".

11.1.2 Standardisert erstatning for avdødes barn og samlivspartner - § 3-8 (2) 1. pkt

Etter Pasientskadenemndas oppfatning vil lovforslaget hva gjelder å standardisere erstatningen for avdødes barn og samlivspartner medføre færre skjønsspørsmål enn ved dagens ordning med individuell utmåling. Mange av de tvistepunkter som oppstår ved dagens ordning blir eliminert ved innføring av forslaget. Dette gjelder særlig tvistene om gjenlevendes inntektsnivå, faste kostnader, fordeling av særforbruk, pensjonsytelser samt "Bastruttilletget".

11.1.3 Individuell erstatning for "andre" - § 3-8 (2) 3. pkt

At Utvalget går inn for å beholde individuell utmåling for "andre" vil etter Pasientskadenemndas oppfatning sannsynligvis skape en rekke tvister og gjøre oppgjørene mer tidkrevende. For disse tilfellene vil utmålingen være like ressurskrevende som i dag, kanskje også mer, fordi man får et "dobbel" system å forholde seg til.

Denne gruppen omfatter barn over 19 år, særkullsbarn, nye samboere uten felles barn samt andre som faktisk ble forsørget av avdøde. Utvalget gir eksempler på hvem som kan omfattes, f.eks. innvandrere som forsørger foreldre og annen familie i sitt opprinnelige hjemland og ikke-biologiske barn/stebarn, dvs. tilfeller der avdøde *ikke* hadde noen *rettslig plikt* til å forsørge vedkommende.

11.1.4 Omstillingserstatning - § 3-8 (3)

Utvalget har foreslått at det innføres en erstatning for tap i en omstillingsperiode etter dødsfallet. Denne omstillingserstatningen er satt til 1,5 G. Denne erstatningen skal kompensere for utgifter som oppstår når en samlivspartner dør, som f.eks. utgifter til

begravelse, bistand i hjemmet, flytteutgifter, skifte og utgifter til booppgjør. En standardisert omstillingserstatning vil forenkle oppgjørene og dempe konflikter.

Utvalget ble også bedt om å vurdere om det også burde ytes et eget overgangsbetrag til foreldre som mister et barn, selv om det ikke her blir tale om et forsørgertap. Dette kan Pasientskadenemnda ikke se at Utvalget har besvart.

11.2 Pasientskadenemndas konklusjon og anbefalinger

Pasientskadenemnda stiller seg positiv til Utvalgets forslag hva gjelder standardisering av forsørgertapserstatning. Lovforslaget gir store gevinster hva gjelder å foreta effektive oppgjør, dempe konflikter og skape forutberegnelighet i oppgjørene.

Utmåling av større forsørgertapssaker krever forholdsvis mye arbeid med innhenting av dokumentasjon/informasjon, i tillegg til nokså kompliserte beregninger. Pasientskadenemnda mener det blir enklere å utmåle erstatningen når man tar utgangspunkt i avdøde forsørgers inntekt, og foretar justering fra denne. Det vil også skape økt forutberegnelighet for de etterlatte da det blir enklere å beregne hva man får. Sannsynligvis vil forslaget også bidra til reduserte advokatutgifter, idet standardiseringen gir færre skjønsspørsmål og således demper en del tvister.

Utvalgets forslag vil innebære høyere erstatningsutbetalinger enn i dag. Beregninger har vist at de fleste grupper etterlatte får en betydelig økning i forsørgertapserstatning basert på Utvalgets forslag. Den største erstatningsøkningen gjelder barn. Det er også flere grupper som etter forslaget vil få betydelige erstatninger, men som i dag ikke har krav på erstatning. Dette gjelder særlig der gjenlevende samlivspartner har høy inntekt og gode pensjonsytelser/forsikringsutbetalinger.

For enkelte grupper har beregninger vist at det vil skje en reduksjon i erstatningen, f.eks. eldre gjenlevende ektefeller. Det er et tankekors at det er gruppene som i utgangspunktet har best økonomi som får den største økningen i forsørgertapserstatning. I mandatet er det imidlertid også uttalt at innsparing ved behandling av erstatningskrav kan overveies knyttet til å høyne erstatningsnivået, noe som trolig vil være tilfelle hva gjelder standardisering av forsørgertap.

Problemet med Utvalgets modell er at man går for en delstandardisering, hvor man ikke helt gir "slipp på" gjeldende rett. Det vil sannsynligvis tilkomme en økning av tvister hva gjelder individuell utmåling etter unntaksbestemmelsen i § 3-8 (2) 3. punktum, mens øvrige tvister vil bli redusert.

Pasientskadenemnda stiller seg positiv til at det innføres en fast omstillingserstatning, da dette forenkler oppgjørene i enda større grad. Pasientskadenemnda har ingen bemerkninger til den foreslåtte satsen på 1,5 G. I mandatet ble imidlertid Utvalget bedt om å vurdere overgangsbetrag til foreldre som mister et barn, noe som ikke synes besvart eller kommentert av Utvalget. Pasientskadenemnda behandler en rekke krav fra foreldre som har mistet et barn, hvor det blant annet anføres inntektstap og utgifter som følge av dødsfallet. Pasientskadenemnda finner det hensiktsmessig at også slike tilfeller omfattes av omstillingserstatningen. I den forbindelse må det da vurderes om satsen på 1,5 G er tilstrekkelig kompensasjon.

Pasientskadenemnda finner etter dette å støtte lovforslagets §§ 3-8 (1), 3-8 (2) 1. og 2. pkt og § 3-8 (3). Pasientskadenemnda støtter ikke forslaget om individuell erstatning for "andre", jf. § 3-8 (2) 3. pkt, og mener man bør avskjære erstatningen for denne gruppen. En slik erstatning medfører en rekke prosesser og vanskelig grensedragninger i forhold til en personkrets (f.eks. foreldre, søsken og voksne barn som studerer) som i teorien har et vern, men som i praksis ikke får noen erstatning.

11.3 Ytterligere merknader

Pasientskadenemnda har for øvrig følgende merknader:

For det første finner vi at det å fastsette de faste kostnader til 2 G synes meget høyt dersom man ikke har renter og avdrag på boliglån (voksne/eldre).

For det andre ytes det forsørgertapserstatning opp mot inntekter på 12 G, jf. forskriften §§ 7-1 (2) og 7-2 (3). I flere av slike saker ville erstatningen etter dagens system gi avkortning, noe som innebærer at man etter Utvalgets forslag også gir erstatning for sparing.

Avslutningsvis vil Pasientskadenemnda bemerke at det i lovforslaget ikke er tatt inn noe om terminerstatning ved forkortet levetid. I våre saker er det ikke rent sjelden det forekommer at pasienter allerede forut for behandlingsskaden har en dårlig prognose som følge av grunnsykdom (f eks kreft, alvorlig hjertesykdom), noe vi mener lovforslaget må åpne for å ta hensyn til.

KAPITTEL 12 – ADGANG TIL ETTEROPPGJØR (Utvalgets § 3-16)

Pasientskadenemnda finner å kunne tiltre og anbefale Utvalgets forslag til regel om adgang til etteroppgjør. Pasientskadenemnda er enig i utvidelsen av dagens skadeserstatningslov § 3-8, til at det også skal være adgang til etteroppgjør dersom ansvarshendelsen medfører en vesentlig forverret ervervsevne og en vesentlig høyere erstatning, uavhengig av om den medisinske helsetilstanden er (vesentlig) forverret.

Videre vil vi gjøre oppmerksom på at avsluttet erstatningsoppgjør også kan skje ved forvaltningsvedtak. Det bør derfor fremgå at ny § 3-16 også gjelder i slike tilfeller.

AVSLUTTENDE MERKNADER

Pasientskadenemnda har ved vurderingen av NOU ´en fokusert på om forslagene - sammenlignet med i dag - skaper økt forutberegnlighet, er egnet til å gi raskere oppgjør, om de fremstår som enkle å praktisere, om de gir rimelige resultater og om forslagene innebærer mindre ressursbruk. I vår gjennomgang er det sett hen til at saksbehandlingen i pasientskadesaker følger forvaltningslovens saksbehandlingsregler.

Pasientskadenemnda **støtter** følgende av Utvalget forslag (hovedsakelig):

- Kapittel 11 – forsørgertap
- Kapittel 7 – deler av utgiftserstatningen

Pasientskadenemnda **støtter ikke** (hovedsakelig):

- Kapittel 5 – inntektstap, voksen skadelidt
- Kapittel 6 – inntektstap, barn
- Kapittel 7 – deler av utgiftserstatningen

- Kapittel 8 – hjemmerarbeid
- Kapittel 9 – menerstatning

Særskilt om ny post – smerteerstatning kapittel 10:

Pasientskadenemnda støtter i utgangspunktet ideen om å gi erstatning også ved kortvarig og forbigående smerte og sykdom. Dersom smerteerstatning skal innføres, må vilkårene etter vårt syn presiseres nærmere.

Øvrige merknader:

I Mandatets forutsetninger heter det i punkt 4:

“Lovforslaget skal så langt det er mulig baseres på uendret ressursbruk i forhold til i dag for berørte virksomheter og næringer og for dem som betaler forsikringspremier. Innsparing ved behandlingen av erstatningskrav kan i stedet overveies nytt til å høyne erstatningsnivået. Samtidig skal det vurderes om dette i noen grad bør fravikes for å sikre et gjennomgående rimelig dekkende erstatningsnivå ved overgang fra skjønnsmessige utmålingsregler til mer standardiserte regler.”

Som det fremgår av gjennomgangen over, og regneeksemplene under, mener Pasientskadenemnda at forslagene i NOU'en medfører økte erstatningsutbetalinger og økte prosesskostnader. Dette vil medføre en fordyrende erstatningsordning, både hva gjelder økte utbetalinger og økt ressursbruk i forbindelse med behandling av kravene.

Etter Pasientskadenemndas syn vil økte erstatningsutbetalinger i enkelte sakstyper kunne bidra til ytterligere å øke forskjellen mellom personer med like skader, med der kun den ene har en ansvarlig skadevolder å forholde seg til.

Eksempel:

To nyfødte barn blir i forbindelse med fødselen 100 % varig medisinsk invalide, men kun den ene har fått medhold i erstatningskrav om mangelfull fødselshjelp. Forskjellen i hvilke ytelser disse barna vil ha krav på er allerede i dag veldig stor; mens det ene barnet må forholde seg til de offentlige ytelsene - som skal dekke nødvendige behov (hjelpetønad, omsorgslønn, assistenter med mer) - vil det andre barnet i tillegg få en erstatning for "nødvendige og rimelige utgifter" opp i 8-9 millioner kroner. Med Utvalgets forslag vil denne forskjellen øke med flere millioner kroner.

I denne sammenheng vil vi også få gjenta vår kritikk av Utvalgets forslag under kapittel 7 (§ 3-4 andre ledd første punktum) om at erstatningen i tillegg skal kunne dekke opp for et mangelfullt offentlig tilbud. Vi mener her det offentlige tilbudet bør ligge i bunnen som et grunnlag for alle, og som erstatningen skal komme i tillegg til.

Med vennlig hilsen
Pasientskadenemndas sekretariat



Rose-Marie Christiansen
direktør



Hege Solem Markussen
fagsjef

Vedlegg

Vedlegg 1 Kapittel 5 - inntektstap, voksen skadelidt

Eks: (N2010/1247) Pasienten er en uførepensjonert mann 66 år (i 2011). På skadetidspunktet (2004) jobbet pasienten som teknisk sjef i bedrift. Behandlingsskaden (kronisk hepatitt B) oppsto i 2004. Pasienten ble innvilget 100 % varig uførepensjon fra 01.08.09.

Pasienten kontaktet legevakten den 30.05.04 etter å ha ytt førstehjelp til en hardt skadet person som hadde hepatitt B. Pasienten fikk hepatitt B-vaksine og rekvisisjon for ny prøve. Prøven ble tatt den 01.06.04. Pasienten ble deretter henvist til kontroll hos sin fastlege etter tre måneder. Blodprøven tatt den 01.06.04 viste at han var smittet. Pasienten har i dag kronisk hepatitt B.

Det fremgår av premissene i vedtaket at behandlingen for smitte av hepatitt B ikke ble fulgt opp med hurtig vaksinasjon, og at pasienten således ikke fikk oppfølging og behandling i henhold til gjeldende retningslinjer. En tidligere og korrekt behandling ville mest sannsynlig hindret utvikling av kronisk hepatitt B.

Fra behandlingsskaden skjedde sommeren 2004 har pasienten vært delvis sykemeldt, dels har han mottatt rehabiliteringspenger, og dels har han vært i arbeid.

I henhold til likningsmyndighetene har pasienten hatt følgende inntekter:

2002: kr 411 276

2003: kr 413 865

2004: kr 341 159

2005: kr 365 790

2006: kr 396 125

2007: kr 521 103

2008: kr 478 588

2009: kr 477 791.

I e-post har pasienten forklart at lønnsnedgangen i årene 2004-2006 med at bedriften gikk dårlig i 2004 og de som var i ledelsen avsto derfor fra lønn i tre måneder for å rette opp på dette. Det er enighet mellom pasienten og NPE om at første år med et eventuelt inntektstap er 2006.

Dagens ordning:

Ved beregning av fremtidig inntektstap er år 2011 lagt til grunn som basisår. Det er ved beregningen tatt hensyn til dette årets skattesatser og pengeverdi.

Ved beregningen av det fremtidige inntektstapet legges det til grunn en inntekt uten skaden med kr 499 000 i basisåret 2011. For inntekt med skaden er det lagt til grunn full uførepensjon. Nemnda har deretter beregnet inntektstapet frem til pensjonsalder med 67 år – i dette tilfellet år 2012. På denne bakgrunn er det fremtidige inntektstapet beregnet til samlet **kr 134 741**, etter neddiskontering.

NOU (tabell for voksne, 60 % fradrag for trygd):

Konstateringstidspunktet - Ulykkestidspunktet (sommeren 2004), tidspunktet for legebesøk (kontaktet legevakten 30.05.04) eller tidspunktet for skademelding til NPE (25.03.08)? Det legges til grunn at konstateringstidspunktet er sommeren 2004.

Man skal bygge på årsinntekten i året for konstatering av skaden eller årsinntekten for året før, jf. lovteksten i § 3-2 første ledd. Alternativt kan det legges til grunn et senere år før oppgjørstidspunktet. Vi legger til grunn årsinntekten i året 2003 (kr 413 865), dvs. året før skaden ble konstatert, da inntekten dette året var høyere enn i 2004.

Denne årsinntekten skal deles på folketrygdens grunnbeløp den 1. januar i det året som legges til grunn. Folketrygdens grunnbeløp den 1. januar 2003 var kr 54 170.

Kr 413 865 delt på (G per 1. januar 2003)kr 54 170 er 7,64 G. Flyttes opp til 8 G.

Ta utgangspunkt i skadelidtes alder på *oppgjørstidspunktet* for så å plassere skadelidte inne på riktig sted i tabellen. Plassering i alderskategori bestemmes av forholdet mellom

oppgjør dato og skadelidtes fødselsdag. Det vil innebære at erstatningsbeløpets størrelse reelt bygger på skadelidtes *fylte hele år* på tidspunktet for oppgjør.

Oppgjørstidspunktet er det tidspunktet partene kommer til enighet eller det treffes avgjørelse som blir rettskraftig, jf. loven § 3-1 tredje ledd.

Utmålingsvedtak i NPE er datert 04.11.10 og pasientens fødselsdato er 16.07.45. Det legges etter dette til grunn at pasienten plasseres i alderskategori 65 år. (Løsningen medfører at skadelidte reelt får beregnet et erstatningsbeløp for ett år lenger enn det faktiske tap.) Fremtidig inntektstap blir 5,1 gange kr 75 641(G per 1.5.2010). Fremtidig inntektstap blir **kr 385 769**.

Eks 2: (N2011/0629) Pasienten er en uføretrygdet kvinne på 55 år (i 2011).

På grunn av svulst i bekkenet, ble pasienten operert den 06.03.07. Pasienten fikk umiddelbart etter inngrepet en nummenhetsfølelse i venstre underarm, og etter hvert fikk hun også smerter. Hun fikk påvist en nerveskade i armen som følge av mangelfull leiring under operasjonen, og har senere utviklet et kompleks regionalt smertesyndrom. Pasienten har av utdanning 10-årig grunnskole, og hun jobbet forut for skaden som apotektekniker. Pasienten ble innvilget 100 % varig uførepensjon fra 01.03.09, dvs. fra tidspunktet for opphør av rehabiliteringspenge.

Pasienten har hatt følgende inntekter:

2000: kr 125 065

2001: kr 144 852

2002: kr 179 091

2003: kr 197 371

2004: kr 218 879

2005: kr 198 829

2006: kr 265 511

2007: kr 315 852 (skadeåret)

2008: kr 210 363

2009: kr 205 184

2010: kr 208 872

Dagens ordning:

Ved beregning av fremtidig inntektstap er år 2011 lagt til grunn som basisår. Det er ved beregningen tatt hensyn til dette årets skattesatser og pengeverdi.

Nemnda har skjønnsmessig lagt til grunn en inntekt uten skaden på kr 310 000, noe som er i samsvar med erstatningskravet. Med skaden er det lagt til grunn en samlet uførepensjon med kr 211 000. Videre er det ved beregningen tatt hensyn til sparte utgifter ved ikke å være i arbeid samt at det med skaden er lagt inn fullt særfradrag. Neddiskontert utgjør erstatningen for fremtidig inntektstap kr 389 747. Matematisk beregnet skatteulempe utgjør kr 33 623, dvs. 8,63 %.

Erstatning for fremtidig inntektstap blir **kr 423 370**, inklusive skattulempe.

NOU (tabell for voksne, 60 % fradrag for trygd):

Konstateringstidspunktet – det legges til grunn at konstateringstidspunktet er da pasienten ble operert den 06.03.07.

Vi legger til grunn årsinntekten i skadeåret (år 2007) på kr 315 852, da inntekten dette året var høyest.

Kr 315 852 delt på (G per 1. januar 2006) kr 62 892 er 5,02 G. Flyttes opp til 5,50 G.

Utmålingsvedtaket i NPE er datert 02.05.11 og pasientens fødselsdato er 04.01.57. Det legges etter dette til grunn at pasienten plasseres i alderskategori 54 år. (Løsningen medfører at pasienten reelt får beregnet et erstatningsbeløp for ett år lenger enn det

faktiske tap.) Fremtidig inntektstap er 16,2 gange kr 79 216 (G per 1.5.2011). Fremtidig inntektstap blir **kr 1 283 399**.

Vedlegg 2 Kapittel 6 - inntektstap, barn

Forutsetninger:

- Barn født 01.01.91
- Skadedato: 01.07.05
- Tap fra fylte 22 år
- Uførepensjon ung ufør kr 202 841

Dagens ordning:

Standarderstatning etter dagens G (kr 82 122):	kr	3 284 880
<u>Menerstatning 100 %:</u>	<u>kr</u>	<u>1 303 083</u>
Inntektstapsdel av standarderstatningen:	kr	1 981 797

I tillegg vil skadelidte få uførepensjon etter reglene om unge uføre.

Foreslått ny ordning:

NOU § 3 -3, Forskriftsutkast (utmålingsforskriften) § 3-2.
Utmåling av inntektstap ved fylte 22 år på oppgjørstidspunktet skal settes til 46,8 G. Med dagens G utgjør dette en erstatning på kr 3 843 310. I tillegg vil skadelidte få uførepensjon etter reglene om unge uføre.

Dette fører til en økning i kostnadene til erstatningen:

Kostnader i dag:

Standarderstatning (omfatter menerstatning, inntektstap og tapt hjemmearbeidsevne)

= ca 3,2 millioner (i tillegg kommer uførepensjon fra NAV)

Kostnader ved forslaget:

Menerstatning	1,6	
Inntektstap	3,8	(med forbehold om at vi har brukt tabell riktig)
Hjemmearbeidserstatning	0,8	(med forbehold om at vi har brukt tabell riktig)

= ca 6,2 millioner (i tillegg kommer uførepensjon fra NAV)

Vedlegg 3 Kapittel 8 - hjemmearbeidserstatning

Illustrasjon av erstatningsnivåer hjemmearbeid iht. dagens regler og nytt forslag

Case 1:

Mann 35 år, uten formell utdanning etter obligatorisk skolegang, har hatt variable, lave inntekter, med lange perioder med sykmeldinger og arbeidsledighet. De siste 5-6 årene før skaden skjer har han i hovedsak mottatt ytelser fra NAV i form av sykepenger og (det

som nå kalles) arbeidsavklaringspenger. Han har ulike helseplager i form av muskel- og leddsmerter, hodepine og utmattelse.

Han er gift og har et barn på 3 år, familien bor i leilighet. De har også en gammel hytte og en gammel trebåt, som krever omfattende vedlikehold. De har ikke bil, idet de bor sentralt og det går greit å ta bussen eller å låne bil av familien når de skal bort. På grunn av at også kona har liknende helseplager, prioriterte de å bruke penger på vaskehjelp allerede før mannen ble skadet.

Skaden har medført at mannen har fått økte ryggsmertene. På grunn av ryggsmertene anspenner han dessuten kroppen mer, slik at de muskel- og leddplagene han hadde fra før har blitt forverret. Dette medfører at han opplever ytterligere utmattelse. Han har dessuten utviklet en depresjon. Pasientens forverrede plager og depresjon er bekreftet fra spesialist i fys. med. og rehab. og er vurdert til 30-35 %. Etter skaden har han fått innvilget uførepensjon.

Inntektstap

Etter dagens ordning synes det klart at skadelidte ikke vil få erstatning for lidt eller fremtidig inntektstap på grunn av sin sykdoms- og trygdehistorikk.

Iht. nytt forslag: § 3-1, 4. ledd: "Erstatning for fremtidig inntektstap skal ikke begrenses som følge av skadelidtes negative helseutvikling. Erstatningen kan likevel begrenses i den utstrekning skadelidte åpenbart har eller vil få en unormal negativ helseutvikling som ikke skyldes ansvarshendelsen. Skadevolder har bevisbyrden for en slik påstand." Er det i denne saken "åpenbart" at pasienten har en unormal negativ helseutvikling som ikke skyldes skaden, slik at erstatning for fremtidig inntektstap kan begrenses? I slike saker vil prosesshyppigheten øke. Hvis det ikke er grunnlag for å avskjære erstatning, er han omfattet av standarderstatningen på 5G i årsinntekt, idet mottak av arbeidsavklaringspenger er "tilknytning til arbeid" jf forslaget § 3-2, 2. ledd.

Arbeid i hjemmet

Etter dagens ordning: Pasienten ville fått avslag på erstatning eller kun en svært lav erstatning, både for lidt og fremtidig periode, på bakgrunn av sine allerede foreliggende omfattende helseplager, at han bor i leilighet og f.eks ikke enebolig og at han på forhånd hadde utgifter til vaskehjelp. Erstatning for arbeid tilknyttet hytte og båt ville mest sannsynlig ha blitt avslått under henvisning til at dette hører inn under menerstatningen.

*Iht. nytt forslag: Individuell utmåling for lidt tap vil medføre at skadelidte får ingen eller en svært lav erstatning for denne perioden. Når det gjelder det fremtidige tapet må man gjøre en ny vurdering av det funksjonsevnetapet skaden har medført, sannsynligvis ved innhenting av ny spesialisterklæring der det må vurderes om og i hvilken grad hjemmearbeidsevnen var nedsatt fra tidligere, hvilken funksjonsgruppe skaden skal falle inn under, og om pasienten føler smerte ved utførelsen av arbeidet – da kan man ikke kreve noen selvinnetning. Dersom skadelidte vurderes i gruppe 2 vil han få en erstatning på 9 G (jf tabell s 302 i NOU) = **kr 739 098**. (Gruppe 1 gir 4,5 G = kr 369 549). I tillegg kommer erstatning for tapt omsorgsevne for barn med kr 3,3 G = **kr 271 002**. Samlet erstatning for nedsatt hjemmearbeid og omsorgsevne **kr 1 010 100** etter den nye ordningen*