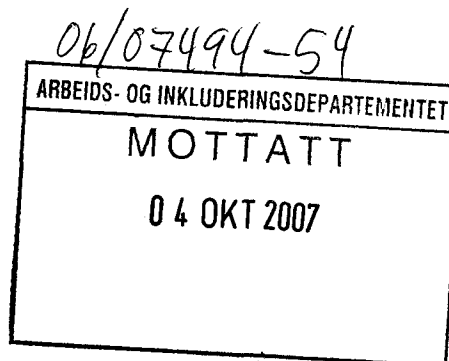


Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
Postboks 8019 Dep
0030 OSLO



Dato: 03.10.2007

Vår ref.: SPA/ØF 2007/00332
Deres ref.: 200607494-/BHT/SGA

Høring – organisering av en framtidig yrkesskadeordning

1. INNLEDNING

Finansnæringens Hovedorganisasjon (FNH) viser til høringsbrev datert 24. mai 2007 fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet og vedlagte høringsnotat med særlig fokus på fremtidig organisering av yrkesskadeordningen.

Vi viser i denne sammenheng også til vårt brev av 30. juni 2004 i forbindelse med høringen av Kjønstadutvalgets utredning (NOU 2004:3) og til vårt brev av 13. september 2006 med oppfølgende kommentarer og synspunkter hvor mange av de aktuelle forhold knyttet til alternativ organisering av erstatningsoppgjørene er omtalt.

Dette brevet er også sendt elektronisk til postmottak@aid.dep.no.

2. OVERORDNET SAMMENFATNING

FNH vil sammenfatningsvis hevde;

- Departementets forslag om sentral oppgjørsenhet ivaretar ikke sentrale hensyn og bør derfor ikke gjennomføres. Forslaget medfører stor grad av kostnadskrevende dobbeltbehandling. Forslaget var ment forenklende og effektiviserende noe som klart ikke synes å være tilfellet.
- En omfattende endring i dagens ordning bør fordre bred tilslutning blant sentrale aktører. Det er ikke tilfellet med departementets forslag som derfor heller ikke av den grunn bør gjennomføres.
- Andre grep som etablering av nøytrale medisinske organer for oppnevning og vurdering av medisinske spesialisterklæringer (NOU 2000:23) er langt bedre virkemidler for å oppnå redusert og mer effektiv saksbehandlingstid.
- Ordningen bør primært endres i tråd med Kjønstadutvalgets forslag med overføring til ett forsikringsbasert spor supplert med eget klageorgan. Dette vil gi forenklende og driftsmessige positive effekter.

FINANSNÆRINGENS HOVEDORGANISASJON

Postadresse/Postal address: Pb. 1473 Solli, 0202 Oslo, Norway. Kontoradresse/Visiting address: Hansteens gate 2, Oslo
Telefon/Telephone: (+47) 23 28 42 00. E-mail: fnh@fnh.no, web: www.fnh.no. Organisasjonsnr./Finansnæringens
Hovedorganisasjon: NO 981 423 682. Finansnæringens servicekontor: NO 969 000 938

- Alternativt til å følge Kjønstadutvalgets forslag bør departementet ta initiativ til dialog med partene om en mulig ny og alternativ modell. En skisse til en slik modell er; overgang til ett forsikringsbasert spor supplert med et kvalitetssikringsorgan og et overprøvingsorgan som gir skadelidte god rettssikkerhet gjennom å få overprøvd viktige spørsmål som; - godkjenning som yrkesulykke eller yrekssykdom, - medisinske og juridiske årsaksspørsmål, - varig ervervsuførhet og - erstatningsutmåling. I tillegg bør forslagene fra NOU 2000:23 iverksettes for å oppnå en bedre, raskere og mindre konfliktfylt praksis knyttet til innhenting og bruk av medisinske spesialisterklæringer i en skadesak. En slik modell bør totalt sett ivareta viktige hensyn langt bedre enn forslaget om oppgjørskontor, og derfor kunne samle bred støtte.

3. FNH's HOVEDSYN

FNH er enig med departementet i behovet for forenkling og forslaget om å slå dagens tosporede ordning sammen til en ordning.

FNH er videre enig i at folketrygden bør rendyrkes og forbeholdes generelle / universelle ytelser. Folketrygden bør ikke dekke yrkesskader som det er mer naturlig at arbeidsgiver dekker gjennom en forsikringsbasert ordning hvor blant annet risikobasert premiedifferensiering kan ivaretas og bidra til ordningens skadeforebyggende effekt.

FNH mener imidlertid at den foreslåtte løsningen med et frittstående oppgjørskontor er meget uheldig. De hensyn som ligger til grunn for forslaget vil ikke kunne bli innfridd. Forslaget vil derfor etter våre vurderinger ikke kunne ivareta viktige overordnede hensyn og vil langt på vei medføre kundemessige og økonomiske svært lite heldige resultater. Vi skal utdype dette nedenfor sammen med konkrete merknader til departementets høringsnotat.

4. MÅL OG HENSYN SOM LIGGER TIL GRUNN FOR DEPARTEMENTETS FORSLAG TIL ORGANISERING AV YRKESKADEORDNINGEN.

Departementet anfører en del sentrale hensyn som ønskes ivaretatt ved valg av fremtidig organisering av yrkesskadeordningen, og fremholder at disse danner utgangspunktet for departementets forslag til fremtidig ordning. Etter FNH's oppfatning baseres imidlertid forslaget på ufullstendige eller uriktige forutsetninger. Vi vil derfor nedenfor å redegjøre for vårt syn på forutsetningene for departementets forslag.

4.1. Personlig og økonomisk trygghet for skadelidte.

Personlig og økonomisk trygghet for skadelidte ivaretas i hovedsak av reglene om hva som er deknings- og erstatningsmessig og må således anses "nøytrale" i forhold til spørsmålet om organisering av erstatningsoppgjørene.

Videre må det antas at det uansett organisering vil bli gitt regler og rutiner for saksbehandling og klageadgang som vil støtte opp under dette trygghetsaspektet. Disse forhold kan ivaretas ved begge alternative løsninger.

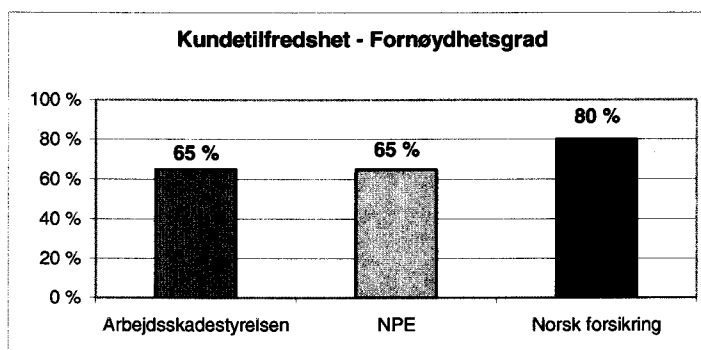
Trygghet vil likevel være avhengig av at erstatning utbetales i rimelig tid etter en skade. Det er derfor sentralt å etablere regler som sikrer et raskt og smidig oppgjør. Som omtalt nedenfor under "Raske og

effektive oppgjør" vil etableringen av et sentralt oppgjørskontor underlagt forvaltningsrettens regler, medføre at oppgjørshastigheten vil bli lengre enn ved en forsikringsbasert løsning.

Videre benyttes deloppgjør i dag i stor utstrekning. Dels skjer dette der det er klart at det er grunnlag for utbetaling fra yrkesskadeforsikringen, men ikke avklart hvor mye som totalt skal utbetales. Dels skjer dette der det er klart at det er grunnlag for utbetaling enten fra yrkesskadeforsikringen eller fra en av de andre forsikringene. Dersom det etableres et eget oppgjørskontor, vil det ikke være lett å tenke seg at skadehåndteringen i oppgjørskontoret kan koordineres med selskapet på en slik måte at selskapet vil finne det forretningsmessig forsvarlig å foreta delutbetalinger i samme grad som i dag. Delbetalinger vil dermed kunne forsvinne eller bli sterkt redusert. Dette vil selvsagt være uheldig for skadelidte og bidra til å skape en svekket økonomisk sikkerhet for skadelidte.

Personlig trygghet inneholder også et betydelig og viktig subjektivt element; nemlig hva som oppleves som trygghet av den enkelte skadelidte. Trygghet er blant annet en opplevelse av å bli tatt vare på, bli respektert, bli trodd og bli veiledet på en forståelig måte. Et meget viktig måleinstrument for den subjektive trygghet er kundetilfredshetsmålinger.

Sammenlignbare målinger viser at kundetilfredsheten er størst innen yrkesskadeforsikring sett i forhold til sammenliknbare alternativer i form av allerede kjente og etablerte oppgjørskontorer:



Kilder: Statskonsults rapport 2004:4, Arbejdsskadestyrelsens egen statistikk for 2005, statistikk fra FNH/forsikringsbransjen i Norge.

Som vi vil komme tilbake til nedenfor har over 40 % av arbeidstakere som er omfattet av yrkesskadeforsikring også tilleggsforsikringer som arbeidsgiver har tegnet for sine ansatte. Disse forsikringene bidrar til å øke den personlige og økonomiske trygghet ytterligere. Noen av disse forsikringene gir bedre dekning enn de lovpålagte dekningene og andre utbetales hvis det ikke blir utbetaling fra yrkesskadeforsikringen. Et oppgjørskontor vil medføre mye dobbeltbehandling. Det er helt sentralt for disse forsikringene at det ikke skjer vesentlige kostnadsøkninger eller administrative komplikasjoner.

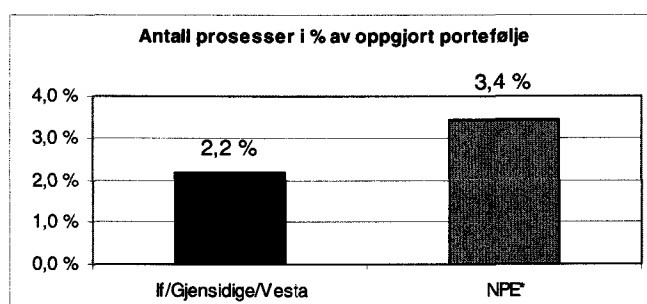
- Oppgjørskontor er ikke den beste løsning for å ivareta den økonomiske tryggheten som tidlige erstatningsoppgjør gir.
- Oppgjørskontor vil begrense tidlige delutbetalinger til skadelidte betraktelig.
- Forsikringsbaserte oppgjør oppleves å gi bedre trygghet enn etablerte oppgjørskontorer.

4.2. Rettssikkerhet for skadelidte.

Det er ikke holdepunkter for at rettssikkerheten vil bli bedre ivaretatt i et sentralisert oppgjørskontor enn i forsikringsselskapene.

Generelt vil et stringent regelverk innen offentlig forvaltning erfaringsmessig medføre en mer kantet og mindre fleksibel praksis enn innen et privatbasert regelsett der det konkurreres på kvalitet og der det er åpent for forhandlinger.

Innenfor pasientskader er det som kjent etablert et offentlig oppgjørskontor, Norsk pasientskadeerstatning (NPE). En sammenligning med NPE kan derfor være relevant. Statistikk over antallet prosesser for Norsk Pasientskadeerstatning viser en større prosessfrekvens enn innen forsikringsbasert yrkesskadeersikring, hvilket må antas å synliggjøre en opplevelse av større grad av "riktige" oppgjør innen forsikringsselskaperes behandling av sammenlignbare sakstyper.



Kilder: Statskonsults rapport 2004:4 s. 49 og 62 og innhentede data fra forsikring for 2005.

En av de viktigste årsakene til konflikter og mulig forskjellsbehandling er knyttet til oppnevning av medisinsk sakkyndige og ulike medisinske vurderinger av samme skade. FNH mener derfor at det viktigste bidraget til å skape rettsikkerhet er å etablere instanser for nøytral oppnevning og kvalitetssikring av medisinsk sakkyndige, som foreslått i NOU 2000: 23 (Røsæg-utvalget) og anbefalt i Kjønnstadutvalgets utredning (NOU 2004:3) og i Graverrapporten (av 16.mai 2006).

Når man ser nærmere på hva som er bakgrunnen for en høyere prosessfrekvens i NPE enn forsikringsbaserte yrkesskadesaker, må følgende forhold tas i betraktning.

Dersom en skadelidt er misfornøyd med et vedtak fattet av NPE, kan saken bringes inn for PSN (Pasientskadenemnda). PSN kan overprøve alle sider av saken slik denne er behandlet i NPE. Både vedtak der krav om erstatning avslås (grunnet f.eks manglende årsakssammenheng) og vedtak som fastsetter erstatningens størrelse kan påklages.

Skadelidte i en yrkesskadeersikringssak kan klage saken inn for FKK (forsikringsklagekontoret) og kreve saken behandlet i FSN (Forsikringsskadenemnda). Det er imidlertid svært begrenset hvilke sider av en yrkesskadesak som kan prøves av FSN. FSN har ikke kompetanse og kan derfor ikke prøve medisinske vurderinger, og tar heller ikke stilling til spørsmål vedrørende erstatningsutmålingen. En stor del av tvistene i yrkesskadesaker er relatert til spørsmål om medisinsk årsakssammenheng og erstatningsutmåling. Slik dagens klageordning er organisert, er domstolene eneste egnede instans for å ta stilling til disse tvistene.

NPE har altså en større prosessfrekvens i sine saker enn hva som er tilfellet i yrkesskadeforsikring, til tross for at de skadelidte i NPE sakene allerede har fått en fullstendig behandling av sin sak to ganger før den bringes inn for domstolene.

Dette kan ha sammenheng med at de fleste av selskapene under dagens yrkesskadeordning har opprettet egne "tvistenemnder" som skal søke å løse de saker der man ikke kommer til enighet, før domstolene som siste utvei må prøve saken. Skadelidte får derved en fornyet gjennomgang av saken av en "nemnd" der nye saksbehandlere i selskapet og en ekstern advokat gjennomgår de spørsmål tvisten berører. Flere saker løses gjennom slik behandling.

En videre årsak til konfliktnivået i pasientskadeordningen beskrives i notatet "Pasientskadenemnda – et forvaltningsorgan" av advokat Therese Lohne Boehlke, fagansvarlig i sekretariatet i NPE. (Notatet er vedlagt.)

Boehlke skriver under overskriften "likebehandling:

"Forvaltningsbehandlingen skal være et rettferdig system der prinsippet om likebehandling står sentralt. PSN og NPE som forvaltningsorgan skal komme til et rettslig sett riktig resultat i hver enkelt sak. Den som har krav på erstatning etter det lovverket NPE og PSN er satt til å forvalte, har dessuten krav på korrekt utmålt erstatning. Denne overordnede målsettingen fører til at vedtak i enkeltsaker kan ha betydning også ut over den konkrete saken.....

Konsekvensen av dette er at det i prinsippet ikke er rom for å drive med utstrakte forhandlinger i sakene. Det er derfor vanskelig å ta individuelle hensyn ut i fra for eksempel prosess-økonomiske grunner. For enkelte pasienter og advokater kan dette oppleves "rigid". Hensikten er imidlertid hensynet til forutsigbarhet og likebehandling.

Da PSN er satt til å forvalte et lovverk vedtatt i Stortinget, er det heller ikke mulig å gjøre såkalte "policymessige" vurderinger. For eksempel er ordningen som sådan forpliktet til å vurdere det såkalte "kan"-fradraget etter skadeerstatningsloven § 3-1 tredje ledd, noe den private forsikringsbransjen har som policy å se bort fra. Eventuelle endringer i rettstilstanden må i så fall vedtas av lovgiver."

En fleksibel ordning vil innebære at færre saker føres for domstolene, hvilket er en fordel for alle involverte parter. Arbeidstakerne kan få løst sakene sine raskere. Det vil gå med mindre tid og penger til behandling av saker i rettsapparatet, hvilket vil reflektere et lavere premienivå.

En relevant hevning av rettssikkerhetsnivået må altså antas å ligge i etableringen av et nøytralt klageorgan, og eventuelt kontrollorgan, for overprøving av forsikringsselskapenes erstatningsoppgjør og saksbehandling.

Det forutsettes også i departementets høringsbrev at saksbehandlingen ved oppgjørskontoret skal være gratis for skadelidte. Samtidig antas det at skadelidte vil få mindre behov for juridisk bistand, hvilket FNH oppfatter er ment å gjelde for saksbehandlingen ved oppgjørskontoret. Etter FNH's syn er det ikke grunnlag for å anta at behovet for advokatbistand vil bli redusert. For det første er det ingenting som tyder på at en offentlig saksbehandling er bedre egnet til å ivareta skadelidtes interesser. Vi har

for eksempel ikke sett noen sammenligninger mellom NPE's og selskapenes skadebehandling, hvor NPE's saksbehandling kommer bedre ut. Som påvist ovenfor, synes forholdet å være motsatt.

Uavhengig av hvem som behandler skadesakene, vil de materielle reglene fortsatt skape tvilsspørsmål og noen ganger tvister. Det vil fortsatt måtte tas skjønnsmessige vurderinger. Skadelidte vil i mange tilfelle fortsatt etterspørre den trygghet som en egen advokat kan representere. Det er derfor ikke saksbehandlingsorganet i seg selv som skaper tvist eller behov for advokatbistand. Tvistene og behovet for advokat springer ut av kompliserte eller skjønnsmessige materielle regler som ethvert behandlingsorgan må anvende. Det er derfor all grunn til å anta at skadelidte vil etterspørre advokatbistand i minst like stor grad som hittil.

Som påpekt ovenfor er det ikke bare yrkesskadeforsikringen som er relevant i en mulig yrkesskadesak. I dag kan selskapets skadebehandler avklare om det er andre aktuelle forsikringer som kan være aktuelle i saken, og foreta en felles behandling under de forsikringer som er aktuelle. Dersom oppgjørskontoret skal håndtere yrkesskadeforsikringen, vil som nevnt oppgjørskontorets skadebehandler ikke ha kunnskap om og kompetanse i de øvrige personalforsikringer. Dermed må skadelidte i langt større grad enn i dag søke profesjonell bistand for å få en samlet behandling i forhold til yrkesskadeforsikringen og andre forsikringsordninger. Dette er forhold som trekker i retning av at behovet for advokatbistand kan bli større enn i dag.

Når forslaget samtidig forutsetter at skadelidte ikke skal ha advokatbistand, vil det være et kraftig skudd mot skadelidtes rettssikkerhet.

- Monopol er ingen garanti for rettssikkerhet.
- Prosesstatistikk viser ikke at rettssikkerheten blir bedre ved sentraliserte oppgjør.
- Rettssikkerhet kan ivaretas ved etablering av instanser for nøytral oppnevning og kvalitetssikring av medisinsk sakkyndige
- Departementets forslag innebærer at skadelidte ikke skal få nødvendig advokatbistand, noe som svekker rettssikkerheten.

4.3. Forebygging av yrkesskader.

Den tette dialogen og kompetanseoverføringen som skjer mellom forsikringsselskapenes oppgjørsavdelinger og de selskapsenheter som er i kundedialog, fokuserer på forebyggende forhold og legger godt til rette for skadeforebygging i bedriftene.

HMS-arbeid er også et kundeservice-element som benyttes i noen utstrekning i markedsføring og kundepleie. Videre vil HMS-tiltak i det lange løp ha direkte innvirkning på skadefrekvens og skadeomfang og derfor ha direkte innvirkning på erstatningsutbetalingene. Disse forhold vil ganske sikkert bli mer nedtonet hvis distansen mellom kunde og forsikringsselskap blir større gjennom utskilling av oppgjørfunksjonen til et eget oppgjørskontor.

- Nærhet mellom oppgjør og salg fremmer HMS-arbeid.
- Konkurransen og økonomiske konsekvenser fremmer HMS-arbeid.

4.4. Rehabilitering og attføring av skadelidte.

Erfaringer så langt viser at forsikringsselskapene er mer aktive med å tilby rehabilitering enn for eksempel Norsk Pasientskadeerstatning (som er den eneste norske relevante sammenliknbare ordning). Når det gjelder rehabilitering og attføring vises det også her til NOU 2004:3. Det kan ikke sees at noen har fremholdt at disse hensynene vil bli bedre ivaretatt ved et oppgjørskontor enn av forsikringsselskapene.

Rehabilitering og attføring har også direkte innvirkning på erstatningsutbetalingene. Det ligger derfor et betydelig insitament for forsikring til å bidra med å tilby slike tjenester. Dette arbeidet kan ganske sikkert forbedres ytterligere, men det kan vanskelig sees at dette vil kunne bli like godt ivaretatt ved en modell med oppgjørskontor. Avstanden mellom skadelidt og selskap vil bli større og forsikringsselskapet vil regelmessig ikke være i posisjon til å vite om slike tiltak verken er aktuelle eller ønskelige.

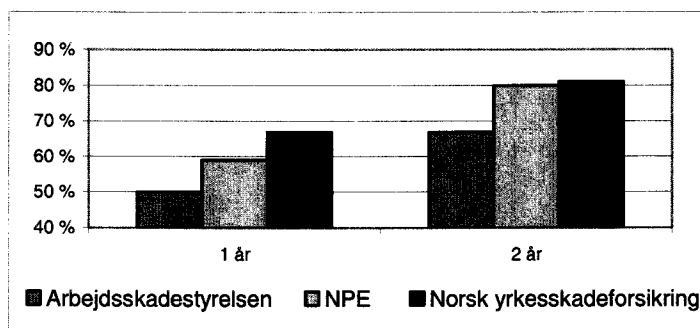
- Forsikringsselskapene er gjennom direkte kundekontakt aktive innen rehabilitering.
- Konkurransen og økonomiske konsekvenser fremmer tilbud om rehabiliteringstiltak.

4.5. Raske og effektive oppgjør

Raske og effektive oppgjør er helt fundamentalt for å gi de skadelidte den trygghet yrkesskadeordningen skal ivareta. Ved forsinkede oppgjør vil den skadelidte lett komme i et økonomisk uføre som gir en høy grad av usikkerhet og som bare er egnet til å forsterke de problemer skadelidte er påført gjennom skaden.

Kartleggingen i NOU 2004:3 (trygd/forsikring) viser at oppgjørshastigheten ivaretas best gjennom oppgjør i forsikring.

Det er i noen sammenhenger trukket sammenlikninger med Danmark og blitt hevdet at den danske løsningen gir mye raskere og mer effektive oppgjør enn i Norge. Dette gir et feilaktig bilde. Raske beslutninger i Danmark resulterer ofte i gjenopptak for de alvorlige skadene. Påstander om raske oppgjør er altså ikke ensbetydende med at oppgjørene er endelige ferdigbehandlet. For det første må det derfor korrigeres for at de saker som får en rask avslutning i stor grad medfører gjenopptak i Danmark for de mer alvorlige arbeidsskadene. Dernest må det ved en sammenligning tas hensyn til at det er mye lengre ventetid på medisinske spesialistuttalelser i Norge enn i Danmark. Endelig viser statistikk over den "totale" saksbehandlingstid fra den danske Arbejdsskadestyrelse (ASK) at saksbehandlingen, til tross for disse feilkildene, faktisk er lengre i ASK enn i norske forsikringsselskaper.



Andel oppgjorte skader etter hhv 1 og 2 år.

Kilder: Statskonsults rapport 2004:4, Arbejdsskadestyrelsens egen statistikk 2005, statistikk fra FNH/forsikringsbransjen i Norge.

Etter dagens forsikringsbaserte ordning foretas det svært mange oppgjør basert på forhandlinger mellom skadelidt og selskap. Dette gir en fleksibilitet som leder frem til tidligere oppgjør enn hvis oppgjør skal utstå til alle formelle saksbehandlingstrinn i forsikring og trygd er avsluttet. Dersom et oppgjørskontor underlegges forvaltningslovens regler vil et slikt forhandlingssystem sannsynligvis være utelukket, med den forlengede saksbehandlingstid dette innebærer.

I følge Statskonsults rapport 2004:4 "Evaluerings av Norsk Pasientskadeerstatning" medgår 2/3 av saksbehandlingstiden i NPE til innhenting og vurdering av medisinske opplysninger / spesialisterklæringer. Dette gjelder også i trygd og forsikring da de er avhengig av å innhente opplysninger, uttalelser og erklæringer fra de samme kildene. Det er således på dette punktet der er mest å hente når det gjelder viktige forbedringer av dagens ordning.

FNH mener derfor at det mest effektive og enkleste tiltaket for å redusere saksbehandlingstiden er å etablere en nøytral instans for oppnevning av sakkyndige og et uavhengig organ for kvalitetssikring av spesialisterklæringer i tråd med forslaget i NOU 2000: 23 (Røsæg-utvalget) som anbefalt både av Kjønsstadutvalget og i Graverrapporten.

Det er også grunn til å tro at den særnorske ordningen med tidsbegrenset uførestønad vil medføre ytterligere forsinkelse ved et eget oppgjørskontor. Forsikringsselskapene gjør i dag opp de fleste skader selv om skadelidte er innvilget tidsbegrenset uførepensjon. I et sentralisert oppgjørskontor underlagt forvaltningslovens regler vil det være svært nærliggende at det legges føringer for at det skal foreligge endelig uførhet eller i det minste tidsbegrenset uførhet av en viss lengde, før oppgjør kan finne sted. Dette vil ha den konsekvens at skadelidte risikerer å vente svært lenge før endelig oppgjør kan foretas.

En høyst påregnelig forskyvning av oppgjørstidspunkt vil medføre høyere forsikringsutbetalinger og derigjennom bli betydelig dyrere for arbeidsgiverne. Forsikringsutbetalingene øker fordi påført innteksttap må erstattes fullt ut samtidig som erstatninger for fremtidig ervervsmessig uførhet ikke vil endres nevneverdig på grunn av fremtidig økning i Folketrygdens grunnbeløp.

I 1999 ble det meldt 889 krav med lidt innteksttap uten at det forelå varig uførhetsvedtak. Tilsvarende ble det meldt 734 krav med varig uførhetsvedtak der hvor det normalt skal utbetales erstatning for lidt innteksttap. For de 734 uførekravene gir dette en økning i erstatningene med vil kunne bli 350 mill

NOK dersom endelig oppgjørstidspunkt utsettes med fra 1-4 år.. Jfr. Tabellen nedenfor. Erfaringsmessig vil tiden fram til varig uførepensjon være særlig lenge for unge skadelidte. Dette skyldes at rehabilitering, attføring og tidsbegrenset uførestønad vil prøves før endelig uførepensjon innvilges. For denne gruppen vil perioden der oppstått inntektstap skal erstattes, derfor kunne strekke seg over flere år endelig oppgjør foretas.

Tall fra NAV (2006) viser at tidsbegrenset uførestønad i særlig grad innvilges til unge uføre (om lag 80 %). Dersom tidsbegrenset uførestønad skulle bli fjernet som stønadsform i 2009, er det liten grunn til å anta at dette vil redusere ventetiden fram til varig uførepensjon.

FNH vurderer det dit hen at ca 350 av de som blir innvilget varig uførepensjon eller yrkesskade vil det oppstå inntektstap som må erstattes. Det økonomiske omfang er vist i tabellen nedenfor.

Antall år med inntektstap	Antall krav	Erstatning i mill kr (*)
1	734	137,3
2	350	68,1
3	350	70,9
4	350	73,7
Sum etter 4 år		350,0

*) Inklusiv refusjon til NAV på 50%

Det er i dag om lag 1,4 millioner arbeidstakeren som er omfattet av yrkesskadeforsikringsordningen. Det økte kostnadene vil innebære en premieøkning på om lag 10-15 %.

- Forsikring har raskere saksbehandlingstid enn sammenlignbare instanser.
- Forsikring er ikke underlagt forvaltningsrettslige regler hvilket sikrer smidige oppgjør.
- Forsikring kan foreta endelig oppgjør under tidsbegrenset uførhet.
- Instanser for oppnevning av sakkyndige og for kvalitetssikring av spesialisterklæringer vil kunne korte ned saksbehandlingstiden i motsetning til sentralisering av oppgjør av arbeidsskader.
- Utsatte oppgjør kan være svært dyre.
- De økte kostnadene vil innebære en premieøkning på om lag 10 – 15 %

4.6. Effektiv administrasjon.

Departementets forslag om eget oppgjørskontor forutsetter at dette vil gi redusert ressursbruk og administrativ innsparing. Det er imidlertid ikke fremført verken argumenter eller dokumentasjon på at et oppgjørskontor vil være mer effektivt enn markedsbaserte aktører i en konkurransesituasjon. Tvert i mot mener FNH at en løsning med oppgjørskontor vil øke både ressursbehovet og de totale kostnadene betydelig.

4.6.1. Arbeidsfordeling - Forsikring behandler 97 % av sakene.

I departementets høringsbrev fremgår det at "*saker av mindre omfang*" bør behandles av forsikringsselskapene, mens oppgjørskontoret håndterer de kompliserte sakene. Departementet legger til grunn at "*Dei fleste skadane er av mindre omfang*". Det kan dermed synes som Departementet foreslår at de fleste sakene ikke skal behandles av oppgjørskontoret, men fortsatt skal behandles av selskapene.

Videre forutsetter en omlegging til en ordning i stedet for dagens 2-sporede system at alle de sakene som behandles av trygden i dag, legges inn i ordningen. Av disse er det store flertall "*saker av mindre omfang*".

I trygdens yrkesskadeordning registreres det årlig ca 50.000 skader, mens det meldes ca 6.500 skader i forsikring. Det må antas at det bare er et ubetydelig antall store skader som bare meldes til trygden uten også å bli meldt til forsikring. Samtidig er anslagsvis 60-70 % av skadene som meldes til forsikring mindre alvorlige skader som kan avsluttes raskt uten omfattende saksbehandling.

Dette medfører at oppgjørskontorets portefølje vil bestå av anslagsvis 1600 nyinnmeldte skader hvert år, mens forsikring vil behandle nærmere 50.000 skader. Realiteten er følgelig at departementets forslag forutsetter en betydelig overføring av forretning til forsikringsselskapene med dertil hørende oppbemanningsbehov og at forsikringsselskapene skal behandle nærmere 97 % av alle arbeidsskader. Dersom egenandel ikke innføres vil forsikring måtte behandle nærmere 50.000 skader.

4.6.2. Omlag 40 % av de forsikrede har dekninger ut over det lovbestemte og får fortsatt 2 sporet system.

Departementets høringsbrev overser at yrkesskedeforsikringen er en integrert del av en personalforsikringsordning svært mange norske bedrifter har tegnet til fordel for sine ansatte.

Personalforsikringene kan typisk omfatte

- Utvidede forsikringssummer ved yrkesskade
- Kollektive ulykkesdekninger,
- Forsikringsordninger som er basert på Hovedtariffavtalene for kommunale og statlige ansatte.

Slike forsikringer omfatter ca 40 % av alle arbeidstakere som faller inn under yrkesskedeforsikringen. I tillegg er det en stor andel kunder som har tegnet privat ulykkesforsikring som dekker invaliditet og/eller uførhet.

Dersom et sentralt oppgjørskontor skal behandle den samme skadesaken i forhold til eksisterende tilleggsdekninger, vil skadelidte fremdeles måtte forholde seg til to instanser. I en stor del av skadesakene vil derfor forslaget om et felles oppgjørskontor føre til at skadelidte fortsatt vil oppleve saksbehandlingen ved en yrkesskade som et tosporet system.

Selskapenes supplerende forsikringsprodukter vil også betinge opprettholdelse av størstedelen av den bemanning og kompetanse selskapene har i dag.

Det er viktig å være oppmerksom på at det norske forsikringsmarkedet så og si er alene om arbeidsgiverfinansierte personalforsikringer. I Danmark, som det foreslåtte oppgjørskontoret i høringen sies å ha "*likskapstrekk med*", finnes ikke slike personalforsikringer. De mange ulemper som vil oppstå med et oppgjørskontor i Norge fordi yrkesskadeforsikringen i Norge er integrert med flere andre forsikringer, har derfor naturlig nok ikke oppstått i Danmark.

Videre er anslagsvis 10 % av yrkesskadene påført i trafikken og faller således også under bilansvaret. Dersom disse skal parallellbehandles vil det skje en dobbelbehandling også i disse sakene. Oftest er dette særlig alvorlige skader.

4.6.3. Selskapene må beholde kompetanse for å behandle oppgjørskontorets saker.

Modellen med en forsikringsbasert ordning, men med eget oppgjørskontor, forutsetter at forsikringsselskapene også opprettholder kompetanse for å parallellbehandle de sakene som ligger ved oppgjørskontoret. Dette gjelder hva enten skadene meldes til oppgjørskontoret eller til forsikring og selv om forsikring ikke skal behandle skadene initialt.

Forsikringsselskapene må langt på vei foreta en "skyggebehandling" av yrkesskadesaken. Dette gjelder dersom forsikring skal fortsette å tilby rehabiliteringstiltak, men også for å ha et grunnlag for å beslutte klage eller anke over oppgjørskontorets avgjørelser.

Selskapene må også følge sine egne kunder nøye med hensyn til risiko- og premie-beregninger. Risiko-, premie- og reserveberegninger av høy kvalitet er av helt avgjørende betydning for at selskapene skal kunne løse sin tiltenkte oppgave som risikobærere. Dette forutsetter at selskapet har aktuell informasjon om alle løpende saker.

Som grunnlag for premieberegningen benytter selskapene seg av løpende skadestatistikk og skadeavsetninger. Kvaliteten på dette arbeidet vil kreve en høy grad av kommunikasjon mellom saksbehandler i det sentraliserte oppgjørskontor og forsikringsselskap. Den nødvendige kommunikasjon mellom saksbehandlerne vil generere tidsforbruk, som med dagens selskapsbaserte oppgjør ikke er nødvendig. Denne kommunikasjonen vil derfor skape behov for ytterligere saksbehandlingskapasitet i selskapene. Dersom selskapene ikke har løpende tilgang på slike opplysninger må forsikringspremiene økes med en sikkerhetsmargin.

Videre er det nødvendig at forsikringsselskapet som part i klager og prosesser opprettholder spisskompetanse og prosesskompetanse for å ivareta sine interesser i sakene.

4.6.4. Grenseskillet mellom to oppgjørsorgan vil generere merkostnader.

Uavhengig av hvilke fordelingskriterier som velges, må en skade i startfasen enten behandles av det aktuelle selskapet eller oppgjørskontoret. Dersom saken ligger innenfor den sakstype selskapet skal behandle, vil det lett oppstå tilfeller hvor saken utvikler seg slik at den ikke lenger fyller kriteriene for å bli behandlet av selskapet. Dermed må det reguleres når saker som er under behandling i selskapene, skal oversendes til oppgjørskontoret for videre behandling. Når saken må sendes til oppgjørskontoret, vil det innebære en kostbar dobbeltbehandling. Saksbehandlingstiden vil bli forlenget. Skadelidte vil måtte oppleve at en ny saksbehandler må sette seg inn i saken, og skadelidte må igjen bruke tid på å besvare spørsmål som til dels allerede har vært behandlet.

Det må videre avklares hvem som skal behandle krav om etteroppgjør av tidligere avsluttede saker. Slike krav kan etter dagens regelverk reises inntil 5 år etter at saken er avsluttet med et endelig oppgjør. Etteroppgjørskravet kan innebære at en sak som opprinnelig skulle behandles av det aktuelle selskapet, ikke lenger fyller kriteriene for slik behandling. Dersom alle krav om etteroppgjør legges til et felles oppgjørskontor, vil det innebære at krav om etteroppgjør i de saker selskapene tidligere har behandlet, vil medføre en fordyrende dobbeltbehandling.

4.6.5. Doble indirekte kostnader med ett felles oppgjørskontor.

En betydelig del av forsikringsselskapenes indirekte-kostnader vil uansett bli liggende igjen i forsikringsselskapene fordi de aktuelle systemene også håndterer andre forsikringsprodukter enn yrkesskade. Kostnadene omfatter funksjoner som IT, nødvendige støttefunksjoner og generelle overordnede administrative kostnader (lønn, HR, regnskap med mer).

Et sentralisert oppgjørskontor må på sin side bygge opp IT-verktøy. Dette må være verktøy som foruten ordinær saksbehandling også ivaretar behovet for intern og overføring av nødvendig informasjon til selskapene slik at disse kan fylle sin funksjon som risikobærere. Kostnadene til dette vil ikke kunne utlignes på øvrige produkter og vil derfor bli forholdmessig atskillig dyrere enn hvis arbeidsskadene i sin helhet blir behandlet i forsikringsselskapene.

Som forsikringsselskapene vil oppgjørsenheten ha behov for støttefunksjoner som IT-ansatte, HR, lønn, regnskap med mer. Dette vil komme i tillegg til det som allerede finnes i selskapene og vil dermed generere doble kostnader.

I selskapene er dette kostnadsberegnet til 28 millioner kroner i året (2005). Det er liten grunn til å anta at dette vil bli mindre kostnadskrevende i en felles oppgjørsenhet.

De samlede oppgjørskostnader i forsikring er beregnet til 90,9 millioner kroner (2005). Videreføring av 28 millioner kroner i indirekte kostnader for forsikring og tilsvarende for oppgjørsenheten, gir en samlet kostnadsramme for det doble oppgjørsarbeidet på 34,9 (90,0-56) millioner kroner.

Dagens saksbehandling i forsikring genererer direkte kostnader på 62,9 millioner kroner. Det burde være åpenbart, med det omfang av dobbel saksbehandling som det er gjort rede for, at de direkte kostnader vil ligge klart over de 62,9 millioner kroner som den rene forsikringsbehandling koster i året. 34,9 millioner kroner vil under enhver omstendighet være for lite.

FNH mener derfor at en løsning med eget oppgjørskontor er atskillig mer kostnadskrevende på IT-sektoren enn ved å legge oppgjørene i forsikringsselskapene.

Innhentede opplysninger om kostnadsnivået i den danske Arbejdsskadestyrelsen viser også at kostnadsnivået i Danmark er atskillig høyere enn i norsk yrkesskadeforsikring:

Oppgjørskostnader i Norsk YS-forsikring (MNOK)

Premie-inntekt	Oppgjørskostnad	Kostnadsprosent
2 385	90,9	3,8 %
		Kilde: Kostandsundersøkelsen 2005

Oppgjørskostnader i Dansk Arbejdsskadeforsikring (MDKK)

Premie-inntekt	Oppgj. kostnad forsikring	Kostnad ASK	Total kostnad	Kostnadsprosent
3 731	70,6	150,0	220,6	5,9 %

- Forsikring må beholde store deler av bemanningen og kompetansen for å håndtere supplerende forsikringsprodukter.
- Forsikring må beholde ytterligere bemanning og kompetanse for å følge oppgjørskontorets saker.
- Doble indirekte kostnader ved opprettelsen av eget oppgjørskontor vil være sterkt fordyrende.
- Kostnadsoverslag viser at Arbejdsskadestyrelsen er vesentlig dyrere enn norske forsikringsselskaper.
- Behovet for fortsatt dobbelt behandling, med tilhørende bemannings- og kompetansebehov samt økt kostnadsnivå, er ikke forenlig med ønsket om å effektivisere administrasjonen av arbeidsskadene.
- Departementets forutsetning om samme totale kostnads- og premienivå som i dag kan vanskelig imøtekommes ved etablering av eget oppgjørskontor.

4.7. Forebygging av konflikter på arbeidsplassen

Dette punktet må kunne antas nøytralt i forhold til oppgjør i selskapene eller ved et oppgjørskontor.

4.8. Ordningen må ha tillit hos brukerne

Dette punktet kan reise betydelig tvil selv om det synes som om løsningen med oppgjørskontor i departementets høringsnotat hevdes å inneha betydelig tillit. Basert på mange av høringsinstansenes syn, synes det ikke som om et oppgjørskontor innehar slik grad av bred tillit som det departementet fremholder at man må bygge på for en eventuell endring av dagens ordning.

For det første er vel den brukergruppen som er viktigst i denne sammenhengen de skadelidte selv. Når det gjelder deres tillit viser kundetilfredshetsmålinger en betydelig større fornøydhetsgrad med forsikringsselskapenes yrkesskadeoppgjør enn Arbejdsskadestyrelsens og oppgjør i NPE, jf pkt 4.1 ovenfor.

Videre er det fra skadelidteadvokater fremholdt en skepsis til oppgjørskontormodellen basert på negative erfaringer med den norske pasientskadeordningen. Det synes heller ikke å være noen bred tillit til den danske ordningen.

Videre er FNH gjort oppmerksom på at flere av de største bedriftene innen NHO-systemet ikke ønsker et eget oppgjørskontor, men heller en forsikringsbasert løsning. Videre er det også innen fagmiljøer i LO atskillig skepsis til departementets forslag. Hvorvidt dette kommer til uttrykk gjennom høringsbrev er vi ikke kjent med, men det bør skape grunnlag for departementet til å stille kritiske spørsmål til om forslaget faktisk har den ønskede tillit.

5. ANDRE KOMMENTARER TIL DEPARTEMENTETS FORSLAG

Vi vil nedenfor knytte en del kommentarer til ulike forhold og aktuelle problemstillinger som reiser seg dersom departementets forslag eventuelt skulle tenkes gjennomført.

5.1. Nærmere om arbeidsfordelingen mellom selskap og oppgjørskontor

Dersom det skulle bli innført et eget oppgjørskontor mener FNH at samtlige skademeldinger bør sendes til arbeidsgivers forsikringsselskap for registrering og førstevurdering. På denne måten kan selskapene få tidlig informasjon som grunnlag for reserveavsetninger og får å avgjøre om de skal påbegynne saksbehandlingen eller oversende saken til oppgjørskontoret. Selskapene får dermed også grunnlag for å vurdere om hendelsen utløser behandling av andre forsikringskrav.

Forutsettes det at grensedragningen settes slik at oppgjørskontorets årlige sakstilgang er ca 1.600 saker, mens forsikring skal håndtere bort i mot 50.000 saker er det også åpenbart mest rasjonelt at skadene meldes til forsikring som likevel skal behandle 97 % av sakene.

Videre er det ingen heldig løsning hvis skademeldinger dels skal adresseres til oppgjørskontoret og dels til forsikringsselskapet, etter et gitte grensedragninger som skadelidte kanskje ikke kjenner til eller må vurdere ut i fra en uklar situasjon.

➤ Samtlige skademeldinger må sendes til forsikringsselskapet.

5.2. Organisering

Departementet ber i høringsbrevet om høringsinstansenes syn på regler om tilsetting av direktør for et eget oppgjørskontor. For FNH fortøner spørsmålet seg unektelig som en pussig detalj under en høring om en ganske stor sosialpolitisk reform som angår tusenvis av personer som årlig påføres skader i arbeid, et stort antall arbeidsplasser og en forretning på mange hundre millioner.

For forsikringsnæringen fremstår dette i enda mer underlig lys all den tid det i departementets høringsbrev ikke er forslått at forsikringsselskapene skal være representert i styret. Hvis det blir etablert et oppgjørskontor støtter FNH at det besettes med et departementsoppnevnt styre og at dette

har representanter for de sentrale og relevante aktørene. FNH mener imidlertid at det er helt sentralt at også forsikringsselskapene er representert i styret.

Selv om arbeidsskadeordningen i utgangspunktet skal finansieres av arbeidsgiverne er det forsikringsselskapene som bærer risikoen for en skade- eller erstatningsutvikling utover det som er hensyntatt ved premieberegningen. Dette gjør at selskapene er eksponert for en betydelig økonomisk risiko og det er da helt uakseptabelt hvis ikke selskapene er representert i styret.

Videre vil en deling av arbeidsoppgaver mellom et oppgjørskontor og forsikringsselskapene også tilsi at selskapene er representert i oppgjørskontorets styre.

Forøvrig er det naturlig at styret utnevner daglig leder.

➤ Ved eget oppgjørskontor må forsikring være representert i styret.

5.3. Finansiering

FNH har ingen sterke innvendinger mot departementets vurderinger knyttet til finansieringsløsningen, utover at den bør være enklest mulig å praktisere samtidig som den ikke gir skjeve kostnadsbelastninger i forhold til de respektive selskaperes saker, og at eventuelle manglende bidrag fra ett enkelt selskap ikke må belastes andre betalende selskap.

5.4. Behovet for advokatbistand

I henhold til dagens yrkesskadelovgivning erstattes i stor utstrekning utgifter til advokat under saksbehandlingen, ved klager og ved domstolsbehandling. Departementet legger til grunn at skadelidte ikke skal ha utgifter til advokat, men omtaler ikke hvordan slike utgifter faktisk skal dekkes dersom skadelidte får slike utgifter.

Som omtalt tidligere under pkt. 4.2 mener FNH at behovet for advokatbistand faktisk kan øke i forhold til i dag. Det kan synes lite rimelig at dette skal dekkes under forsikringen, da det vil gi en helt uforutsigbar utgift som kan utløses gjennom en saksbehandling selskapet ikke har kontroll over.

Enhver begrensning av rett til advokatbistand i forhold til i dag vil samtidig være en trussel mot de skadelidtes rettssikkerhet.

Det vises i denne forbindelse til utredningen - NOU 2004:3 side 386 pkt 15.7.5 hvor det heter;

”Uansett hvem som behandler et erstatningskrav enten det er et forsikringsselskap eller en uavhengig nemnd, vil den skadelidte kunne oppfatte vedkommende selskap eller organ som en motpart. Dette vil kunne bidra til å svekke tilliten til behandlingen av saken og utfallet av denne. Mange skadelidte vil derfor føle en økt trykthet ved å få bistand av en advokat.”

Dersom en sammenligner med pasientskadebehandlingen i NPE/Pasientskadenemnda finner man støtte for at det ikke er slik at en offentlig ordning betyr at skadelidte ikke har behov for juridisk bistand. I utgangspunktet er erstatningsordningen for pasientskader innrettet slik at man ikke skal ha behov for advokatbistand. Statistikken viser likevel at en stor del av pasientene har valgt å la seg representere ved advokat. Det foreligger ikke statistikk for hvor mange av de skadelidte som blir representert ved NPEs saksbehandling. Derimot fører Pasientskadenemnda slik statistikk. I de 3 siste år, har skadelidte i 39 til 44 % av klagesakene til Pasientskadenemnda vært representert av advokat. Det vises til Årsrapporten for 2006 fra Pasientskadenemnda side 17.

- Avskjæring av advokatbistand vil svekke rettssikkerheten.
- Ikke realistisk at et offentlig oppgjørskontor vil redusere behovet for advokatbistand

5.5. Overgangsregler / ikrafttredelse

Departementet berører ikke spørsmålet om eventuelle overgangsregler. Hvis departementets forslag får gjennomslag vil FNH sterkt anbefale at man legger et konstateringstidspunkt til grunn for om en skade skal behandles etter gammel eller ny ordning. Dette vil kunne gi en gradvis innfasing av saker til oppgjørskontoret samtidig som oppgjørskontoret kun vil ha et regelverk å måtte forholde seg til. Dersom en alternativt skulle velge en løsning der skader meldt etter en viss dato, vil det kunne oppstå problemer ved at:

Oppgjørskontoret vil måtte forholde seg til tre ulike regelverk

- Lov om yrkesskadeforsikring og Lov om Folketrygd for skader med konstateringstidspunkt før den nye lovens ikrafttreden
- Ny Lov om Arbeidsskadeforsikring for folketrygd for skader med konstateringstidspunkt etter den nye lovens ikrafttreden

Det vil også være slik at flere av skadene som har et konstateringstidspunkt forut for den nye lovens ikrafttreden vil kunne være ferdig avsluttet enten etter Lov om Folketrygd (det vil si at NAV har avsluttet sin saksbehandling) eller etter Lov om yrkesskadeforsikring (det vil si at forsikringsselskapet har avsluttet sin saksbehandling). Det vil være uheldig om en sak som er avsluttet i et av dagens to løp skal fremlegges for oppgjørsenheten for ny saksbehandling. Det samme vil kunne sies om saker som har kommet langt i sin saksbehandling i et av de to løpene.

En overgang etter ”skade meldt”-prinsippet vil også kunne skape tvil om beregningen av refusjonsbeløpet som skal overføres fra forsikring til dekning av trygdens utgifter.

5.6. Personvern

Høringsbrevet omtaler heller ikke noe om personvern.

Etter departementets forslag kan det se ut til at forsikringsselskapene skal overta en betydelig andel av de oppgjør som i dag ligger i trygden. Det er ovenfor antatt at dette kan omfatte opp til 50.000 saker årlig. Dette medfører også at forsikringsselskapene nødvendigvis må få innsyn i personvernbelagte opplysninger i et betydelig økt antall saker. FNH vil anta at Datatilsynet har synspunkter på dette. Videre vil den nødvendige informasjonsutvekslingen fra oppgjørskontoret til forsikringsselskapene regelmessig måtte inneholde atskillig sensitiv informasjon. Både mengde, informasjonsmåte og ikke minst skadelidtes behov for å kjenne til utveksling av personopplysninger vil her skape atskillige utfordringer.

5.7. Redusert mulighet for å forebygge uriktige utbetalinger

Svik, dvs. bevisst uriktige opplysninger i forbindelse med krav om trygd eller utbetaling fra forsikring, er dessverre et betydelig problem i de fleste land, også i Norge. Avdekking av stadig nye tilfeller, kan tyde på at problemet kan være økende. Det siste forslaget om å gi NAV og forsikringsnæringen rett til

gjensidig varsling ved konkret mistanke om svik, vitner om et behov for å forsterke kampen mot dette problemet.

Forsikringsnæringen har i lang tid erfart at dette problemet også gjør seg gjeldende innenfor yrkesskedeforsikring. I dag mangler en uttrykkelig sviksbestemmelse i yrkesskedeforsikringsloven. Dette er bakgrunnen for at Arbeidsskadelovutvalget foreslo å innføre en egen bestemmelse som gir hjemmel for å avslå krav om erstatning dersom skadelidte har utvist svik. Det vises til NOU 2004:3 side 322 flg.

Grunnlaget for å kunne avdekke svik legges i en nærmere undersøkelse av de faktiske forhold i de tilfelle der det er mistanke om at skadelidte bevisst har gitt uriktige opplysninger. For å kunne foreta en slik undersøkelse, er det behov for ressurser som har kompetanse til å avdekke om det er grunnlag for mistanken om svik. Siden mistanke om svik selvsagt er svært belastende, er det viktig at det raskt avklares om det er grunnlag for mistanken. Slike kompetente ressurser finnes i dag i selskapene jf de utredningsenheter selskapene har vært nødt til å etablere for å kunne avdekke svik i forsikring. Dersom behandlingen av skadeoppgjørene skal overtas av et oppgjørskontor, er det grunn til å anta at oppgjørskontoret selv ikke vil kunne etablere slike ressurser. Dette er en oppgave som ikke kan løses av Politiet alene. Det viser selskapenes egne utredningsavdelinger og de misbruksteam som er opprettet i NAV. Dersom selskapenes utredningsressurser skal blandes inn i saksbehandlingen her, vil det dels innebære en uheldig sammenblanding mellom selskapenes rolle og oppgjørskontorets rolle, og dels være problematisk å etablere en effektiv og forsvarlig samhandling mellom selskapenes ulike utredningsavdelinger og oppgjørskontoret.

Konsekvensene av dette vil dermed bli at arbeidet mot svik blir satt tilbake og at svik ikke blir avdekket. Lojale kunder må dermed betale for de urettmessige utbetalinger dette vil medføre. Dersom oppdagelsesrisikoen ved forsikringssvik og trygdmisbruk blir lav og konsekvensene ved overtredelser små, vil det ventelig føre til en økning av denne type alvorlig økonomisk kriminalitet.

Yrkesskedeforsikring er en lovpålagt forsikring som skal omfatte enhver som utfører arbeid i Norge for norsk arbeidsgiver. Det er derfor en risiko for at vi vil oppleve at det blir fremmet urettmessige erstatningskrav basert på skadehendelser som skal ha funnet sted ved kortere eller lengre arbeidsoppdrag i Norge. Det er derfor behov for en oppgjørsfunksjon som har kompetanse og ressurser til å håndtere urettmessige krav, og som har kompetanse og ressurser til å håndtere krav over landegrensene.

Dersom forsikringen skal håndteres av et oppgjørskontor som ikke vil kunne etablere og opprettholde ressurser for å avdekke urettmessige utbetalinger, eller krav fra skadelidte med bopel utenfor Norge, vil det være svært uheldig for forsikringsordningen. Vi vil derfor advare mot å velge en oppgjørsfunksjon som ikke kan håndtere det store og voksende samfunnsproblem som urettmessige forsikringsutbetalinger representerer.

➤ Oppgjørskontor vil svekke muligheten for å avdekke urettmessige forsikringskrav.

5.8. Saksbehandlingsregler

Departementet legger til grunn at prinsippene i forvaltningsloven skal gjelde for saksbehandlingen i oppgjørskontoret. I Kjønsstadutvalgets utredning var disse prinsippene foreslått anvendt også for

behandlingen i forsikringsselskapene. Slike prinsipper kan legges til grunn uavhengig av hvilken organisatorisk modell man benytter.

Som påpekt i vårt brev av 30.06.2004 mener vi imidlertid forslaget kan skape store problemer dersom en eventuell klagenemnd underlegges forvaltningsrettens regler for enkeltvedtak. En klagenemnds avgjørelser vil langt på vei måtte baseres på skriftlig behandling. Samtidig vil arbeidsskadesaker typisk innebære omfattende vurderinger av faktum og medisin som er særs lite egnet for bare skriftlig saksbehandling. Ved enkeltvedtak er domstolenes prøvelsesrett begrenset til lovligheten av vedtaket og nemndens rettsanvendelse, hvilket tilsier at det heller ikke for domstolene kan føres muntlige og bevisumiddelbare forhandlinger om sakens faktiske og medisinske forhold. Domstolene bør derfor gjennom særregulering ha full prøvelsesrett for alle spørsmål knyttet til arbeidsskadesaker.

➤ Forvaltningsrettslige regler kan avskjære reell domstolsprøving.

5.9. Klageorgan

FNH vil klart støtte flertallet i Kjønsstadutvalget om en ny og nøytral klageinstans. Når yrkesskadedekning tas ut som trygdeytelse (blant annet fordi man ønsker å rendyrke trygden som en universell ordning) synes det helt unaturlig at Trygderetten skal behandle slike saker. Ved de endringer som nå gjøres i den norske yrkesskadeordningen bør ikke overprøvingen av disse sakene ligge igjen som en situasjonsbetinget anakronisme i Trygderetten av den årsak at denne i dag har kompetanse og erfaring knyttet til slike saker. Når ordningen endres bør endringen være gjennomgående og også medføre etablert en ny og nøytral klageinstans med bred kompetanse. Klageinstansens avgjørelser bør på samme måte som Trygderettens avgjørelser kunne bringes direkte inn for Lagmannsretten.

5.10. Nødvendigheten av forsvarlig skadereserve.

Vi vil fremheve to sentrale forutsetninger for å kunne drive forsvarlig forsikringsvirksomhet. For det første må selskapet ha sikkerhet for at skadeavsetningene til enhver tid er tilstrekkelige til å dekke skadeutbetalingene. For det andre må selskapet kunne foreta en forsvarlig fremtidig premiesetting. Det viktigste parameter for å kunne sette riktig fremtidig premie, er de løpende skadereserver og de skadeutbetalinger som selskapet har foretatt.

Disse to sentrale forutsetningene er lovfestet i forsikringslovens §§ 12-1 og 12-2.

Grunnlaget for en pålitelig skadeavsetning på produktet legges gjennom skadeavsetning på den enkelte skadesak. Dette skjer ved at det i alle skadesaker settes en reserve allerede når skaden meldes. Denne reserven justeres etter hvert som skadesaken utvikler seg. Reserven i hver enkelt skadesak justeres derfor normalt flere ganger før skaden gjøres endelig opp. En slik reserveringspraksis krever en fortløpende overvåking av hvordan hver enkelt skade utvikler seg. Riktig skadereserve er derfor avhengig av at selskapet har inngående kunnskap om hver enkelt skadesak.

Dersom noen skader skal behandles utenfor selskapet, vil selskapet ikke selv ha oversikt over saksutviklingen. De endringer som skjer i saken og som betinger reservejustering, må da i tilfelle gis fra oppgjørskontoret til hvert enkelt selskap i hver enkelt sak. Siden det legges opp til at

oppgjørskontoret skal behandle de mest kompliserte saker, vil hver enkelt sak lett kunne omfatte betydelige beløp. Et kritisk punkt for selskapenes evne til forsvarlig skadeavsetning, blir dermed oppgjørskontorets evne til kontinuerlig å overbringe selskapet en tilfredsstillende rapportering av utviklingen i disse sakene.

Vi kan vanskelig se at det lar seg gjøre å etablere en informasjonsutveksling mellom et sentralt oppgjørskontor og de enkelte forsikringsselskap, som kan ivareta denne sentrale funksjonen på en fullgod måte. Foruten en rekke praktiske hindre som følge av at oppgjørskontoret og selskapene vil være adskilte enheter, vil det for det første være lite trolig at et sentralt oppgjørskontor vil ha det samme fokus på en slik oppgave, som selskapet selv vil ha ut fra selskapets naturlige forretningmessige ståsted. For det andre vil det selvsagt bli utfordrende for oppgjørskontoret å måtte forholde seg til mange ulike selskap – som ventelig vil stille ulike informasjonskrav. For det tredje vil det enkelte selskap – av åpenbare forretningmessige grunner – ikke kunne etablere en toveis dialog med oppgjørskontoret om hvilke konkrete opplysninger selskapet ønsker i de ulike typer skadesaker fordi disse opplysningene etter selskapets erfaring tilsier at reservene må justeres. Endelig vil oppgjørskontorets behov for å kunne drive en rasjonell skadebehandling ut fra sine måltall medføre behov for standardløsninger, lik håndtering av alle selskap og dermed en rapportering som ikke ivaretar selskapenes individuelle behov.

Vi har derfor vondt for å se det annerledes enn at sentralt oppgjørskontor ikke kan ivareta forsikringsselskapets behov for den løpende overvåkning av skadeporteføljen som er nødvendig for at selskapet kan sette forsvarlige skadereserver. Dette er i seg selv uheldig. I tillegg vil det føre til usikkerhet omkring den fremtidige premiesetting av forsikringen som ingen kan være tjent med.

- Krav fra lovgiver om riktig og forsvarlig premie i forhold til risiko
- Krav fra lovgiver om riktige og forsvarlige skadereserver
- Premie fastsettes på grunnlag av skadereserver og skadeutbetalinger
- Skadereservene baseres på utviklingen i hver enkelt sak
- Selskapet har derfor behov for kontinuerlig overvåkning av skadesakene
- Dette lar seg vanskelig gjennomføres med et felles oppgjørskontor

5.11. Erfaringer med den danske ordningen.

Norske forsikringsselskaper har de senere årene blitt stadig mer internasjonalisert. Blant annet inngår TrygVesta i Norge i et dansk forsikringskonsern. FNH har fått følgende erfaringsbeskrivelse av den danske ordningen:

De erfaringer forsikringsnæringen har fra den danske ordning bekrefter svært mange av de problemer som vil oppstå ved et offentlig oppgjørskontor. Saksbehandlingen i den danske ordningen preges av at det tar lang tid å få behandlet en sak. Dels fordi selve behandlingssystemet er tungrodd. For eksempel fordi enkeltavgjørelser kan påklages underveis. Dels fordi saksbehandlerne er urutinerte og dels fordi saksbehandlerne lider under stort arbeidspress.

Det er en betydelig grad av uensartet praksis ved behandlingen av enkeltsaker i den danske ordning. I 2005 ble 21 % av alle saker i arbeidsskadestyrelsen omgjort av ankestyrelsen. 80% av de klager TrygVesta fremmet i 2005, fikk medhold i ankestyrelsen. Det er derfor ikke grunnlag for å anta at et offentlig oppgjørskontor vil føre til bedre kvalitet i saksbehandlingen.

Arbeidsskadestyrelsen klarer ikke å beholde saksbehandlerne, og fungerer i atskillig grad som en opplæringsenhet for saksbehandlere som etter noen få år i arbeidsskadestyrelsen søker seg til andre jobber i det private næringsliv. Dette er en utvikling som er vel kjent på mange felt også i Norge. Og det er all grunn til å vente at et offentlig oppgjørskontor i Norge vil utsettes for lignende personalmessige utfordringer

Deloppgjør foretas i liten grad. Dels fordi det som nevnt ikke er andre personalforsikringer som saksbehandler kan belaste inntil yrkesskadesaken er avgjort, og dels fordi uvissheten om hvorvidt det skal betales og i tilfelle hvor mye gjør at selskapene avventer hele utbetalingen til etter at saken er ferdig oppgjort. Skadelidte får derfor ingen sikring av sin økonomiske situasjon mens saksbehandlingen pågår.

Arbeidsskadestyrelsen foretar ikke en aktiv skadebehandling på den måten at man aktivt avdekker skadelidtes situasjon og bistår skadelidte i å lete etter løsninger eller tilby medisinsk spesialistbehandling. Denne viktige siden ved behandlingen av en personskadesak overlates til skadelidte selv og det offentlige hjelpeapparat. Utgifter til advokat dekkes ikke. I betydelig utstrekning involverer likevel skadelidte advokat gjennom skadelidtes fagforening.

Arbeidsskadestyrelsen har ingen funksjon innenfor det HMS arbeid som forsikringsselskapene i Norge i betydelig utstrekning nedlegger i samarbeid med bedriftene for å redusere risikoen for ulykker og andre yrkesskader.

Arbeidsskadestyrelsen har svært lite fokus på det sviksproblem som dessverre også gjør seg gjeldende innenfor den danske arbeidsskadeordningen. I de tilfelle det reises spørsmål om det foreligger svik fra skadelidtes side, er det skadelidtes arbeidsgiver som må engasjere seg og søke å dokumentere overfor arbeidsskadestyrelsen at det ikke har inntruffet noen arbeidsskade.

De erfaringer vi ser fra den danske ordning bekrefter til fulle at en offentlig ordning blir dyrere, gir dårligere kvalitet og fører til langt lengre saksbehandlingstid enn en ordning hvor selskapene selv håndterer førstestansbehandlingen. Det er derfor svært uheldig om en ny norsk ordning skal bygge på den danske modellen.

Erfaringer fra Danske modellen viser at det er problematisk å bevare kompetansen. Saksbehandlingstiden er lang og arbeidspresset stort. Av notatet fra fagansvarlig i Pasientskadenemnda, som er vedlagt vårt notat, fremgår det at man opplever tilsvarende problemer innenfor denne ordningen:

"Det har vært en sterk økning i saksmengden, uten tilsvarende tilførsel av ressurser. Saksbehandlingstiden har derfor dessverre vært stadig økende. Den lange saksbehandlingstiden er nok ordningens største utfordring og har gjennom tidene medført en del negativ omtale i media."

Det er all grunn til å forvente at også et felles oppgjørskontor i arbeidsskadesaker vil oppleve de samme problemer med å tilpasse bemanningen til saksmengden. Særlig ved en økende saksmengde.

6. FORSLAG TIL ALTERNATIV ORGANISERING AV ARBEIDSSKADENE.

6.1. Innledning

Forslaget om et felles offentlig oppgjørskontor vil på flere områder gjøre yrkesskadeordningen svært komplisert, kostbar, ressurskrevende og lite kundevennlig. FNH forslår derfor som en ny og forbedret modell at det etableres et ett-sporet system der alle skadeoppgjør i første instans ligger i forsikringsselskapene, men hvor det etableres nye og gode kontroll- og klagerutiner. I tillegg foreslår FNH at det oppnevnes kontroll- og kvalitetssikringsordninger på det medisinske området i tråd med Røsægutvalgets innstilling. Vi mener en slik alternativ modell – på en langt bedre måte enn et oppgjørskontor - bedre ivaretar de totale ulike viktige hensyn og formål.

Viktige argumenter for å samle alle oppgjør av arbeidsskader og legge dette til forsikring fremkommer allerede av argumentene ovenfor. Vi vil forsøke å supplere og utdype dette noe mer nedenfor samt beskrive modellen nærmere.

6.2. Supplerende argumenter for førsteinstansbehandling i forsikring.

6.2.1. Unngår et nytt komplisert "dobbel-spør".

Ved en fordeling av sakene mellom forsikring og oppgjørskontoret er det vanskelig å finne noen egnede avgrensningskriterier, og det vil uansett bli meget komplisert å håndtere den grensedragning som velges.

Høringen antyder at skille for eksempel kan "basere seg på erstatningssummen" eller "om skaden gjør den skadde varig ufør." Ved mottak av en skademelding vil det ofte ikke være mulig å vite hva erstatningsbeløpet i saken kan bli. Og hvorvidt den skadde eventuelt blir helt eller delvis varig ufør av skaden, er det normalt umulig å vite i starten av saken.

Etter vårt syn er ikke de antydde kriterier egnet til å skille sakene. Vi kan heller ikke se at det finnes andre kriterier som er egnet til å skille behandlingen mellom selskapene og et felles oppgjørskontor på en tilfredsstillende måte.

Et sentralt poeng med en samlet førsteinstansbehandling av hele saken ett sted, er at dette sikrer en samlet behandling av alle relevante spørsmål det konkrete skadetilfelle reiser. Dersom de ulike vurderingene i saken skal foretas i ulike enheter, oppstår det risiko for at skadelidte kan "falle mellom to stoler". All tvil mht hvor en sak skal behandles, og hvilke vurderinger den enkelte saksbehandler skal foreta, er derfor meget uheldig. Ikke minst for skadelidte selv.

Etter vår vurdering er det ikke mulig å dele skadebehandlerfunksjonen i første instans uten at det skapes betydelig tvil om hvor et skadetilfelle skal behandles, og om alle relevante sider ved et konkret skadetilfelle er blitt forsvarlig ivarettatt.

6.2.2. Unngår dobbeltbehandling pga flere aktuelle forsikringer

Et skadetilfelle vil i praksis svært ofte reise spørsmål om det er grunnlag for erstatning fra flere typer forsikringer. Noen av disse personalforsikringene er samordnet med yrkesskadeforsikringen på den måten at utbetalingen fra tilleggsforsikringen avhenger av hvor mye som utbetales fra

yrkesskadeforsikringen. Noen av forsikringene gir en tilleggsutbetaling utover det yrkesskadeloven gir dersom det foreligger en yrkesskade. Og noen forsikringer dekker sykdom eller ulykke som faller utenfor yrkesskadeloven.

En skadesak reiser ofte mange spørsmål som er felles for yrkesskadeforsikring og de øvrige personalforsikringer. For eksempel hvilken uføregrad skaden har medført, hvilket medisinsk men som er påført, medisinske og rettslige årsaksspørsmål eller om skadelidte har noen restarbeidsevne. I dag behandles majoriteten av alle skadetilfelle av samme skadebehandler i selskapet. En felles saksbehandling muliggjør en rasjonell og samlet saksbehandling under alle relevante forsikringer. Et felles oppgjørskontor vil innebære at skadebehandlingen vil bli splittet mellom oppgjørskontoret og selskapene. Dette vil medføre en dobbeltbehandling av alle skadesaker som involverer arbeidsgiverfinansierte personalforsikringer. Dette vil omfatte langt de fleste skadetilfelle.

6.2.3. Unngår dobbel belastning av helsetjenestene

Ved et eget oppgjørskontor vil det bli en dobbeltbehandling også for alle andre instanser som regulært involveres i en personskadesak. Det medisinske miljø, dvs primærleger, sykehus, spesialister og trygdekantor vil måtte dobbeltbehandle saken ved at de samme opplysninger må utleveres to ganger. Både til det statlige oppgjørskontoret, som behandler saken i forhold til yrkesskadeforsikringen, og til forsikringsselskapet, som behandler saken i forhold til de øvrige forsikringer. Noen samordnet utlevering fra slike instanser lar seg av åpenbare grunner ikke gjennomføre. Ved samlet førsteinstansbehandling kan knappe helseressurser derfor skånes for en unødvendig merbelastning.

6.2.4. Begrensede kostnader opprettholder tilleggsforsikringer.

Den dobbeltbehandling som er beskrevet ovenfor vil - i motsetning til samlede oppgjør - vesentlig fordyre personalforsikringene. Det er derfor spørsmål om bedriftene vil se seg råd til å opprettholde dagens omfattende forsikringsløsninger. Det er et betydelig samfunnsgode at norske bedrifter finansierer gunstige forsikringsordninger for norsk arbeidsliv. Og det er selvsagt svært gunstig for norske arbeidstakere at slike forsikringsordninger finansieres av arbeidsgiver. Det vil derfor være en høyst uheldig konsekvens for norske arbeidstakere om den foreslåtte omleggingen medfører at norske bedrifter trapper ned slike forsikringsløsninger.

Etter vårt syn bør det velges løsninger som bidrar til å beholde de eksisterende gunstige forsikringsordningene som er utviklet for norske arbeidstakere. Det bør videre legges til rette for at flere arbeidsgivere tegner personalforsikringer på sine ansatte, og at forsikringsmarkedet kan videreutvikle gode forsikringsløsninger for norsk arbeidsliv.

6.2.5. Klageordning for selskapene vil kreve dobbeltbehandling av sakene

Høringsforslaget legger opp til at selskapene skal kunne påklage de vedtak oppgjørskontoret fatter i enkeltsakene. En klagerett med et reelt innhold forutsetter at klager får anledning til å sette seg inn i den saken som vurderes påklagd. Klager må sette seg inn i hvilke faktiske, medisinske og rettslige spørsmål saken reiser.

Dette innebærer dels at selskapene gis anledning til å gjennomgå sakene i sin fulle bredde, og dels at de personer som skal gjennomgå sakene er i stand til å etterprøve de faktiske, medisinske og juridiske vurderinger som oppgjørskontoret har foretatt. Uten en slik gjennomgang vil ikke selskapene ha grunnlag for å vurdere om det er grunnlag for å påklage avgjørelsen. Dette forutsetter at selskapene har tilgang til personer som har innsyn i og forståelse for hvilke skjønsmessige vurderinger som må foretas i yrkesskadesaker. Disse personene må ha kunnskap om hvordan yrkesskadelovens rettsregler

til enhver tid forstås og hvordan lignende saker til enhver tid håndteres i praksis. Dette krever at selskapene selv opprettholder slik kompetanse, hvilket innebærer en dobbeltbehandling av sakene.

En slik gjennomgang vil nødvendigvis også måtte ta tid. Og tidsbruken vil variere med sakstypen. De enkle vil kunne gå relativt raskt, mens de kompliserte vil kunne kreve lang tid. Dette er uheldig for alle parter, men selvsagt mest for skadelidte.

6.2.6. En dobbeltbehandling er konfliktskapende

En rekke av vurderingene i personskadesaker er utpreget skjønnsmessige. Dersom disse vurderingene i en og samme sak, men under ulike forsikringer, både skal foretas av et felles oppgjørskontor og av selskapet, vil det vanskelig unngås tilfelle hvor oppgjørskontoret og selskap vil vurdere slike skjønnsmessige spørsmål ulikt. Dette er i seg selv uheldig fordi det lett vil skape et inntrykk av at enten oppgjørskontoret eller selskapet har gjort en feil. Siden vurderingene ofte er svært skjønnsmessige, er det sjelden treffende å si at den ene vurderingen er feil og den andre riktig. Dermed skapes grunnlag for unødige konflikter.

I tillegg vil dette føre til at skadelidte vil argumentere med at den gunstigste vurdering skal legges til grunn i begge tilfelle. Dersom selskapet har lagt til grunn en gunstigere vurdering enn det oppgjørskontoret kommer til, vil derfor skadelidte naturlig argumentere med at oppgjørskontoret må endre sin vurdering. Og vice versa. Dermed vil det kunne medføre at unødvendig mange saker blir påklaget.

6.2.7. Unngå kompliserende og arbeidskrevende ordning for skadelidte

Skadelidte vil ha behov for å få avklart hvilke forsikringer i tillegg til yrkesskedeforsikringen som kan være aktuelle, og om skaden kan gi grunnlag for erstatning fra disse forsikringene. Det vil derfor bli komplisert for skadelidte å måtte forholde seg til et system som vil medføre at skadelidtes sak dels skal behandles av et felles oppgjørskontor og dels av selskapet selv.

Det vil utvilsomt være mer komplisert for en skadelidt enn for en erfaren skadebehandler i et forsikringsselskap å avdekke om det er andre forsikringer som kan være aktuelle. Det vil utvilsomt være mer komplisert for en skadelidt, enn for en erfaren skadebehandler i et forsikringsselskap, å avdekke hvilke andre forsikringer som kan være aktuelle. Medarbeidere ved et sentralt oppgjørskontor vil ikke ha kunnskap om eller kompetanse i de øvrige personalforsikringer som kan foreligge. Å separere behandlingen under yrkesskedeforsikringen skaper derfor en risiko for at krav under andre forsikringer ikke blir reist eller går tapt. Av hensyn til skadelidte er det derfor behov for en helhetlig behandling, der skadelidte kan henvende seg ett sted for det som for skadelidte er en og samme sak.

6.2.8. Raskere deloppgjør og oppgjør – andre forsikringer

Der arbeidstaker er dekket av tilleggsforsikringer som supplerer yrkesskadedekningen vil en følge av at sakene ikke behandles på samme hånd være at det gjennomgående vil ta lenger tid før deloppgjør/oppgjør fra selskapet kan utbetales.

Et eksempel er der arbeidstaker er dekket av sykdomsforsikring i tillegg til yrkesskedeforsikringen. Sykdomsforsikringen kommer til utbetaling ved sykdom som ikke er yrkessykdom. Ofte vil det ta tid å avgjøre om sykdommen skyldes yrkesmessig eksponering. Dersom skadelidte også har en sykdomsforsikring, kan det være klart at hun uansett vil ha krav på en utbetaling. I disse tilfeller har forsikringsselskapene utbetalt under sykdomsforsikringen, under den forutsetning at utbetalingen sees som et forskudd på yrkesskedeforsikringen dersom sykdommen skulle godkjennes som en

yrkessykdom. Når samme saksbehandler har hatt oversikt over begge sakene har dette vært uproblematisk og godt mottatt av skadelidte som ønsker en trygg økonomi så raskt som mulig. Med et felles oppgjørskontor vil det ta lenger tid å foreta denne type løsninger. Det krever korrespondanse mellom oppgjørskontoret og selskapet, hvilket igjen vil være fordyrende. Man vil kunne risikere at sakene ikke meldes til selskapet raskt nok eller at nødvendig informasjon ikke kommer frem, slik at skadelidte må vente på utbetalingene. Skadelidte er ikke tjent med dette.

Tilsvarende vil være situasjonen der skadelidte er dekket av ulykkesforsikringer som kan gjelde i arbeid eller fritid. Dersom det er uklart om skaden har skjedd i arbeid, vil det kunne være klart at skadelidte uansett har krav på utbetaling under fritidsdekningen. Alternativt vil tilleggsdekninger som gjelder i arbeid kunne komme til utbetaling ved lavere invaliditetsgrad enn det som kreves etter yrkesskadeforsikringen, slik at saken kan gjøres opp gjennom at skadelidte gis et tilbud hvori det tas høyde for at man sparer tid og ressurser ved å måtte utrede saken nærmere medisinsk for å finne den eksakte invaliditetsgrad.

Også for en rekke andre kollektive personalforsikringer og private forsikringer vil tilsvarende problemer kunne oppstå.

6.2.9 Kostnadseffektivt.

Samlet førsteinstansbehandling i forsikringsselskapene vil det være mest kostnadseffektivt. Indirekte forutsettes dette også i departementets høringsbrev der departementets begrunnelse for å la selskapene selv behandle de fleste sakene er *"for å spare ressursar."*

Vi minner om at arbeidsskadelovutvalget etter sin grundige vurdering konkluderte med at skadebehandlingen i første instans burde foretas av selskapene fordi det ville føre til;

- *"Raske, effektive og enkle oppgjør*
- *Rettsikkerhet og tillit til ordningen*
- *Administrative og økonomiske ressursbesparelser*
- *Prevensjon og rehabilitering*
- *Klare skillelinjer mellom privat og offentlig sfære"*

Det vises til NOU 2004:3 side 340.

Vi kan ikke se at det er fremkommet noe i høringsnotatet eller andre steder som rokker ved disse vurderingene. Snarere tvert i mot bør det fremkomme klart tidligere i dette høringssvaret at Kjønsstadutvalgets vurderinger er riktige.

6.2.10. konkurranse fremmer kundebehandlingen

En ordning hvor selskapene håndterer skadebehandlingen i første instans vil fremme konkurranse mellom selskapene i skadebehandlingen. Flere selskaper har etter hvert sett verdien av å drive en aktiv saksbehandling.

I dette ligger tre forhold. For det første innebærer det at skadebehandler ikke passivt avventer hvordan skaden utvikler seg, eller passivt avventer hvordan skadelidte på egen hånd klarer å håndtere den situasjon skaden har satt ham i. Det er viktig å komme skadelidte hurtig til hjelp, og tidligst mulig gi skadelidte råd og veiledning i saken. Det må tidlig avdekkes om skadelidte kan tilbakeføres (helt eller delvis) til arbeid. Det konkrete behov den enkelte skadelidte har, må avdekkes. Og det må avklares om det er relevant å tilby skadelidte økonomisk støtte til omskolering eller spesialistbehandling.

For det andre innebærer det å ha oversikt over og tilgang til medisinske tjenester som gjør det mulig for skadelidte å komme raskest mulig til spesialistbehandling. Flere selskaper har etter hvert bygget opp en kompetanse og et medisinsk nettverk som gir selskapene et større handlingsrom for å gi skadelidte adekvat medisinsk spesialistbehandling. Selskapet vil ha anledning til å tilby å betale for medisinsk spesialistbehandling, rehabilitering eller omskolering utover det som yrkesskadeloven gir krav på. Og utover det som det offentlige apparat kan gi. Noen praktiske eksempler på dette kan nevnes.

Fremfor at en arbeidstaker står på venteliste i 6-8 måneder for en menisk-operasjon som holder ham utenfor arbeid, kan selskapene dekke operasjon ved en privat klinikk uten ventetid. Dette vil redusere arbeidstakers inntektstap som ellers ville måtte dekkes under forsikringspremier/trygdebudsjettet. Samtidig får arbeidsgiver raskere tilbake sin arbeidskraft og sparer utgifter til ansettelse av vikar/opplæring. Sykepenger i 6 mnd utgjør for eksempel kr 150.000 dersom den skadde hadde en årsinntekt på kr 300.000. Det sier seg derfor selv at det offentlige trygdesystem vil spare store beløp på en aktiv skadebehandling.

Dersom arbeidstaker blir skadet og må omskoleres, vil det i mange tilfeller ta tid før hun kan begynne ved ønsket lærested, da skoleåret ofte har startet. Et forsikringsselskap vil kunne dekke et privat skolealternativ, fremfor at skadelidte må vente til skolestart. Denne form for venting fører i mange tilfeller til at skadelidte mister motivasjon, og kan i verste fall medføre at enkelte aldri kommer tilbake i arbeid. Forskning viser at sykemeldinger som vedvarer utover ni måneder øker risikoen for varig arbeidsuførhet dramatisk. Slik aktiv saksbehandling reduserer videre det løpende inntektstap.

Denne form for fleksibilitet i saksbehandlingen gir et stort samfunnsøkonomisk fortrinn, fremfor saksbehandling i et sentralt oppgjørskontor som vil være bundet til det som loven gir rett til.

Og for det tredje innebærer det at erstatning utbetales snarest mulig etter at den skadelidtes tap er avklart. Med en aktiv skadebehandling som angitt ovenfor vil skadebehandler langt tidligere kunne avdekke om det er muligheter for å bringe den skadelidte helt eller delvis tilbake til arbeid. Og deretter beregne og utbetale en korrekt erstatning til skadelidte.

Det er grunn til å fremheve det insitament til kontinuerlig forbedring som skapes av at en privat aktør i motsetning til en offentlig instans, må konkurrere med andre leverandører på bl.a. kvalitet, behandlingstid og service på sine tjenester. Et forsikringsselskaps markedssuksess er i betydelig grad betinget av en tilstrekkelig konkurransekraft på dette området. Det kontinuerlige forbedringsarbeid som skapes av denne konkurransen mellom selskapene, vil ikke kunne oppnås dersom saksbehandlingen legges til et eget oppgjørskontor.

6.2.11. Forsikring fremmer HMS-arbeidet i Norge

Forsikringsselskapene nedlegger i dag et ikke ubetydelig HMS arbeid i Norge i samarbeid med bedriftene for å redusere risikoen for ulykker og andre yrkesskader. Bakgrunnen for selskapenes aktive medvirkning i dette arbeidet er de erfaringer som selskapenes håndtering av skadeoppgjørene gir. Dersom oppgjørsfunksjonen fratas selskapene, er det grunn til å vente at selskapenes evne til å bidra i HMS arbeidet vil kunne bli skadelidende.

6.2.12. Oppgjørskontor ingen adekvat modell i personskadesaker

Det er ingen heldig løsning om selskapenes rolle skal begrenses til bare å ta imot skademelding og eventuelt innhente sakens relevante opplysninger. En sak utvikler seg. Fakta avdekkes fortløpende. Det foretas løpende medisinske vurderinger. Og det må tas en rekke avgjørelser underveis. For eksempel

- om det bør innhentes spesialisterklæring,
- om det er grunnlag for a-kontoutbetaling,
- om skadelidte skal tilbys støtte til medisinsk behandling eller attføring med sikte på tilbakeføring til jobb,
- osv.

Det vil være en helt upraktisk – og for skadelidte en svært dårlig saksbehandling i svært mange saker – om sakens dokumenter skal innhentes og overføres til et oppgjørskontor, som på grunnlag av saksdokumentene skal fatte et vedtak om hvorvidt det er grunnlag for en erstatning i saken. En slik vedtaksmodell kan være effektiv i byggesaker og ved fordeling av offentlige ressurser. Men det er ingen adekvat modell for håndtering av et erstatningsoppgjør etter en personskade.

Den beste saksbehandling er som nevnt ovenfor om skadebehandler og skadelidte i et samarbeid og på et tidlig stadium i saken avdekker hvilke alternativer som kan foreligge og på det grunnlag gjøre de valg som er tilpasset den enkelte skadelidte. Dette innebærer et behov for å legge til rette for en skadebehandling hvor avgjørelser i saken kan tas fortløpende etter hvert som saken gir grunnlag for det.

6.3. Forslag til model

De mange og ulike hensyn som både er omtalt i departements høringsnotat og foran i vårt høringssvar her, bør søkes ivaretatt i størst mulig grad ved en eventuell endring av dagens ordning.

Dette vil etter vårt syn ikke være tilfellet ved et oppgjørskontor eller ved at et tosporet system opprettholdes og at trygdens vedtak gjøres bindende for forsikringsoppgjørene.

Etter vår oppfatning blir rettsikkerhet, rettsenhet og andre sentrale hensyn langt bedre ivaretatt om man lar selskapene håndtere ikke bare de fleste sakene, men alle sakene. I tillegg opprettes det:

- I. Et uavhengig organ for kvalitetssikring av saksbehandlingen i forsikringsselskapene
- II. Et uavhengig organ for klagebehandling av skadesakene både for enkeltspørsmål under saksbehandlingen og for endelige avgjørelser.
- III. Et uavhengig organ for nøytral oppnevning og kvalitetssikring av medisinsk sakkyndige, som foreslått i NOU 2000: 23 (Røsæg-utvalget) og anbefalt i Kjønsstadutvalgets utredning (NOU 2004:3) og i Graverrapporten (av 16.mai 2006).

En slik modell bør kunne gi skadelidte god trygghet for kvalitet og nøytral vurdering og overprøving av de viktige sidene ved et skadeoppgjør. Den bør videre medføre stor grad av tillit fra alle sentrale aktører samtidig som det blir en ordning med bedre effektivitet og mindre dobbeltbehandling enn de hittil foreslåtte alternativer.

Ad. I.:

Så langt FNH er blitt kjent med eksisterer det allerede i Europa i dag en modell der en uavhengig instans er gitt myndighet til å gå inn i det enkelte selskap for å kontrollere både rutiner og enkeltsaker. FNH kan tenke seg å se nærmere på slike løsninger for å sikre kvalitativt gode og riktige oppgjør og førsteklasses saksbehandling.

Et slikt organ må ha sanksjonsmyndighet. Det kan tenkes å gjøres i form av instruksjonsmyndighet overfor det enkelte selskap og rapporteringsmyndighet. Det kunne også tenkes kombinert med en rett til sanksjoner f.eks. i form av forelegg osv.

Hvordan en slik instans skal organiseres kan det sikkert være ulike oppfatninger av. Alternativ kan f.eks. være å legge dette inn under Kredittilsynet, knyttet opp mot klageorganet i pkt II eller helt frittstående.

Ad. II:

Som nevnt volder en del saker i dag tvil og skaper noen ganger tvist fordi det må tas vanskelige og skjønnsmessige medisinske eller juridiske vurderinger. I dag er partene i det alt vesentlige henvist til å få slike saker løst gjennom å bringe slike saker inn for domstolene. Det er behov for å kunne redusere antallet slike saker. Og forenkle prosessen i de saker som til tross for en slik forenkling fortsatt vil ha behov for en avklaring gjennom domstolene.

Slik vi ser det vil en sentral klageinstans kunne fylle en slik funksjon. De saker der det for eksempel er tvil om det foreligger en arbeidsulykke eller om den aktuelle sykdom skal anses som en yrkessykdom, kan dermed bringes inn for behandling i en sentral klageavdeling. Tilsvarende bør utmålingsspørsmål, medisinske og juridiske årsaksspørsmål kunne bringes inn for ankeinstansen. Dersom ankeinstansen bemannes med tilfredsstillende kompetanse og personalet gis anledning til å foreta en tilfredsstillende saksbehandling, vil langt færre saker enn i dag måtte bringes inn for retten i det en slik enhet vil kunne gjøre de nødvendige grensdragninger.

Dersom dette følges opp ved at klageinstansen sammen med selskapene og partene i arbeidslivet etablerer en ordning som ivaretar behovet for å oppdatere listen over hvilke sykdommer som aksepteres som yrkessykdommer, så unngår man også at skadelidte og selskap må bringe slike saker for retten.

Klageinstansen kan videre sikre at selskapene foretar en tilfredsstillende førsteinstansbehandling, og sikre at det gjøres mest mulig like vurderinger i selskapene ved behandlingen av yrkesskadesakene. Et offentlig nøytralt klageorgan vil dessuten kunne sikre legitimitet og tillitt til ordningen både fra partene i arbeidslivet og forsikringsnæringen.

Ad. III:

Som redegjort for tidligere (pkt 4.5) er det største tidsspille i dag den tid det tar å innhente og vurdere medisinske opplysninger / spesialisterklæringer. I følge Statkonsults rapport 2004:4 medgår hele 2/3 av saksbehandlingstiden i NPE til dette. Dette misforholdet gjelder etter all sannsynlighet også i trygd og forsikring da de er avhengig av å innhente opplysninger, uttalelser og erklæringer fra de samme kildene.

FNH foreslår derfor at det etableres et uavhengig organ for nøytral oppnevning og kvalitetssikring av medisinsk sakkyndige. Dette er allerede foreslått og inngående begrunnet i NOU 2000: 23 (Røsæg-utvalget).

Denne modellen gir en klar og enkel arbeidsdeling mellom instansene. Selskapene behandler sakene, kontroll og klageorganet påser at selskapenes saksbehandling er tilfredsstillende. Løsningen sikrer de hensyn departementet ønsker ivaretatt ved det fremsendte høringsforslaget. Parallelt med dette oppnår modellen en betydelig forenkling innen medisinsk avklaring. Dette vil kunne bidra sterkt til å få tiden fra en skade inntreffer til erstatning foreligger. Og ikke minst vil belastningen på medisinske ressurser bli betydelig mindre.

7. AVSLUTTENDE MERKNADER

For FNH er det sentrale poenget at forslaget om etablering av et frittstående oppgjørsorgan vil medføre meget betydelige ulemper både for de skadelidte, deres arbeidsgivere, det offentlige samt forsikringsnæringen. Vi kan ikke se at positive effekter av forslaget kan veie opp for disse ulempene.

FNH har forståelse for at myndigheter og partene i arbeidslivet ønsker en forenkling av dagens ordninger og en større grad av sikkerhet for at yrkesskadeordningen driftes på en best mulig måte.

I forhold til alle de viktige hensyn som bør ivaretas og de behov for endringer som blant annet utløses av lang saksbehandlingstid i gjeldende ordning, mener vi forslaget om et frittstående oppgjørsorgan ikke er særlig godt egnet.

Andre grep vil ha færre negative effekter og samtidig være bedre egnet til å gi god rettssikkerhet, bedre effektivitet, kortere saksbehandlingstid og mindre dobbeltbehandling.

FNH er også kjent med at forslaget om et frittstående oppgjørsorgan møter sprikende mottakelse og tilslutning hos ulike sentrale aktører.

Departementet fremholder som viktig at en endret organisering av den norske yrkesskadeordningen har bred tillit. Dette synes ikke å være tilfellet med forslaget om frittstående oppgjørsorgan. Videre er FNH også kjent med at f.eks. LO har et sterkt ønske om at belastningslidelser inkluderes i yrkesskadeordningen.

På denne bakgrunn vil FNH anmode departementet om ikke å foreta endringer i gjeldende ordning basert på det forslaget som nå har vært på høring.

Før eventuelle endringer gjøres bør organiseringsspørsmålet vurderes i lys av vår skisse til alternativ modell (kap 6 foran); en modell som både bør være egnet til å ivareta skadelidte arbeidstakers behov for tryggende behandling og andre aktørers behov for en rasjonell, enkelt og driftseffektiv ordning.

FNH antar at alle parter er interessert i en så god organisering som mulig og at det derfor bør være mulig å igangsette en dialog for å se på muligheten for å finne en løsning på organiseringsspørsmålet som kan vinne bredere tilslutning.

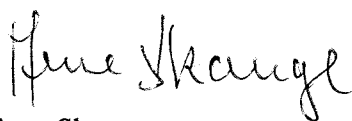
En eventuell mulighet burde kunne være en slik dialog om forbedret alternativ organisering parallelt med at belastningslidelsesspørsmålet eventuelt utredes.

Med en slik parallell prosess vil endelig stilling til ordningen – både dens omfang og dens organisering – kunne tas samlet på et langt bedre grunnlag enn det som nå eksisterer i form av svært sprikende interesser og holdninger.

FNH oppfordrer departementet til å ta et initiativ til en slik prosess i bestrebelsene på en god ordning med bred tilslutning.

Med vennlig hilsen

Finansnæringens Hovedorganisasjon

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Arne Skauge'. The signature is written in a cursive, flowing style.

Arne Skauge

Adm. dir.

Vedlegg