

Helse- og omsorgsdepartementet
 Postboks 8011, Dep
 0030 OSLO
 Att: Jo Flydal og Karl Olav Hovland

Helse- og omsorgsdepartementet	
Saksnr.: 200405135	Dok.nr.: 89
Arkivkode: 520	Journ.dato 04/05
Avd.: KTA	Saksbeh.: KOH
U.off.:	

Dato: 31.03.2005
 Vår ref.: 2005/00014
 LPA/MK
 Deres ref.: 200405135-/KOH

Høring NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial og helsetjenestene i kommunene

Vi viser til høringsbrev fra departementet 30.11.04, om forslag til harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen.

Finansnæringens Hovedorganisasjon (FNH) har vesentlige innvendinger knyttet til utredningens kap.12 med drøftelser vedrørende taushetsplikt og personvern, og forslag til lovbestemmelse § 9-8. Forslag til lovregulering berører forsikringskunder og forsikringsselskap direkte og sterkt ved at utvalget foreslår et forbud mot å utlevere taushetsbelagte opplysninger til forsikring selv om kunden har gitt sitt samtykke. Lovforslaget har ingen naturlig sammenheng med utredningen for øvrig, og FNH ber om at departementet fremlegger proposisjonen uten at denne delen følges opp.

FNHs hovedsynspunkter kan oppsummeres i det følgende:

- Det er en åpenbar mangel ved utredningen at konsekvenser for forsikringskunder og forholdet til øvrig sentral lovgivning ikke er drøftet og vurdert. Dette må departementet rette opp gjennom sitt videre arbeid.
- At tjenestemottaker ikke selv kan gi sitt samtykke til at taushetsbelagte opplysninger kan overføres til forsikringsselskapet, er et klart brudd på personopplysningslovens prinsipp om at vedkommende har råderett over egne helseopplysninger.
- Forslaget innebærer lengre og dyrere saksgang ved tegning og oppgjør, uten at dette styrker personvernet for tjenestemottaker.
- Det synes ikke som utvalget har tatt hensyn til eller vurdert synspunkter i utredning NOU 2000:23 om forsikringsselskapers innhenting, bruk og lagring av helseopplysninger. Dette utvalget hadde en bredere og mer relevant representasjon i

forhold til forsikringsrelaterte spørsmål enn foreliggende utvalg som har lagt frem utredning NOU 2004:18.

- Dersom forsikringsselskapene ikke kan innhente nødvendige helseopplysninger, vil det bli vanskeligere å tilby visse typer forsikring eller foreta forsikringsoppgjør/erstatningsoppgjør.
- Regelverket om taushetsplikt blir inkonsekvent når det gjelder forskjellige taushetspliktbestemmelser i ulike deler av helsevesenet.
- Det er en mangel ved forslaget at det ikke er sammenholdt med situasjonen i andre land og sett i sammenheng med at et mer internasjonalt forsikringsmarked krever like rammebetingelser.
- Forsikringsnæringen er allerede undergitt et omfattende og strengt regelverk for ivaretagelse av personvernet gjennom bl.a. personopplysningsloven med tilhørende konsesjon og forsikringsvirksomhetsloven.

FNHs hovedsynspunkter vil i det følgende bli utdypet nærmere i pkt.1 om forslag til ny bestemmelse om taushetsplikt, pkt.2 om tidligere utredning vedrørende forsikringsselskapers tilgang til helseopplysninger, pkt.3 om forskjellen mellom trygd og forsikring, pkt.4 om forsikringsselskapenes behov for helseopplysninger, pkt.5 om konsekvenser av manglende tilgang til risikorelevante opplysninger, pkt.6 om gjeldende regelverk om personvern og pkt.7 om avsluttende kommentar.

1. Forslag til ny bestemmelse om taushetsplikt

Utvalget har i kap.12 i NOU 2004:18, foretatt en drøftelse av gjeldende bestemmelser om helsepersonells taushetsplikt som er regulert i lov om helsepersonell og forvaltningsloven. Utvalget mener det kan reises spørsmål om hvordan, og i hvilket omfang, det skal tillates bruk av opplysninger innsamlet i forbindelse med sosial og helsetjenester til andre formål enn det de er innsamlet for. Utvalget mener videre at det er nødvendig å begrense bruk av taushetsbelagte opplysninger i visse situasjoner. Det foreslås derfor at det i utgangspunktet ikke bør være adgang til å utlevere opplysninger på grunnlag av samtykke alene, men at det i tillegg er behov for nærmere regulering i forskrifts form. Forslag til ny lov om sosial- og helsetjenester i kommuner lyder som følger:

"§ 9-8 Opplysninger til bruk for arbeidsgiver, i tilsettingssituasjoner, i forsikringsforhold, ved kredittvurdering og lignende

- 1. Selv om tjenestemottaker samtykker, skal opplysninger som er taushetspliktbelagte etter loven her, ikke utleveres eller bekreftes til bruk i saker om tilsettingsforhold, forsikring, kredittvurdering og lignende.*
- 2. Kongen kan i forskrift gi nærmere regler om rekkevidden av forbudet i nr. 1, og om adgang til å gi opplysninger om en arbeidstaker til arbeidsgiveren, i*

den utstrekning opplysningene angår forhold av avgjørende betydning for arbeidstakerens skikkethet til et bestemt arbeid eller oppdrag."

I pkt. 1 i § 9-8 vises det til at tjenestemottaker ikke selv kan bestemme at taushetsbelagte opplysninger kan utleveres til forsikringsselskapet. Lovforslaget bryter dermed med et av de grunnleggende prinsipp bak personopplysningsloven om at den opplysningene gjelder, selv eier og har råderett over sine personopplysninger.

I pkt. 2 vises det til at Kongen kan gi nærmere regler i forskrift om rekkevidden av forbudet i nr.1. Forskriftshjemmelen er altfor snever til å kunne avhjelpe konsekvensene av forbudet. Vi kan ikke se hvordan en slik regulering kan utformes uten at det vil ha store konsekvenser for forsikringsselskapenes mulighet til å tilby private forsikringer innenfor liv og helse.

Generelt vanskeliggjør et slikt forslag mulighetene for forsikringsselskapene til å drive forsikring der det er nødvendig å innhente helseopplysninger. Konsekvensene for tjenestemottaker vil være at det blir vanskeligere for forsikringsselskapet å foreta korrekt forsikringsoppgjør, og noen vil ikke kunne få forsikring.

Helsepersonells taushetsplikt er i dag regulert i lov om helsepersonell §§ 21 og 22, forvaltningsloven § 13 og lov om sosiale tjenester § 8-8. Vi kan ikke se at utvalget har redegjort for omfanget av problemer knyttet til disse bestemmelsene som foranlediger en så alvorlig innstrammende lovregulering som det her er foreslått.

Behovet for å begrense bruken av taushetsbelagte opplysninger er begrunnet med at tjenestemottaker er den svake part i forhold til forsikringsselskapet, og har behov for ekstra vern om personlige forhold. Det er ikke drøftet hvilke konsekvenser et forbud mot utlevering av taushetsbelagte opplysninger til forsikring kan ha for tjenestemottager som ønsker forsikring eller som er forsikringskunde.

Forsikringskundenes opplysningsplikt

Dersom tjenestemottaker er forsikringskunde eller ønsker forsikring, har vedkommende plikt etter forsikringsavtaleloven (FAL) til å gi opplysninger til forsikringsselskapet som har betydning for risikoen eller som er nødvendig i forbindelse med forsikringsoppgjør, jf FAL §§ 4-1, 8-1, 13-1 og 18-1. Blant annet må vedkommende kunne bidra til at forsikringsselskapene får relevante opplysninger som grunnlag for et forsikrings- eller erstatningsoppgjør. Etter FAL og erstatningsretten er det forsikrede som har plikt til å påvise skadetilfellet og for noen forsikringer å bevise årsakssammenheng mellom ulykken og skaden.

Dersom forsikringsselskapet ikke får de helseopplysninger som er nødvendige, vil konsekvensen være at forsikringskunden ikke kan få forsikring eller forsikringsoppgjør. Vi kommer nærmere tilbake til hvorfor forsikringsselskap har behov for helseopplysninger i pkt.4.

Tjenestemottakers rett til selv å innhente taushetsbelagte opplysninger

Vi viser til at tjenestemottaker selv kan få utlevert taushetsbelagte opplysninger, jf. lovforslagets § 9-4. Tjenestemottaker har også rett til innsyn, jf. lovforslagets § 8-8. Lovforslaget innebærer at i tilfeller der tjenestemottaker ønsker forsikring og forsikringsselskapet f.eks. har behov for helseopplysninger fra kommunehelsetjenesten, må vedkommende selv innhente opplysningene for overlevering til forsikringsselskapet. Det samme vil gjelde i situasjoner der forsikringsselskapene har behov for helseopplysninger for å foreta et riktig forsikringsoppgjør.

Når den enkelte selv innhenter helseopplysninger vil det være vanskeligere å avgrense de opplysningene selskapene mottar, og selskapene risikerer å motta overskuddsinformasjon. En slik løsning vil dermed ikke gi noen personvergevinst. Det er også en fare for at kunden siler informasjonen til forsikringsselskapet slik at kunden f.eks. feilaktig får et forsikringsoppgjør eller får et uriktig oppgjør. Prosessen med å behandle forsikringsøknader og å foreta forsikringsoppgjør vil som følge av dette bli svært mye tyngre og mer kostnadskrevene.

Forskjellige taushetspliktsregler i helsevesenet

Vi mener videre det er uheldig at en slik lovbestemmelse som den foreslåtte skal være en del av et regelverk som kun regulerer deler av helsetjenestene i Norge. Helsetjenestene i kommunene organiserer først og fremst primærhelsetjenestene herunder fastlegeordningen, legevaktjenesten og fysioterapitjenester. De statlige helseforetakene, private helsetjenester og trykdeetaten faller utenfor det området loven dekker. Det innebærer at en tjenestemottaker f.eks. kan gi samtykke til å utlevere taushetsbelagte opplysninger fra et sykehus, men ikke opplysninger fra primærlegen.

Forskjellige taushetspliktsbestemmelser i deler av helsevesenet vil bidra til at det også blir vanskeligere for helsepersonell å holde seg orientert om gjeldende taushetspliktsbestemmelser.

2. Tidligere utredning

Spørsmålet om forsikringsselskapers innhenting, bruk og lagring av helseopplysninger ble utredet i 2000 av et utvalg oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet, (Røsægutvalget) (NOU 2000:23 Forsikringsselskaperens innhenting, bruk og lagring av helseopplysninger). Med bakgrunn i at disse problemstillingene er grundig drøftet i denne utredningen, som ble avgitt til helseminister Dagfinn Høybråten sommeren 2000, synes det oppsiktsvekkende at foreliggende utredning kommer med et så inngripende forslag uten å drøfte konsekvensene for forsikringskundene, og uten å forholde seg til utredningen og forslagene fra 2000.

Utvalget var bredt sammensatt med representanter fra forbrukermyndighetene, pasientorganisasjoner, Datatilsynet, Kredittilsynet, Rikstrygdeverket, Legeforeningen, forsikringsnæringen og Statens Helsetilsyn. Utvalget hadde bl.a. konkrete forslag til endringer i FAL vedrørende hvilke helseopplysninger forsikringsselskapet kan be om.

Flertallet i utvalget foreslo en endring i FAL som innebar en innskrenkning med hensyn til hvilke helseopplysninger forsikringsselskapet kan be om. Mindretallet, bl.a. forsikringssiden, var sterkt imot en slik innskrenkning. Forsikringsnæringen viste til hvilke konsekvenser innskrenkninger i tilgangen til risikorelevante opplysninger vil ha for forsikringsmarkedet. Det vises i den forbindelse til FNHs høringsuttalelse av 30.03.01 som følger vedlagt.

Dersom hensikten med den foreslåtte lovendringen er at forsikringsselskaper ikke skal ha tilgang til taushetsbelagte opplysninger, vil konsekvensene for forsikringsmarkedet bli langt mer alvorlig enn beskrevet i NOU 2000:23 og i FNHs høringsuttalelse til denne. I utredningen ble det gitt en beskrivelse av hvordan forsikring fungerer og hvorfor korrekt informasjon er viktig. Utvalgets oppsummering i kap. 4.1.5 s. 20 lyder:

” På bakgrunn av det som er sagt ovenfor vil det trolig, med den risikospredning og det markedet en har i dag, på lang sikt virke ødeleggende for forsikringsmarkedet om det overhodet ikke skulle være adgang til å innhente helseopplysninger. Jo færre helseopplysninger som kan innhentes, jo vanskeligere vil markedet slik vi kjenner det i dag ha for å fungere.”

Når det gjelder opplysninger i forbindelse med skadetilfeller, var utvalget (NOU 2000:23) overhodet ikke innstilt på å foreslå innskrenkninger/forbud mht. utlevering av helseopplysninger, fordi det ville undergrave prinsippet i erstatningsretten om at skadelidte må dokumentere at betingelsene for å få erstatning er oppfylt. Skal skadelidte kunne gi slik dokumentasjon, må forsikringsselskapet få tilgang til helseopplysninger.

3. Forskjellen mellom trygd og forsikring

Folketrygden kan ses på som en obligatorisk sosialforsikringsordning som er basert på at alle i utgangspunktet skal ha et tilbud som er tilstrekkelig til å dekke grunnleggende behov. Det er den enkelte som selv vurderer om han eller hun har behov for supplement til folketrygdens ytelser, og eventuelt supplement til kollektive forsikringsytelser vedkommende har krav på. Dette innebærer at forsikringsselskapene i all hovedsak er private, og at forsikringskunde og forsikringsselskap formelt sett er likestilte kontraktsparter. Når forsikringsselskapene skal dekke forbrukernes tilleggsbehov, må både regelverket og forsikringsselskapene ta høyde for at kundene vil vurdere produktens pris mot sine egne behov og den risiko de mener å representere. Vi viser til pkt. 5 i den vedlagte høringsuttalelsen fra FNH for en nærmere beskrivelse av forholdet mellom trygd og forsikring.

Hvis det er i samfunnets interesse at personer som ønsker det kan sikre seg med supplerende private forsikringer av liv og helse, må det legges til rette for at forsikringsselskapene kan tilby denne type forsikringer.

4. Forsikringsselskapenes behov for helseopplysninger

Forsikringsnæringen er enig i at det ikke skal innhentes opplysninger som ikke er nødvendig for å kunne tilby forsikring, og å foreta oppgjør etter en forsikringsavtale. Vi er også inneforstått med de begrensninger som følger av personopplysningsloven, helsepersonelloven, bioteknologiloven om bruk av genundersøkelser og annen konkret lovgivning på området.

Forsikring handler om å spre risiko og premiene må derfor i gjennomsnitt reflektere den risikoen som forsikringsselskapene påtar seg. Det innebærer at selskapene må ha informasjon om risiko for å tilpasse premienivået til fremtidige krav på utbetalinger etter forsikringsavtalene. Dersom helserisiko er relevant for vedkommende forsikringstype, må selskapet ha informasjon om dette. Forsikringsselskapene har en lovpålagt plikt til å vurdere risiko ved tegning av forsikringer og foreliggende lovforslag vil derfor være i strid med regelverket om forsikringsvirksomhet som fastsetter at premiene skal stå i et rimelig forhold til risikoen, jf. forsikringsvirksomhetsloven § 7-6, som lyder:

” § 7-6. (premier)

Et forsikringsselskap skal benytte premier som står i rimelig forhold til den risiko som overtas og i forhold til selskapets økonomi. Premiene skal være tilstrekkelige til å gi sikkerhet for oppfyllelse av de inngåtte forsikringsavtaler. Kredittilsynet skal føre kontroll for å påse at de premier som benyttes er i samsvar med dette.

Kongen kan fastsette nærmere regler om et livsforsikringsselskaps plikt til å gi melding til Kredittilsynet om det tekniske beregningsgrunnlag for premier for livs- og pensjonsforsikring og om hvilke forhold meldingen skal omfatte. Kongen kan også gi nærmere regler om rentesatser og andre beregningselementer som selskapet ut fra forsiktighetshensyn kan benytte i beregningsgrunnlaget.

Kongen kan fastsette regler om at et livsforsikringsselskap ved premieberegningen skal skille mellom risikodelen, sparedelen og omkostningsdelen.

Kongen kan forby bruk av premier som Kongen finner er ubetryggende eller urimelige. ”

Informasjon om den risiko som forsikringsselskapet skal overta, er viktig for å kunne vurdere hvilken risiko den nye kunden representerer i forhold til det risikogjennomsnitt som er lagt til grunn for standardprisen på et forsikringsprodukt. Dette er nødvendig for å kunne sette riktig pris i forhold til risiko.

Forsikringsselskapene har behov for helseopplysninger i to sammenhenger. For det første er det ved tegning av noen typer forsikring, for eksempel livsforsikring, nødvendig å innhente helseopplysninger for å beregne størrelsen på premien for den risikoen det tegnes forsikring mot. For det andre er det nødvendig å innhente helseopplysninger for å vurdere utbetaling av erstatning, samt eventuelt å bringe på rene hvor store skadene etter ulykken er og om det er årsakssammenheng mellom ulykken og skaden.

Forsikringsselskapene innhenter og vektlegger ulike helseopplysninger avhengig av type forsikringsdekning. Det skilles særlig mellom forsikringsdekninger som gir erstatning for død, medisinsk invaliditet (funksjonsnedsettelse) og ervervsmessig uførhet (evnen til å ha inntektsgivende arbeid). Vurderingen av de ulike helseopplysninger er særlig komplisert i de tilfeller hvor det må foretas en vurdering av årsakssammenheng mellom sykdom/skade og ervervsmessig uførhet. Fullstendige helseopplysninger vil typisk være nødvendig i kompliserte personskadesaker (sykdom/uførhet og bilulykke/yrkesskade), hvor det ofte vil være sammensatte årsaker til den ervervsmessige uførheten som er oppstått.

5. Konsekvenser av manglende tilgang til risikorelevante opplysninger

I et marked hvor det er frivillig å kjøpe forsikring utover folketrygdens grunndekninger, må det være balanse mellom den risikorelevante informasjon som kunden har, og den informasjon som selskapet får tilgang på. Dersom en forsikringssøker vet noe om egen økt risiko for sykdom, død eller uførhet, er det større sannsynlighet for at nettopp denne personen ville søke en forsikring og vil ønske høyere forsikringssum. Dersom forsikringsselskapene ikke får tilgang til samme informasjon, vil det føre til en overvekt av personer med høy risiko som kjøper forsikring, noe som videre vil føre til skjevhet i risikoen i forhold til et gjennomsnitt av normalbefolkningen. Denne skjevheten kalles gjerne antiseleksjon.

Konsekvensene av antiseleksjon

I NOU 2000:23 kapittel 4.1.3, er det gitt enkelte eksempler på hvordan antiseleksjon virker. Flere eksempler finnes i FNHs høringsuttalelse til NOU 2000:23 punkt 6. Resultatet av slikt skjevt utvalg vil bli at prisen på forsikringen etter hvert blir høyere, og det vil til slutt ikke lenger være mulig for forsikringsselskapene å tilby et slikt produkt.

6. Gjeldende regelverk om personvern

FNH mener at det er viktig at personvern hensyn ivaretas, og bransjen har innrettet sine systemer og rutiner med henblikk på ivaretagelse av personvernet. Personvernet bør fra lovgivers side imidlertid ivaretas ved godt avveide sikringsregler om bruk, lagring og oppbevaring av opplysninger og ikke ved å vanskeliggjøre selskapenes tilgang til relevante opplysninger.

I tillegg til taushetspliktsreglene som er nevnt innledningsvis, har vi i dag et omfattende regelverk om behandling av personopplysninger. Personopplysningsloven regulerer behandlingen av personopplysninger i forsikring i tillegg til at Datatilsynet har gitt konsesjoner til forsikringsselskapene som setter strenge vilkår for behandling av personopplysninger i forsikring. Behandling av personopplysninger, herunder også sensitive personopplysninger, er grundig behandlet i forarbeidene til den nye personopplysningsloven. Loven er harmonisert med EU-direktiv om personvern hvor forsikringsvirksomhet er særskilt behandlet.

Forslaget tilsidesetter samtykke som uttrykk for den enkeltes råderett over egne helseopplysninger. Samtykke er på andre områder lovpålagt som et hensiktsmessig

prinsipp og instrument for ivaretagelse av personvernet. For øvrig vises til at Datatilsynet i nærmeste fremtid sammen med bransjen vil gjennomgå selskapenes samtykkeerklæringer.

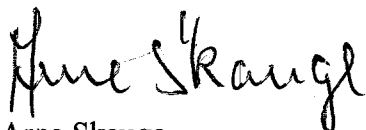
7. Avsluttende kommentar

FNH er uenige i lovforslagets bestemmelse § 9-8 i utkast til lov om sosial- og helsetjenester i kommunene, og ber om at departementet tar ut denne bestemmelsen av lovforslaget.

Avslutningsvis vises det til FNHs høringsuttalelse til NOU 2000:23 av 30.03.01 til Sosial- og helsedepartementet. I høringsuttalelsen går vi dypere inn i en del sentrale forhold når det gjelder forsikringsmessig betydning av risikorelevant helseinformasjon. Vedlagt følger også brev fra Kredittilsynet av 08.03.05 til Finansdepartementet hvor de foreslår at Finansdepartementet avgir høringsuttalelse i denne saken noe vi også mener er naturlig.

Vennlig hilsen

FINANSNÆRINGENS HOVEDORGANISASJON



Arne Skauge
Adm.dir



Mette Knutsen
fagsjef

Vedlegg:

- Høringsuttalelse fra FNH til Sosial- og helsedepartementet av 30.03.01
- Brev av 08.03.05 fra Kredittilsynet til Finansdepartementet