

Sosial- og helsedepartementet
Postboks 8011 Dep.
0030 OSLO

Helse- og omsorgsdepartementet
Vedlegg 1/2
S.nr. 2004/05135 - 89

Dato: 30.03.01
Vår ref.: 2000/000754 - 6
FJA/ØF
Deres ref.: 00/04837 HA3
ACB/mos

HØRING – NOU 2000:23 OM FORSIKRINGSSELSKAPENES INNHENTING, BRUK OG LAGRING AV HELSEOPPLYSNINGER – SAMT BRUK AV SAKKYNDIGE LEGER VED SAKER OM ERSTATNING FOR PERSONSKADE

1. Innledning

Finansnæringens Hovedorganisasjon har mottatt nevnte utredning på høring, med opprinnelig merknadsfrist 01.03.01 (senere utsatt til ultimo mars).

Vi vil først presentere våre hovedsynspunkter på utredningen og hovedforslagene. Deretter vil vi gi utdypende kommentarer om noen grunnleggende forskjeller på trygd og forsikring, behovet for informasjon ved tegning, utvalgets forslag vedrørende tegningssituasjonen, samt bruk av medisinske spesialister og erklæringer ved oppgjør med tilhørende forslag. I tillegg vil vi ved noen eksempler fra det norske markedet synliggjøre konsekvensene dersom selskapenes tilgang til risikorelevant informasjon begrenses. Til slutt vil vi ta opp et behov for å se nærmere på en endring av sanksjonsbestemmelsene i forsikringsavtaleloven.

2. FNHs hovedsynspunkter på utredningen

Kommentarer til utvalgets arbeid og vurderinger

Utvalget tar opp viktige spørsmål og problemstillinger, men synes ikke å ha vurdert disse bredt nok til å legitimere innstrammende lovregulering. Kryssende behov og hensyn må søkes ivarettatt på en best mulig måte i det totale og samlede regelverk. Utvalget synes ikke å ha vurdert om andre alternativer enn de foreslåtte innskrenkninger i Forsikringsavtalelovens regler om opplysningsplikt, vil kunne ivareta både den enkelte kundes personvernbehov og forsikringsselskapets informasjonsbehov på en totalt sett bedre måte.

Utvalget synes i for liten grad å ha vurdert om det ved kjøp av forsikring faktisk er problemer som legitimerer nye lovgivningsmessige inngrep som foreslått. Denne mangel må slik FNH ser det, avhjelpes av departementet. Departementet må i denne sammenheng foreta en gjennomgang av hvilke endringer som er skjedd siden utvalget ble nedsatt, og som har bedret kundenes personvernrettslige situasjon. Vi sikter spesielt til ny personopplysningslov og nye konsesjoner fra Datatilsynet.

Likeledes er de markedsmessige konsekvenser av forslagene ikke vurdert i tilfredsstillende grad. Særlig gjelder det mulige negative konsekvenser av å innføre regler som gir skjevhet i partenes tilgang til relevant informasjon.

Utvalget synes i denne sammenheng også i for liten grad å ha vurdert situasjonen i andre land og tatt i betraktning at et mer åpent marked krever like rammebetingelser.

FNH imøteser resultatet av departementets arbeid med disse spørsmål før man eventuelt kan trekke noen konklusjon og gi nye regler som griper inn i prinsippet om åpenhet og balanse mellom kunde og forsikringselskap.

Kommentarer til hovedforslagene i utredningen:

- 1) FNH mener at viktige personvern hensyn må ivaretas. Disse bør ivaretas ved godt avveide sikringsregler om bruk, lagring og oppbevaring av opplysninger, og ikke ved å begrense selskapenes tilgang til materiell relevant informasjon. Ved slike sikringsregler oppnår man den beste avveide totalløsning ved at kundenes vernebehov ivaretas på en hensiktsmessig måte samtidig som selskapets og kundekollektivets hensyn også ivaretas. Personvern hensyn legitimerer derfor ikke de foreslåtte begrensingsregler.
- 2) I et marked hvor det er frivillig å kjøpe forsikring ut over folketrygdens grunndekninger, må det være balanse mellom den risikorelevante informasjon som kunden har, og den selskapet får tilgang til. Denne balansen er helt grunnleggende for et kontraktsforhold hvor den ene parten bærer et økonomisk ansvar for den andre partens helseforverring. FNH går derfor mot at det gis regler som begrenser forsikringselskapenes tilgang til slik informasjon ved kjøp av forsikring. Solidaritetshensyn legitimerer ikke de foreslåtte begrensingsregler. Slike hensyn må enten ivaretas i trygden eller i frivillig forsikring innenfor rammen av hva kundene vil akseptere.
- 3) Faren for skjevt utvalg (antiseleksjon) samt behovet for svindelbekjempelse legitimerer behovet for lik tilgang til informasjonen.
- 4) Det bør ikke være særlige begrensninger i tilgang til informasjon avhengig av metoden for frembringelse av informasjonen. Det er relevant informasjon som er nødvendig uavhengig av om den er fremkommet ved genetisk test, blodprøve, familiehistorie eller på annen måte.
- 5) Myndighetene må umiddelbart starte prosessen for å få etablert et nøytralt organ som kan oppnevne en medisinsk spesialist som skal utarbeide erklæring til bruk i erstatningsoppgjøret. Dette vil både avhjelpe tillitsproblemer og virke effektiviserende.

- 6) Tilsvarende gjelder oppretting av et nøytralt medisinsk kvalitetssikringsorgan som skal kunne benyttes til å vurdere avgitte spesialisterklæringer.
- 7) Begge organer skal være tilgjengelige for hver av partene i slike oppgjør.
- 8) Forslagene til endringer i tvistemålsloven støttes fordi de vil gi større åpenhet, klarhet i roller og oppdrag, bedre erklæringer og derfor bedre tillit til systemet.

Departementet ber spesielt om høringsinstansenes syn på om utvalgets forslag er gode, adekvate og tilstrekkelige for å bøte på eventuelle problemer ved dagens praksis.

Etter FNHs syn er utvalgets forslag bare delvis hensiktsmessige og aktuelle å innføre uten at det må forventes uheldige virkninger i det norske forsikringsmarkedet.

Noen av forslagene vil klart kunne gi forbedninger både mht kvalitet, effektivitet og tillit. Det er forslagene om nøytral oppnevning av sakkyndige og en veiledende vurdering av spesialisterklæringer ved erstatningsoppgjør. Andre forslag er av en slik art at de ikke synes særlig hensiktsmessige og egnet som regulering i en markedssituasjon. Det er forslagene om lovbegrensninger i informasjonstilgangen.

3. Forskjell på trygd og markedsbasert forsikring

FNH vil i dette og neste kapittel synliggjøre viktige forskjeller mellom folketrygd og markedsbasert forsikring, samt hvilke prinsipper som må legges til grunn for tjenester levert ved slik forsikring.

Dette gjøres for å vise at man i et markedsbasert frivillig forsikringssystem ikke kan regulere seg til en bredere solidaritet enn det kundene i praksis vil akseptere. Med bred solidaritet mener vi her at man til lik pris tar inn kunder med ulik risiko og på den måten forsøker å oppnå en stor grad av risikoutjevning mellom høy- og lavrisikokunder. Dersom samfunnet ønsker trygghetssystemer med slik utvidet solidaritet, må det skje i trygdesystemet.

Norsk folketrygd og helsevesen er basert på at alle i utgangspunktet skal ha et tilbud som er tilstrekkelig til å dekke den enkeltes grunnleggende behov. Forsikringsselskapene tilbyr dekninger i tillegg til dette. Forsikring er således viktig, men ikke absolutt nødvendig for å dekke helt grunnleggende behov.

Den grunnleggende forskjell mellom trygd og forsikring gir ulike roller og muligheter til å dekke forbrukernes risiko. Trygden er obligatorisk og omfatter både personer med høy og lav risiko, og dermed stort og lite behov for ytelser. Forsikring er basert på individenes valg i et marked med nasjonal og internasjonal konkurranse.

Folketrygden dekker grunnleggende behov hvor det til dels er svært stor utjevning mellom medlemmene. Når forsikringsselskapene skal dekke forbrukernes tilleggsbehov i et marked

hvor det er frivillig å kjøpe forsikring, må både regelverket og forsikringsselskapene ta høyde for at kundene vil vurdere produktenes pris mot sine egne behov og den risiko de mener å representere.

Det er også avgjørende forskjell i finansieringen, ved at trygden finansieres ved obligatoriske avgifter og offentlige tilskudd, mens forsikring finansieres av frivillige premieinnbetalinger.

På samme måte som i trygden, er solidarisk risikoutjevning blant deltakerne et grunnleggende prinsipp også i forsikring.

Imidlertid trekker både lovgivningen (forsikringsvirksomhetslovens regler om forholdet mellom pris og risiko) og markedsaktørene (gjennom sin faktiske opptreden) grenser for hvor langt solidarisk risikoutjevning kan strekkes når det er frivillig for aktørene å delta i fellesskapet.

Også innen forsikringvirksomhetens rammer vil risikoutjevningen imidlertid kunne variere. I ordninger med obligatorisk deltakelse hvor man får inn personer både med forhøyet, normal, og lav risiko, kan man oppnå en sterkere grad av risikoutjevning (tilnærmet lik pris for relativt ulik risiko).

Ved forsikringer hvor kunden selv vurderer hensiktsmessigheten av å kjøpe forsikring, er risikoutjevning ikke mulig i samme grad. Erfaringer tilsier at personer med forhøyet risiko tenderer mer enn andre til å søke forsikring når denne er basert på frivillig tilslutning.

Selv om man i Norge skulle ønske å regulere seg til en mer eller mindre tvungen solidaritet, slik utvalget synes å foreslå ved lovregulert tilbakehold av informasjon, vil det på sikt ikke være mulig. Årsaken er at de kunder som har en relativt lav risiko, vil velge å ikke kjøpe en forsikring som er priset relativt høyt, for å inkludere personer med forhøyet risiko. De vil som gruppe betraktet ikke være tjent med å subsidiere kunder med slik forhøyet risiko. Kunder med høyere risiko enn gjennomsnittet vil derimot være tjent med å kjøpe forsikring til lavere pris enn risikoen skulle tilsi. Dette vil gi såkalt antiseleksjon. En overvekt av forhøyede risikoer i forhold til de gjennomsnittsdata som lå til grunn for produktets pris, vil gi tap og dermed føre til økt pris. Eksisterende kunder med relativt lav risiko vil trekke seg ut, mens kunder med høy risiko vil forbli. Videre vil det være vanskelig å få inn nye kunder med lav risiko, mens kunder med høy risiko fremdeles vil se seg tjent med deltakelse. Dette gir en klart uønsket utvikling i retning av avvikling av tilbudet på lengre sikt.

Ikke alle personer har en helsesituasjon som økonomisk sett kan eller bør dekkes ved forsikring som er basert på frivillig tegning i et marked. Noe krav på slike deknninger eksisterer derfor ikke i dag. Eksempelvis vil det være innlysende at en person med langt fremskredet alvorlig sykdom og derfor med utsikter til kort gjenstående levetid, ikke vil kunne få tegne en dødsrisikoforsikring. Det samme vil gjelde for uføreforsikring dersom sykdommen må forventes å gi snarlig uførhet. Tilsvarende får man ikke tegne forsikring på

et hus som har begynt å brenne, eller hvor risikoen for brann er aksentuert ved at et bål er tent opp ved husveggen.

Dersom de offentlige deknings ikke er tilstrekkelige til å dekke visse gruppers grunnleggende behov, må dette avhjelpest ved endringer i offentlige tjenester, og ikke gjennom tvangsmessig innført solidaritet i et frivillig forsikringsmarked.

For at det totale trygghetsbehovet hos forbrukerne skal løses i samspillet mellom trygd og forsikring, er det behov for et velfungerende marked.

FNH mener at myndighetene ikke må gi inngripende regler slik utvalget foreslår. I et marked må det være gjensidig åpenhet og balanse mellom avtalepartene mht premissene for inngåelse av en frivillig kontrakt om kjøp av forsikring. Som nevnt innledningsvis synes dette i for liten grad å ha vært fremme til vurdering i utvalgets arbeid.

Disse forholdene tilsier at de samfunnsmessige behov for økonomisk trygghetsdekninger hos forbrukerne må dekkes i folketrygden dersom man ønsker en større solidaritetsutjevning mellom høy- og lavrisikogrupper enn det kundene i et frivillig marked i praksis er villige til å godta.

4. Opplysninger som grunnlag for avtale om kjøp av forsikring

Utvalget foreslår at kunder skal kunne holde risikorelevant informasjon tilbake ved kjøp av forsikring. Vi er som sagt bekymret for at dette på grunn av antiseleksjon kan få så omfattende og alvorlige negative konsekvenser at flere forsikringsprodukter over tid blir tatt ut av markedet. En slik utvikling kan særlig bli aktuell for uføreprodukter og kritisk/alvorlig sykdomsprodukter.

Denne frykten er basert på faktiske erfaringer fra det norske markedet, mht hvordan kunder i et fritt marked agerer. Dette vil vi senere belyse med noen eksempler.

Vi er også bekymret for at en lovgivning som bryter med eksisterende lovprinsipp om partenes plikt til full åpenhet, vil kunne åpne for at kunder på uredelig vis forsøker å holde informasjon tilbake, og dermed kommer inn i forsikringskollektivet på gale premisser. Problemet vil ytterligere forsterkes dersom reglene er skjønnsmessige eller uklare, da klarhet kan gjøre det lettere å holde mer informasjon tilbake.

Vi vet at forsikringssvindel på personforsikringsområdet ikke er et ubetydelig problem. Utvalget har etter vårt syn ikke tatt dette problemet på alvor, og i tilstrekkelig bredde vurdert svindelkonsekvenser av et brudd med prinsippet om balansert åpenhet og opplysningsplikt.

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.

Det er relativt sjelden at helseopplysninger gir grunnlag for totalt avslag på en søknad om forsikring. I praksis gis det premietillegg eller tas forbehold om at man ikke får dekning for tilfeller som skyldes bestemte årsaker (f.eks. reservasjoner om at man ikke får dekket uførhet som skyldes rygglidelser fordi man fra før har ryggproblemer). I praksis godtar man opp til 50 % overdødelighet (uten å ta premietillegg) ved alminnelig dødsrisikoforsikring. Bare 5% av de som søker om dødsrisikoforsikring får premietillegg, og mindre enn 1% får avslag.

Det er på denne bakgrunn ikke et holdbart argument for å innføre innskrenkninger i opplysningsplikten, at det må gjøres for å sikre at forbrukerne får tilgang til nødvendig forsikring.

Utvalgets forslag om mulighet for forsikringssøker til å holde tilbake opplysninger, medfører egentlig et forsøk på en spesiell form for krysssubsidiering mellom kundene slik at kunder med forhøyet risiko av visse typer (for eksempel særlige personlige forhold) skal subsidieres av andre kunder, mens kunder med forhøyet risiko av andre årsaker må betale en pris som står i forhold til den risiko de representerer.

Hvilke opplysninger som selskapet vurderer å ha behov for, og hvor grove risikogrupper man kan ta til lik premie, vil kunne variere med produkt. F.eks. vil det være større behov for opplysninger ved uføreforsikringer og kritisk sykdomsforsikring som dekker noen spesielle sykdommer, enn ved forsikring for død uansett årsak. Behovet vil også variere med hva slags betydning de enkelte opplysningene har når de settes sammen med andre opplysninger.

FNH vil sterkt fremholde at det er forsikringsselskapet som overtar risikoen for en kunde, og at det er selskapene som derfor må foreta vurderingen av hvilke helseinformasjoner som er relevante å be om.

Fordi det er mange forhold som avgjør hvilken informasjon som kan være aktuell i den konkrete kjøpsituasjon, er dette et område som også retts teknisk er lite egnet til spesifikk regulering, tatt i betraktning både det aktuelle og fremtidige produktspekter.

Å beholde gjeldende nasjonale og internasjonale utbredte og godt begrunnede lovprinsipp om likeverdig balanse mellom partene mht tilgang og kjennskap til risikorelevant informasjon, betyr ikke at forsikringsselskapene vil spørre om "alt". Det ligger naturlige begrensninger i at forsikringsselskapene bare er interessert i å spørre om opplysninger som er av betydning for de respektive forsikringsproduktene. Videre vil selve salgs- og markedssituasjonen danne en begrensning ved at produktene blir vanskelig salgbare dersom opplysningskravene er større enn nødvendig ut fra produkttype, søkerens helsetilstand, og behovet for å forebygge forsikringssvindel.

5. Nærmere om de enkelte forslag vedrørende tegning av forsikring

Vi viser til våre innledende merknader om at det etter vårt syn ikke er foretatt problemkartlegging og vurderinger som legitimerer ny innstrammende særregulering. Vi vil imidlertid likevel kommentere nærmere utvalgets enkelte forslag om tegningsinformasjon.

Som det fremgår av våre kommentarer om behovet for å ivareta personvernet, er FNH positiv til flere forslag som sikrer informasjon til søkeren og forsvarlig behandling av sensitive opplysninger i selskapene. FNH er imidlertid prinsipielt imot at balanseforholdet mellom partene forrykkes ved at opplysningsplikten begrenses slik at visse typer opplysninger skal kunne holdes tilbake ved søknad om forsikring.

§13-1

Utvalget foreslår i §13-1 nedfelt en hovedregel om opplysningsplikten. FNH støtter denne, herunder at kunden bare skal ha en supplerende egenopplysningsplikt dersom selskapet har oppfordret til å gi slike opplysninger. Som en følge av at vi går imot materielle begrensingsregler, kan vi ikke støtte tilføyelsen i slutten av bestemmelsens annet punktum.

§13-1a

Vi merker oss at lovkommentarene til §13-1a slår fast at "de begrensningene i opplysningsplikten utvalget foreslår nedenfor bare gjelder selskapets spørsmål. De spørsmål som er stilt, må besvares fullt ut." Som vi vil komme nærmere tilbake til i merknadene til §13-1b, er vi imidlertid bekymret for at den uklare regelen om "spesiell personlig karakter" vil føre til at kunden i praksis ikke besvarer alle spørsmål riktig og fullstendig, men faktisk vurderer opplysningens karakter og dermed tilbakeholder informasjon.

Utvalgets intensjon har vært at de foreslåtte begrensninger skal gjelde skjemaene og ikke at søkeren i den enkelte situasjon skal vurdere hva som er spesiell personlig karakter. Dette burde ha kommet klarere frem for å unngå en situasjon hvor kunden tilbakeholder informasjon basert på en egen vurdering av informasjonens personlige karakter. En slik situasjon vil bli helt uholdbar og skape svært mange konflikter på et senere oppgjørstidspunkt. Det vil da bli spørsmål om misligholdt opplysningsplikt med manglende utbetaling som konsekvens.

§13-1b

Utvalget foreslår i §13-1 b en fullstendig ny bestemmelse med begrensninger i hva selskapene kan spørre etter. FNH kan ikke støtte forslaget, og viser til mindretallsmerknaden fra FNHs representanter på side 123 i utredningen. Vi mener det er mange betenkeligheter ved forslaget.

FNH er enig i forslaget i første punktum om at selskapet bare kan be om opplysninger eller vurderinger som, alene eller sammen med andre opplysninger, kan ha vesentlig betydning for dets forsvarlige vurdering av risikoen. Dette er også i samsvar med dagens praksis i forsikringsselskapene.

FNH er imidlertid ikke enig i flertallets forslag i 2. punktum om at selskapet ikke skal kunne be om opplysninger som ikke allerede er gjort tilgjengelige eller gjøres tilgjengelige for forsikringstakeren eller den forsikrede. Det er åpenbart at en søker ikke kan gi opplysninger om forhold som han eller hun ikke er kjent med. Problemet oppstår når det innhentes opplysninger fra vedkommendes lege eller andre. Dersom vedkommende er under utredning for en sykdom (for eksempel kreft eller multippel sklerose), og legen ikke har diskutert diagnosen med sin pasient, skal legen etter forslaget ikke kunne gi disse opplysningene videre til selskapet. Pasienten vil imidlertid i praksis ofte ha mistanke om mulig sykdom, og derfor være ekstra motivert for å søke forsikring. Forslaget vil derfor føre til antiseleksjon. Det vil også i ettetid ofte være vanskelig å dokumentere i hvilken grad pasienten faktisk var informert av sin lege. Utvalgsflertallet begrunner sitt forslag med retten til ikke å vite, altså at en søker ikke skal få avdekket alvorlig sykdom pga. søknadsbehandlingen. I praksis er det uhyre sjelden at dette skjer. Vi minner også om at det er frivillig å søke om forsikring, og at vurdering av risiko er en forutsetning for frivillig forsikring. Selv om utvalgets intensjon kan synes ideell, er problemets art og omfang langt fra stort nok til å kunne legitimere en regel som vil måtte forventes å gi antiseleksjonsproblemer som også vil ramme de andre forsikrede.

FNH er også uenig i flertallsforslaget i 3. punktum om at selskapet ikke skal kunne be om opplysninger som ikke kan gis uten å røpe forhold som etter allmenn oppfatning er av helt spesiell personlig karakter. Selskapene spør ikke etter slike meget personlige forhold (som er nevnt i lovforslaget) i dag, og vil neppe gjøre det i fremtiden. Når vi likevel går imot forslaget, er det av følgende grunner:

- 1) Det er uklart hva som menes med opplysninger av helt spesiell personlig karakter. Av kommentarene fremgår det at utvalgsflertallet mener at "utførte aborter, sterilitet, inkontinens, psykologbesøk, operasjon for penisforlengelse, narkomani, silikonbehandling av bryster og venerisk sykdom" ikke er av helt spesiell personlig karakter, mens "intelligensmålinger, voldtekter, overgrep mot forsikringssøkeren i barndommen, seksualvaner, seksuell legning, voldelig ektefelle eller voldelig forhenværende ektefelle" er det, og derfor skal unntas fra selskapene. Grensen mellom hva som skal unntas, og hva som ikke skal unntas, blir derfor høyst uklar både for selskapene og for søkerne. Mange kunder vil antakelig mene at opplysninger om psykiske problemer er særlig personlige. Dette er imidlertid informasjon som er helt nødvendig for selskapenes risikovurdering.
- 2) FNH er prinsipielt uenig i en forskjellsbehandling hvor søkere med forhøyet risiko skal ha krav på forsikring til normale vilkår fordi risikoen skyldes visse sykdommer og tilstander, mens man for øvrige forhold kan etterspørre informasjon og prisdifferensiere etter risiko. For eksempel vil en som knapt er arbeidsfør etter en voldtekt med derpå følgende psykiske plager, kunne få tegne uføreforsikring, mens

en person med for eksempel ryggskade etter en bilulykke kanskje ikke vil få tilbud om samme forsikring.

- 3) Selv om selskapene ikke spør etter helt spesielle personlige opplysninger, kan det tenkes at slike opplysninger fremkommer av egenerklæringen eller av en legeerklæring (for eksempel kan det stå at vedkommende har vært til behandling hos psykolog pga. en voldelig ektefelle eller en voldtekt). Slik forslaget er formulert, og sett i sammenheng med forslaget om kontraheringsplikt i § 13-1j, kan selskapet ikke bruke denne informasjonen i risikovurderingen dersom den skulle fremkomme. Selskapet er derfor pliktig til å tilby forsikring. Dette åpner for antiseleksjon.
- 4) Siden forståelsen av formuleringen "forhold av helt spesiell personlig karakter" nødvendigvis må bygge på skjønn, kan det oppstå konflikter ved et senere oppgjør. Dersom den forsikrede har fått forsikring ved å holde tilbake opplysninger som han/hun mente var av helt spesiell personlig karakter, vil disse opplysningene kunne komme frem ved oppgjøret. Dersom selskapet er uenig i at opplysningene faller inn under lovens unntak, kan det da bli konflikt mellom selskapet og den forsikrede. Vi mener at det er en fordel for begge parter å avklare slike forhold før forsikringen tegnes, slik at kunden i etterkant ikke kommer i en situasjon hvor han faktisk ikke har en gyldig forsikring.
- 5) Vi mener at regelen pga sin uklarerhet også vil virke svært lite forutberegnelig og at det ikke vil være mulig å etablere en hensiktsmessig kontroll med om den etterleves. Et slikt unntak i opplysningsplikten vil kunne medføre at personer som allerede er syke, kommer inn i forsikringsordningen.

§13-1c

Utvalget foreslår i §13-1 c innført tidsbegrensninger slik at selskapene ikke skal kunne be om informasjon som er eldre enn hhv 10 og 5 år. FNH vil peke på at dette i stor utstrekning er sammenfallende med gjeldende praksis. Vi mener at lovgivning er unødvendig, da praksis har vist at gamle opplysninger ikke etterspørres. Dette området reguleres best av markedshensyn og hensyn til kostnadseffektiv drift. FNH er under enhver omstendighet uenig i at opplysninger om helserelaterte livsstilsforhold skal begrenses til 5 år. Utvalget er selv inne på at "livsstil" kan være vanskelig å avgrense. Den ytre grense på 10 år bør gjelde også for livsstilsforhold.

§13-1d

FNH støtter flertallets forslag til §13-1 d om at forbudet i bioteknologiloven §6-7 ikke skal gjelde forsikringsselskapets spørsmål etter forsikringsavtalelovens regler. FNH tar avstand fra det alternative mindretallsforslaget.

Lov om medisinsk bruk av bioteknologiloven har meget strenge bestemmelser for bruk av genetiske opplysninger i forsikring. Forsikringsselskapene har ikke lov til å spørre om det har vært utført prediktive eller presymptomatiske genetiske tester, og de har ikke lov til å be om, motta, oppbevare eller bruke informasjon fra slike tester. Med dagens lovverk er det åpenbart en fare for antiseleksjon ved at personer som er testet for arvelige sykdommer og vet at de er bærere av genet, kan tegne høye forsikringer på normale betingelser. Slike

personer kan ha flere hundre gangers overrisiko for sykdom, uførhet og død i forhold til normalbefolkningen.

Når FNH støtter forslaget om å endre forsikringsavtaleloven slik at forbudet mot bruk av genetiske opplysninger ikke skal gjelde ved tegning av forsikring, er det basert på en vektlegging av følgende forhold:

- 1) Grunnlaget for forsikring er at man forsikrer seg mot en uventet hendelse. Dersom risikoen er kjent, faller grunnlaget for frivillig forsikring bort.
- 2) Det er et grunnleggende prinsipp at det skal være balanse i informasjonen mellom kontraktspartnere. Dersom en søker sitter med relevant informasjon om sin risiko, må også forsikringsselskapet få tilgang til denne informasjonen for å forhindre antiseleksjon. Om opplysningen har fremkommet ved hjelp av en genetisk test, en vanlig blodprøve eller via familiehistorie, kan ikke være av betydning.
- 3) Det er ikke lett å trekke grensen for hva som er arvelig betinget sykdomsrisiko. De fleste sykdommer er et resultat av samspill mellom arv, miljø og livsstil. Det gjelder f.eks. forhøyet kolesterol, blodtrykkssykdom, mange hjertesykdommer, sukkersyke og mange lungesykdommer.
- 4) Med dagens lovverk kan en person som kjenner sin egen risiko på bakgrunn av en gentest, tegne forsikringer i millionklassen, med nesten sikker utbetaling, uten at forsikringsselskapene får ha samme kunnskap om risikoen. Utbetalingene må dekkes (indirekte) av de øvrige forsikrede.
- 5) Det er ikke åpenbart at opplysninger fra genetiske tester skal beskyttes særskilt. Hvis formålet er å gi økonomisk dekning til de svakeste, burde både HIV-positive, kreftpasienter og andre med alvorlige sykdommer ha krav på privat forsikring. Et slikt krav vil føre til at private forsikringsordninger bryter sammen.
- 6) Dagens bioteknologilov slår uheldig ut for en del personer. Norske forsikringsselskap har eksempler på at søkere fra familier med høy risiko for spesielle sykdommer er blitt nektet forsikring selv om de er testet negativt, fordi forsikringsselskapene ikke har lov til å vite om eller bruke informasjon fra slike tester.
- 7) Det er foreløpig bare noen få og sjeldne tilstander hvor det er meningsfullt å bruke resultatet fra genetiske tester ved tegning av forsikring. Utviklingen innen medisinsk genetikk går imidlertid raskt, og i løpet av få år må vi forvente at vesentlig flere personer har kunnskap om egen genetisk risiko. Dagens forbud i bioteknologiloven kan da bli en trussel mot hele det private forsikringsmarkedet.

Norge har i dag en av verdens strengeste lover når det gjelder bruk av genetiske opplysninger i forsikring. Mange land har ikke lovregulering på dette området. Noen land har bransjeavtaler hvor forsikringsselskapene har forpliktet seg til ikke å be om opplysninger om genetiske tester hvis forsikringssummen er under visse, relativt beskjedne, grenser. I Storbritannia har myndighetene nylig eksplisitt tillatt bruk av genetiske tester i forsikringssammenheng, og utarbeidet retningslinjer for dette.

Et betydelig mindretall i lege-/forsikringsutvalget går imot flertallets forslag om endring på dette området. Mindretallets synspunkter fikk umiddelbar støtte både fra enkelte politikere og i mediene før flertallets premisser var gjennomgått. Slike forhastede vurderinger bør ikke prege lovgivningen. De fleste reaksjonene har trukket inn frykt for at forsikringsselskapene skal kreve full genetisk kartlegging før det inngås en forsikringsavtale.

Selv om FNH prinsipielt mener at genetisk informasjon ikke skal stå i noen særstilling i forhold til annen informasjon, er problemstillingen knyttet til krav om nye genetiske tester lite aktuell i overskuelig fremtid.

I dagens situasjon er det ikke meningsfullt å pålegge noen å gjennomføre en ny genetisk test for å få forsikring.

Det er imidlertid grunnleggende for forsikringsselskapene at relevante forhold som forsikringstakeren faktisk allerede er kjent med, må opplyses til forsikringsselskapene ved tegning.

Dette må etter vår mening gjelde like fullt for informasjon fra genetiske tester som søkeren allerede har tatt, som for opplysninger som ikke er et resultat av slike tester.

Fravær av lovbegrensninger betyr således ikke at genetiske tester og informasjon vil bli krevet og brukt i full utstrekning. Eksempler fra andre land viser at bransjeintern regulering anses mer hensiktsmessig enn lovregulering.

FNH arbeider for tiden med sikte på å utarbeide en bransjenorm som skal regulere selskaperens innhenting og bruk av genetisk basert informasjon i en situasjon hvor lovgivningen åpner for det slik flertallet har foreslått. Bransjenormen vil kunne iverksettes dersom utvalgets flertallsforslag gjennomføres.

Et mindretall i utvalget foreslår også at forsikringsavtaleloven endres slik at forbudet mot bruk av genetiske opplysninger i bioteknologiloven utvides til å gjelde opplysninger om sykdomshistorie i søkerens familie. Dette forbudet skal også gjelde ved særlig høye forsikringer.

Dette innebærer en betydelig endring i forhold til langvarig praksis og gjeldende rett.

Familiehistorien kan være av stor betydning for risikovurderingen, og spørsmål om familiehistorie brukes av forsikringsselskapene i alle land vi er kjent med.

Familiehistorien er kjent for søkeren, slik at det ikke avdekkes ny informasjon for søkeren i forbindelse med et slikt spørsmål.

I Norge spørres det i dag om familiehistorie ved tegning av en del forsikringer (f.eks. ved høye forsikringssummer og ved forsikringen "Kritisk Sykdom") for å unngå antiseleksjon.

Spørsmålene er formulert slik at enkeltpersoner (andre familiemedlemmer) ikke skal identifiseres. Mindretallet uttrykker frykt for at informasjon om et familiemedlem kan bli brukt mot denne personen. Dette skjer ikke. Som nevnt vet forsikringsselskapene ikke hvem denne tredjepersonen er. Slik bruk ville også være ulovlig både i forhold til lov om personopplysninger og forsikringsavtaleloven.

Opplysninger om familiehistorien er av stor betydning når en lege skal vurdere fremtidig risiko. Slik informasjon har en generell form når den meddeles selskapet i legeerklæringer. Det er f.eks. ganske vanlig at en lege gir opplysningen "mye hjertesykdom i familien".

Dersom mindretallets forslag blir vedtatt, blir konsekvensen av personer fra høyrisikofamilier kan kreve forsikringer på mange millioner kroner uten at selskapet vet om og kan vurdere deres risiko. Dette skaper en betydelig usikkerhet for selskapene. Konsekvensen vil antakelig bli premieøkninger (i den grad dette er mulig uten å føre til antiseleksjon) og at selskapene må slutte å selge visse typer forsikringer. Vi går derfor meget sterkt imot dette mindretallsforslaget.

Det har vært hevdet at det er usikkerhet om hvordan definisjonen av genetiske undersøkelser i bioteknologilovens § 6-1 skal tolkes, og om opplysninger om familiehistorie ligger innenfor lovens begrensninger. Et flertall i utvalget foreslår å presisere loven på dette punktet. Etter FNH's mening er denne presiseringen i samsvar med gjeldende rett og bioteknologilovens formål.

Når det gjelder diskusjonen om bruk av genetiske opplysninger i forsikring, viser vi også til vedlagte artikler.

§13-1x

Et mindretall foreslår i §13-1x en tidsbegrensningsregel som er ment å begrense den totale informasjonsinnhentingen. FNH mener dette er uegnet for lovregulering, og ser forslaget som u hensiktsmessig. Salgs- og markedssituasjonen vil i seg selv legge føringer slik at selskapene begrenser opplysningsskjemaenes omfang. Videre er kundene svært forskjellige, produktene svært forskjellige og tegningssituasjonene likeså. Vi kan derfor ikke se at noe skulle være vunnet ved et slikt forslag. Vi kan heller ikke se hvordan man skulle kunne forvente en reell og praktisk håndheving av en slik regel.

§13-1e

Utvalget foreslår i §13-1 e en regel om at selskapene skal informere kunden. FNH støtter dette forslaget. Utvalget har forutsatt at informasjonen skal være kort og enkel. Vi legger til grunn at det betyr at bestemmelsen innfører en plikt til å gi informasjon om sammenhengen mellom informasjonsinnhentning, risikokartlegging og prissetting, og ikke er en plikt til inngående forklaring av den risikomessige betydning av hvert enkelt av spørsmålene i skjemaene.

§13-1f

FNH støtter forslaget i §13-1 f om at selskapet ikke skal kunne påberope opplysninger som er innsamlet eller unnlatt makulert i strid med lov.

§13-1g

Utvalget foreslår i §13-1 g en regel om at selskapene ikke kan kreve helseopplysninger i forbindelse med lovpålagte personforsikringer og visse forsikringer som bare gir ytelser på nivå med norsk folketrygd. Slike produkter finnes ikke i dag, og vil med en slik lovbestemmelse ikke kunne forventes utviklet i fremtiden. Forslaget synes unødvendig. Skulle et forsikringsselskap for eksempel ønske å tilby en grunnleggende forsikring for flyktninger (fordi disse ikke omfattes av norsk folketrygd), er det åpenbart at selskapet må foreta en helsevurdering for å unngå antiseleksjon.

Vi mener forslaget også retts teknisk er uheldig, da det er uklart hvilke typer forsikring som eventuelt skal omfattes.

§13-1h

Utvalget foreslår i §13-1 h en adgang til å innhente informasjon som ikke er kjent for kunden, dersom det er høye forsikringssummer. FNH mener det er legitimt grunnlag for å kunne kreve utvidet informasjon ved høye summer.

I alle land vi er kjent med, kreves det flere opplysninger ved høye forsikringssummer enn ved normale summer. Hovedformålet er å unngå antiseleksjon. Det vanligste er at selskapene krever en legeundersøkelse, gjerne kombinert med visse laboratorieprøver (for eksempel måling av kolesterol og HIV-test). Grensen for når man krever tilleggsinformasjon, varierer med type forsikring. For dødsrisiko praktiseres det i dag i Norge normalt en grense for legeundersøkelse på 50 G (ca. 2,5 millioner) for personer under 50 år, og 30 G for personer over 50 år. Selskapene bruker likevel skjønn. Ved kombinasjon av flere forsikringer og ved uklart risikobilde hender det at man ber om legeundersøkelse også ved lavere summer. I tillegg krever de selskapene som reassurerer norske forsikringsselskap, ofte visse undersøkelser.

FNH mener at forslaget om forskriftsregulering av når selskapene kan be om tilleggsopplysninger (for eksempel legeundersøkelser), er unødvendig og praktisk og retts teknisk uheldig. Det er både kostnadskrevende og tidskrevende å be om legeundersøkelser, og selskapene gjør det bare når det er nødvendig for avklaring av søknaden og for å forhindre spekulasjon. Grensene for dette vil variere med type forsikring og over tid. En egen forskrift vil derfor måtte bli detaljert, og vil måtte endres stadig etter hvert som markedet utvikler seg og nye forsikringsprodukter kommer til. Uansett synes de grensene som er antydnet av utvalgsflertallet (1,4-2,3 millioner) å være for høye.

Vi vil også kommentere de to mindretallsforslagene i § 13-1h. Mindretallene foreslår et forbud mot at selskapene kan kreve undersøkelser som kan avdekke alvorlig/livstruende sykdom eller disposisjon som det ikke finnes et effektivt behandlingstilbud for i Norge. Konsekvensen av disse forslagene er at selskapene ikke kan be om HIV-test, og muligens

heller ikke be om undersøkelser som kan avdekke for eksempel alvorlig kreftsykdom eller alvorlig hjertesykdom. Faren for antiseleksjon og spekulasjon mot selskapene blir betydelig ved at personer som skjønner at de har en alvorlig sykdom, tegner forsikring med høye summer uten at selskapene kan avdekke den forhøyede risikoen. Hva som skal anses som effektiv behandling kan også være uklart og diskutabelt, hvilket gjør forslaget uegnet retts teknisk. FNH tar derfor sterkt avstand fra disse mindretallsforslagene.

De norske forsikringsselskapene reassurerer forsikringer med høye summer i utenlandske reassuranseselskap for å spre risikoen på flere. I tillegg søker de norske selskapene rutinemessig om reassuransse hvis risikoen anses som svært høy, for eksempel pga. sykdom. Ordningen med reassuransse fører til at flere personer får tilbud om forsikring. Reassuranseselskapene krever visse undersøkelser (for eksempel HIV-test eller EKG-undersøkelse) for å kunne vurdere risikoen. Konsekvensene av mindretallsforslagene kan derfor bli at den del søkere ikke vil få mulighet til å tegne forsikring fordi selskapene ikke får reassurert risikoen.

§13-1i

Utvalget foreslår inntatt en bestemmelse i §13-1i om kvalitetssikring. FNH viser til vår tidligere uttalte holdning om at kundenes behov sett i sammenheng med selskapenes behov, ivaretas best ved gode "rammeregler" om informasjonsbehandlingen fremfor materielle begrensninger. FNH er positive til et krav om kvalitetssikring av rutinene for håndtering av helseopplysninger. Det er imidlertid uklart hvem man her har ment å tillegge tilsynsmyndighet og hvordan dette skal gjennomføres i praksis. Et mulig alternativ som kunne vurderes i sammenheng med forskjellige løsninger, er om Nevnden for helsebedømmelse kan gi retningslinjer.

§13-1j

FNH er enig i forslaget i bestemmelsens første ledd om at avslag på forsikring skal begrunnes. FNH er imidlertid prinsipielt uenig i utvalgsflertallets forslag i annet ledd om kontraheringsplikt.

Forslaget er en naturlig konsekvens av at visse opplysninger (opplysninger av helt spesiell personlig karakter, opplysninger som er eldre enn 10 år med mer) skal unntas fra selskapet, og vi viser til våre kommentarer under § 13-1b og §13-1c. I tillegg understreker vi at frivillig forsikring ikke er det samme som obligatorisk trygd. En kontraheringsplikt griper dypt inn i selskapenes frihet til å drive forretning. Etter vår mening er det heller ikke dokumentert at usaklig nekting av forsikring er et reelt problem i Norge.

§13-2

FNH kan ikke se noe behov for den foreslåtte endring i §13-2.

6. Eksempler på hvordan markedet i Norge har fungert ved informasjonsskjevhet

Vi viser til det vi tidligere har omtalt som antiseleksjon og uheldige og uønskede virkninger av utredningens begrensningsforslag.

Vi vil her ved noen eksempler synliggjøre hvordan skjevhet i partenes kunnskap om relevant informasjon gjør at forsikringsselskapene får et systematisk skjevt utvalg mot seg, og hvilke konsekvenser det gir.

Om ulik informasjonstilgang skyldes eksterne regler eller selskapenes policy er uten betydning for å illustrere kundenes handlemønstre og betydningen for markedet. Utvalget mener nok at forslaget om materielle begrensninger skal være i forbrukernes interesser. Imidlertid kan det få som konsekvens at visse produkter ikke lenger kan tilbys i markedet.

Et forsikringsselskap (Norsk Bilforsikring Gjensidig) tilbød bilforsikring til alle bileiere uten å prisdifferensiere på årlig kjørelengde som klart er en faktor av risikomessig betydning. Bileiere med høy kjørelengde så seg tjent med å flytte til dette selskapet, da de i utgangspunktet fikk en rimelig premie i forhold til den risiko de representerte. Bileiere som kjørte kort var ikke tjent med å bli i dette selskapet og subsidiere de med høy kjørelengde. De forlot derfor selskapet. Dette ga store tap for selskapet, og ordningen måtte opphøre.

På midten av 1980-tallet lanserte forsikringsselskapene gjeldsforsikring som et nytt forsikringsprodukt. Selskapene forventet at en så stor del av Norges befolkning hadde lån og at en så stor del av låntakerne ville tegne gjeldsforsikring, at en statistisk basert vurdering av befolkningen ville være tilstrekkelig som grunnlag for å beregne risikoen og sette prisen. Selskapene la derfor til grunn at man ikke behøvde å vurdere den enkelte kundes helse. Det at selskapene ikke krevde helseopplysninger, ga en overrepresentasjon av kunder med forhøyet helseerisiko fordi disse personene så seg mer tjent med å tegne slik forsikring enn gjennomsnittet av låntakere. Denne systematiske tiltrekningen av kunder med høy risiko førte til store tap for forsikringsselskapene slik at ordningen med forsikringstegning uten helsevurdering raskt måtte opphøre.

Et nyere eksempel er forsikringsselskapet Trygg Hansas tilbud til alle OBOS-medlemmer om lav og relativt lite differensiert bilforsikringspremie. Man hadde forsøkt å beregne den gjennomsnittlige risikoen i gruppen som sådan (dvs. OBOS' medlemsmasse) før tilbudet ble lansert. Imidlertid hadde man ikke tatt høyde for at personer med relativt høy risiko (f.eks. unge bilførere) meldte seg inn i OBOS for å oppnå en gunstig bilforsikringspremie. Dette har påført Trygg Hansa store tap, og konseptet måtte etter få måneder trekkes fra markedet.

Et eksempel av litt annen karakter er den forsikringsordningen som Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) har etablert i Storebrand. I 1993 og 1994 var det aktiv dialog mellom FFO og flere andre organisasjoner og Norges Forsikringsforbund (nå FNH). De funksjonshemmedes organisasjoner hevdet at de øvrige forsikringskundene ville være villige til å la høyrisikogruppenes medlemmer bli tatt opp i forsikringsfellesskapet uten premietillegg for den forhøyede risiko de representerte. Dette ble ikke akseptert av

forsikringsselskapene fordi de mente at de øvrige kundene i praksis ikke ville akseptere dette.

Resultatet ble at bl.a. FFO gikk i forhandlinger med enkelte forsikringsselskap og til slutt fikk etablert en forsikringsavtale med Storebrand for sine medlemmer. Storebrand tilbød i utgangspunktet en forsikring uten helsevurdering, der alle betalte lik premie for samme forsikringssum, uavhengig av risiko. Forutsetningen var at forsikringen ble gjort obligatorisk for medlemmene i de organisasjonene som er tilknyttet FFO. Dette var ikke mulig for FFO, og man ble i stedet enige om en ordning med lik premie, men med helsevurdering og differensiert forsikringssum etter hvilken risiko den enkelte representerte ved opptak i forsikringen. Selv ikke innad i FFO var det altså solidaritetsvilje nok til at alle ville delta i en ordning med lik premie for samme forsikringssum. Gjensidige har gjort tilsvarende erfaringer med sin forsikringsordning med Norges Handikapforbund.

Disse eksemplene viser at befolkningens solidaritet ikke er ubegrenset, og at antiseleksjon er et reelt problem ved frivillig forsikring. Både lovgivende myndigheter og forsikringsselskapene må forholde seg til dette.

7. Forsikringsoppgjør og bruk av medisinske spesialister og erklæringer

FNH støtter forslagene om å opprette partsnøytrale organ som kan sikre

- oppnevning av kvalifisert medisinsk sakkyndige uten at partene kan påvirke valg av person
- en uavhengig og kvalifisert medisinsk vurdering av kvaliteten på sakkyndige erklæringer som er utarbeidet i forbindelse med personskader

FNH konstaterer og er bekymret for at det i dag ikke er den ønskede tillit til prosessene omkring utvelgelse og bruk av medisinske spesialister i forbindelse med personskadeoppgjør. FNH tar ikke stilling til rettmessigheten av de forskjellige synspunktene som er fremkommet i samfunnet, men legger til grunn at gjeldende situasjon avdekker behov for tiltak som kan øke tilliten.

FNH mener at etablering av slike organer som foreslått, vil ha stor betydning for å styrke tilliten til bruk av sakkyndige leger i forbindelse med personskadeoppgjør. FNH mener også at ordningen vil bidra til raskere erstatningsoppgjør ved at antallet konflikter reduseres, samtidig som tilgjengelig sakkyndigkapasitet kan utnyttes mer effektivt og gjøre ventetidene på erklæringer kortere enn i dag. Forslagene vil redusere behovet for å innhente flere erklæringer i samme sak slik tilfellet er i en del saker i dag. Tiltakene synes hensiktsmessige i forhold til reelle behov.

FNH ber departementet raskest mulig ta nødvendige skritt for etablering av organene som bør være til fordel for alle parter.

Nøytral oppnevning

For at ordningen med nøytral oppnevning av sakkyndig skal tjene sin hensikt, er det FNHs oppfatning at ordningen må etableres som del av ordinær saksgang i de skadesaker der partene i forsikringsoppgjøret ikke raskt kommer til enighet om å henvende seg til behandlende spesialist for sakkyndiguttalelse.

Organet må kunne benyttes av begge parter i et forsikringsoppgjør, samt av trygd og domstoler.

Forslaget fra utvalgets mindretall om at oppnevningssinstansen bare bør stilles til disposisjon for skadelidte, vil undergrave hensynet til at den sakkyndige bør fremstå som mest mulig nøytral i forhold til begge parter.

Etablering av den nøytrale oppnevningssinstansen vil også bidra til at saksbehandlingstiden blir kortere, og redusere belastningen på helsevesenet fordi antall legeerklæringer reduseres. Mindretallets forslag vil motvirke en slik effektivisering, fordi bruken av instansen kan forhindres av en av partene.

Mindretallet mener at den nøytrale oppnevningssinstansen ikke bør stilles til disposisjon for domstolene, slik flertallet foreslår. Ved en rettsvist vil hovedregelen fortsatt være at partene forsøker å enes om valg av rettsoppnevnt sakkyndig. Dersom partene ikke kommer til enighet, vil mulighetene til å søke råd om oppnevning av sakkyndig via oppnevningssinstansen både lette det praktiske arbeidet for domstolene og sikre skadelidte en sakkyndig med relevant kompetanse. Det er heller ikke sagt at utvelgelsen av sakkyndige for domstolene bør følge samme matematiske tilfældighetsmetode som den ordinære oppnevningen. FNH har vanskelig for å se at mindretallets frykt for en svekket rettssikkerhet er begrunnet.

Mindretallets påstand om at det ensidig er selskapene som utøver press for å kanalisere sakkyndigoppdrag til visse miljøer og/eller enkeltpersoner, er ikke korrekt. Det har lenge vært forsikringsnæringens klare policy å tilstrebe at sakkyndigerklæringer utarbeides av sakkyndige som tilhører de presumtivt best kvalifiserte fagmiljøene, dvs sentral- og regionssykehus. Dette har imidlertid ikke alltid vært mulig, dels på grunn av manglende kapasitet til slikt arbeid ved disse institusjonene og dels fordi advokater og interesseorganisasjoner i perioder har satt seg i mot en hver bruk av enkelte slike fagmiljøer. FNH kan vise til spesialister som klart har uttalt at de ikke lenger ønsker å bruke tid på sakkyndigvirksomhet på grunn av det belastende personfokus som har utviklet seg.

FNH kan ikke se at mindretallets forslag vil bidra til å redusere dagens problemer knyttet til oppnevning av sakkyndig.

FNH støtter flertallets forslag om at hver av partene skal kunne be om nøytral oppnevning av sakkyndige. Dette vil sikre at alle skadelidte stilles mest mulig likt og at ingen av

partene i den enkelte sak har større mulighet enn den andre til å påvirke valget ut fra egne interesser. Dette vil igjen føre til at belastningen på den sakkyndige som person reduseres, og fokus rettes mer mot erklæringen enn mot personen som har skrevet den. Lettelsen i belastning vil forsterkes ved kvalitetssikringsorganets fokus på og vurdering av erklæringen som det relevante verktøy for avgjørelser av vanskelige spørsmål om uførhet, invaliditet og årsakssammenheng.

Ved at oppnevning av sakkyndige gjennom det nøytrale oppnevningsorganet blir hovedordning, vil også det meste av sakkyndigvirksomheten på området bli samlet i et mer ordnet og oversiktlig system enn i dag. Dette vil i seg selv kunne øke tilliten til virksomheten. Videre vil det sikre en relativt jevn og forutsigbar tilgang på oppdrag, noe som er viktig for at oppnevningsinstansen kan fungere mest mulig effektivt.

FNH mener oppnevningsinstansen i størst mulig grad bør organiseres som et rent administrativt sekretariat uten selvstendig saksbehandlingsfunksjon eller egen medisinsk fagkompetanse. Hovedoppgaven bør være konsentrert om effektiv formidling av sakkyndigoppdrag. For mange ulike oppgaver kan lett skape prioriteringskonflikter og risiko for at instansen blir en "flaskehals" i systemet. I den grad partene trenger råd om hvilken spesialistkompetanse som er mest relevant for den aktuelle skadetyper, bør oppnevningsinstansen kunne søke råd hos medisinsk fagkompetanse tilknyttet organet som skal kvalitetssikre spesialisterklæringene.

FNH slutter seg til utvalgets synspunkter vedrørende oppnevningsorganets tilknytning og finansiering.

Kvalitetssikring av erklæringer gjennom veiledende tredjepartsorgan

FNH er også enige i at det bør etableres et veiledende tredjepartsorgan slik utvalget foreslår.

Organet bør kunne benyttes av begge parter i et forsikringsoppgjør, samt av trygd og domstoler.

Uavhengig organisering og finansiering er viktig. Vedrørende sammensetning av organet støtter FNH utvalgets synspunkter.

Mindretallet mener at heller ikke det veiledende tredjepartsorganet skal kunne brukes av selskapene eller domstolene. De begrunner dette med at selskapene allerede har tilgang til medisinske ressurser for å kvalitetsvurdere erklæringer, og at de dermed ikke har det samme behovet for medisinsk rådgivning som skadelidte. FNH mener at også skadelidte må være tjent med at selskapene søker veiledning hos et tredjepartsorgan. I dag blir henvisninger til vurderinger fra selskapenes rådgivende leger regelmessig avvist av skadelidsiden på bakgrunn av manglende tillit til objektivitet og nøytralitet. Mindretallet frykter at selskapene vil kunne påvirke tredjepartsorganets faglige integritet. FNH har vanskelig for å se at denne frykten har rot i virkeligheten.

FNH har også vanskelig for å forstå mindretallets innvendinger til at domstolene kan søke veiledning hos tredjepartsorganet, for eksempel i saker der det er flere rettsoppnevnte sakkyndige og hvor rådene spriker.

Enkelte andre forhold

Utvalget foreslår videre ulike tiltak med sikte på bl.a. forbedringer av prosessene i forbindelse med de erklæringer som utarbeides.

FNH støtter forslagene til endringer i tvistemålslovens paragrafer 241, 242, 242a og 244. Vi mener disse endringene kan bidra til større åpenhet, klarhet i roller og oppdrag, bedre erklæringer, og derigjennom mer tillitvekkende prosesser totalt sett.

Utvalget foreslår også innført en bestemmelse i forsikringsavtalelovens §8-1 a og §18-1 a om bl.a. samordning med trygden i forbindelse med innhenting av informasjon og erklæringer til bruk ved erstatningsoppgjør. FNH støtter dette. I tillegg til å redusere samfunnets totale ressursbruk knyttet til slike oppgjør, vil det også redusere belastningen for den skadelidte om vedkommende kan slippe med færre fremstillinger for undersøkelser hos medisinsk personale. FNH antar at dette forsterker behovet for en nøytral forankring av de foreslåtte organene.

FNH er enige i forslagene i §8-1 og §18-1 om at samtykket skal begrenses til hva som trengs på hvert trinn i saksbehandlingen. Vi legger til grunn at dette ivaretas av dagens praksis, som er dokumentert i form av de fullmaktsskjemaer som er inntatt i utredningens vedlegg 4.

FNH er uenig i at det skal lovreguleres en plikt til å gi særskilt melding når det tas skritt for å innhente opplysninger fra tredjemann, slik det legges opp til i 2. ledd, første punktum. I og med at innhenting av samtykke skjer trinnvis, og fordi samtykket inneholder navn på de personer / institusjoner som opplysningene vil bli innhentet fra, er vi av den oppfatning at skadelidte ved å underskrive på samtykkeerklæringen(e) er godt informert om at informasjon vil bli innhentet. Selskapene har i dag den praksis at det vedlegges et informasjonsskriv til samtykkeerklæringen, der det fremgår hvorfor opplysningene er nødvendige og hva de skal brukes til. Dette bør ivareta de behov man har ønsket å imøtekomme ved forslaget om informasjon. En særskilt melding i tillegg vil bety betydelig mer korrespondanse og kostnader uten andre fordeler for skadelidte enn det som følger av gjeldende praksis.

FNH er også enig i at kravstillere (med unntak av i sviksaker) skal få innsyn i de medisinske opplysninger som innhentes i saken.

Utvalget understreker i merknadene til forslaget i 4.ledd om innsynsrett, at kravstillers innsynsrett er ment å etablere en balanse og derfor skal være tilsvarende vedkommendes opplysningsplikt. FNH legger til grunn at dette må bety at notater som er av intern karakter – enten det er mellom advokat og skadelidte (på kravstillers side) eller mellom

saksbehandler og advokat/lege/annen intern ressurskompetanse (i forsikringselskapet) – ikke omfattes av opplysningsplikt og innsynsrett.

Så vidt vi kan se, er en slik avgrensning også det eneste fornuftige, all den stund man ville kunne velge (mindre gode alternative) muntlige kommunikasjonsformer dersom man ønsket noen interne vurderinger unntatt fra opplysningsplikten og innsynsretten. Vi ber departementet sørge for at dette kommer klart frem i lovmotivene.

FNH er uenige i at en lovregulering av selskapenes adgang til å innhente uredigert journal og andre opplysninger, før sakkyndigutredning vil ha flere fordeler enn ulemper. Utvalget har etter vår mening ikke underbygget sitt standpunkt på en tilfredsstillende måte, og forslaget bør ikke gjennomføres. Selskapene har klare og legitime behov for å gjennomgå både journal og andre opplysninger for eksempel for å avgjøre om spesialisterklæring skal innhentes, hvilken spesialitet som er mest aktuell, hvilke spørsmål som skal fremsettes i mandatet, og ikke minst for å vurdere saker hvor det foreløpig er for tidlig å si noe om spesialisterklæring skal innhentes eller ikke. I de siste tilfeller – som er praktiske og legitime - kan det jo i ettertid vise seg at selskapets vurderingstema var det samme som den sakkyndiges, og dermed etter formuleringen i lovforslaget ikke skulle ha vært gjennomgått av selskapet. Kravene om gjennomgang og redigering av slikt materiale ved intern medisinsk sakkyndig er i seg selv så ressurskrevende at selskapene ikke vil be om slikt materiale uten at det vurderes som klart nødvendig.

Opplysninger og journal vil også i en del tilfeller måtte vurderes av en jurist for eksempel der det er spørsmål om rettslig årsakssammenheng. Vi legger til grunn at selskapet da trenger opplysningene til "annet enn" det den medisinske sakkyndige skal vurdere, og at selskapet dermed kan gjennomgå opplysningene.

8. Et særskilt behov for endring i forsikringsavtaleloven.

FNH vil vise til at utvalget enstemmig pekte på behovet for å etterse lovgivningen når det gjelder sanksjonsregelverket, særlig FAL §13-4. Behovet er blant annet synliggjort av høyesterettsdommen av 24. januar 2000 i den såkalte Riksfjordsaken, hvor Høyesterett legger til grunn at kundens egen subjektive forståelse av situasjonen, skal tillegges betydelig vekt i spørsmålet om vedkommende har plikt til å opplyse om et forhold eller ikke. Dommen viser at gjeldende sanksjonsbestemmelse (om selskapenes mulighet til å påberope ansvarsfrihet i de tilfeller kunden klart har misligholdt sin opplysningsplikt) ikke er egnet til å løse behovene for visse forsikringsprodukter. Dette gjelder særlig uførekapitalprodukter.

FNH ber om at det snarest mulig igangsettes et arbeid med sikte på å vurdere situasjonen. Vi viser til et særskilt notat om problemstillingen, som vi vedlegger høringsuttalelsen.

Konsekvensen av at Høyesterett fastlegger en slik subjektiv norm, må antas å bli utilsiktet problematiske ved innføring av de begrensingsregler som utvalget foreslår. Dette gjelder særlig følgende forhold:

- at kunden kan tilbakeholde helseopplysninger av særlig personlig karakter, § 13-1 b 2.setning (hva som anses som opplysninger av personlig karakter, vil alltid preges av en forsikringssøkers subjektive skjønn)
- at selskapet skal være avskåret fra å få kunnskaper om undersøkelser som foretas, fordi kunden ikke er blitt gjort kjent med hva man undersøker (selv om kunden vet at noe "er på gang") § 13-1b, 2 setning.
- at det innføres kontraheringsplikt (selskapene får plikt til å inngå forsikringsavtale selv om man "vet" at forsikringen om kort tid vil medføre erstatningsutbetaling) § 13-1j.

Med de regler utvalget foreslår, og den norm som Høyesterett har lagt for påberopelse av uriktige helseopplysninger ved tegning, vil selskapene ikke ha mulighet til å gardere seg mot at forsikringssøkere skaffer seg forsikringer som de p.g.a. helsetilstanden på tegningstidspunktet, med meget stor sannsynlighet vil komme til utbetaling. Vi finner det meget betenkelig å lovfeste sterke begrensninger i selskapenes adgang til å foreta en ansvarlig risikovurdering uten at lovgiver også gjennomgår og vurderer konsekvensene av de foreslåtte endringer. Det gjelder i tillegg til det vi har fremholdt tidligere om konsekvenser for antiseleksjon, markedsutvikling og mulig avvikling av enkelte produkter, samt konsekvensene for arbeidet med bekjempelse av forsikringssvindlerne som vi mener gis gode rammebetingelser med det foreslåtte regelverk.

FNH ber departementet om å foreta grundige konsekvensvurderinger av disse spørsmål før lovendringer eventuelt blir foreslått.

9. Avsluttende merknader

FNH vil for øvrig presisere at vi slutter oss til de enkelte merknader og uttalelser fra forsikringsnæringens representanter Krohg og Flatner, selv om vi på de enkelte områder i denne høringsuttalelsen ikke har gitt eksplisitt uttrykk for det.

FNHs representanter påpekte i utvalgsarbeidet at departementet i mandatet ba om en kartlegging av situasjonen i enkelte andre land. Utvalget har etter FNHs oppfatning i for liten grad gjort dette.

For å skaffe oss et bredest mulig vurderingsgrunnlag ga FNH i oppdrag til FAFO å kartlegge situasjonen i enkelte land. Rapporten som FAFO har utarbeidet, viser etter vår oppfatning at andre land ikke har sett behovet for å innføre lovbegrensninger slik utvalget foreslår innført i Norge.

Rapporten vedlegges til departementets orientering for å bidra til et bredest mulig grunnlag for de forestående vurderinger.

Dersom utvalgets forslag om begrensninger i selskapenes tilgang på risikorelevant informasjon blir vedtatt, vil Norge antakelig få verdens strengeste lovgivning for innhenting og bruk av helseinformasjon i forsikring.


Tatt i betraktning at markedet for kjøp av forsikring blir mer og mer åpent internasjonalt, vil forskjeller i lovverket forsterke faren for antiseleksjon.

Avslutningsvis vil vi vise til Stortingsmelding nr. 2 1999/2000 (Revidert NB) hvor vi siterer fra side 76 annen spalte:

”Departementet legger til grunn at norske finansmarkedsaktører samlet sett ikke skal ha konkurranseulempen i forhold til de som de konkurrerer med. Norske rammevilkår må således være slik at de legger grunnlaget for at norske finansinstitusjoner er konkurransedyktige.”

FNH legger til grunn at Regjeringen fortsatt står for denne politikk.

Med vennlig hilsen


Arne Skauge
Adm. direktør


Øyvind Flatner
Avd. direktør

Vedlegg:

- 1) FAFO-notat 2000:17 om Helseopplysninger og privat forsikring
- 2) Notat om selskapenes adgang til å sanksjonere brudd på opplysningsplikten
- 3) Kronikk av Erik Røsæg i Dagbladet 23. januar 2001
- 4) Artikkel av K Stien, T Høverstad og M Krohg i Tidsskrift for Den norske lægeforening nr.3/2001 om bruk av genetiske tester i forsikring
- 5) Artikkel i British Medical Journal nr 321/2000 om retningslinjer for bruk av genetiske tester i forsikring i Storbritannia