



FINANSINSPEKTIONEN

Skadereglering vid personskada

15 december 2017



INNEHÅLL

FÖRORD	3
SAMMANFATTNING	4
INLEDNING	10
Uppdraget	10
Samråd med Socialstyrelsen och IVO	10
Bakgrund	11
Metod	12
FINANSINSPEKTIONENS TIDIGARE RAPPORTER	14
KLAGOMÅL FRÅN SKADELIDANDE	16
Information från skadelidandeorganisationer	16
Förbättringsförslag från skadelidandeorganisationer	17
FÖRSÄKRINGAR OCH SKADEERSÄTTNING	18
Socialförsäkring	18
Privat försäkring	19
Privata försäkringar som täcker personskador	19
Typ av ersättning	20
GOD FÖRSÄKRINGSSTANDARD I SKADEREGLERINGEN	22
God försäkringsstandard	22
Försäkringsavtalslagen	22
FI:s bedömning	24
SKADEREGLERINGSPROCESSEN	26
Digitalisering och effektivisering	26
FI:s bedömning	29
Information och kommunikation	32
FI:s bedömning	33
Skadereglerarens kompetens	34
FI:s bedömning	34
Klagomål och omprövning	35
FI:s bedömning	35
MEDICINSK RÅDGIVNING	36
Läkarnas roller och arbetsuppgifter	37
Val och anlitande av medicinsk rådgivare	38
Ersättning till medicinska rådgivare	39
Användning av medicinska rådgivare	39
Second opinion	41
FI:s bedömning	42
PRÖVNINGS- OCH SKILJENÄMNDER	46
Prövningsnämnder	46
Skiljenämnder	49
Ärendestatistik	50
Handläggningstider	52
Medicinska rådgivare	52
FI:s bedömning	53
NÅGRA YTTERLIGARE ASPEKTER	55
Rättsskydd eller rättshjälp	55
Kapitalisering av livränta	56
Jämställdhet	57
BILAGOR	58

Förord

Regeringen har bedömt att det kan finnas behov av att genomföra insatser för att förbättra situationen för personskadade.

Finansinspektionen har därför fått i uppdrag av regeringen att kartlägga och analysera skadereglering vid personskada. Uppdraget omfattar en analys av försäkringsföretagens processer och rutiner, internt och i prövningsnämnder, i syfte att klargöra om god försäkringsstandard i personskadereglering upprätthålls. Bland annat ska trafikskadade och den medicinska rådgivningen i personskaderegleringen särskilt belysas.

FI redovisar resultatet av uppdraget i form av denna rapport.

Stockholm den 15 december 2017

Erik Thedéen
Generaldirektör

Sammanfattning

Vid kartläggningen och analysen av försäkringsföretagens processer och rutiner i personskaderegleringen har Finansinspektionen (FI) funnit att handläggningen av personskador i stort sett fungerar väl, men det finns förbättringar att göra. Utgången i personskadeärenden kan ha stora konsekvenser för skadelidande och en del skadelidande saknar tilltro till skaderegleringen i försäkringsföretagen. Sett till alla förekommande personskador är det ändå ett förhållandevis litet antal klagomål på skaderegleringen. Skaderegleringsprocessen är något som FI kommer att följa upp i sin löpande tillsyn och genom dialog med försäkringsföretagen. Detta kommer att bidra till att innebörden av begreppet god försäkringsstandard fortsätter att utvecklas. FI bedömer vidare att det behövs en tillsyn för att säkerställa en oberoende kvalitetssäkring och ett ökat förtroende för den medicinska rådgivningen.

FI har haft i uppdrag att kartlägga och analysera om försäkringsföretagen upprätthåller god försäkringsstandard i personskaderegleringen. FI har granskat de processer, rutiner och systemstöd som försäkringsföretagen använder i skaderegleringen, internt och i prövningsnämnder, och bedömt om dessa rutiner fungerar tillfredsställande eller bör förbättras. FI som enligt uppdraget särskilt skulle belysa hanteringen av de trafikskadade ser ingen anledning att särredovisa skadereglering av trafikskador i rapporten eftersom den skaderegleringen i stort sett överensstämmer med övrig personskadereglering.

Det är inte FI:s uppgift att granska enskilda ärenden, varken inom sin löpande tillsyn eller i kraft av detta regeringsuppdrag. FI:s ställningstaganden i denna rapport är framåtblickande och tar sikte på löpande förbättringar.

FI anser att:

- en tillsyn över den medicinska rådgivningen behövs i kvalitetssäkrande och förtroendeskapande syfte. Tillsynen bör minst omfatta kriterier för hur och på vilka grunder läkare väljs, krav på rätt och tillräcklig läkarkompetens, inklusive försäkringsmedicinsk utbildning, samt frågor om intressekonflikter. Dessutom anser FI att det finns behov av att värdera om de medicinska bedömningarna är objektiva, enhetliga, utförda på korrekta underlag och tillräckligt väl genomförda. Tillsynen kräver medicinska kunskaper när det gäller bedömningen av rätt och tillräcklig läkarkompetens, om den medicinska ärendehanteringen är utförd på korrekt underlag eller om den är tillräckligt väl utförd.

FI anser vidare att:

- prövningsnämnderna måste överväga vilka möjliga intressekonflikter som kan uppstå och genom sin sammansättning säkerställa konsumentinflyandet. Det är även viktigt att nämnderna säkerställer att de har tillräcklig tillgång till medicinsk kompetens för att kunna avgöra sina ärenden.
- företagen bör säkerställa att de har systemstöd som är anpassade till verksamheten för att uppnå en effektiv och rättssäker skadereglering.
- företagen bör säkerställa att skadeärenden är ordentligt utredda. Direktskadereglering och tjänstemannabedömningar bör inte förenklas för långt.
- företagen bör aktivt och kontinuerligt arbeta med att utveckla den individuella informationen till och dialogen med skadelidande. Där ingår att företagen lämnar tydlig och förståelig information genom hela skaderegleringsprocessen samt att materiella beslut meddelas skriftligt och motiveras. Vidare behöver beräkningar förklaras.
- företagen bör regelbundet kvalitetssäkra hela skaderegleringsprocessen, oavsett om skaderegleringen sker i egen regi eller i utlagd verksamhet. För detta krävs dokumenterade processer och rutiner samt uppföljning av dessa.

Med anledning av innehållet i punkterna ovan kommer FI att föra en dialog med försäkringsbranschen.

Skaderegleringen

Skaderegleringen utgör leveransen av ett försäkringsavtal. Utfallet av skaderegleringen kan ha stor betydelse för den skadelidande. Därför är det viktigt att försäkringsföretagen handlägger personskadeärenden på ett tillfredsställande sätt. Det förekommer att försäkringsföretagen handlägger ärenden bristfälligt eller att det tar lång tid att reglera dem. Det senare gäller särskilt ansvarsskador där en försäkringstagares försäkring ska ersätta en skadelidande, exempelvis vid trafik-, arbetsskade- eller patientförsäkring. Ett personskadeärende kan vara mycket komplicerat. Ibland behöver företaget därför lång tid för att på ett bra sätt kunna bedöma en skada och dess konsekvenser, exempelvis när det handlar om framtida inkomstförlust och när barn eller unga personer drabbas. Den skadelidande har bevisbördan för att försäkringen täcker den händelse som har inträffat. Om försäkringsföretaget bedömer att det inte ska betala ut ersättning, eller att ersättningen ska vara lägre än vad den skadelidande anser sig ha rätt till, kan en krånglig och dyr process vänta för att den skadelidande ska kunna få sin rätt prövad. Den skadelidande kan därför känna sig utlämnad till försäkringsföretagets bedömning.

God försäkringsstandard

Försäkringsföretagen har en lagstadgad skyldighet att följa god försäkringsstandard. Med god försäkringsstandard menas en kvalitativt tillfredsställande standard hos en representativ krets av försäkringsföretag. Principen om god försäkringsstandard är dock i viss mån oklar till sin innebörd och tanken är att den ska utvecklas över tid, främst genom praxis från FI och till viss del av försäkringsbranschen. FI:s tillsynspraxis är ännu så länge begränsad. FI kan dock

bidra till en ökad tydlighet av god försäkringsstandard genom att exempelvis i rapporter kommunicera olika ställningstaganden som FI gör i tillsynen.

FI anser att den praxis som branschen har i stort sett fungerar väl, men att det finns ett behov av att ytterligare utveckla den för att handläggningen av personskadeärenden ska ske på ett betryggande och effektivt sätt. FI uppmuntrar branschen till fortsatt arbete med självreglering. Om självregleringen skulle visa sig vara otillräcklig kan FI i första hand vidta åtgärder i sin tillsyn och i andra hand utfärda föreskrifter och allmänna råd.

Medicinsk rådgivning

En stor del av den kritik som skadelidande har fört fram riktar sig mot de läkare som utför medicinsk rådgivning åt försäkringsföretagen. Somliga skadelidande saknar tilltro till de medicinska bedömningarna och ifrågasätter hur och på vilka grunder försäkringsföretagen väljer de läkare de anlitar samt hur företagen ersätter läkarna ekonomiskt. Det kan även vara svårt för skadelidande att förstå varför företagets beslut inte enbart grundar sig på slutsatser från den läkare som de har träffat, den behandlande läkaren.

De medicinska rådgivarna anlitas antingen direkt av företagen eller via konsultföretag inom medicinsk rådgivning. De medicinska rådgivarna har en annan roll än behandlande läkare och ska lämna ett utlåtande om orsakssamband och funktionsförmåga som grundar sig på det medicinska underlaget som finns i ärendet i förhållande till beviskrav i rättspraxis. De medicinska rådgivarnas utlåtanden är endast rådgivande, men de följs oftast av försäkringsföretagen och har därmed en avgörande betydelse för utgången i skadeärendet.

Det har inte framkommit något som skulle tyda på att formerna för arvodering skulle vara olämpliga. Den kritik som skadelidande har fört fram tyder dock på att företagen inte har lyckats förklara hur en medicinsk rådgivare – som inte har träffat den skadelidande – ska kunna göra en opartisk och korrekt bedömning av den skadelidandes besvär och besvärens samband med skadan. Den skadelidande behöver förstå varför företaget måste göra en medicinsk bedömning och hur den görs.

Den medicinska rådgivningen är en del av personskaderegleringsprocessen vilken faller under FI:s tillsyn. Ärendehantering av medicinska bedömningar när det gäller exempelvis om läkare har rätt läkarkompetens för sin bedömning eller om bedömningen är utförd på korrekt underlag eller om den är tillräckligt väl genomförd har FI dock inte rätt kompetens att avgöra.

Försäkringsföretagen kvalitetsgranskar visserligen sina skadeärenden men det saknas en oberoende granskning. Utan en oberoende granskning som säkerställer grundläggande kvalitet kommer förtroendet för den medicinska rådgivningen fortsatt att vara föremål för återkommande missnöje. I syfte att kvalitetssäkra den medicinska rådgivningen, och därmed öka förtroendet för den, förordar FI att medicinsk rådgivning ska stå under särskild tillsyn. För att ge möjlighet till ingripande måste en myndighet ansvara för tillsynen. Tillsynen bör minst omfatta kriterier för hur och på vilka grunder läkare väljs, krav på rätt och tillräcklig läkarkompetens, inklusive försäkringsmedicinsk utbildning, samt frågor om intressekonflikter. Dessutom anser FI att det finns behov av att värdera om de

medicinska bedömningarna är objektiva, enhetliga, utförda på korrekta underlag och tillräckligt väl genomförda. En tillsyn kräver medicinska kunskaper när det gäller bedömningen av rätt och tillräcklig läkarkompetens, om den medicinska ärendehantering är utförd på korrekt underlag eller om den är tillräckligt väl utförd.

Omprövning i prövningsnämnder

Om den skadelidande är missnöjd med försäkringsföretagets beslut kan skadelidande, förutom att klaga inom företaget, begära omprövning i prövningsnämnd.

Skadelidande har kritiserat vissa nämnder som har till uppgift att pröva försäkringsföretagets beslut i personskaderegleringen. Det kan vara otydligt för de skadelidande hur nämnderna fungerar och hur de skadelidandes intressen tillvaratas.

Det är framförallt trafikskadade som klagar på Trafikskadenämndens nära koppling till försäkringsbranschen i sin styrning, sammansättning och brist på konsumentinflytande.

Trafikskadenämnden anlitar två medicinska rådgivare för sina bedömningar. En ökning av antalet medicinska rådgivare i Trafikskadenämnden borde leda till minskad sårbarhet för nämnden och kortare handläggningstider för de ärenden som behöver medicinsk rådgivares utlåtande.

Det har framkommit i enkätsvaren att Patientskadenämnden, på grund av brister i prognosunderlag från försäkringsföretag, har underskattat behovet av personalresurser. Detta har fått till följd att handläggningstiderna i nämnden har blivit längre.

FI anser att prövningsnämnderna måste överväga vilka möjliga intressekonflikter som kan uppstå och genom sin sammansättning säkerställa att konsumentintresset tillvaratas. Det är viktigt att nämnderna säkerställer att de har tillräckliga resurser för den medicinska rådgivningen så att kvaliteten i bedömningen inte äventyras.

Prövningsnämnderna måste få tillgång till rättvisande prognosunderlag för att kunna beräkna sina personalresurser och därmed klara ärendetillströmningen.

Handläggning hos försäkringsföretagen

FI kan bland annat notera att handläggningstiderna hos försäkringsföretagen generellt sett har förkortats under perioden för kartläggningen 2007–2016. Detta kan dock i viss mån ha skett på bekostnad av kvaliteten i skaderegleringen. Kartläggningen visar att direktskadereglering, som innebär att den skadelidande oftast inte behöver visa något underlag för sitt ersättningskrav, har ökat. Denna reglering kan ske helt utan skriftligt underlag. Även tjänstemannabedömningar, där företaget inte begär utlåtande från medicinsk rådgivare i en medicinsk fråga, har ökat.

Kommunikationen med den skadelidande kan begränsas på grund av tidsbrist. Det gäller även själva utredningen. I vissa fall hämtas inte medicinsk utredning in av tidsskäl. En utveckling som innebär att skyndsamt handläggning ges högre prioritet än korrekt och enhetlig handläggning är inte i den skadelidandes intresse.

Den generella information som försäkringsföretagen tillhandahåller är omfattande, men den kan vara svår för den enskilde att ta till sig. Det kan även vara så att informationen sammanblandas med

socialförsäkringsprocessens information. Till exempel har information från Försäkringskassan påverkan på försäkringsföretagens skadereglering. Förändringar i socialförsäkringen kan ha stor inverkan på skaderegleringsprocessen.

Företagens information bör individanpassas i högre utsträckning för att underlätta för den skadelidande att förstå den egna skaderegleringsprocessen, utgången av denna och hur den skadelidande kan klaga på beslut. Detta skulle kunna begränsa både missförstånd och klagomål.

Den skadelidande är beroende av enskilda skadereglerare som kan vara mer eller mindre uppmärksamma på att informera om skaderegleringsprocessen. Därför är tydliga riktlinjer och rutiner för individuell information särskilt viktiga.

Systemstöden i företagen är inte alltid så sofistikerade och välutvecklade som FI hade förväntat sig. En modern och användarvänlig miljö med integrerade och tydliga användarstöd kan ibland saknas. Kartläggningen visar vidare på brister i uppföljning och statistikföring av skadeärenden.

Det finns även brister i företagens analys av skaderegleringsprocesserna. Det måste finnas effektiva och regelbundna rutiner för att säkerställa kvaliteten, både för att möta komplexiteten i personskadeärenden och effektiviseringar i skaderegleringen. Det kan exempelvis gälla uppföljning av tjänstemannabedömningar jämfört med de bedömningar som görs mot bakgrund av medicinsk rådgivares utlåtande och omprövningsstatistik för dessa.

FI anser därför att branschens praxis behöver utvecklas ytterligare för att personskadeärenden ska handläggas på ett betryggande och effektivt sätt genom att:

- företagen bör säkerställa att de har systemstöd som är anpassade till verksamheten för att uppnå en effektiv och rättssäker skadereglering.
- företagen bör säkerställa att skadeärenden är ordentligt utredda. Direktskadereglering och tjänstemannabedömningar bör inte förenklas för långt.
- företagen bör aktivt och kontinuerligt arbeta med att utveckla den individuella informationen till och dialogen med skadelidande. Där ingår att företagen lämnar tydlig och förståelig information genom hela skaderegleringsprocessen samt att materiella beslut meddelas skriftligt och motiveras. Vidare behöver beräkningar förklaras.
- företagen bör ge skadelidande möjlighet att, när det är relevant, kommentera underlag i skaderegleringen som har betydelse för utgången av ärendet.
- företagen bör regelbundet kvalitetssäkra hela skaderegleringsprocessen, oavsett om skaderegleringen sker i egen regi eller i utlagd verksamhet. För detta krävs dokumenterade processer och rutiner och uppföljning av dessa.

Kapitalisering av livränta

Ett fast ränteantagande på fyra procent för kapitalisering av livränta i jämförelse med dagens lågränteläge anser FI vara alltför högt.

FI anser att försäkringsbranschen bör se över metoderna för att fastställa räntan och beräkningsmetoderna vid kapitalisering av livränta till engångsbelopp. Räntan bör bättre följa det allmänna ränteläget och vedertagna beräkningsmetoder bör användas.

Inledning

UPPDRAGET

Finansinspektionen (FI) ska enligt uppdraget (bilaga 1) kartlägga och analysera om försäkringsföretagen upprätthåller god försäkringsstandard i skaderegleringen. FI ska särskilt uppmärksamma hanteringen av trafikskadade, men uppdraget omfattar även andra skadade som har skadats till följd av arbete, vård, läkemedel, sjukdom, olycksfall och överfall.

FI ska vidare granska de processer, rutiner och systemstöd som försäkringsföretagen använder i skaderegleringen, internt och i prövningsnämnder. FI ska bedöma om dessa processer och rutiner fungerar tillfredsställande eller om de kan förbättras.

FI ska enligt uppdraget särskilt belysa följande frågor:

1. Om personskadeärenden handläggs på ett betryggande och effektivt sätt och om de skadade får adekvat information under skaderegleringsprocessen.
2. De medicinska rådgivarnas (försäkringsläkarnas) roll. Det är fråga om bland annat försäkringsläkarnas arbetsuppgifter, hur de anlitas och bland vilka läkare de väljs och om det finns ersättningssystem eller liknande system som medför att förtroendet för deras medicinska bedömningar kan skadas. Det bör även klargöras hur försäkringsläkarens roll förhåller sig till den behandlande läkarens roll.
3. Om det under de senaste tio åren har vidtagits självregleringsåtgärder eller andra reformer av betydelse på området och i så fall vilka dessa är och vilken betydelse de har haft.

Uppdraget innebär vidare att kartläggningen och analysen vid behov bör omfatta en handlingsplan för fortsatta insatser. FI bör lämna förslag i de delar regeländringar för skaderegleringen kan bidra till bättre förutsättningar för de skadelidande. Vid utformningen av sådana förslag bör FI överväga såväl högt förtroende för skaderegleringen som en effektiv och rättssäker skadereglering. FI ska även beakta jämställdhetsperspektivet, där det är relevant och möjligt.

SAMRÅD MED SOCIALSTYRELSEN OCH IVO

Enligt uppdraget bör FI i sitt arbete rådgöra med Socialstyrelsen och andra relevanta myndigheter och instanser. Den del av uppdraget som avser försäkringsläkarens roll i förhållande till den behandlande läkarens roll ska genomföras i samråd med Socialstyrelsen.

Samtidigt som FI fick detta regeringsuppdrag fick även Socialstyrelsen ett regeringsuppdrag om vården vid trafikskador med långvariga smärttillstånd. Uppdragen omfattar således olika områden och verksamheter. Socialstyrelsens uppdrag omfattar en analys av hälso- och sjukvårdens förutsättningar att erbjuda personer med trafikskador och långvariga smärttillstånd god vård i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Socialstyrelsen ska även analysera vårdutfallet inom detta område. I dessa analyser ska jämställdhetsperspektivet beaktas. Socialstyrelsen ska vidare bedöma behovet av och möjligheten att ta fram nationella kunskapsstöd till

vården på detta område, vilket innefattar insatser som främjar ett gott bemötande för dessa patienter.

FI:s uppdrag, som inte omfattar vården, omfattar alla typer av personskador och inte enbart personskador till följd av trafik med långvariga smärttillstånd. FI:s uppdrag omfattar således en annan verksamhet och bredare målgrupp men berör delvis samma grupp personskadade, de trafikskadade.

FI har även samråd med Inspektionen för vård och omsorg (IVO). IVO är sedan 2013 tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvården, en uppgift som tidigare ingick i Socialstyrelsens ansvarsområde.

BAKGRUND

FI har på olika sätt uppmärksammats på klagomål på försäkringsföretagens personskadereglering, särskilt när det gäller trafikskador. Försäkringsföretagen definierar klagomål på olika sätt och det är därför svårt att bedöma hur stort antalet klagomål är på personskador. Konsumenternas Försäkringsbyrå får cirka 11 000 ärenden med klagomål och frågor per år. Under 2016 avsåg cirka 600 av dessa klagomål på personskador. De flesta klagomål gällde trafikskador följt av klagomål på ansvars- och patientskador. Endast ett fåtal ärenden gällde arbetsskador.¹ Konsumenter framför även klagomål till FI. Under perioden 2007–2016 framfördes 455 klagomål angående personskador varav de flesta gällde trafikskador. Klagomålen till FI kan påverkas av massmediala händelser. År 2014 kom exempelvis 67 klagomål på patientskador efter ett uppmärksammat TV-inslag.

Personskador i Sverige

Under perioden 2007–2016 har antalet personskador ökat från cirka 350 000 till cirka 600 000 per år. Arbets- och patientskadorna har ökat, till skillnad från trafikskador som har minskat. Antalet arbetsskadade har stigit från 46 000 till 92 000 per år. Antalet arbetsskadade personer följer antal sysselsatta personer i arbete, men också hur socialförsäkringen förändras. Antalet patientskador för 2016 uppskattas till 18 000, vilket nästan är en fördubbling sedan 2007. Ökningen av patientskador beror dels på att sjukvården sedan 2011 har en upplysningsskyldighet att informera patienter om patientförsäkringen vid inträffad skada i vården, dels på att antalet vårdkontakter har ökat.² Antalet läkemedelsskador under perioden har i snitt varit omkring 700 per år.³

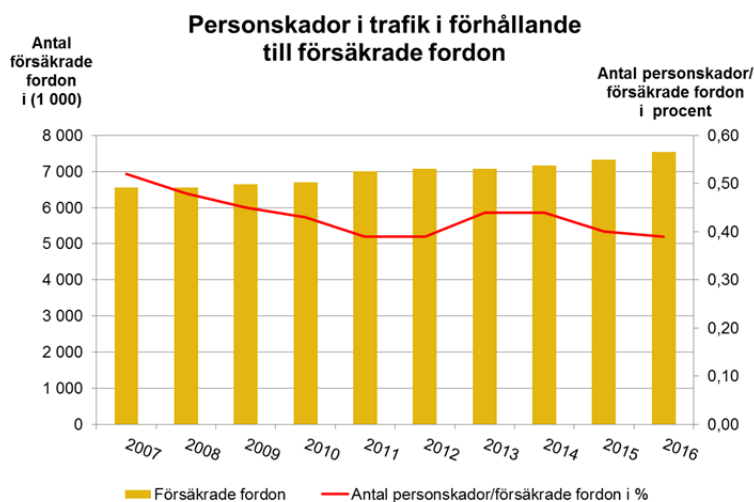
1 Konsumenternas försäkringsbyrå, verksamhetsberättelse 2016 s. 34.

2 3 kap. 8 § Patientsäkerhetslag (2010:659), PSL, se 11 kap. 2 § Patientlag (2014:821), PL, samt Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, årsredovisning 2016 s. 11.

3 Enligt enkäten uppskattade personskador inklusive ej anmälda skador. I statistiken ingår även skador under sjukvårdsförsäkringar, vilket antalsmässigt står för merparten av förändringen under perioden. För trafikskador har statistik från Svensk Försäkring använts.

Trafikskador

Trots att antalet försäkrade fordon har ökat har antalet skadade personer i trafiken minskat. Antalet skadade personer i trafiken var som högst cirka 48 600 år 2002 och har sedan dess minskat med 40 procent till omkring 29 500 år 2016. Skälen till nedgången är framförallt säkrare bilar och vägar.



Källa: Svensk Försäkring "Skadefall i trafikförsäkring"

METOD

Datinsamling

FI har kartlagt försäkringsföretagens processer och rutiner, internt och i prövningsnämnder, för att klargöra om god försäkringsstandard upprätthålls i personskaderegleringen.

I kartläggningen har FI utgått från sina tidigare rapporter och från de klagomål som FI har tagit emot från konsumenterna. FI har därefter ställt frågor till majoriteten av de försäkringsföretag som har personskadereglering och till relevanta prövningsnämnder med hjälp av enkäter. Enkäterna omfattar, där det är relevant, perioden 2007–2016 och har varit av omfattande karaktär med såväl kvantitativa som kvalitativa frågor. Företagen skulle även besvara frågorna fördelat på kön. Eftersom uppdraget innefattar att särskilt belysa hanteringen av trafikskadade har FI skiljt ut trafikförsäkringsfrågorna i enkäterna. Efter analys av enkätsvaren ser FI dock ingen anledning att särredovisa skadereglering av trafikskador i rapporten eftersom den i stort sett överensstämmer med övrig personskadereglering.

I kartläggningen ingick totalt 39 försäkringsföretag (bilaga 2). Av dessa är 36 svenska försäkringsföretag och tre svenska filialer till utländska försäkringsföretag. Av dessa reglerar 32 försäkringsföretag både trafik- och andra personskador. Ett av företagen reglerar enbart andra personskador. Filialerna reglerar både trafik- och andra personskador. AFA Trygghetsförsäkringsaktiebolag, som reglerar majoriteten av arbetsskador, liksom Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, som reglerar majoriteten av patientskador och Svenska Läkemedelsförsäkringen AB, som reglerar läkemedelsskador, ingår bland de 39 försäkringsföretag som deltog i kartläggningen.

Enkäterna har följts upp med besök hos sex av försäkringsföretagen. Anledningen till besöken var att säkerställa att FI har förstått företagets svar på enkätfrågorna, men också att kontrollera om skaderegleringsprocessen sköts som företagen har uppgett i sina svar. FI har valt ut dessa sex företag efter kriterierna bolagsform, storlek, marknadsdominans och filialetablering.

FI har såväl ställt frågor med hjälp av en enkät som träffat de prövnings- nämnder som är aktuella för uppdraget, (bilaga 3). Enkäten till nämnderna motsvarar, i relevanta delar, den enkät som försäkringsföretagen och filialerna har fått.

FI har bjudit in skadelidandeorganisationer, både sådana som har kontaktat FI och sådana som FI på eget initiativ har sökt upp, för att få synpunkter på hur de upplever att personskaderegleringen fungerar. FI har även träffat ombud för skadelidande, varit i kontakt med Konsumenternas Försäkringsbyrå och presenterat sitt uppdrag i olika fora. FI har även träffat och samrått med myndigheter.

Datainsamlingen har utöver enkäter, intervjuer och samråd (bilaga 4) även omfattat statistik och andra källor.⁴

Avgränsning

Rapporten omfattar inte:

- Frågor som faller inom ramen för hälso- och sjukvård eller är av medicinsk karaktär, till exempel innehållet i medicinskt utlåtande, journalföring eller behandling av personuppgifter i vården.
- Skadeärenden som hör till sjukvårdsförsäkringar.
- Skadereglering av personskada hos Trafik- och Patientförsäkringsföreningen.
- Skadereglering av personskada hos livförsäkringsföretag.
- Allmänna reklamationsnämnden, eftersom den inte prövar tvister som kräver medicinsk sakkunskap.
- Prövningar i tvistlösningsnämnder enligt lagen om alternativ tvistlösning i konsumentförhållanden.⁵ Aktuella tvistlösningsnämnder godkändes under 2016, samma år som kartläggningen inför denna rapport påbörjades. FI menar att det därför är för tidigt att analysera processer och rutiner hos dessa tvistlösningsnämnder.

⁴ Litteratur och relevanta hemsidor.

⁵ Lagen om alternativ tvistlösning i konsumentförhållanden (2015:671).

Finansinspektionens tidigare rapporter

Uppdraget hänvisar Finansinspektionen (FI) till att i sin kartläggning ta utgångspunkt i de rapporter inom det aktuella området som FI publicerade mellan 1998 och 2007. De fyra rapporterna, som samtliga tog sikte på trafikskador och framförallt handläggningstiderna av dessa, sammanfattas nedan.⁶

FI konstaterade i rapporterna att försäkringsföretagens handläggningstider i många fall var för långa och föreslog även åtgärder för att förkorta handläggningstiderna genom att på olika sätt effektivisera handläggningen. FI ville se förbättringar när det gällde

- information till skadelidande
- analys av klagomål från skadelidande
- statistik för uppföljning av bolagens egna processer
- förbättringar av kompetensen hos handläggare
- riktlinjer för medicinska underlag och utbildningsinsatser för medicinska rådgivare.

För att uppnå detta såg FI behov av teknikstöd för handläggningsprocessen liksom

- förbättrat och prioriterat kundbemötande
- utveckling av kvalitetsrevision
- statistisk uppföljning
- utveckling av statistiska metoder
- bevakning och skärpning av kvalitetskrav för handläggare och medicinska rådgivare.

Vidare ansåg FI att försäkringsföretagen borde rapportera uppföljningen av till exempel klagomålsstatistik och ärenden med långa handläggningstider till sina styrelser.

FI fann i och för sig att handläggningstiderna i viss mån blev kortare under åren som dessa rapporter omfattar och att föreslagna åtgärder delvis vidtogs, men att det fanns mer att förbättra. FI uttalade att det är viktigt att skilja mellan ärenden där skaderegleringen sker alltför långsamt och ärenden som till sin natur kräver långa handläggningstider. Granskningen visade att de huvudsakliga orsakerna till långsam skadereglering var byten av handläggare, långa svarstider från de medicinska rådgivarna eller långa svarstider mellan handläggaren och den skadelidande, eller dennes ombud. Rapporten från 2007 fokuserade just på företagets ansvar för förseningar och tydliggjorde att ansvaret även inkluderar andra aktörers medverkan till förseningar i handläggningen. FI konstaterade också i rapporten att företagen har ansvaret för att skador regleras utan onödigt dröjsmål och hänvisade samtidigt till god försäkringsstandard. FI nämnde att det finns sådana skadeärenden som inte kan avslutas snabbt och att det ofta beror på att konsekvenserna av skadan måste kunna överblickas både medicinskt och ekonomiskt.

⁶ FI:s rapporter om trafikskadade 1998:6, 2003:1, 2005:7 och 2007:18.

I konsumentskyddsrapporter från 2007, 2008 och 2009 tog FI i försäkringsavsnitten också upp frågor om personskadereglering. Bland annat kommenterade FI att skadeanmälan inte får förhindras av komplicerade rutiner och att det ska finnas en fungerande klagomålsrutin i företaget.

Klagomål på försäkringsföretagens expertbedömningar av medicinska rådgivare togs också upp. FI uttalade att det måste säkerställas att dessa är objektiva och väl underbyggda.

FI behandlade intressekonflikten mellan skadelidande och försäkringsföretag vad gäller utbetalning av skadeersättning, särskilt i komplexa skadefall med exempelvis framtida inkomstförlust. FI konstaterade att antalet klagomål på ersättning i dessa fall ändå var begränsat.

Rapporterna tog även upp att den skadelidande vid missnöje eller oenighet med försäkringsföretaget ofta har en både svår och dyr väg genom flera instanser. Det är till att börja med inte lätt för den skadelidande att veta vart denne ska vända sig, även om det finns information som talar om hur skadelidande kan få sitt ärende prövat i försäkringsföretaget, prövningsnämnd och i allmän domstol som sista instans. Vidare nämnde FI svårigheten att förutse utgången i prövningsnämnd eller domstol då beviskraven är olika höga för olika typer av skador. Till exempel är det högre beviskrav vid trafikskada än vid andra skadetyper som arbets- och patientskada. En annan problematik som togs upp är rätten till ombud i trafikskada till följd av risken att få betala rättegångskostnader i domstol som inte täcks av rättsskyddet i hemförsäkringen.

Klagomål från skadelidande

Skadelidande och skadelidandeorganisationer kontakter med jämna mellanrum Finansinspektionen (FI) för att klaga på eller för att ställa frågor om försäkringsföretagens personskadereglering. Frågorna kan gälla en enskild skada eller vara av generell karaktär. Att FI blir uppmärksammade på eventuella brister underlättar myndighetens arbete. FI får inte driva enskilda försäkringsärenden, men informationen kan vara intressant för FI:s tillsyn om den visar på systematiska fel i handläggningen FI har gått igenom alla klagomål på detta område som har kommit in till FI under åren 2007–2016. Dessa klagomål handlar, på samma sätt som klagomål till exempelvis Konsumenternas Försäkringsbyrå, i första hand om att skadelidande anser att de inte får den ersättning som de tycker att de har rätt till. Klagomålen rör vidare försäkringsföretagens brist på information till den skadelidande i det enskilda ärendet, att skadeärendet inte är tillräckligt utrett, att det är oklart hur företagen kommer fram till och motiverar beslut, samt hur försäkringsföretagen bemöter den skadelidande. Det förekommer även klagomål på handläggningstider. De skadeärenden som FI får flest klagomål på berör trafik-, vård- och arbetsskador. Dessa skadeärenden innebär ofta komplicerade bedömningar där den skadelidande ska uppfylla vissa skadeståndsrättsliga beviskrav, utöver de krav som följer av försäkringsvillkoret, för att få ersättning från försäkringen. Oftast beror ett avslag från försäkringsföretaget på att orsakssamband saknas mellan skadehändelse och uppkomna besvär. För att göra en sådan sambandsbedömning anlitar försäkringsföretagen oftast en medicinsk rådgivare. Klagomålen på medicinska bedömningar innehåller ofta ett ifrågasättande av de medicinska rådgivarnas bedömningar, roll, kompetens eller objektivitet.

Skadereglering enligt försäkringsvillkor i till exempel sjuk- och olycksfallsförsäkring genererar inte lika många klagomål. Det kan bero på att det är lättare att förstå skadereglering som enbart sker enligt försäkringsvillkor jämfört med skadereglering som sker enligt villkor tillsammans med skadeståndsrätt. I ren villkorsförsäkring har den skadelidande i förväg avtalat med försäkringsföretaget om att ett enligt försäkringsvillkoren bestämt belopp ska utgå om en viss skada inträffar.

INFORMATION FRÅN SKADELIDANDEORGANISATIONER

De skadelidandeorganisationer som FI har träffat eller fått information från, menar att situationen för de skadelidande har blivit sämre under de senaste tio åren. Organisationerna har bland annat klagat på brister i insyn och information i skaderegleringen, att företagen inte utreder skadeärenden tillräckligt och att de gör felaktiga beräkningar, särskilt av inkomstförlust och dröjsmålsränta. Vidare har de klagat på hur den medicinska rådgivningen går till. Det har även kommit klagomål som rör rättssäkerheten vid prövning i nämnd och domstol. I klagomålen framförs att prövningsnämnderna inte fungerar väl i sin styrning och sammansättning samt att konsumentinflytandet brister. När det gäller domstolsprövning menar de skadelidande att det inte är ett realistiskt alternativ för den enskilde eftersom en domstolsprocess kan bli

mycket kostsam och att rätten till ombud enligt rättsskyddet i hemförsäkringen har begränsats.

FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG FRÅN SKADELIDANDEORGANISATIONER

Skadelidandeorganisationer har lämnat bland andra följande förslag på vad de skulle tycka vara förbättringar i skaderegleringsprocessen:

- Ökad insyn och information i skaderegleringen. Den skadelidande ska kunna förstå processen, beräkningar och beslut. Företagen bör även ge den skadelidande bättre möjlighet att kommentera uppgifter i utredningen innan företagen tar beslut.
- Tillsyn över medicinska rådgivare. Det bör finnas kriterier för vad som ska krävas för att en läkare ska få kalla sig medicinsk rådgivare.
- Översyn av rättssäkerhetsaspekter för skadelidande, som utökad rätt till ombud i skaderegleringsprocessen och utvidgat rättsskydd. Översynen ska även omfatta en höjning av rättsskyddets beloppsgränser och kontinuerlig uppräknings av dessa beloppsgränser. Skyddet ska även täcka skadelidandes kostnader för läkarintyg.
- Översyn av huvudmannaskap och sammansättning av ledamöter i nämnderna. Konsumentintresset borde få större utrymme i nämnderna.
- Översyn av metoder för ränteantagande vid kapitalisering av ersättning till engångsbelopp.

Försäkringar och skadeersättning

Den svenska rättsordningen reglerar bland annat hur personskador ska ersättas. Reglerna täcker flera områden som socialförsäkring, skadeståndsrätt och privat försäkring. Ersättningen till de skadelidande fördelas mellan skattebetalar- och försäkringstagarkollektivet. Skattebetalarkollektivet betalar det grundläggande skyddet – socialförsäkringen – via skatter och sociala avgifter. Försäkringstagarkollektivet kan komplettera det grundläggande skyddet – privat försäkring – genom att betala premier.



SOCIALFÖRSÄKRING

Den svenska socialförsäkringen omfattar i stort sett alla som bor eller arbetar i Sverige.⁷ Försäkringen ger ett grundläggande ekonomiskt skydd för den som har drabbats av sjukdom eller personskada. Försäkringskassan och Pensionsmyndigheten administrerar socialförsäkringen. Försäkringen är en viktig del av det offentliga trygghetssystemet och omfattar även lagen om arbetsskadeförsäkring.⁸ Sjukpenningen är den viktigaste förmånen i socialförsäkringen och kan betalas ut vid sjukskrivning. Det är oftast arbetsgivares ansvar att betala sjuklön de första 14 sjukdagarna.

Socialförsäkringen har genomgått vissa större förändringar under den kartlagda perioden. Förändringar inom socialförsäkringen påverkar både försäkringsprodukter och skadereglering av personskador inom de privata försäkringsföretagen eftersom de privata försäkringarna ofta utgör ett komplement till socialförsäkringen.

Reglerna om sjukskrivning framgår av lagen om allmän försäkring som finns i socialförsäkringsbalken. En genomgripande förändring, eller reform, som har varit av särskild betydelse för personskaderegleringen under perioden var när sjukskrivningsreglerna 2008 ändrades i syfte att effektivisera sjukskrivningsprocessen och öka möjligheterna för sjukskrivna att återgå i arbete. En rehabiliteringskedja infördes med fasta tidpunkter för prövning av arbetsförmågan. Samtidigt infördes en borte gräns för hur länge man fick vara sjukskriven och få sjukpenning. Vissa ändringar har tillkommit som korrigerar några bieffekter av reformen. År 2016 togs den borte gränsen för sjukskrivning bort. Förändringarna i sjukskrivningsreglerna påverkar den privata personskaderegleringen i de delar skaderegleringen följer Försäkringskassans beslut om

⁷ Socialförsäkringsbalken (2010:110).

⁸ Lagen om arbetsskadeförsäkring (1976:380).

sjukskrivning och sjukersättning. Om Försäkringskassan beslutar att en skadelidande är arbetsför upphör sjukskrivningen och sjukersättningen från socialförsäkringen. Detta kan då leda till att den privata försäkringen, som följer Försäkringskassans beslut, inte heller betalar ersättning.

PRIVAT FÖRSÄKRING

En privat försäkring kan vara ett komplement till socialförsäkringen. Det finns individuella privata försäkringar som en person eller ett företag kan teckna direkt hos ett försäkringsföretag. Det finns även möjlighet att teckna försäkring i grupp hos försäkringsföretag, direkt eller indirekt via medlemskap i en organisation.

Ersättning vid personskada inom privat försäkring kan ske enligt försäkringsvillkor med hänvisning till skadeståndsrätten, eller enbart enligt försäkringsvillkor utan hänvisning till skadeståndsrätten. Ofta kan dock ersättning ha sin grund både i rena villkorsskrivningar och i skadeståndsrätten.

Vad som ersätts på skadeståndsrättslig grund framgår av bland annat av skadeståndslagen och rättspraxis.⁹ Ersättning på skadeståndsrättslig grund utgår från att skadeståndet varken ska över- eller underkompensera den skadelidande. Skadeståndet för inkomstförlust ska så långt som det är möjligt motsvara den verkliga förlusten. Skadestånd för inkomstförlust samordnas med andra förmåner som den skadelidande kan ha rätt till, vilket innebär att ersättningen kan beräknas med avdrag för den ersättning som till exempel Försäkringskassan lämnar.

PRIVATA FÖRSÄKRINGAR SOM TÄCKER PERSONSKADOR

Trafikförsäkring

Trafikförsäkringen är en försäkring som skiljer sig från övriga privata försäkringar i och med att den är obligatorisk för den som har ett trafikförsäkringspliktigt fordon. Den täcker skada som tillfogas fordonsförare och tredje man till följd av trafik med motorfordon. Trafikskadeersättning beräknas enligt trafikskadelagen.¹⁰

Arbetskadeförsäkring

De flesta arbetsskador faller under arbetsskadeförsäkring i kollektivavtal. Ersättning för arbetsskada beräknas enligt försäkringsvillkoren och skadeståndsrätten. AFA:s Trygghetsförsäkring för arbetsskada (TFA), är den dominerande arbetsskadeförsäkringen. Arbetsskadeförsäkringen har en särställning eftersom den är nära knuten till socialförsäkringens arbetsskadeförsäkring. Arbetsskadeförsäkringen täcker skada som inträffar i arbete, eller vid färd till eller från arbete. Olika försäkringsvillkor gäller för olika kollektivavtal.

Patientförsäkring

Vårdgivare ska enligt patientskadelagen ha patientförsäkring som täcker ersättning för skador enligt lagen.¹¹ Försäkringen skyddar patienter som har skadats inom hälso- och sjukvårdande verksamhet.

⁹ Skadeståndslag(1972:207), SkL.

¹⁰ Trafikskadelag (1975:1410), TsL.

¹¹ Patientskadelag (1996:799), PsL.

En vårdskada bedöms enligt patientskadelagens bestämmelser och ersätts enligt lagen om den är att anse som en patientskada.¹²

Läkemedelsförsäkring

Om personskada uppstår på grund av ett läkemedels egenskaper faller skadan inte under patientskadelagen. Dessa skador prövas i stället enligt Läkemedelsförsäkringens villkor. Försäkringen är en produktansvarsförsäkring som lämnar ersättning enligt försäkringsvillkor och skadeståndsrättslig grund. Läkemedelsförsäkringen är inte obligatorisk för läkemedelsföretag.

Privat sjuk- och olycksfallsförsäkring

Försäkringar som täcker vissa sjukdomsdiagnoser och olycksfallsskador, både för barn och vuxna, är villkorsförsäkringar. Försäkringarna tecknas ofta som gruppförsäkringar. Rätten till ersättning beror på hur försäkringsvillkoren i den aktuella försäkringen är utformade.

Sakförsäkring

Försäkringar som exempelvis hem-, hem- och villa- och företagsförsäkringar har främst en villkorsbaserad egendomsdel. I hem- och hem- och villaförsäkringen ingår alltid en ansvarsdel som kan betala ersättning till skadelidande om försäkringstagaren har varit vårdslös. Utöver ansvarsdelen i försäkringen ingår som regel ett överfalls- och reseskydd som också kan betala ersättning vid personskada. I en företagsförsäkring ingår ofta en ansvarsförsäkring i grundskyddet och ersättning till skadelidande betalas ut, liksom i hem- och hem- och villaförsäkringen, enligt skadeståndsrättslig grund.

TYP AV ERSÄTTNING

En skadelidande kan få ersättning för såväl ideella som ekonomiska skador beroende på vad som anges i försäkringsvillkoren.

Ersättningsposterna nedan framgår av skadeståndslagen och utgår från försäkringar som baseras på skadeståndsrättslig grund.

Villkorsförsäkringarna lämnar ersättning för dessa poster i olika utsträckning.

Kostnader	Ersättning för kostnader och utlägg som kan uppstå efter skada är exempelvis kostnader för sjukvårdsbesök samt för mediciner och resor till de olika vårdbesöken.
Sveda och värk	Ersättning utgår under den akuta sjuktiden, som innebär den tid som den skadelidande har varit sjukskriven eller fram till den tidpunkt då den medicinska invaliditeten till följd av skada har blivit fastställd.

¹² Se PsL.

Lyte (utseendemässiga skadeföljder)	Ersättning för exempelvis ärr eller annan utseendemässig skadeföljd utbetalas i form av ett engångsbelopp.
Kränkning	Ersättning till den som har blivit kränkt med anledning av ett brott utbetalas i form av ett engångsbelopp.
Bestående men (medicinsk invaliditet)	Ersättning för en bestående funktionsnedsättning till följd av en skada eller sjukdom kan bedömas först efter en längre tid. Så länge som läkande behandling av en skada pågår, kan medicinsk invaliditet inte fastställas definitivt. Medicinsk invaliditet graderas efter bestående funktionsnedsättnings invaliditetsgrad i procent. ¹³ Har en skada läkt utan bestående besvär finns ingen medicinsk invaliditet. Ersättningen utbetalas i form av ett engångsbelopp.
Inkomstförlust	Ersättning för inkomstförlust vid funktionsnedsättning. Inkomstförlusten vid funktionsnedsättning beräknas som skillnaden mellan inkomsten före skadehändelsen och den inkomst som den skadelidande har efter skadehändelsen med eventuellt avdrag för andra ersättningar.
Ekonomisk invaliditet	Ersättning för ekonomisk invaliditet kan betalas ut om funktionsnedsättningen har blivit permanent. Vanligen betalas ersättning för den ekonomiska invaliditeten ut som en livränta. Under vissa förutsättningar kan livränta betalas ut som ett engångsbelopp.

¹³ Svensk Försäkrings tabellverk "Medicinsk invaliditet – skador 2013" och "Medicinsk invaliditet – sjukdomar 2013, gradering av medicinsk invaliditet till följd av sjukdom".

God försäkringsstandard i skaderegleringen

Försäkringsföretagen ska upprätthålla vad som kallas god försäkringsstandard i skaderegleringen. Principen om god försäkringsstandard är dock i viss mån oklar till sin innebörd och tanken är att den ska utvecklas över tid av Finansinspektionen (FI) och till viss del av försäkringsbranschen. Företagen ska även se till att skaderegleringen sker skyndsamt och tillvaratar den ersättningsberättigades intressen.

GOD FÖRSÄKRINGSSTANDARD

Enligt försäkringsrörelselagen ska ett försäkringsföretags rörelse drivas enligt god försäkringsstandard.¹⁴ Någon exakt definition av vad god försäkringsstandard är finns dock inte i lagen.

Av förarbetena till lagen framgår att med god försäkringsstandard menas en kvalitativt tillfredsställande standard hos en representativ krets av försäkringsföretag. Kravet på god försäkringsstandard är inte begränsat till försäkringsrörelsen i sig utan gäller för verksamheten i dess helhet. Kravet på god försäkringsstandard inkluderar därmed även företagens skadereglering. Det är inte tillräckligt att ett försäkringsföretag endast undviker att agera olämpligt för att det ska uppfylla god försäkringsstandard. De kvalitativa kraven är högre än så. Försäkringsföretagen bör ha interna processer och rutiner för att tillgodose en korrekt behandling av de skadelidande.¹⁵

Vidare framgår av förarbetena att principen om god försäkringsstandard är till för att skydda försäkringstagarna, de försäkrade och andra ersättningsberättigade som omfattas av försäkringar. Innebörden av begreppet god försäkringsstandard ska i första hand fyllas ut av FI:s tillsynspraxis. Branschpraxis kan också ge viss ledning för tillämpningen av god försäkringsstandard.¹⁶ Regeln är inte utformad som riktlinje för FI:s tillsyn, utan som en allmän handlingsregel för försäkringsföretagen.¹⁷

Om verksamheten i ett försäkringsföretag inte drivs i enlighet med god försäkringsstandard har FI möjlighet att ingripa genom tillsynsåtgärder. FI kan dessutom utfärda föreskrifter och allmänna råd om god försäkringsstandard.¹⁸

FÖRSÄKRINGSAVTALSLAGEN

Försäkringsföretagen har vissa lagstadgade skyldigheter beträffande skadereglering, vilka framgår av försäkringsavtalslagen. Enligt lagen ska ett försäkringsföretag se till att skaderegleringen sker skyndsamt och att den skadelidandes intressen tillvaratas. Företaget ska betala ut försäkringsersättning senast en månad efter det att rätten till

¹⁴ 4 kap 3 § Försäkringsrörelselag (2010:2043), FRL.

¹⁵ Ändrade försäkringsrörelseregler, prop. 1998/99:87 s. 180.

¹⁶ a. prop. s. 390 f.

¹⁷ SOU 2005:85 s. 28.

¹⁸ Bemyndigandet framgår av 4 kap. 18 § i FRL.

ersättningen har uppkommit. Om ersättningen inte betalas ut i tid ska företaget betala dröjsmålsränta enligt räntelagen.¹⁹

Den skadelidande får i regel rätt till ersättning så snart ett försäkringsfall har inträffat. Med försäkringsfall menas en skadehändelse som omfattas av en försäkring. För personskador däremot kan tidpunkten för när rätten till ersättning uppstår flyttas fram, vilket ska framgå av försäkringsvillkoren. Det kan exempelvis framgå att frågan om medicinsk invaliditet kan bedömas tidigast ett år efter det att skadehändelsen har inträffat. Tidpunkten för rätten till ersättning flyttas i dessa fall fram med motsvarande tid.

Försäkringsföretaget måste ha den utredning som det behöver för att kunna bedöma ärendet innan det kan betala ut ersättning. Den skadelidande har en skyldighet att bidra till utredningen genom att skicka in relevanta underlag. Företaget kan därför flytta fram tidpunkten för utbetalning i avvaktan på sådant underlag.²⁰

FI:s praxis

FI har fattat sanktionsbeslut i två fall med anledning av brister i skaderegleringen.

I det första fallet konstaterade FI att det inte fanns någon övergripande kontroll av att företagets egna riktlinjer följdes i skaderegleringen. Företaget hade varken hanterat klagomål i enlighet med FI:s allmänna råd eller lämnat den information som kunderna behövde för att driva sina ärenden vidare efter att de hade prövats i företagets interna omprövningsinstans. FI bedömde att sådana brister innebär en betydande risk för att skadelidande som har ersättningsanspråk inte kommer att kunna få sina intressen tillgodosedda. FI uppmanade försäkringsföretaget att organisera och kvalitetssäkra skaderegleringen på ett sådant sätt att verksamheten i alla avseenden skulle kunna drivas enligt god försäkringsstandard.²¹

I det andra fallet konstaterade FI att försäkringsföretaget saknade tillförlitlig statistik över antalet öppna skador och handläggningstiderna för dem. Försäkringsföretaget hade inte genomfört någon generell granskning av vare sig organisation eller rutiner kring skaderegleringen. Företagets styrelse, som har det övergripande ansvaret för företaget, hade brustit i sitt ansvar för att säkerställa kvaliteten i skaderegleringen genom att inte inrätta sådana rutiner att en aktiv skadereglering kunde inledas utan dröjsmål. Styrelsen hade inte heller säkerställt att organisationen hade tillräckliga resurser för att genomföra en aktiv skadereglering. Styrelsen hade även brustit i sitt ansvar gällande skaderevision genom att inte ha tillräckligt med underlag för att bedöma kvaliteten i skaderegleringen. FI bedömde att företagets skadereglering inte uppfyllde kravet på god försäkringsstandard.²²

19 16 kap 1 § (jfr 7 kap 1 §) Försäkringsavtalslag (2005:104), FAL, och 6 § Räntelag (1975:635).

20 Prop. 2003/04:150 s. 567 f.

21 Beslut om anmärkning och straffavgift, 2009-08-31, Dnr 09-5952-342.

22 Erinran enligt 19 kap. 11 § försäkringsrörelselagen, 2000-03-16, Dnr 7445-99-301.

I konsumentrapporten från 2017 beskriver FI att företagen behöver visa konsumenten omsorg. En sådan omsorg innebär ökat fokus på konsumenternas beteende och förutsättningar.²³

Branschens praxis

Inom branschorganisationen Svensk Försäkring samverkar branschen på olika sätt, exempelvis för att utveckla självreglering i form av rekommendationer, överenskommelser och riktlinjer. De tar även fram standarder för att förebygga skador och förbättra skaderegleringsprocessen. Svensk Försäkrings vägledningar är frivilliga att följa, men medlemsföretagen följer dem i princip alltid, vilket även försäkringsföretag som inte är medlemmar i Svensk Försäkring gör.

Ett exempel på självreglering är rekommendationen ”Grundläggande principer för skadebehandling”. Rekommendationen består av 16 punkter och omfattar försäkringsföretagens service, information och kommunikation med kunder, beslutsmotivering och upplysning om omprövningsmöjligheter vid skadereglering, (bilaga 5). Ett annat exempel på självreglering är Svensk Försäkrings samverkansavtal med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Svensk Försäkring har även gett ut två tabellverk för bedömning av medicinsk invaliditet. Tabellverken listar de procenttal som ligger till grund för hur ersättning för medicinsk invaliditet, eller funktionsnedsättning, till skadelidande ska beräknas. Det första tabellverket heter ”Medicinsk invaliditet – skador 2013, gradering av medicinsk invaliditet” till följd av skada och det andra tabellverket heter ”Medicinsk invaliditet – sjukdomar 2013, gradering av medicinsk invaliditet till följd av sjukdom”. Tabellverken har tagits fram av olika arbetsgrupper som har bestått av representanter från försäkringsbranschen och medicinska rådgivare. Tabellverken har även remitterats till bland annat prövningsnämnder och Advokatsamfundet som har fått möjlighet att yttra sig över dem.

Personskadekommittén är ett stödjande organ till Svensk Försäkring i personskadefrågor och har till uppgift att ge försäkringsföretagen förutsättningar att göra korrekta och enhetliga bedömningar av god kvalitet. Personskadekommittén utformar rekommendationer i form av cirkulär. Kommittén anger som sin målsättning att förbättra rutiner och höja kvaliteten på personskaderegleringen och att på så sätt åstadkomma en snabbare skadereglering.

FI:S BEDÖMNING

Innebörden av begreppet god försäkringsstandard är oklar och tanken är att det ska utvecklas över tid, främst genom FI:s tillsyn. FI:s tillsynspraxis är än så länge begränsad. FI kan dock bidra till en ökad tydlighet av begreppet genom att exempelvis i rapporter kommunicera olika ställningstaganden som FI gör i tillsynen.

FI anser att de riktlinjer och hjälpmedel som branschen har tagit fram både fyller sitt syfte och i stort sett fungerar väl. Dessa har en stor genomslagskraft genom att det inte endast är Svensk Försäkrings medlemsföretag som följer dem, utan även företag och filialer som inte är medlemmar. FI ser dock att det finns ett behov av att ytterligare utveckla nuvarande praxis för att handläggningen av

23 FI-rapport ”Konsumentskyddet på försäkringsmarkaden 2017-05-11.

personskadeärenden ska ske på ett betryggande och effektivt sätt. Detta kan i sin tur bidra till att fylla ut begreppet god försäkringsstandard. FI ser därför att branschen arbetar vidare med självreglering.

Om självregleringen skulle visa sig vara otillräcklig kan FI i första hand vidta åtgärder i tillsynen och i andra hand utfärda föreskrifter och allmänna råd.

Skaderegleringsprocessen

Personskaderegleringsprocessen i försäkringsföretagen fungerar i stort sett väl, men det finns områden som företagen kan förbättra. Detta gäller särskilt individuell information till skadelidande, kvalitetssäkring och uppföljning av processer och rutiner samt fortsatt utveckling av system som stödjer skaderegleringen. Detta är något som FI kommer att följa upp i sin löpande tillsyn och genom dialog med försäkringsföretagen.

Detta avsnitt sammanfattar försäkringsföretagens skaderegleringsprocess baserat på de enkätsvar som Finansinspektionen (FI) har inhämtat från försäkringsföretag samt de uppföljande besök som FI har gjort hos sex av företagen.

Enkätfrågorna omfattar perioden 2007–2016 och tar vid efter FI:s senaste rapport om trafikskadade. Enkätfrågorna avser alla tidigare i rapporten nämnda typer av personskador trots deras olikheter.

Trafikskadorna har skiljts ut i en separat enkät eftersom de enligt uppdraget från regeringen ska belysas särskilt.

Skaderegleringsprocessen för trafikskador överensstämmer dock i stort sett med processen för övrig personskadereglering.

FI koncentrerar sin redogörelse till processer och rutiner som finns i dag. FI:s ställningstaganden är framåtblickande och FI kommer att följa upp processer och rutiner i sin löpande tillsyn och genom dialog med försäkringsföretagen.

DIGITALISERING OCH EFFEKTIVISERING

En omfattande digital utveckling har skett under de senaste åren. Denna utveckling tillsammans med socialförsäkringsreformer och de självregleringsåtgärder som har vidtagits i form av branschsamarbete har förändrat processer och rutiner hos företagen.

Ett betydande effektiviseringsarbete har också skett i försäkringsföretagen, dels som en följd av olika initiativ inom branschsamarbetet och genom FI:s tillsyn, dels på grund av interna krav på lönsamhet inom företagen. Handläggningstiderna i personskaderegleringen stod i fokus i FI:s tidigare rapporter om trafikskadade. Handläggningstiderna omnämns även i vissa av FI:s konsumentskyddsrapporter. Klagomålen från skadelidande handlar inte längre lika mycket om handläggningstider. Av enkätsvaren och den statistik som FI har tillgång till framgår att handläggningstiderna generellt sett har blivit något kortare, med undantag för patientskador där antalet skadeanmälningar har ökat vilket har påverkat handläggningstiderna. Det finns även andra variationer i de olika företagens handläggningstider. Dessa kan till exempel bero på antal komplicerade personskador. Med komplicerade skador menar FI här skador med minst tio procents invaliditet. Dessa skadeärenden har och behöver ofta ha en längre handläggningstid för att konsekvenserna av skadan ska kunna överblickas såväl medicinskt som ekonomiskt. Vissa försäkringstyper som arbetsskador skiljer ut sig med längre handläggningstider än andra. För dessa skador avvaktas oftare Försäkringskassans beslut inom socialförsäkringen. Vad gäller trafikskador har handläggningstiderna generellt sett blivit kortare. Det

beror på att trafikskador överlag har minskat väsentligt i antal, inkluderat de komplicerade trafikskadorna.

Bilden nedan visar att företagens ackumulerade handläggningstider för personskador till följd av trafik, i obligatoriska ärenden för prövning i Trafikskadenämnden, har blivit kortare. De röda staplarna i diagrammet visar att ärendena avslutas snabbare i mellanskiktet ett till åtta år. De riktigt svåra personskadorna till följd av trafik har fortfarande långa handläggningstider, ibland överstigande tio år. Komplicerade skador kan behöva långa handläggningstider, speciellt när barn och unga är inblandade. Dels ska effekten av skadorna hinna stabiliseras, dels ska försäkringsföretaget kunna fastställa en så korrekt grad av invaliditet och storlek på inkomstförlust som möjligt.



Källa: Statistik enligt Trafikskadenämndens verksamhetsberättelser 2007–2016.

Handläggningstid enligt Trafikskadenämndens definition: Den tid som förflyter mellan antingen invaliditetsdagen eller tidpunkten för skaderegleringsperiodens början och den dag då ärendet kommer till nämnden.

Vissa av försäkringsföretagen har förklarat att de genom särskilda insatser har arbetat bort väntande ärenden och därmed förkortat sina handläggningstider. Införandet av bättre systemstöd har haft en stor påverkan på handläggningstiderna. Det framgår av enkätsvaren att företagen också har arbetat med exempelvis organisatoriska förändringar, tidsmål med tätare bevakningar och mer schablonbaserad eller förenklad skadereglering. De fördröjningar i skaderegleringen som ändå uppstår beror ofta på personalfaktorer, som antal personer i tjänst kontra deras kompetenser och arbetsbelastning. Personskadeärenden kan vara mycket komplexa vilket påverkar arbetsbelastningen enligt företagen.

Företagen har som regel riktlinjer för hur lång tid som högst får passera mellan varje kontakt mellan företaget och den skadelidande. Exempelvis ska en skadeanmälan oftast vara bekräftad inom en eller ett par dagar. Systembevakningar stödjer på olika sätt företagens uppföljning av riktledningarna. Rutiner finns vidare för uppföljning av och påminnelseåtgärder för förseningar i skadeärenden.

Företagen har i regel riktlinjer och rutiner för hur de ska hantera dröjsmål hos externa parter. Det kan enligt företagen vara tidskrävande att få in information från externa parter som vårdgivare

eller Försäkringskassan, eller från den skadelidande eller dennes ombud. Företagen har dock i regel riktlinjer för kontakter med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. De flesta företag har anslutit sig till Försäkringskassans digitala tjänst LEFI online,²⁴ som levererar mycket av den information som företagen behöver för att handlägga skadeärenden.

En skadehändelse kan täckas av flera försäkringar och då kan försening i skaderegleringen uppstå, särskilt om försäkringarna finns i olika försäkringsföretag. Trafikskada betraktas av försäkringsföretagen som primär. Reglering i ett trafikskadeärende ges därför företräde framför till exempel reglering av en olycksfallsskada.

Användarstöden i skaderegleringssystemen spelar stor roll för handläggningstiden, men även för hur korrekt och enhetlig skaderegleringen blir. Enkätsvaren visar att företagen har utvecklat och fortsätter att utveckla sina systemstöd i personskaderegleringen. Det finns systemstöd för aktiviteter riktade direkt mot kunderna, som för information och ärendehantering, exempelvis ”Mina sidor”. Det finns även systemstöd i form av interna ärendehanteringssystem för själva handläggningen av skadeärendena inklusive dokumentationen av dem. Regelverk, processbeskrivningar och mer konkreta användarstöd för handläggningen är oftast integrerade på intranät eller i ärendehanteringssystem. Ett ärendehanteringssystem innehåller skadeärenden (skadeakter) med digital eller manuellt inskannad skadeanmälan, skadenoteringar och ofta även brevmallar samt mallar för sms och samtal. Färdigförfattade mallar används i stor utsträckning. Dessa gör handläggningen mer enhetlig, men de är också stöd för en korrekt handläggning som förenklar för skadereglerare och sparar tid. Det finns som regel inbyggda bevakningsfunktioner, som alarm vid orörd skada eller överskriden bevakningstid. Systemen innehåller även attest-, kontroll- och granskningsfunktioner med slumpvisa kontroller. De kan även innehålla länkning till andra system som interna kund- och säljssystem eller externa system som Gemensamma skadeanmälningsregistret (GSR). Vissa företag har även den medicinska rådgivningsprocessen mer eller mindre digitaliserad.

Systemstöd kan variera i utvecklingsgrad mellan företagen. Om företaget är utländskt är systemstödet inte alltid anpassat till svensk skadereglering. Ibland är vissa användarstöd inte integrerade i ärendehanteringssystemet. Exempelvis kan beräkningar som inkomstförlust eller dröjsmålsränta hämtas från Excel och föras över till brevmallar i ärendehanteringssystemet. Ofta saknar systemstödet tillräckliga sökmöjligheter för uppföljning och statistik av skadeärenden. Enkätsvaren visar att det finns brister just här. Det kan saknas statistik över beslut och avslagsgrunder, omprövningar och nämndbeslut samt klagomål. Det kan vidare saknas statistik över vilka beslut som grundas på utlåtanden av medicinska rådgivare och beslut som grundas på skadereglerares bedömningar, så kallade tjänstemannabedömningar.

Flera företag ger inte skadelidande möjlighet att kommentera uppgifter som ligger till grund för beslut. Vissa företag anger tidsskäl som orsak till detta och framhåller att det ligger i den skadelidandes intresse med en skyndsam handläggning.

24 LEFI online, www.forsakringskassan.se.

Vissa av företagen är mer aktiva i att erbjuda rehabiliteringshjälp än andra, främst när det gäller trafik- och arbetsskador. Detta bygger på frivillighet. Syftet är att finna en lösning som är till fördel för både den skadelidande och företaget genom att den skadelidande fortare kan komma i arbete.

Direktskadereglering och tjänstemannabedömning

En viktig effektivisering, för både försäkringsföretagen och de skadelidande är nya eller förändrade skaderegleringsprocesser. En process som blir allt vanligare även inom personskadereglering är direktskadereglering, som innebär att den skadelidande oftast inte behöver visa något underlag för sitt ersättningskrav. Så gott som alla företag tillämpar direktskadereglering. Regleringen sker med hjälp av webbkommunikation eller telefon där vissa ersättningsposter regleras direkt. I enklare ärenden förekommer ibland ingen skriftlig kommunikation alls, utan regleringen sker endast över telefon. Exempel på vad som direktskaderegleras är ersättning för kostnader och utlägg som sjukvårdskostnader och taxiresor.

Direktskadereglering kan även tillämpas på sveda och värkersättning.

En tjänstemannabedömning innebär att en tjänsteman (skadereglerare) själv gör en medicinsk bedömning. Denne kan alltså bedöma bestående funktionsnedsättning, medicinsk invaliditet, utan att rådgöra med läkare (medicinsk rådgivare). Tjänstemannabedömningarna har effektiviserats under åren. I vissa fall kan skadereglerare göra medicinska bedömningar upp till fem procents invaliditet. Det händer att skadereglerare får besluta om ännu högre invaliditetsprocent utan att konsultera medicinsk rådgivare. Det är de erfarna skadereglerarna som får göra dessa tjänstemannabedömningar och det sker oftast med hjälp av någon läkarutformad guide eller mall.

Ibland begär försäkringsföretagen inte in invaliditetsintyg när graden av bestående medicinsk invaliditet ska fastställas.

Försäkringsföretagen ersätter ofta invaliditetsintyg från behandlande läkare i vården med egenintyg, som är den skadelidandes egen beskrivning av sina besvär, kompletterat med vårdgivares journalanteckningar. Personskadekommittén har gett ut en rekommendation i cirkulär 2014:3, som är utarbetad av specialistläkare, om när invaliditetsintyg kan avvaras. Det är långa väntetider när det gäller att hämta in invaliditetsintyg från vården och att det kan ta upp emot ett år att få ett sådant intyg.

Utlagd verksamhet

Av enkätsvaren framgår att försäkringsföretagen i några fall hänvisar till externa konsulter processer och rutiner, både för en del av eller hela skaderegleringen samt för medicinsk rådgivning. Det framgår inte av enkätsvaren om företagen granskar den utlagda verksamheten.

FI:S BEDÖMNING

Generellt sett har försäkringsföretagen tillfredsställande processer och rutiner i skaderegleringen och dessa är i stor utsträckning integrerade i systemstödet. Ofta, men inte alltid, finns tydligt förklarande användarstöd samt bevaknings- och kontrollfunktioner i systemstödet. Allt detta sammantaget är till god hjälp för att skaderegleringen ska gå snabbt samt vara enhetlig och korrekt.

Systemstöden är dock inte alltid så sofistikerade som FI hade förväntat sig, i meningen att de saknar modern användarvänlig miljö med

integrerade och tydliga användarstöd. Manuell hantering förekommer i olika hög grad, även där företagen med fördel skulle kunna använda systemstöd. Vissa företag har system som exempelvis saknar beräkningsstöd. Förutom att säkerställa att skadeersättningen blir rätt, bör det finnas systemstöd som på ett korrekt sätt beräknar dröjsmålsränta. På samma sätt bör i försäkringsvillkoren förekommande förräntningsrörelseräntor beaktas. En förräntningsrörelseränta är ränta för förfallna men ännu inte utbetalade belopp. FI anser att de omoderna systemen gör att det hos vissa försäkringsföretag finns risk för misstag och fel i skaderegleringen. Många klagomål från skadelidande handlar om just misstag och räknefel i regleringen.

Kartläggningen visar även på brister i uppföljning och statistikföring av skadeärenden, vilket bland annat tycks bero på begränsningar i systemstöd. I kartläggningen har det inte framkommit att handläggningstiderna generellt sett är ett stort problem. I FI:s tidigare rapporter stod långa handläggningstider i trafikskadeärenden i fokus. Dessa handläggningstider har generellt sett förkortats tack vare särskilda insatser hos försäkringsföretagen och i vissa fall på grund av färre inkomna skadeärenden. FI ser visserligen att handläggningstiderna skiljer sig åt mellan olika försäkringar och olika skadehändelser, men det finns oftast naturliga förklaringar till detta.

Personalfaktorer är företagets främsta förklaring till de interna förseningar som ändå uppstår. Det kan vara så att försäkringsföretagen behöver arbeta mer med rekrytering och att säkerställa återväxten av personskadereglerare, både vad gäller antal och kompetens.

Förseningar uppkommer även på grund av externa faktorer som företagen inte styr över. Oavsett detta är det viktigt att företagen driver på externa parter och att de har bra rutiner för påminnelser. Det ligger i företagets utredningsansvar att vara aktiva i skaderegleringen.

Direktskadereglering har lett till effektivare administration på försäkringsföretagen. Det är oftast till fördel för den skadelidande, som snabbt får besked och inte behöver vänta länge på ersättning. Direktskaderegleringen bör dock inte förenklas längre än till att materiella beslut ändå meddelas skriftligt till den skadelidande. Det kan annars vara svårt att förstå utgången av ärendet och den skadelidande har heller inget underlag för en eventuell begäran om omprövning.

Ett ökat antal tjänstemannabedömningar innebär en motsvarande effektivisering för både försäkringsföretaget och den skadelidande, men det är tveksamt om tjänstemannabedömningar alltid är till fördel för den skadelidande. Skador som bedöms uppgå till fem procents medicinsk invaliditet kan vara nog så allvarliga för den skadelidande. Även om skaderegleraren vid sin bedömning använder läkarutformade guider eller mallar kompenserar detta inte bristen på läarkompetens. Bedömningar enligt medicinska tabellverk kan behöva kompletteras med medicinsk kompetens. Det finns risk för att en skadereglerare som saknar medicinsk kompetens gör felbedömningar som en läkare inte skulle göra. Det är viktigt att företagen säkerställer att snabbare handläggning i skaderegleringen inte går ut över kvaliteten.

Journalanteckningarna från det akuta omhändertagandet vid skadetillfället är ofta av mycket stor betydelse för den medicinska bedömningen, liksom annan medicinsk dokumentation som

läkarintyg. När bestående medicinsk invaliditet ska fastställas behövs som regel ett invaliditetsintyg från vården. Det är ett stort bekymmer att handläggningstiderna i vården kan vara mycket långa när det gäller att hämta in läkarintyg. Det kan finnas en fara i en utveckling där försäkringsföretagen frångår läkarintyg, särskilt invaliditetsintyg, och helt förlitar sig på journalanteckningar. Dessa kan vara väldigt kortfattade och sakna uppgifter som den skadelidande uppgav, eller inte hade möjlighet att uppges, i det akuta skedet.

Det kan vara så att försäkringsföretagen i vissa fall inte ser ett behov av invaliditetsintyg för att de inte fyller någon funktion, se Personskadekommitténs cirkulär 2014:3. Problemet att inte få invaliditetsintyg inom rimlig tid kan föra med sig en ökad förekomst av tjänstemannabedömningar för att spara tid i skaderegleringen. Då är frågan om utvecklingen går i den skadelidandes intresse vad gäller utredningsskyldighet och korrekt handläggning.

Vissa prövningsnämnder har uttalat att de generellt sett har ett allt större behov av att ta in kompletteringar i de ärenden som de ska pröva. Detta kan också tyda på att det förekommer brister i försäkringsföretagens utredningar.

Sammantaget kan ett i och för sig vällovt syfte om kortare handläggningstider komma att stå mot skaderegleringens kvalitet. En utveckling som innebär att skyndsamt handläggning ges högre prioritet än korrekt och enhetlig handläggning är inte i den skadelidandes intresse.

Det är viktigt att försäkringsföretagen har fungerande och dokumenterade processer och rutiner för att regelbundet kunna kvalitetssäkra skaderegleringen. Exempel på kvalitetssäkring är granskning och uppföljning av såväl öppna som stängda ärenden vad gäller handläggningstider, omprövningar och skadereglerares bedömningar jämfört med medicinska rådgivares utlåtanden.

Försäkringsföretagens processer och rutiner för skadereglering och kontroll av dessa ska även gälla skadereglering som är utlagd till konsulter genom uppdragsavtal. Det gäller både skaderegleringen som helhet och delar av den, som den medicinska rådgivningen. Företagen ska kontrollera den utlagda verksamheten som om den vore egen verksamhet, men i några fall är det otydligt om eller hur kontroller utförs. Här ser FI vissa brister i enkätsvaren där företagen hänvisar till eller stödjer sig på konsultföretagens processer och rutiner. Vissa företag har inte besvarat frågan om de själva följer upp eller kontrollerar den utlagda verksamheten.

FI anser att:

- företagen bör säkerställa att de har systemstöd som är anpassade till verksamheten för att uppnå en effektiv och rättssäker skadereglering.
- företagen bör säkerställa att skadeärenden är ordentligt utredda. Direktskadereglering och tjänstemannabedömningar bör inte förenklas för långt.
- företagen bör kvalitetssäkra hela skaderegleringsprocessen regelbundet, oavsett om skaderegleringen sker i egen regi eller i utlagd verksamhet. För detta krävs dokumenterade processer och rutiner samt uppföljning av dessa.

INFORMATION OCH KOMMUNIKATION

Skadeanmälan kan göras på flera olika sätt. Det vanligaste är att den görs på telefon eller på försäkringsföretagets webbplats. Skadeanmälan på blankett som skickas via mejl eller post förekommer också. Försäkringsföretagen ger viss individuell information om skaderegleringsprocessen i samband med bekräftelsen på skadeanmälan och oftast på motsvarande sätt som anmälan har gjorts på. Ibland läggs en informationsbroschyr med i bekräftelsebrevet.

Generell information om skaderegleringsprocessen till kunder och skadelidande ges på flera olika sätt, till exempel på företagets webbplatser och i broschyrer. Webbinformationen är ofta omfattande. När det gäller arbets- och vårdskador ligger informationsansvaret ytterst på arbetsmarknadens parter respektive landstingen. Information om skadereglering lämnas då även av andra än försäkringsföretagen som genom fackförbund eller vårdgivare.

Hur mycket service det finns på andra språk än svenska varierar mellan företagen, men oftast finns informationsbroschyrer på flera språk. Försäkringsföretagen försöker också erbjuda service på flera språk genom att rekrytera språkkunniga skadereglerare.

Det framgår av enkätsvaren att företagen oftast har riktlinjer för hur skadelidande ska informeras i ett enskilt skadeärende, både när det gäller gången i ärendet, hur en skadas verkningar ska begränsas, hur den skadelidande ska bidra till utredningen av skadan och om när den skadelidande behöver informeras. Företagen har olika rutiner för hur de informerar den skadelidande. Det kan gälla att uppgifter i skadeutredningen är otydliga eller saknas. Det kan också handla om information om var uppgifter har hämtats, liksom i vilken utsträckning den skadelidande får uppgift om eller får kommentera underlag som ska bedömas av medicinsk rådgivare. Företagen har också olika rutiner för information om vad som ligger till grund för beslut om ersättning eller avslag. Flera företag ger skadelidande möjlighet att logga in på "Mina sidor" för att kunna följa sitt eget skadeärende.

Sätten att kontakta skadelidande varierar mellan företagen och beror också på vilken typ av ärende det handlar om. Hur detaljerade riktlinjerna och användarstöden är skiljer sig mellan företagen. Vissa företag har ökat antalet telefonkontakter och kompletterar endast dessa med noteringar i skadeärendet. Någon skriftlig bekräftelse på telefonsamtalets innehåll skickas inte till den skadelidande, även om samtalet ligger till grund för beslut. Denna rutin används vid direktskadereglering och ibland även vid längre pågående skadereglering med många delbeslut. Vissa företag använder sms för att kommunicera med skadelidande, även för information som kan betraktas som känslig för den skadelidande. Vissa företag använder sig enbart av skriftlig kommunikation i mejl eller brev och det händer att företagen enbart använder brev. För alla kontaktsätt använder företagen i regel mallar och de är ofta integrerade i systemstödet.

Företagen motiverar inte alltid sina beslut för den skadelidande. Företagen upplyser inte heller alltid den skadelidande om hur denne kan begära att ett enskilt beslut omprövas. Ibland ger företagen bara generell information när det gäller omprövning. Det kan i vissa fall finnas upp till fem olika sätt att klaga på ett beslut i ett skadeärende inom ett och samma företag. De olika sätten beror delvis på om det har tillkommit nya omständigheter i ärendet.

FI:S BEDÖMNING

Hur försäkringsföretagen informerar och kommunicerar med den skadelidande i skaderegleringsprocessen ser olika ut.

En kund eller skadelidande kan både söka och få information om skaderegleringsprocessen samt nås av försäkringsföretagen på ett helt andra sätt än för tio år sedan. Detta beror främst på digitaliseringen. Generell information finns det gott om. Information kan till och med finnas i sådan mängd att den blir svårtillgänglig – detta är en balansgång. För vissa skadelidande kan digital information vara svår att nå, eller svår att ta till sig, exempelvis för att den skadelidande inte har tillgång till datautrustning eller saknar teknikkunskap. Informationen kan också vara svår att ta till sig just för att den är för generell.

Personskadereglering är ett komplext område. Normalt är den skadelidande i underläge i förhållande till försäkringsföretaget när det gäller kunskap, vilket kan leda till missförstånd. Detta i sin tur kan orsaka missnöje hos skadelidande. FI kan konstatera att det finns behov av mer individuellt anpassad information i det enskilda skadeärendet. Företagen kan förbättra flera delar av processen, för att ge både relevant och individanpassad information. Oftast är den skadelidande beroende av en enskild skadehandläggare som kan vara mer eller mindre uppmärksamma på att informera om skaderegleringsprocessen. Därför är tydliga riktlinjer och rutiner för individuell information särskilt viktiga.

Brevmallar används frekvent. De gynnar en enhetlig och korrekt handläggning men de kan ha sina begränsningar. Ibland kan det bli fel i förhållande till en viss skadelidandes situation eller omständigheter. I vissa fall finns det behov av individualiserade brev. Det är viktigt att den skadelidande förstår ett beslut och motiveringen till det, inte minst när beslutet går den skadelidande emot.

Beslut måste vara väl motiverade och tydligt förklarade samt innehålla hänvisningar till villkor, regler och hur skadelidande kan begära omprövning. Företagen måste också förklara hur de gör sina beräkningar och varifrån de hämtar den information som ligger till grund för beräkningarna. Informationen i beslut är inte bara viktig för att den skadelidande ska förstå, utan också för att den skadelidande ska veta på vilka grunder denne kan bygga ett eventuellt klagomål. Om den skadelidande är missnöjd med beslutet i skaderegleringen måste denne få information om hur beslutet kan omprövas. Det finns en risk för att oklar information eller för många alternativa sätt att klaga på beslut gör att den skadelidande inte kan eller orkar gå vidare med sitt skadeärende.

Skadelidande behöver få tillfälle, när det är relevant, att kommentera det underlag i skaderegleringen som har betydelse för utgången av ärendet. Företagen anger ibland att tidsskäl hindrar detta. Återigen kan tid stå emot kvalitet.

Olika försäkringstyper och produkter kräver olika service. Gemensamt för all skadereglering är ändå att den skadelidande är i underläge i förhållande till försäkringsföretaget. Försäkringsföretaget som är den starkare parten har en omsorgsplikt som bygger på ansvar och anpassad service i förhållande till den skadelidande.

FI anser att:

- företagen bör aktivt och kontinuerligt arbeta med att utveckla den individuella informationen till och dialogen med skadelidande. Där ingår att företagen lämnar tydlig och förståelig information genom hela skaderegleringsprocessen samt att materiella beslut meddelas skriftligt och motiveras. Vidare behöver beräkningar förklaras.
- företagen bör ge skadelidande möjlighet att, när det är relevant, kommentera underlag i skaderegleringen som har betydelse för utgången av ärendet.

SKADEREGLERARENS KOMPETENS

I regel kategoriseras skadeärendena så tidigt det går efter att de har anmälts till företaget. Ärendets svårighetsgrad avgör vilken skadereglerare i företaget den ska handläggas av, beroende på skadereglerarens kompetens. Ofta görs denna kategorisering av en första mottagnivå men skadan kan också gå vidare för kategorisering på chefsnivå. Detta varierar beroende på ärendets svårighetsgrad och storleken på försäkringsföretag.

Alla försäkringsföretag som har svarat på enkäten har seniora skadereglerare och enligt enkäten har dessa arbetat med personskadereglering i minst tio år. Skadereglerarna kan vara anställda eller anlitade.

Framförallt är det de mindre försäkringsföretagen som lägger ut sin skadereglering, helt eller delvis, till skadekonsultbolag. Dessa bolag har i regel seniora skadereglerare.

FI:S BEDÖMNING

Personskadereglering är en komplicerad uppgift och utgången av ärendet får många gånger stor inverkan på den skadelidandes tillvaro. Det krävs därför en hög skadereglerarkompetens, särskilt i mer komplexa skadeärenden. Detta krav blev tydligt i och med det nya regelverket²⁵ som trädde i kraft 2016. Där framgår det att försäkringsföretag ska ”anställa personal med den kompetens, kännedom och sakkunskap som krävs för att korrekt kunna fullgöra sina skyldigheter”.

FI noterar att enkätsvaren anger att en övervägande del av både anställda och anlitade skadereglerare är seniora. Företagen har framfört att det är svårt att rekrytera personskadereglerare, men att de arbetar för att säkerställa återväxten. Kraven på skadereglerares kompetens måste även vara höga för att möta de effektiviseringar i skaderegleringen som direktskadereglering och tjänstemannabedömningar medför. För att säkerställa de högt ställda kraven på skadereglerare och deras kompetens behövs både regelbunden kvalitetssäkring av bedömningar och kompetensutveckling. Skadereglerares kompetens bör exempelvis följas upp genom en jämförelse mellan tjänstemannabedömningar och bedömningar från de medicinska rådgivarna samt omprövningsstatistik från respektive bedömning. Skadereglerares

²⁵ Kommissionens delegerade förordning (EU) 2015/35 av den 10 oktober 2014 om komplettering av Europaparlamentets och rådets direktiv 2009/138/EG om upptagande och utövande av försäkringsverksamhet (Solvens II).

kompetens kan även bedömas genom kvalitetssäkring av klagomål och omprövningar av skadereglerarens beslut i skadeärenden.

FI anser att företagen regelbundet bör kvalitetssäkra skadereglerares kompetens.

KLAGOMÅL OCH OMPRÖVNING

Om den skadelidande inte är nöjd med försäkringsföretagets handläggning av skadeärendet kan den skadelidande klaga genom att vända sig till skaderegleraren, överordnad eller kundombudsman.

Definitionen av klagomål är otydlig och därför skiljer sig försäkringsföretagens statistikföring och enkätsvar åt.

Om den skadelidande inte anser sig ha fått rättelse genom sitt klagomål kan den skadelidande få prövning av sitt ärende hos en nämnd som är avsedd för prövning av skadeärenden inom det aktuella området. Antingen är det den skadelidande själv, eventuellt med hjälp av ombud, som anmäler sitt skadeärende för prövning i nämnden eller så kan försäkringsföretaget initiera en prövning. Detta gäller särskilt trafik-, patient- och ansvarsskadeärenden.

Det finns även ärenden som de försäkringsföretag som meddelar trafik- och ansvarsförsäkring måste lämna till nämndprövning, så kallade obligatoriska ärenden.

Gången i ärenden som ska prövas i nämnd kan se olika utberoende på skadetyp och om det är ett tvistlösningsärende.²⁶ Gemensamt för nämnderna är att prövningsförfarandet är skriftligt. På prövningsnämndernas hemsidor finns oftast utförlig information om hur den skadelidande ska få sitt ärende prövat. Företagen följer i regel nämndernas yttranden.

FI har ovan nämnt att försäkringsföretagens systemstöd inte alltid har tillräckliga sökmöjligheter för uppföljning och statistik av skadeärenden. Detta gäller även vid omprövning och kan medföra att analys av företagets besluts kvalitet kan vara bristfällig.

FI:S BEDÖMNING

FI har utfärdat allmänna råd om klagomålshantering när det gäller finansiella tjänster till konsumenter. FI har för avsikt att uppdatera de allmänna råden. När detta sker kommer bland annat definitionen av vad ett klagomål är att förtydligas, vilket kommer att underlätta statistikföring och uppföljning av klagomål. Eftersom företagen i framtiden ska rapportera sina klagomål till FI, kan de nuvarande allmänna råden komma att omvandlas till föreskrifter.

Företagens kvalitetsgranskning av beslut i skadeärenden kan säkerställas genom förbättrade systemstöd. Oavsett systemstöd måste företagen göra analyser av besluts kvaliteten.

FI anser att företagen bör kvalitetssäkra sina beslut i skaderegleringen i förhållande till klagomål och omprövningar.

²⁶ Lagen om alternativ tvistlösning i konsumentförhållanden.

Medicinsk rådgivning

Försäkringsföretagen anlitar läkare som medicinska rådgivare. Dessa skriver utlåtanden om skadelidandes besvär omfattas av försäkringen och graden av funktionsnedsättning. Dessa utlåtanden kan ha avgörande betydelse för beslutet i ett personskadeärende. De medicinska rådgivarna har en annan roll än behandlade läkare och står till skillnad från dem inte under tillsyn. Finansinspektionen föreslår att den medicinska rådgivningen ställs under tillsyn i kvalitetssäkrande syfte. Detta skulle även öka förtroendet för rådgivningsprocessen.

Det framgår tidigare i denna rapport att det finns återkommande klagomål på den medicinska rådgivningen och de rådgivande läkarna i försäkringsföretagens personskadereglering. En del i Finansinspektionens (FI) uppdrag är att belysa försäkringsläkarens roll och klargöra hur denna förhåller sig till den behandlande läkarens roll. Medicinsk rådgivare likställs i denna rapport med försäkringsläkare, medicinskt sakkunniga och rådgivande läkare. Inom socialförsäkringen, hos Försäkringskassan, finns det också medicinska rådgivare (försäkringsmedicinska rådgivare)²⁷, men i denna rapport syftar FI endast på medicinska rådgivare som är verksamma inom det privata försäkringsområdet om inget annat nämns.

Av FI:s tidigare rapporter om trafikskadade framgår att långa handläggningstider var ett problem.²⁸ Det gällde även de medicinska rådgivarnas handläggningstider. Vidare ifrågasatte skadelidande de medicinska rådgivarnas bedömningar, kompetens och oberoende. FI konstaterade, förutom att handläggningstiderna hos de medicinska rådgivarna var långa, att försäkringsföretagens information till skadelidande om medicinsk rådgivning inte var tillräcklig. Det saknades information om varför försäkringsföretagen gör medicinska bedömningar och om hur de går till. FI tyckte också att de skadelidande borde få bättre information om de bestämmelser och kriterier som styr beslut och ersättningsbelopp. FI antog att antalet omprövningar och överklaganden skulle minska om företagen blev bättre på att kommunicera med de skadelidande om den medicinska rådgivningen. FI resonerade om tillsyn över de medicinska rådgivarna och om andra åtgärder för att öka deras oberoende.²⁹

Försäkringsbranschen har under kartläggningsperioden genom självreglering vidtagit vissa åtgärder för att öka oberoende.

I förarbetena till patientsäkerhetslagen³⁰ behandlas medicinska bedömningar även på det privata försäkringsområdet. Bland annat nämner förarbetena de uttalanden som FI har gjort i sina rapporter.

27 Landsting kan också utföra medicinsk rådgivning på uppdrag av Försäkringskassan, se förslag till lagen om försäkringsmedicinska utredningar, Socialdepartementets remiss 2017-1031 S2016/07117/SF.

28 FI:s rapporter 1998:6, 2003:1, 2005:7 och 2007:18.

29 FI rapport 2003:1 s. 28 f.

30 SOU 2008:117 s. 407– 448 och prop. 2009/10:210 s.169 f.

LÄKARNAS ROLLER OCH ARBETSUPPGIFTER

En försäkringsmedicinsk rådgivare (inom socialförsäkringen) eller medicinsk rådgivare (inom det privata försäkringsområdet) och en behandlande läkare har olika roller eller uppdrag. En behandlande läkare saknar oftast försäkringsmedicinsk utbildning.³¹ En försäkringsmedicinsk utredning³² som görs av en försäkringsmedicinsk rådgivare gäller medicinska förhållanden och har en försäkringsrättslig grund. Så är fallet inom den allmänna försäkringen när en försäkringsmedicinsk rådgivare bedömer hur ett sjukdomstillstånd minskar arbetsförmågan för en försäkrad. Med arbetsförmåga avses då det socialförsäkringsrättsliga begreppet. Inom det privata försäkringsområdet har på motsvarande sätt bedömningar som en medicinsk rådgivare gör om orsakssamband och invaliditet, eller funktionsnedsättning, en försäkringsrättslig grund.

Medicinska rådgivare

Försäkringsföretagen anlitar medicinska rådgivare för att få ett rådgivande yttrande om orsakssamband mellan händelse och besvär samt invaliditet, eller stående funktionsnedsättning. Den medicinska rådgivaren träffar inte den skadelidande, utan baserar sitt utlåtande på medicinska underlag som läkarintyg och journalanteckningar. Dessa underlag får den medicinska rådgivaren från försäkringsföretaget tillsammans med frågor om innehållet i underlagen. Den medicinska rådgivaren ska oberoende av parterna svara på frågorna.

Den skadelidandes ersättningskrav måste innehålla tillräcklig information för den medicinska bedömningen. Det är den skadelidande som måste bevisa att det finns en ersättningsgill skada, vilket innebär att det måste finnas ett orsakssamband mellan skadehändelsen och den skadelidandes skada eller besvär. Samtidigt är det försäkringsföretagets ansvar att utredningen blir komplett. Den medicinska rådgivaren ska bedöma sannolikheten för att en viss skada har uppkommit genom en viss händelse. Den medicinska rådgivaren ska också bedöma eventuell bestående funktionsnedsättning. En bedömning om orsakssamband görs med hjälp av de medicinska underlagen och med utgångspunkt i de beviskrav som framgår av rättspraxis. Olika försäkringstyper har olika beviskrav som den medicinska rådgivaren måste ha kunskap om och kunna ta ställning till. Vidare ska den medicinska rådgivaren värdera vilken invaliditetsgrad skadan kan ha enligt rådgivande medicinska tabellverk som ingår i branschgemensamma riktlinjer.³³

Behandlande läkare

En behandlande läkare utför arbete inom hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvård definieras i hälso- och sjukvårdslagen. En behandlande läkares åtgärder går ut på att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador³⁴. Åtgärderna tar sikte på läkning, eller lindring, av en viss persons sjukdom eller skada. Oftast förutsätts ett fysiskt möte, som numera kan likställas med ett webbaserat möte.

31 SOU 2008:117 s. 414 f.

32 www.forsakringskassan.se/sjukvard/forsakringsmedicin/forsakringsmedicinska-utredningar.

33 Svensk Försäkring, "Medicinsk invaliditet – skador 2013" och "Medicinsk invaliditet – sjukdomar 2013, gradering av medicinsk invaliditet till följd av sjukdom".

34 2 kap. 1 § 1 p. Hälso- och sjukvårdslag (2017:30).

Enligt förarbetena till patientsäkerhetslagen innefattar medicinsk rådgivares yrkesutövning i allmänhet inte hälso- och sjukvård. Om en medicinsk rådgivare, som är läkare, personligen undersöker en enskild person för att bedöma dennes hälsotillstånd, eller vidtar någon annan åtgärd som kan betecknas som en hälso- och sjukvårdsåtgärd, skulle dock dessa åtgärder utgöra hälso- och sjukvård³⁵ och då omfattas av tillsyn³⁶.

Värdering av utlåtande

I en dom från Högsta domstolen finns ett uttalande om hur man ska värdera vilken läkarbedömning som ska ha företräde när bedömningar från behandlande läkare och medicinsk rådgivare skiljer sig åt. I detta fall gällde det orsakssambandet mellan olycksfall och ryggbesvär. Högsta domstolen slog fast att det är naturligt att fästa vikt vid en bedömning från en läkare med en speciell kompetens på det aktuella området för skadan, men att det ytterst blir avgörande vilka skäl som respektive läkare åberopar för sina slutsatser.³⁷

FI har i enkäterna frågat försäkringsföretagen och prövningsnämnderna hur de ser på värderingen av den behandlande läkarens bedömning jämfört med den medicinska rådgivarens bedömning. Svaren på denna fråga överensstämmer väl med beskrivningen ovan om bedömningar från medicinsk rådgivare respektive behandlande läkare.

VAL OCH ANLITANDE AV MEDICINSK RÅDGIVARE

År 2008 fanns det cirka 150 verksamma medicinska rådgivare.³⁸ I dag är de mer än dubbelt så många, cirka 320. Medicinska rådgivare arbetar på uppdrag av försäkringsföretagen. De är alltså inte anställda av dessa företag. Försäkringsföretagen anlitar inte samma medicinska rådgivare som prövningsnämnderna.

I förarbetena till patientsäkerhetslagen återges ett förslag från en särskilt tillsatt arbetsgrupp om en pool för medicinska rådgivare, bekostad av trafikförsäkringsföretagen i syfte att öka förtroendet för medicinsk rådgivning.³⁹ Dit skulle även skadelidande kunna vända sig. Förslaget realiserades inte på grund av att Trafikskadenämnden, FI och försäkringsbranschen inte kom fram till en tillfredsställande lösning.

Under senare år har privata bolag som är fristående från försäkringsföretagen skapat konsulttjänster för medicinsk rådgivning. För närvarande finns det ett konsultbolag som är dominerande, se faktarutan nedan. Konsultbolagen anlitar medicinska rådgivare med olika kompetenser genom uppdragsavtal. Försäkringsföretagen ingår i sin tur uppdragsavtal med konsultbolagen om att översända ärenden för medicinsk bedömning.

När en medicinsk bedömning ska göras i skaderegleringen uppdrar försäkringsföretaget, genom en skadereglerare, till konsultföretag eller en enskild medicinsk rådgivare att skriva ett utlåtande. Valet av medicinsk rådgivare i ett specifikt ärende kan ske med hjälp av ett

35 Prop. 2009/10 s. 169 f.

36 Inspektionen för vård och omsorg (IVO), www.ivo.se/tillsyn.

37 NJA 2001 s. 657.

38 SOU 2008:117 s. 427.

39 SOU 2008:117 s. 438 f.

digitalt fördelningsverktyg inom aktuell läkarkompetens eller manuellt.

När försäkringsföretag anlitar nya medicinska rådgivare kan det ske på olika sätt, till exempel genom anvisning från Föreningen för Medicinska Rådgivare eller Svenska Läkaresällskapet. De 160 medicinska rådgivare som bedömer patientskador på direkt uppdrag av Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag rekryteras genom offentlig upphandling.

Medicinska rådgivare som anlitas av försäkringsföretagen är anslutna till Föreningen för Medicinska Rådgivare. Det finns ytterligare en förening för medicinska rådgivare, utöver Föreningen för Medicinska Rådgivare, som heter Försäkringsmedicinska sällskapet. I den är främst Försäkringskassans medicinska rådgivare medlemmar

Mavera AB

Mavera är det dominerande privata konsultföretaget för medicinsk rådgivning. Maveras har ett nätverk av erfarna och oberoende specialistläkare. Maveras har cirka 80 kunder som består av försäkringsföretag, myndigheter, ombud och advokatbyråer.

Maveras krav på medicinska rådgivare är att de ska vara kliniskt verksamma till minst 25 procent och ha genomgått Föreningen för Medicinska Rådgivares fyrstegsutbildning. En ny medicinsk rådgivare hos Maveras ska inledningsvis arbeta under handledning. Maveras tillhandahåller viss utbildning i tillägg till den som ges av Föreningen för Medicinska Rådgivare. Nya medicinska rådgivare rekryteras främst genom det egna nätverket.

Ärenden till medicinska rådgivare fördelas i huvudsak slumpmässigt, genom ett fördelningsverktyg, med hänsyn till kapacitet och tillgänglighet för anknutna specialistläkare. Försäkringsföretaget kan inte styra vilken medicinsk rådgivare som ska lämna ett utlåtande i ett visst ärende. Försäkringsföretaget har dock möjlighet att välja bort viss medicinsk rådgivare. Handläggningstiden hos Maveras är kort, i genomsnitt två dagar. Samtliga läkare arvoderas av Maveras som sedan fakturerar sina kunder. I huvudsak ersätter Maveras rådgivarna efter nedlagd tid. Några få rådgivare ersätts per ärende.

ERSÄTTNING TILL MEDICINSKA RÅDGIVARE

Medicinsk rådgivning inom det privata försäkringsområdet är en konsulttjänst. Oftast är ersättningen till rådgivarna baserad på nedlagd tid och endast undantagsvis per ärende, vilket var vanligare förr. Samtliga försäkringsföretag har i sina enkätsvar svarat nej på frågan om medicinska rådgivare får prestations- eller resultatbaserad ersättning.

ANVÄNDNING AV MEDICINSKA RÅDGIVARE

Medicinsk rådgivning sker numera ofta med hjälp av digital överföring i handläggningen. Detta har förkortat handläggningstiderna avsevärt, i vissa fall ända ner till en dag.

Svensk Försäkring och Personskadekommittén har gett ut rekommendationer om hur medlemsföretagen kan använda medicinska rådgivare. Svensk Försäkring reviderade under 2017 ”Rekommendation om kompetenskrav för medicinska rådgivare inom skadereglering”. Personskadekommittén har utarbetat cirkuläret

”Försäkringsmedicinska bedömningar i samband med personskada på skaderättslig grund”⁴⁰ som innehåller riktlinjer, mallar och formulär. Där framgår exempelvis på vilket underlag medicinska rådgivare ska göra sin bedömning. Cirkuläret innehåller även etiska riktlinjer för medicinska rådgivare som bygger på etiska regler antagna av Föreningen för Medicinska Rådgivare. Försäkringsföretagens uppdragsavtal med den medicinska rådgivaren innehåller oftast Svensk Försäkrings vägledande etiska regler tillsammans med övriga krav på rådgivaren. För frågor om orsakssamband mellan skadehändelse och besvär finns Svensk Försäkrings ”PM att förelägga medicinsk rådgivare”.

Vidare framgår av cirkuläret att försäkringsföretagen ska anlita specialistkompetens, med särskilda anvisningar för olika skadetyper inom aktuell disciplin.

Av rekommendationerna framgår även att medicinska rådgivare bör genomgå Föreningen för Medicinska Rådgivares utbildning i försäkringsmedicin, i form av en fyrstegsutbildning, som pågår under fyra dagar. Utbildningen omfattar bland annat medicinsk invaliditet, orsakssamband och arbetsförmåga.⁴¹ Enligt Personskadekommittén kan medicinska rådgivare få arbeta som medicinska rådgivare innan de är färdigutbildade, men då under handledning. Svensk Försäkring anordnar seminarier i kompetenshöjande syfte för medicinska rådgivare. De båda försäkringsmedicinska föreningarna arrangerar på olika sätt medicinska erfarenhetsutbyten mellan rådgivarna. Ett konsultföretag inom medicinsk rådgivning tillhandahåller också viss försäkringsmedicinsk utbildning.⁴² Medicinska rådgivare anlitas ibland av försäkringsföretagen för intern utbildning och för att utarbeta guider och mallar som ligger till grund för tjänstemannabedömningar.

De flesta företagen, och i förekommande fall nämnderna, har angett i enkätsvaren att de, förutom Svensk Försäkrings och Personskadekommitténs riktlinjer, även följer konsultbolagens eller egna riktlinjer för medicinska rådgivare. Riktlinjerna kan också vara intagna direkt i försäkringsföretagens uppdragsavtal med medicinska rådgivare. Av enkätsvaren framgår vidare att försäkringsföretagens riktlinjer inte bara innebär att medicinska rådgivare ska ha rätt kompetens, utan att de också ska vara kliniskt aktiva, eller att de åtminstone nyligen ska ha varit det.

Vissa av företagen anger att de inte har någon utlagd verksamhet i skaderegleringen, men anger att de uppdrar åt konsultbolag att utföra medicinsk rådgivning, vilket är att anse som utlagd verksamhet.

De flesta företagen har användarstöd i form av mallbrev till skadelidande som innehåller fullmakt och information om inhämtande av medicinska underlag. Personskadekommittén har utarbetat sådana mallar, men företagen kan även ha gjort egna tillägg till mallarna.

40 www.svenskforsakring.se/vagledning/personskador/cirkular, Personskadekommitténs cirkulär 2014:3.

41 Föreningen för Medicinska Rådgivare (FMR), www.medicinskaradgivare.se.

42 Mavera AB.

Medicinskt utlåtande och försäkringsföretags beslut

Det utlåtande som den medicinska rådgivaren gör i ett skadeärende är endast rådgivande. Beslut i skaderegleringen fattas av försäkringsföretaget som inte på något sätt är bundet av den medicinska rådgivarens utlåtande. Enligt företagen ansvarar skaderegleraren för att se till att den information som ges till den medicinska rådgivaren är komplett och att relevanta frågor ställs till den medicinska rådgivaren, liksom att den medicinska rådgivarens utlåtande sedan granskas. Oftast har försäkringsföretagen riktlinjer för hur skadereglerarna ska stämma av frågor om utlåtanden med kolleger eller med en chef. Försäkringsföretagen följer dock oftast de medicinska rådgivarnas utlåtanden. Det finns vissa krav på det medicinska utlåtandet i fråga om information och tydlighet. I Personskadekommitténs cirkulär 2014:3 anges bland annat följande:

”Gäller yttrandet en sambandsfråga ska av yttrandet framgå sannolikheten för samband utifrån gällande beviskrav. Enbart ett konstaterande att samband inte föreligger är alltså inte tillräckligt. Av yttrandet ska även framgå vad som talar för respektive mot samband. Har ett tidsbegränsat samband accepterats ska det framgå vad som talar mot respektive för ett fortsatt samband.”

Den skadelidande får enligt enkätsvaren oftast ta del av det medicinska underlaget och den medicinska rådgivarens bedömning. Det sker som regel vid trafikskador. Den skadelidande ska enligt cirkuläret få del av det medicinska underlaget. Om skadeärendet ska skickas till prövningsnämnd ska den skadelidande få möjlighet att bekräfta att underlaget är komplett. Däremot erbjuds den skadelidande inte alltid möjlighet att kommentera det medicinska underlaget innan beslut tas i skadeärendet. Anledningen till detta anges ofta vara att det förlänger handläggningstiden.

Försäkringsföretagen kvalitetssäkrar sina medicinska bedömningar på olika sätt. Det kan ske genom att företagen gör en särskild granskning av ett visst utlåtande eller genom deras slumpvisa ärendegranskning. Dessutom granskar företagen eller konsultbolagen som regel bedömningar som nya medicinska rådgivare gör under en inledande period. Granskning kan även ske genom att företagen följer upp ärenden där skadelidande har varit missnöjda med den medicinska rådgivarens utlåtande.

SECOND OPINION

Ofta består utredningen i skadeärendet av dokumentation som den skadelidande har tillhandahållit, exempelvis egenintyg eller ett intyg från behandlande läkare. Företagen kan i sin tur ha begärt in exempelvis journalanteckningar eller intyg från den behandlande läkaren. I tillägg till detta kan företagen ha begärt ett utlåtande från en medicinsk rådgivare. På nämnda underlag fattar försäkringsföretagen beslut. Om den skadelidande är missnöjd med den medicinska bedömningen, låter företaget normalt göra ytterligare en bedömning, även kallad second opinion. Ibland hämtar företaget även in en second opinion på eget initiativ.

Det finns riktlinjer för second opinion i Personskadekommitténs cirkulär 2014:3. Av enkätsvaren framgår att företagen har rutiner för inhämtande av second opinion, i den meningen att en bedömning görs på ett och samma underlag utan att ny information har tillkommit.

Företagen har olika rutiner vad gäller den information som den medicinska rådgivare som ska lämna en second opinion får se. Oftast får den andra medicinska rådgivaren som ska yttra sig se allt material som har förekommit i ärendet, även den första medicinska rådgivarens utlåtande. Ibland är rutinen den att den andra medicinska rådgivaren inte får se den första medicinska rådgivarens utlåtande.

FI:S BEDÖMNING

Försäkringsföretagen ska enligt försäkringsavtalslagen tillvarata den skadelidandes behöriga intressen. Enligt förarbetena till lagen har försäkringsföretagen ett utredningsansvar.

Det har tidigare nämnts i rapporten att skaderegleringen ska ske skyndsamt och korrekt. Av rapporten framgår också att försäkringsföretagen har arbetat med att effektivisera skaderegleringsprocessen i syfte att förkorta handläggningstiderna. Det är också ett område som FI tidigare har granskat och haft synpunkter på, även vad gäller den medicinska rådgivningen. Medicinsk rådgivning görs oftast på kortare tid i dag än för tio år sedan, mycket tack vare digitaliserade processer. Den kan dock ibland göras på oproportionerligt kort tid i förhållande till hela skaderegleringstiden, något som kan kännas stötande för den skadelidande och som kan leda till att den skadelidande ifrågasätter om den medicinska utredningen är tillräckligt väl genomförd.

Försäkringsföretagen har branschgemensamma etiska regler och riktlinjer för hur medicinsk rådgivning ska utföras, inklusive krav på den rådgivare som ska utföra den och på själva bedömningen. Bedömningen ska vara grundligt utförd och följa gällande beviskrav. I riktlinjerna ingår också instruktioner och användarstöd till den medicinska rådgivaren för att yttranden ska skrivas på ett enhetligt sätt, bland annat med hjälp av blanketter. Den medicinska rådgivningen är en del av utredningen i försäkringsföretagens skaderegleringsprocess och är att betrakta som utlagd verksamhet, om det inte sker i egen regi. Detta innebär att företagen även ska ha tydliga riktlinjer för hur den medicinska rådgivningen ska kontrolleras och följas upp. Det måste alltså finnas ett system för kvalitetssäkring.

Förtroendet för den medicinska rådgivningen är central för regleringen av personskador som helhet. FI har uppfattat att det finns skadelidande som saknar tilltro till de medicinska bedömningarna. Den bristande tilltron gäller även hur och på vilka grunder försäkringsföretagen väljer de läkare de anlitar och hur företagen ersätter läkarna ekonomiskt. Det kan vara svårt för skadelidande att förstå varför företagets beslut inte enbart grundar sig på slutsatser från den behandlande läkare som de har träffat. Det kan vidare vara svårt för den skadelidande att förstå hur den medicinska rådgivaren kan förhålla sig opartisk till försäkringsföretaget. Varför den medicinska rådgivningen görs och hur den går till måste tydliggöras för de skadelidande i syfte att skapa en högre tilltro till systemet för skadereglering. Informationen om den medicinska ärendehantering och bedömningen av de medicinska underlagen måste också vara tillräckligt tydlig. Detta ställer höga krav på den medicinska utlåtandets kvalitet och på tolkningen av detta.

FI kan inte bedöma om den medicinska ärendehantering i sak har några brister. FI kan till exempel inte avgöra om en läkare har rätt

läkarkompetens för sin bedömning eller om bedömningen är utförd på korrekt underlag eller om den är tillräckligt väl genomförd.

Ytterligare en fråga är om den skadelidande får möjlighet att kommentera det underlag som ska ligga till grund för den medicinska bedömningen. Enkätsvaren ger vid handen att företagen, förutom vid trafikskador, inte alltid ger den skadelidande denna möjlighet. Vissa företag anger att möjligheten att få kommentera underlag i utredningen kan dra ut på tiden, samtidigt som det ligger i den skadelidandes intresse att få en skyndsam skadereglering. Skyndsam handläggning uppskattas av skadelidande, men den får inte gå ut över kravet på korrekt handläggning.

När det gäller second opinion, bör inte den andra rådgivaren, som ska yttra sig, få ta del av den första rådgivarens utlåtande. Detta för att den andra rådgivaren inte ska styras av det första utlåtandet. Det vanliga är dock att den andra rådgivaren får tillgång till den första rådgivarens utlåtande, vilket FI inte anser vara en oberoende granskning av utlåtandet. FI anser dessutom – med tanke på den avgörande betydelse som de medicinska utlåtandena har – att den kvalitetssäkring som försäkringsföretagen själva gör i och med en second opinion eller genom annan granskning av utlåtanden är otillräcklig eftersom den inte är oberoende. Då skapas heller inte tilltro till rådgivningsprocessen.

Med hänsyn till det ovan sagda måste försäkringsföretagen se över sina etiska regler och riktlinjer för den medicinska rådgivningen i syfte att höja kvaliteten i den medicinska rådgivningen i de delar som nämns ovan. Även när dessa krav är uppfyllda kommer frågan om den medicinska rådgivarens oberoende att kvarstå. Denna fråga hänger ihop med hur valet av rådgivande läkare går till och hur de anlitas och ersätts samt kvalitetssäkring av bedömningarna, vilket skadelidande har ifrågasatt. När det gäller just ersättningen till medicinska rådgivare kan FI tycka att det är svårt att se en annan lösning än att uppdragsgivare direkt eller indirekt ersätter sin uppdragstagare för utförd konsultation.

Tillsyn över medicinska rådgivare

Sammantaget anser FI att ytterligare åtgärder för oberoende kvalitetssäkring av den medicinska rådgivningen bör vidtas. Den medicinska rådgivningen är en del av personskaderegleringsprocessen som faller under FI:s tillsyn. Ärendehantering av medicinska bedömningar när det gäller exempelvis om läkare har rätt läkarkompetens för sin bedömning eller om bedömningen är utförd på korrekt underlag eller om den är tillräckligt väl genomförd har FI dock inte rätt kompetens att avgöra.

Behandlande läkare står under tillsyn. Läkare som arbetar som medicinska rådgivare står däremot inte under tillsyn i sin egenskap av medicinsk rådgivare.⁴³ Utan en tillsyn som säkerställer en grundläggande kvalitet på den medicinska rådgivningen kommer förtroendet för skaderegleringsprocessen fortsatt att vara föremål för återkommande missnöje. Generellt sett har medicinska rådgivares utlåtanden en avgörande betydelse för utgången i skadeärenden. För att bidra till kvalitetssäkring av rådgivande läkarutlåtanden och öka

43 De kan komma att omfattas av tillsyn om de personligen undersöker en person, men detta förekommer knappast. Se prop. 2009/10:210 s. 170.

förtroendet för den medicinska rådgivningen, är det viktigt att den ställs under tillsyn. En tillsyn borde också bidra till att stärka de medicinska rådgivarnas ställning.

Förarbetena till patientsäkerhetslagen⁴⁴ behandlar frågan om tillsyn över försäkringsmedicinska rådgivare och en eventuell utvidgning av tillsynen till att omfatta sakkunniga läkare och tandläkare som anlitas för rådgivning av försäkringsföretag. Regeringen ansåg att övervägande skäl talade emot att tillsynsansvaret på hälso- och sjukvårdsområdet skulle utvidgas till att omfatta försäkringsmedicinska och försäkringsodontologiska rådgivare på Försäkringskassan och medicinska och odontologiska rådgivare på försäkringsbolagen. Utredningen pekade dock på att det fanns kvalitetsbrister i de bedömningar som gjordes av Försäkringskassans försäkringsmedicinska och försäkringsföretagens medicinska rådgivare. Bland annat ifrågasattes om bedömningarna var enhetliga och om underlagen till dem var tillräckliga.⁴⁵

Frågan om tillsyn över försäkringsmedicinska utredningar⁴⁶, som landstingen utför på uppdrag av Försäkringskassan, men inte de som Försäkringskassans egna försäkringsmedicinska rådgivare utför, har utretts vidare.⁴⁷ I promemorior från Socialdepartementet⁴⁸ med förslag till lagreglering och tillsyn över försäkringsmedicinska utredningar inom socialförsäkringen, framgår att IVO föreslås utöva tillsyn över den försäkringsmedicinska utredningsverksamhet som sker inom landstingen.

FI har i sina tidigare rapporter tagit upp frågan om tillsyn och om vem som ska utföra tillsynen med hänsyn till medicinsk kompetens.

När det gäller medicinsk rådgivning i personskadereglering på det privata försäkringsområdet förordar FI tillsyn i syfte att uppnå en oberoende kvalitetssäkring av den medicinska rådgivningen och därmed öka förtroendet för den. Tillsynen bör minst omfatta kriterier för hur och på vilka grunder läkare väljs, krav på rätt och tillräcklig läkarkompetens, inklusive försäkringsmedicinsk utbildning, samt frågor om intressekonflikter. Dessutom anser FI att det finns behov av att värdera om de medicinska bedömningarna är objektiva, enhetliga, och utförda på korrekt underlag och tillräckligt väl genomförd. En tillsyn kräver medicinska kunskaper när det gäller bedömningen av rätt och tillräcklig läkarkompetens, om den medicinska ärendehantering är utförd på korrekt underlag eller om den är tillräckligt väl genomförd. Frågan är vilket organ eller vilken myndighet som skulle kunna utöva en sådan tillsyn. Löpande övervakning skulle möjligen kunna utföras genom en självregleringslösning och ges till ett privaträttsligt organ. Utifrån resonemang om oberoende och förtroende, kan det dock vara en fördel om tillsynen har ett avstånd till försäkringsbranschen. För att möjliggöra ingripanden måste en myndighet ansvara för tillsynen. FI kan för egen del konstatera att myndigheten visserligen övervakar de privata försäkringsföretagens skadereglering, men saknar medicinsk

44 SOU 2008:117 och prop. 2009/10:210.

45 a. prop. s.169.

46 www.forsakringskassan.se/sjukvard/forsakringsmedicin/forsakringsmedicinska-utredningar.

47 SOU 2015:17.

48 Ds 2016:41, Socialdepartementets remiss 2017-1031 S2016/07117/SF.

kompetens och därför inte kan utöva tillsyn över medicinsk ärendehantering. FI föreslår att det tillsätts en utredning med uppdrag att närmare utreda var och hur en sådan tillsyn ska inrättas med hänsyn till att det krävs medicinsk kompetens och möjligheter att ingripa för att utöva tillsynen.

FI anser att en tillsyn över den medicinska rådgivningen behövs i kvalitetssäkrande syfte. Tillsynen bör minst omfatta kriterier för hur och på vilka grunder läkare väljs, krav på rätt och tillräcklig läkarkompetens, inklusive försäkringsmedicinsk utbildning, samt frågor om intressekonflikter. Dessutom anser FI att det finns behov av att värdera om de medicinska bedömningarna är objektiva, enhetliga, utförda på korrekta underlag och tillräckligt väl genomförda. En tillsyn kräver medicinska kunskaper när det gäller bedömningen av rätt och tillräcklig läkarkompetens, om den medicinska ärendehantering är utförd på korrekt underlag eller om den är tillräckligt väl utförd.

Prövnings- och skiljenämnder

En skadelidande som inte är nöjd med ett försäkringsföretags beslut i ett personskadeärende kan få ärendet prövat i en fristående nämnd. Syftet med prövningsnämnderna är att erbjuda skadelidande ett förenklat och mindre kostsamt alternativ till en domstolsprövning. En skadelidande som vill få ett beslut om arbetsskada prövat kan vända sig till en skiljenämnd.

Finansinspektionen (FI) anser att nämnderna generellt sett fungerar väl, men att det finns behov av att stärka konsumentinflytandet.

Prövnings- och skiljenämnder	Personskada till följd av:
Trafikskadenämnden (TSN)	Trafik
Patientskadenämnden (PSN)	Vård
Läkemedelsskadenämnden (LMSN)	Läkemedel
Personförsäkringsnämnden (PFN)	Sjuk- och olycksfall
Ansvarsförsäkringens Personskadenämnd (APN)	Försäkringstagarens skadeståndsskyldighet
Skiljenämnden för arbetsmarknadsförsäkringar (kollektivavtal för privat och kommunalt anställda)	Arbete
Skiljenämnden i vissa trygghetsfrågor (kollektivavtal för statligt anställda)	Arbete

PRÖVNINGSNÄMNDER

En skadelidande som inte är nöjd med försäkringsföretagets beslut i ett personskadeärende kan få sitt ärende omprövat internt hos företagets kundombudsman eller motsvarande funktion. Den skadelidande kan även vända sig till en extern prövningsnämnd. Prövningsnämnderna har skapats för att erbjuda ett enklare och kostnadsfritt alternativ till en domstolsprövning. En skadelidande som inte är nöjd med en nämnds beslut kan vända sig till domstol.

Vissa ärenden är också obligatoriska för försäkringsföretagen att lämna till prövningsnämnder. Anledningen till detta är att skadelidande ska få en enhetlig och rättvis bedömning av sitt ärende oavsett försäkringsföretag.

Prövningsnämnderna prövar ärenden på sammanträden. På sammanträdena deltar en ordförande med domarbakgrund eller domarerfarenhet och ett antal ledamöter som representerar försäkringsbranschen och de skadelidande. Tillsammans fattar nämnderna beslut som lämnas i form av ett rådgivande yttrande eller en rekommendation till försäkringsföretaget. Besluten är inte bindande, men försäkringsföretagen följer dem i princip alltid.

Verksamhet och handläggning

Antalet ledamöter som deltar på sammanträden varierar beroende på typ av ärende och mellan nämnderna, liksom i vilken utsträckning medicinska rådgivare anlitas. Vem som är huvudman och hur sammansättningen av ledamöterna ser ut på ett sammanträde med fullsuttet nämnd i de olika nämnderna framgår av nämndernas regelverk (bilaga 3). Ärenden av enklare karaktär kan avgöras av en nämnd med mindre sammansättning ledamöter.

Trafikskadenämnden

Enligt Trafikskadenämndens stadgar deltar på sammanträdena i nämnden en ordförande och en vice ordförande som båda är lagkunniga. Två ledamöter representerar konsumenter och föreslås av olika fackliga organisationer. Konsumentledamöterna ska ha ingående kunskap om och stor erfarenhet av frågor som rör arbetsmarknad, pensioner och socialförsäkringar. Vidare deltar två ledamöter som representerar försäkringsföretagen. Dessa föreslås av Trafikförsäkringsföreningen och ska ha ingående kunskaper om och erfarenhet av skadereglering av personskador. FI förordnar på förslag från Trafikförsäkringsföreningen både en vice ordförande och ledamöter i nämnden i enlighet med nämndens reglemente.⁴⁹ Vid sammanträdena i Trafikskadenämnden deltar inga medicinska rådgivare, men nämnden har tillgång till sådana vid behov.

Trafikförsäkringsföreningen är huvudman för Trafikskadenämnden. Samtliga trafikförsäkringsföretag ska vara anslutna till Trafikförsäkringsföreningen, vars styrelse uteslutande består av anställda i försäkringsbranschen. Företagen ska tillsammans med Trafikförsäkringsföreningen upprätthålla och bekosta Trafikskadenämnden.⁵⁰ Trafikskadenämnden styrs av ett reglemente som beslutas av Trafikförsäkringsföreningen i samråd med nämnden och vars innehåll godkänns av regeringen. Det finns ett råd inom Trafikskadenämnden som har till uppgift att behandla viktigare frågor om nämndens verksamhet. Det är rådet eller nämndens ordförande som tar fram förslag till ändringar i reglementet.

Ärenden där inkomstförlust och medicinsk invaliditet uppgår till vissa beloppsgränser och procentsatser är obligatoriska ärenden som måste prövas i nämnden innan försäkringsföretaget fattar beslut.⁵¹ Inför prövningen i nämnden upprättar företaget när det gäller de obligatoriska ärendena en nämndpromemoria där de redogör för omständigheterna i ärendet och vilken preliminär bedömning som företaget har gjort. Promemorian delges den skadelidande för kännedom och eventuella kommentarer.

Patientskadenämnden

Vid sammanträden i Patientskadenämnden deltar förutom en ordförande, sex ledamöter varav tre företräder patientintressen, en medicinskt sakkunnig, en försäkringsgivarledamot och en ledamot som har särskild insikt i hälso- och sjukvård.⁵²

⁴⁹ 5 § Reglemente för Trafikskadenämnden, fr.o.m. 28 april 2016.

⁵⁰ 6 § Trafikförsäkringsförordningen (1976:359).

⁵¹ a.a. 3 §.

⁵² 1 § Förordning om Patientskadenämnden.

Patientförsäkringsföreningen är huvudman för Patientskadenämnden. De försäkringsföretag som meddelar patientförsäkring ska enligt lag vara anslutna till Patientförsäkringsföreningen.

Patientförsäkringsföreningen och patientförsäkringsföretagen ska tillsammans upprätthålla och bekosta Patientskadenämnden.⁵³

Samtliga styrelsemedlemmar i Patientförsäkringsföreningen, utom ordföranden, är anställda i försäkringsbranschen.

En skadelidande som inte är nöjd med försäkringsföretagets beslut och vill få sitt ärende prövat i Patientskadenämnden måste begära det av försäkringsföretaget. Det är företaget som skriver en nämndpromemoria inför prövningen i nämnden där det redogör för omständigheterna i ärendet och vilken bedömning som företaget gjort.

Läkemedelsskadenämnden

På sammanträdena deltar förutom en ordförande, sex ledamöter, varav två ska vara medicinskt sakkunniga och två företråda patientens intressen, samt en ledamot som ska vara väl förtrogen med personskadereglering hos försäkringsgivare, en så kallad försäkringsgivarledamot.⁵⁴ I Läkemedelsskadenämnden sitter två medicinska rådgivare med vid nämndens sammanträde.

LFF Service AB är huvudman för Läkemedelsskadenämnden som prövar ärenden mot bakgrund av Läkemedelsförsäkringen. Läkemedelsförsäkringen har utformats genom en frivillig överenskommelse mellan läkemedelsföretagen i Sverige.

En skadelidande som vill att nämnden ska pröva ett ärende måste anmäla det skriftligen till Läkemedelsförsäkringen. Inför nämndens prövning sammanställer Läkemedelsförsäkringen ärendet i en promemoria som det tillsammans med bilagor skickar till den skadelidande.

Personförsäkringsnämnden

Personförsäkringsnämnden har förutom en ordförande två ledamöter som representerar konsumentintresset och två ledamöter med stor erfarenhet av försäkring vid sammanträdena.⁵⁵ En medicinsk rådgivare deltar vid sammanträdena, men är inte med och fattar beslut.

Svensk Försäkring är huvudman för Personförsäkringsnämnden. Samtliga styrelsemedlemmar i Svensk Försäkring, utom ordföranden, är anställda i försäkringsbranschen. Det är frivilligt för försäkringsföretag som är medlemmar i Svensk Försäkring att ansluta sig till nämnden. Styrelsen kan även låta försäkringsföretag som inte är medlemmar i Svensk Försäkring ansluta sig till nämnden.⁵⁶

En skadelidande som vill få sitt ärende prövat av nämnden måste först ha försökt få en ändring av företagets beslut efter att företaget tagit slutlig ställning i ärendet. Det är den skadelidande själv som begär att ärendet ska prövas i nämnden och som skickar in det underlag som denne vill åberopa.

⁵³ 15 och 17 §§ PsL.

⁵⁴ 3 § Arbetsordning för Läkemedelsskadenämnden.

⁵⁵ 6 § Stadgar för Personförsäkringsnämnden (1 januari 2018) 7 §. Jfr. Stadgarna för Personförsäkringsnämnden (fr.o.m. den 1 januari 2016).

⁵⁶ 2 § Stadgar för Personförsäkringsnämnden (1 januari 2018) 2 § och Jmf. Stadgarna för Personförsäkringsnämnden (fr.o.m. den 1 januari 2016).

Ansvarsförsäkringens Personskadenämnd

På sammanträdena i Ansvarsförsäkringens Personskadenämnd deltar förutom en ordförande, två ledamöter som representerar konsumentintresset och två som har stor erfarenhet av personskadereglering.⁵⁷ Medicinska rådgivare ska finnas till nämndens förfogande, men de sitter inte med vid sammanträdena.

Svensk Försäkring är huvudman för Ansvarsförsäkringens Personskadenämnd. Det är frivilligt för försäkringsföretag som är medlemmar i Svensk Försäkring att ansluta sig till nämnden. Styrelsen kan även låta försäkringsföretag som inte är medlemmar i Svensk Försäkring ansluta sig till nämnden.⁵⁸

För att ett ärende ska prövas av nämnden måste företaget först ha bedömt att det föreligger ett försäkringsfall, det vill säga att den skadehändelse som har inträffat omfattas av försäkringen. Nämnden prövar skaderegleringsfrågor innan företaget fattar beslut i ersättningsfrågan. Nämnden prövar inte vållandefrågor.

Ärenden där inkomstförlust och medicinsk invaliditet uppgår till vissa beloppsgränser och procentsatser är obligatoriska ärenden som måste prövas i nämnden. Inför prövningen i nämnden upprättar företagen en nämndpromemoria där det redogör för omständigheterna i ärendet och vilken preliminär bedömning som företaget gjort. Om en skadelidande vill att nämnden ska pröva ett ärende så måste denna anmäla det till försäkringsföretaget som skickar ärendet till nämnden.

Alternativ tvistlösningsnämnd

EU:s medlemsstater ska tillhandahålla organ för alternativ tvistlösning i alla konsumentklagomål vid avtalstvister i samband med försäljning av varor och tjänster.⁵⁹ Det är Kammarkollegiet som godkänner sådana nämnder och det är dit som alternativa tvistlösningsnämnder ska lämna information om sin verksamhet.⁶⁰ Det finns bland annat krav på att handläggningstiden inte får överstiga sex månader i tvistlösningsärenden.. Tvistlösningsnämnderna har även särskilda digitaliseringskrav. Trafikskadenämnden och Personförsäkringsnämnden är sedan 2016 godkända tvistlösningsnämnder.

AFA Försäkrings omprövningsavdelning

Den som inte är nöjd med AFA Trygghetsförsäkringsaktiebolags (AFA) slutliga beslut om ersättning efter en arbetsskada kan begära omprövning hos AFA:s omprövningsavdelning. Det är ett krav att ärendet först prövas av omprövningsavdelningen för att den skadelidande ska kunna vända sig till någon av skiljenämnderna för arbetsskador. Omprövningsavdelningen inom AFA regleras av arbetsmarknadens parter och har en självständig ställning inom AFA.

SKILJENÄMNDER

En skadelidande som inte är nöjd med ett beslut om arbetsskada kan vända sig till antingen en skiljenämnd för arbetsskadade eller till

57 10 § Stadgar för Ansvarsförsäkringens Personskadenämnd.

58 a.a. 1 och 2 §§.

59 Europaparlamentets och rådets direktiv 2013/11/EU av den 21 maj 2013 om alternativ tvistlösning vid konsumenttvister och om ändring av förordning (EG) nr 2006/2004 och direktiv 2009/22/EG, i den ursprungliga lydelsen (tvistlösningsdirektivet).

60 8 § lagen om alternativ tvistlösning i konsumentförhållanden.

domstol. En skiljenämnd avgör en tvist mellan två parter i ett skiljeförfarande genom en skiljedom som är bindande. Skiljeförfarandet är inte offentligt och skiljedomen är inte heller offentlig. Den skadelidande kan inte vända sig till domstol för ytterligare prövning när en skiljenämnd har avgjort tvisten⁶¹. Den skadelidande måste själv begära omprövning i skiljenämnderna.

Skiljenämnden för arbetsmarknadsförsäkringar

Skiljenämnden för arbetsmarknadsförsäkringar avgör tvister som gäller arbetsmarknadsförsäkringar i enlighet med det kollektivavtal som har ingåtts mellan Svenskt Näringsliv, Landsorganisationen (LO) och Förhandlings- och samverkansrådet PTK. Skiljenämnden avgör även tvister som gäller motsvarande arbetsmarknadsförsäkringar på det kommunala området (TFA-KL, AGS-KL). Vid prövning i skiljenämnden deltar en ordförande med domarbakgrund och sex ledamöter som utses av Svenskt Näringsliv, LO och PTK. I tvister från det kommunala området ingår en ledamot utsedd av Sveriges kommuner och landsting (SKL).

Skiljenämnden i vissa trygghetsfrågor

Skiljenämnden i vissa trygghetsfrågor är en myndighet som prövar beslut om ersättning för arbetsskada som har drabbat en statsanställd och som regleras i PSA-avtal om ersättning vid personskada. Skiljenämnden i vissa trygghetsfrågor består av en ordförande med domarbakgrund och två ledamöter.⁶² En av ledamöterna företräder staten som arbetsgivare medan den andra ledamoten utses av regeringen efter förslag från de statsanställdas huvudorganisationer. Ingen av skiljenämnderna anlitar medicinska rådgivare, utan parterna får själva skicka in de intyg och yttranden som de vill åberopa.

ÄRENDESTATISTIK

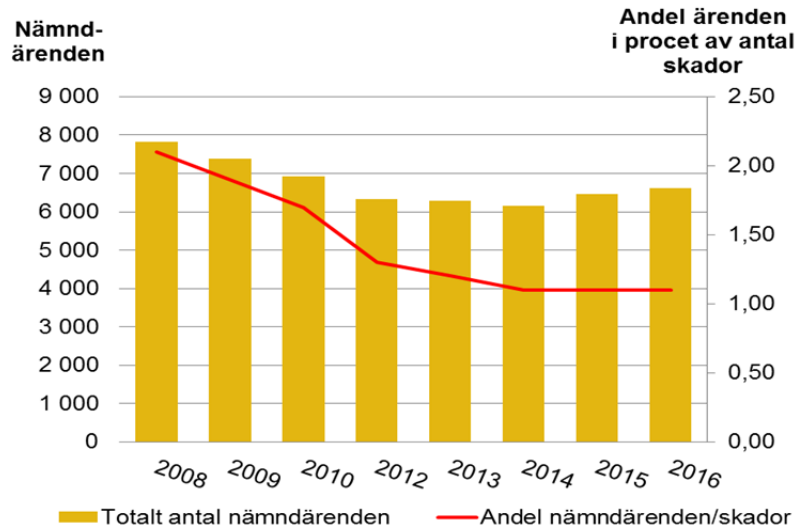
Antalet ärenden i prövnings- och skiljenämnder har generellt sett minskat sedan 2008.⁶³ Den prövningsnämnd vars ärenden har minskat mest under tidsperioden är Trafikskadenämnden. Sedan 2007 har ärendena minskat i nämnderna med 45 procent samtidigt som personskadorna i trafik har minskat med 13 procent. Av de knappt 3 000 ärenden som kom in till Trafikskadenämnden 2016 var cirka 2 000 obligatoriska ärenden. För resterande ärenden begärde den skadelidande själv att få sitt ärende prövat.

61 En skiljedom kan i vissa fall ogiltigförklaras och klandras i hovrätten, se 43 §, se lag om skiljeförfarande.

62 3 § Förordning med instruktion för Skiljenämnden i vissa trygghetsfrågor.

63 Statistik för år 2007 saknas eller är ofullständig.

Totalt antal prövnings- och skiljenämndärenden/år

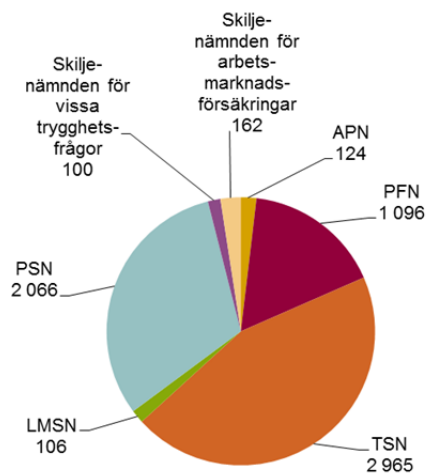


(År 2011 är borttaget då information från TSN saknas)

Källa: Enligt enkät rapporterade nämndärenden och uppskattade personskador inklusive ej anmälda skador. Där ingår även skador under sjukvårdsförsäkringar. År 2011 är borttaget då information från Trafikskadenämnden saknas.

Antalet ärenden till Patientskadenämnden ökade från cirka 900 år 2008 till cirka 2 100 år 2016. Ärendeinströmningen i övriga prövnings- och skiljenämnder har inte förändrats nämnvärt under perioden.

Antal nämndärenden under 2016



Källa: Enligt enkät rapporterade nämndärenden.

HANDLÄGGNINGSTIDER

Generellt sett har handläggningstiderna i nämnderna inte förändrats under kartläggningsperioden trots att de flesta prövningsnämnderna har infört nya digitaliserade ärendesystem. Nämnderna har dock angett att handläggningstiderna kan dra ut på tiden på grund av vissa omständigheter bland andra följande

- en part begär anstånd med att lämna yttrande
- omfattande kommunikation i ärenden
- bordläggning av ärenden på grund av till exempel behov av att hämta in kompletterande uppgifter i ärendet
- en nämnd inte är beslutsför på grund av att en ledamot är jävig
- det kan vara tidskrävande för nämndledamöterna att läsa in sig på ärenden inför ett sammanträde.

En nämnd som på senare år har fått längre handläggningstider är Patientskadenämnden. Nämnden har uppgett att ärendeinströmning har ökat bland annat på grund av de informationskrav som infördes genom patientsäkerhetslagen 2011.⁶⁴ Nämnden har även uppgett att den faktiska ärendeinströmning från det försäkringsföretag som nämnden får flest ärenden från starkt har avvikit från de prognoser som nämnden har fått. Enligt nämnden har detta bidragit till att det inte har varit möjligt att beräkna personalresurser som krävs för att hantera ärendeinströmningen. Nämndens uppfattning är att detta har lett till att handläggningstiderna har blivit längre.

MEDICINSKA RÅDGIVARE

Prövningsnämnderna har ett antal medicinska rådgivare knutna till sina verksamheter. Dessa får inte samtidigt vara medicinska rådgivare åt försäkringsföretag.

Nämnder	Antal medicinska rådgivare per nämnd
Trafikskadenämnden	2
Patientskadenämnden	25
Läkemedelskadenämnden	4
Personförsäkringsnämnden	5
Ansvarsförsäkringens Personskadenämnd*	0
Skiljenämnden för arbetsmarknadsförsäkringar och Skiljenämnden i vissa trygghetsfrågor	0

*Ansvarsförsäkringens Personskadenämnd har möjlighet att anlita Trafikskadenämndens medicinska rådgivare.

64 3 kap 8 § PSL och 11 kap. 2 § PL.

FI:S BEDÖMNING

FI:s uppfattning är att prövningen i de olika nämnderna i stort sett fungerar väl. Det finns dock några områden som kan förbättras för att ge bättre förutsättningar för de skadelidande.

I Trafikskadenämnden utses de ledamöter som ska representera konsumentintresset efter förslag av olika fackliga organisationer. Dessa ledamöter ska ha stor kunskap inom arbetsmarknad, pensioner och socialförsäkringar. För att ge skadelidande bättre förutsättningar anser FI att konsumentintresset kan stärkas genom att även andra lämpliga organisationer får möjlighet att föreslå ledamöter till nämnden. Detta förutsätter naturligtvis att dessa ledamöter har den kunskap som krävs.

Trafikskadenämnden har flest antal ärenden jämfört med de övriga prövningsnämnderna per år. Nämnden anlitar två medicinska rådgivare för sina bedömningar. En förklaring till det låga antalet medicinska rådgivare i Trafikskadenämnden är svårigheten att få tag i läkare med rätt kompetens. De medicinska rådgivarna som idag är knutna till Trafikskadenämnden är professorer och får inte tidigare ha varit anlitade av försäkringsföretag. Prövningsnämndernas behov av olika medicinska kompetenser skiljer sig åt beroende på att de handlägger olika skadetyper. En del nämnder behöver fler kompetenser för att skadorna har olika karaktär. En ökning av antalet medicinska rådgivare i Trafikskadenämnden borde dock leda till minskad sårbarhet för nämnden och kortare handläggningstider för de ärenden som behöver medicinsk rådgivares utlåtande. För att öka urvalet bland medicinska rådgivare skulle exempelvis en bestämd karenstid kunna införas för att möjliggöra för läkare som skulle vilja byta uppdragsgivare.

FI konstaterar vidare att en skadelidande som vill få en fråga prövad om försäkringsfall föreligger i ett personskadeärende inte kan vända sig till Ansvarsförsäkringens Personskadenämnd, utan måste vända sig direkt till domstol. Den skadelidande har i dessa fall ett sämre skydd än den som har tecknat en olycksfallsförsäkring. Här kan det finnas behov av att överväga möjligheten att utöka Ansvarsförsäkringens personskadenämnds ansvarsområde till att även omfatta rena vållandebedömningar, vilket skulle ge de skadelidande i dessa ärenden samma möjlighet som andra personskadade.

En skadelidande som har fått en personskada reglerad av ett försäkringsföretag kan först vända sig till företagets kundombudsman eller motsvarande för att få sitt ärende omprövat. Därefter kan den skadelidande få ärendet prövat i någon av prövningsnämnderna för att som sista instans få ärendet prövat i domstol. En skadelidande som har drabbats av en arbetsskada som har reglerats av AFA Trygghetsförsäkringsaktiebolag, vars försäkringslösning kompletterar socialförsäkringen, kan vända sig till AFA:s omprövningsavdelning. Detta är också en förutsättning för att den skadelidande därefter ska kunna få sitt ärende prövat av skiljenämnd. Prövningsmöjligheterna skiljer sig åt mellan de arbetsskadade och övriga skadelidande på så sätt att de arbetsskadade får välja mellan att få sitt ärende prövat i skiljenämnd eller i domstol, medan övriga skadelidande kan vända sig både till prövningsnämnd och till domstol.

Handläggningstiderna i Patientskadenämnden har blivit längre under den senare delen av kartläggningsperioden. Detta kan till viss del förklaras av den ökade ärendeinströmningen med anledning av införandet av informationskraven i patientsäkerhetslagen. Det har framkommit i enkätsvaren att Patientskadenämnden, på grund av brister i prognosunderlag från ett av försäkringsföretagen, har underskattat behovet av personalresurser. Detta har också bidragit till att handläggningstiderna i nämnden har blivit längre.

FI konstaterar att en förutsättning för att en nämnd inte ska ha för långa handläggningstider är att personalresurserna är tillräckliga. Nämnden måste därför ha goda förutsättningar för att kunna bedöma personalresurserna. Detta förutsätter att det underlag som ligger till grund för beräkningarna ger en så rättvisande bild av ärendeinströmningen som möjligt.

FI anser att:

- reglementet för Trafikskadenämnden bör ses över när det gäller sammansättningen av ledamöterna för att tydliggöra och stärka konsumentinflytandet. Trafikskadenämnden bör överväga om fler medicinska rådgivare kan knytas till nämnden.
- prövningsnämnder måste ha tillgång till ett rättvisande underlag för att kunna beräkna personalresurserna på ett sätt som gör att de har tillräckliga resurser för att hantera ärendeinströmningen.

Några ytterligare aspekter

RÄTTSSKYDD ELLER RÄTTSHJÄLP

Skadelidandeorganisationer har fört fram önskemål om ett utvidgat rättsskydd som bland annat innebär en höjning av rättsskyddets beloppsgränser och en kontinuerlig uppräknning av dessa samt en utökad rätt till ombud i skaderegleringen. Finansinspektionen (FI) bedömer dock att det inte ingår i uppdraget att lämna förslag på hur rättsskyddet kan förändras. Det inte bara är personskadetvister som omfattas av rättsskyddet.

Begreppen rättsskydd och rättshjälp blandas ofta ihop. Nedan förklarar FI i korthet vad rättsskydd respektive rättshjälp innebär för de skadelidande.

Rättsskydd

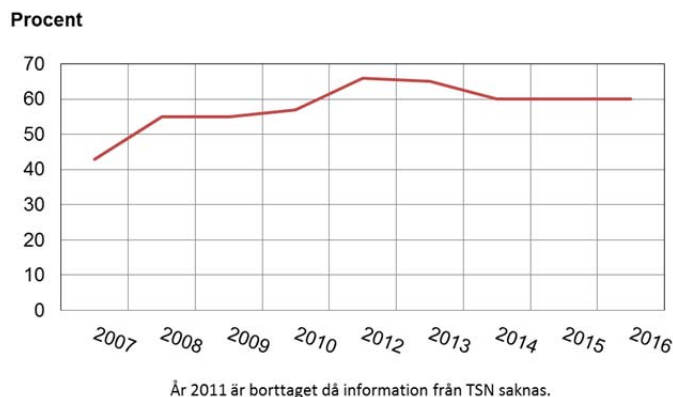
Rättsskyddsmomentet i hemförsäkringen innebär att försäkringsföretaget ersätter den skadelidandes ombudskostnader vid en rättslig tvist som kan prövas i en allmän domstol. Skyddet ersätter även motpartens ombudskostnader vid en eventuell förlust. Den maximala ersättningen från försäkringen varierar mellan 150 000 kr och 300 000 kr beroende på försäkringsföretag. Vidare dras en självrisk om ungefär 25 procent från ersättningsbeloppet. Det finns risk för att ersättningsbeloppet inte räcker till för att täcka hela kostnaden vid en domstolsprövning.

Trafikförsäkring

I trafikförsäkringen finns ett frivilligt åtagande från försäkringsföretagen att under vissa förutsättningar betala kostnaderna för juridiskt ombud i skaderegleringsprocessen. Anledningen till detta är att den skadelidande ska få hjälp i de mer komplicerade skadeärendena att tillvarata sin rätt. Enligt statistik från Trafikskadenämnden har andelen ombud i prövade ärenden ökat sedan 2007 för att de senaste tre åren stabiliseras omkring 60 procent. Om ärendet går vidare till domstol hänvisar försäkringsföretaget den skadelidande till rättsskyddet i hemförsäkringen.

Arbetsskade- och patientförsäkringar har inget frivilligt åtagande om juridiskt ombud. Det har inte heller de rent villkorsbaserade försäkringarna.

Andel ärenden hos Trafikskadenämnden där ombud anlitas



Källa: Trafikskadenämndens verksamhetsberättelser 2007–2016, År 2011 är borttaget då information från nämnden saknas.

Rättshjälp

Rättshjälp är ekonomisk hjälp som är tänkt för den som inte har något rättsskydd genom en försäkring. Förutsättningarna för att få rättshjälp är mycket begränsade. Om den rättssökande saknar rättsskydd eller med hänsyn till sina ekonomiska och personliga förhållanden borde ha haft ett sådant skydd, får rättshjälp beviljas endast om det finns särskilda skäl. Rättshjälp omfattar inte trafikskadade eller annan personskada vid ansvarsförsäkring.⁶⁵

KAPITALISERING AV LIVRÄNTA

Den ersättning som försäkringsföretaget fastställer för framtida inkomstförlust betalas normalt ut periodiskt i form av livränta till den skadelidande. Denna livränta kan i vissa fall även betalas ut som ett engångsbelopp genom beräkning av ett så kallat nuvärde. Svensk Försäkring har bestämt ränteantagandet för kapitalisering av livränta till fyra procent. Denna ränta syftar till att motsvara en möjlig förräntning av engångsbeloppet för den ersättningsberättigade.

Ett fast ränteantagande på fyra procent anser FI dock vara alltför högt i jämförelse med dagens lågränteläge. FI föreslår därför branschen att se över metoden för ränteantagandet så att räntan bättre speglar en marknadsmässig nivå för vad ett långsiktigt sparande kan ge för avkastning, något försiktigt beräknat. Ett exempel på detta är metoder och ränteantaganden som normalt används vid beräkning av försäkringstekniska skulder.

FI anser att försäkringsbranschen bör se över metoderna för att fastställa räntan och beräkningsmetoderna vid kapitalisering av livränta till engångsbelopp. Räntan bör bättre följa det allmänna ränteläget och vedertagna beräkningsmetoder bör användas.

⁶⁵ Jfr 9-10 §§ i Rättshjälplagen (1996:1619).

JÄMSTÄLLDHET

FI ska enligt uppdraget beakta jämställdhetsperspektivet i personskaderegleringen så långt det är relevant och möjligt. I den kvantitativa enkäten lämnade endast två företag uppgifter fördelade på kön. Flera av företagen uppgav att de saknar systemstöd för en sådan uppdelning. Endast två företag har besvarat frågan i den kvalitativa enkäten och dessa företag har inte observerat några skillnader i själva skaderegleringen mellan könen. FI har därför inte haft någon möjlighet att beakta jämställdhetsperspektivet i skaderegleringen i stort.

Bilagor

BILAGA 1. UPPDRAG ENLIGT REGLERINGSBREV

Fi2016/01980/FPM

Ur ändring av regleringsbrev för budgetåret 2016 avseende Finansinspektionen

8. Skadereglering vid personskada

Finansinspektionen ska kartlägga och analysera försäkringsbolagens processer och rutiner avseende personskadade, internt och i nämnder, för att klargöra om god försäkringsstandard avseende skadereglering upprätthålls. Hanteringen av de trafikskadade bör särskilt belysas. Kartläggningen ska bl.a. ta sin utgångspunkt i de rapporter som myndigheten har publicerat inom området mellan åren 1998 – 2007. I dessa rapporter har det exempelvis framkommit att handläggningstiderna generellt varit långa och att informationen till de skadade kunde förbättras. När det gäller granskningen av de processer och rutiner som försäkringsbolagen använder i samband med skadereglering så bör den omfatta t.ex. de rutiner och systemstöd som finns och en bedömning av om dessa rutiner fungerar tillfredsställande eller bör förbättras.

Följande frågor ska särskilt belysas:

1. Om personskadeärenden handläggs på ett betryggande och effektivt sätt och
om de skadade får adekvat information under skaderegleringsprocessen.
2. De medicinska rådgivarnas (försäkringsläkarnas) roll. Det är fråga om bl.a. försäkringsläkarnas arbetsuppgifter, hur de anlitas och bland vilka läkare de väljs och om det finns ersättningssystem eller liknande system som medför att förtroendet för deras medicinska bedömningar kan skadas. Det bör även klargöras hur försäkringsläkarens roll förhåller sig till den behandlande läkarens roll.
3. Om det under de senaste tio åren har vidtagits självregleringsåtgärder eller andra reformer av betydelse på området och i så fall vilka dessa är och vilken betydelse de har haft.

Redovisningen av kartläggningen och analysen bör vid behov även innehålla en handlingsplan för fortsatta insatser. I uppdraget ska Finansinspektionen beakta jämställdhetsperspektivet så långt det är relevant och möjligt. I det fall regeländringar som rör försäkringsbolagens skadereglering skulle kunna bidra till bättre förutsättningar för de skadade bör förslag lämnas i dessa delar. Vid utformningen av sådana förslag bör såväl intresset av ett högt förtroende för skaderegleringen som en effektiv och rättssäker skadereglering övervägas.

Finansinspektionen bör i sitt arbete med uppdraget rådgöra med Socialstyrelsen samt även med andra i sammanhanget relevanta myndigheter och instanser. Den del av uppdraget som avser försäkringsläkarens roll i förhållande till den behandlande läkarens roll ska genomföras i samråd med Socialstyrelsen. Uppdraget ska redovisas senast den 15 december 2017.

BILAGA 2. FÖRSÄKRINGSFÖRETAG OCH FILIALER SOM HAR SVARAT PÅ ENKÄT

AFA Trygghetsförsäkringsaktiebolag
AIG Europe Limited UK filial i Sverige
Dalarnas Försäkringsbolag
Dina Försäkring AB
Folksam ömsesidig sakförsäkring
ICA Försäkring AB
If Skadeförsäkring AB (publ)
Försäkrings AB Göta Lejon
Gjensidige Forsikring ASA Norge, svensk filial
Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag
Länsförsäkringar Bergslagen ömsesidigt
Länsförsäkringar Blekinge
Länsförsäkringar Gotland
Länsförsäkringar Göinge - Kristianstad
Länsförsäkringar Göteborg och Bohuslän
Länsförsäkringar Gävleborg
Länsförsäkringar Halland
Länsförsäkringar Jämtland
Länsförsäkringar Jönköping
Länsförsäkringar Kalmar län
Länsförsäkringar Kronoberg
Länsförsäkringar Norrbotten
Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag
Länsförsäkringar Skåne - ömsesidigt
Länsförsäkringar Stockholm
Länsförsäkringar Skaraborg - ömsesidigt
Länsförsäkringar Södermanland
Länsförsäkringar Uppsala
Länsförsäkringar Värmland
Länsförsäkringar Västerbotten
Länsförsäkringar Västernorrland
Länsförsäkringar Älvsborg
Länsförsäkringar Östgöta
Protector Försäkring Sverige, filial av Protector Forsikring ASA Norge
S:t Erik Försäkrings AB
Stockholmsregionens Försäkring AB
Svenska Läkemedelsförsäkringen AB
Tre Kronor Försäkring AB
Trygg-Hansa Försäkring filial

BILAGA 3. PRÖVNINGSNÄMNDER

Nämnder	Trafikskadenämnden (TSN)	Patientskadenämnden (PSN)	Läkemedelsskadenämnden (LMSN)
Måste finnas enligt lag eller förordning	Trafikförsäkringsförordningen (1976:359)	Patientskadelagen (1996:799)	Nej
Huvudman	Trafikförsäkringsföreningen (TFF)	Patientförsäkringsföreningen (PFF)	LFF Service AB
Regelverk för huvudman	Stadgar för TFF som fastställs av regeringen.	Stadgar för PFF som fastställs av regeringen.	Styrelse som är tillsatt vid årsstämma och vald av delägarföretagen.
Regelverk för nämnden	Reglemente som beslutas av TFF i samråd med nämnden. Regeringen godkänner reglementet. Arbetsordningen beslutas av nämndens råd.	Förordning (1996:992) om Patientskadenämnden och Arbetsordningen för Patientskadenämnden som regeringen godkänt.	Arbetsordningen för Läkemedelsskadenämnden som godkänns av regeringen efter förslag från LFF Service AB.
EU-godkänd tvistlösningsnämnd	Ja	Nej	Nej
Finansiering av nämnden	Samtliga försäkringsgivare som driver trafikförsäkringsverksamhet i Sverige tillsammans med TFF.	De försäkringsgivare som ingår i PFF. PFF har det ekonomiska ansvaret för nämnden.	LFF Service AB
Tillsyn	Kammarkollegiet, vad gäller tvistlösningshanteringen.	-	-
Typ av personskada	Personskada som inträffar i följd av trafik med motorfordon. Försäkringsföretagen måste låta nämnden pröva vissa obligatoriska ärenden.	Personskada på patient i samband med hälso- och sjukvård.	Personskada som uppkommer till följd av läkemedel. Personskada som med övervägande sannolikhet har orsakats genom medicinering eller annan användning av läkemedel i sjuk- och hälsovårdande syfte eller i klinisk prövning av nya läkemedel.

Nämnder	Trafikskadenämnden (TSN)	Patientskadenämnden (PSN)	Läkemedelsskadenämnden (LMSN)
Försäkring som behandlas	Trafikförsäkring (Obligatorisk för fordonsägare).	Patientförsäkring (Obligatorisk för vårdgivare).	Läkemedelsförsäkringen (Frivillig anslutning till).
Ersättningsgrund	Trafikskadelag (1975:1410), skadeståndslag (1972:207) och lagen (1973:213) om ändring av skadeståndslivräntor.	Patientskadelagen och skadeståndslagen.	Försäkringsvillkor. Beräkningen av ersättningen sker huvudsakligen utifrån skadeståndslagens bestämmelser.
Förordnande av ledamöter	Nämndens ordförande förordnas av regeringen och vice ordföranden av Finansinspektionen (FI). Konsumentrepresentanter föreslås av olika fackliga organisationer och förordnas av FI. Representanter för försäkringsföretagen föreslås av TFF och förordnas av FI.	Regeringen utser alla ledamöter förutom en försäkringsgivarledamot som utses av PFF.	Ordföranden och fyra ledamöter utses av regeringen. Två ledamöter utses av försäkringsgivaren. Patienternas intressen representeras av riksdags- och landstingspolitiker.
Ledamöter som deltar vid sammanträde i fullsatt nämnd	En ordförande och en vice ordförande som är lagkunniga, två representanter för konsumenterna och två representanter för försäkringsföretagen.	En ordförande som är eller har varit domare och sex andra ledamöter. Av ledamöterna ska tre företrädare patienternas intressen, en vara medicinskt sakkunnig, en vara väl förtrogen med personskadereglering hos försäkringsgivare (försäkringsledamot) samt en ha särskild kunskap om verksamhet som rör hälso- och sjukvård. Nämnden har rätt att vid behov tillkalla sakkunnig. Sådan sakkunnig får delta i överläggning men inte i beslut.	Nämnden består av ordförande som är eller har varit ordinarie domare och sex andra ledamöter. Av ledamöterna ska två vara medicinskt sakkunniga och två företrädare patientens intressen samt en vara väl förtrogen med personskadereglering hos försäkringsgivare (försäkringsledamot).
Medicinska rådgivare (MR)	Deltar inte vid sammanträdena. Nämnden har två sakkunniga läkare. I de fall annan specialitet än neurologi eller ortopedi behövs skickas ärendet till annan oberoende läkare.	Regeringen utser medicinskt sakkunnig som deltar vid sammanträdena.	Regeringen utser medicinskt sakkunniga och dessa deltar vid sammanträdena.
Vem kan ansöka om prövning?	Skadelidande, sökande, efterlevande, trafikförsäkringsföretag och TFF. Även domstol kan begära yttrande.	Patienten eller annan skadelidande, vårdgivare, försäkringsgivare eller domstol kan begära yttrande. Försäkringsföretaget upprättar nämndpromemoria.	Skadelidande eller försäkringsgivaren.
Verkan av nämndens beslut	Rådgivande yttrande.	Rådgivande yttrande.	Rådgivande yttrande.

Nämnder	Trafikskadenämnden (TSN)	Patientskadenämnden (PSN)	Läkemedelsskadenämnden (LMSN)
Avgift	Ingen	Ingen	Ingen
Ändrad bedömning i förhållande till försäkringsföretagens beslut.	Ändrar både i positiv och i negativ riktning för skadelidande i obligatoriska ärenden.	Ändrar bara i positiv riktning för skadelidande.	Ändrar bara i positiv riktning för skadelidande.

Nämnder	Personförsäkringsnämnden (PFN)	Ansvarsförsäkringens Personskadenämnd (APN)	Skiljenämnden för arbetsmarknadsförsäkringar	Skiljenämnden i vissa trygghetsfrågor
Måste finnas enligt lag eller förordning	Nej	Nej	Nej	Nej
Huvudman	Svensk Försäkring	Svensk Försäkring	Svenskt Näringsliv, LO och PTK.	Kammarkollegiet
Regelverk för huvudman	Stadgar för Svensk Försäkring	Stadgar för Svensk Försäkring	De bygger på en överenskommelse mellan parterna.	Förordningen (2007:824) med instruktion för Kammarkollegiet.
Regelverk för nämnden	Lag (2015:671) om alternativ tvistlösning i konsumentförhållanden och Stadgarna för Personförsäkringsnämnden.	Stadgar för Ansvarsförsäkringens Personskadenämnd.	Lag (1999:116) om skiljeförfarande och i de gemensamma försäkringsvillkoren för arbetsmarknadsförsäkringarna.	Förordning (2007:830) med instruktion för skiljenämnden i vissa trygghetsfrågor samt kollektivavtal.
EU-godkänd tvistlösningsnämnd	Ja	Nej	Nej	Nej
Finansiering av nämnden	Kostnaderna fördelas mellan respektive deltagande försäkringsföretag baserat på hur många ärenden de har i nämnden.	Kostnaderna fördelas mellan respektive deltagande försäkringsföretag baserat på hur många ärenden de har i nämnden.	Fora AB och AFA försäkring	Kammarkollegiet
Tillsyn	Kammarkollegiet	-	-	-
Typ av personskada	Personskador som inträffat i privat- eller arbetslivet.	Skaderegleringsfrågor som rör ersättning för personskada (skadestånd) innan företag tar beslut i ersättningsfrågan. Nämnden prövar vissa obligatoriska ärenden.	Arbetsskada	Arbetsskada

Nämnder	Personförsäkringsnämnden (PFN)	Ansvarsförsäkringens Personskadenämnd (APN)	Skiljenämnden för arbetsmarknadsförsäkringar	Skiljenämnden i vissa trygghetsfrågor
Försäkring som behandlas	Liv, sjuk- och olycksfallsförsäkring där det krävs en medicinsk bedömning, frivillig.	Ansvarsförsäkring t.ex. i Hem- och villa-försäkring eller företagsförsäkring samt annan försäkring som inte utgör trafikförsäkring, frivillig.	Arbetskadeförsäkring (TFA), grupplivförsäkring (TGL), gruppsjukförsäkring (AGS), omställningsförsäkring med avgångsbidrag (AGB) och omställningsstöd, avtalspension och premiebefrielseförsäkring.	Avtalet om ersättning vid personskada (PSA) och författningsreglerade försäkringar.
Ersättningsgrund	Lag och gällande försäkringsvillkor.	Lag och gällande försäkringsvillkor.	Försäkringsvillkor	Statliga och kommunala kollektivavtal
Förordnande av ledamöter	Ledamöter för konsumentintresset utses av Konsumentvägledarnas Förening. Övriga ledamöter utses av Svensk försäkrings styrelse.	Konsumentvägledarnas Förening utser ledamöter som representerar de ersättningsberättigade (konsumentintresset). Svensk Försäkrings styrelse utser övriga ledamöter.	Ordförande och vice ordförande (suppleant för ordföranden) utses av Svenskt Näringsliv, LO och PTK gemensamt. Respektive organisation utser suppleanter enligt samma ordning.	En ledamot utses av regeringen efter förslag av de statsanställdas huvudorganisationer. Staten som arbetsgivare företräds inför nämnden av Arbetsgivarverket.
Ledamöter som deltar vid sammanträde i fullsatt nämnd	En ordförande som är jurist med stor domarerfarenhet och sakkunnig i de frågor som faller inom nämndens verksamhet, två ledamöter som representerar de ersättningsberättigade (konsumentintresset) och två ledamöter med stor erfarenhet av de försäkringar som behandlas av nämnden.	En ordförande med stor domarerfarenhet och sakkunnig i de frågor som faller inom nämndens verksamhet, två ledamöter som representerar de ersättningsberättigade (konsumentintresse) och två ledamöter med stor erfarenhet av personskadereglering och försäkringar som behandlas av nämnden.	Skiljenämnden består av opartisk ordförande (lagfaren domare) samt två ledamöter från Svenskt Näringsliv och två ledamöter från LO. I tvist som rör TFA ska skiljenämnden utökas med en ledamot från Svenskt Näringsliv och en ledamot från PTK. I mål som rör kommunalt avtalsområde ersätts en representant från Svenskt Näringsliv med en representant för Sveriges Kommuner och Landsting.	Tre ledamöter inklusive ordföranden som har domarbakgrund.
Medicinska rådgivare (MR)	Svensk försäkrings styrelse utser rådgivande läkare (MR). Rådgivande läkare deltar vid sammanträdena, men är inte med och fattar beslut. Nämnden kan även vid behov inhämta utlåtande från sakkunnig.	Nämnden har inga MR fast knutna till sin verksamhet men kan anlitat MR.	Nämnden har inga MR.	Nämnden har inga MR.

Nämnder	Personförsäkringsnämnden (PFN)	Ansvarsförsäkringens Personskadenämnd (APN)	Skiljenämnden för arbetsmarknadsförsäkringar	Skiljenämnden i vissa trygghetsfrågor
Vem kan ansöka om prövning?	Försäkringstagare i egenskap av konsument eller andra ersättningsberättigade (anhöriga vid livförsäkring).	Prövning görs på begäran av försäkringsföretag som är anslutet till nämnden i obligatoriska fall. Företaget begär även prövning efter att skadelidande informerat försäkringsföretaget om att nämndprövning önskas.	Skadelidande	Skadelidande
Verkan av nämndens beslut	Rådgivande yttrande.	Rådgivande yttrande.	Beslutar genom en skiljedom som inte kan överklagas.	Beslutar genom en skiljedom som inte kan överklagas.
Avgift	Ingen	Ingen	1 800 kr	Ingen
Ändrad bedömning i förhållande till försäkringsföretagets beslut.	Ändrar bara i positiv riktning för skadelidande.	Ändrar både i positiv och i negativ riktning för skadelidande.	Ändrar bara i positiv riktning för skadelidande.	Ändrar bara i positiv riktning för skadelidande.

BILAGA 4. GENOMFÖRDA MÖTEN

Försäkringsföretag

- AFA Trygghetsförsäkringsaktiebolag
- Folksam ömsesidig sakförsäkring
- Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag
- Länsförsäkringar Uppsala
- Protector Försäkring Sverige, filial av Protector Forsikring ASA Norge
- Trygg-Hansa Försäkring filial

Myndigheter

- Försäkringskassan
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- Socialstyrelsen

Medicinska rådgivare

- Föreningen för Medicinska Rådgivare (FMR)
- Maveria AB
- TMP Access AB

Nämnder

- Ansvarsförsäkringens personskadenämnd (APN)
- Läkemedelsskadenämnden (LMSN)
- Patientskadenämnden (PSN)
- Personförsäkringsnämnden (PFN)
- Skiljenämnden för arbetsmarknadsförsäkringar
- Skiljenämnden i vissa trygghetsfrågor
- Trafikskadenämnden (TSN)

Skadelidandeorganisationer

- Arbetskadades nätverk
- Nackskadeförbundet
- Patientperspektiv
- Personskadeförbundet RTP
- Personskadeförbundet RTP – Västerås lokalförening
- Personskadeföreningen NRH Nack-, Rygg- & Hjärnskadades rätt till utredningar & diagnos efter trauma
- Skadeståndskollegiet
- Svensk Rehabiliteringsmedicinsk förening (SRMF), enbart mejlkontakt

Övriga

- Konsumenternas Försäkringsbyrå (KFB)
- Personskadekommittén (PSK)
- Svensk Försäkring

BILAGA 5. SVENSK FÖRSÄKRING – GRUNDLÄGGANDE PRINCIPER FÖR SKADEBEHANDLING

Grundläggande principer för skadebehandling

Detta är en branschrekommendation om hur försäkringsbolagen ska bemöta sina kunder.

1. Försäkringsbolaget skall lämna aktiv service och utredningen skall utföras så snabbt som möjligt.
2. Råd och anvisningar skall lämnas om vilka åtgärder som skall vidtagas för att begränsa en skadas verkningar.
3. Kunden skall på ett enkelt och lättfattligt sätt informeras om sina rättigheter och skyldigheter samt om bolagets åtgärder och beslut.
4. Bolaget skall i samarbete med kunden tillse att utredningen blir så fullständig som möjligt.
5. Om ett skadeärende fördröjs är det viktigt att upplysa kunden om anledningen. Beror dröjsmålet på kunden, bör han informeras om att den fortsatta handläggningen är beroende av hans åtgärder.
6. Handläggningen skall ske smidigt och med lyhördhet för kundens individuella förhållanden. Gällande sekretessbestämmelser skall iakttas.
7. Om flera försäkringsbolag berörs av samma skada, skall bolagen komma överens om handläggningen så att skaderegleringen inte fördröjs.
8. Skaderegleringen skall vara konsekvent, enhetlig och rättvis.
9. Ersättningen skall bestämmas med tillämpning av försäkringsavtalets bestämmelser, skaderegleringspraxis och gällande rättsregler.
10. Kunden skall ha den ersättning han är berättigad till, även om han på grund av otillräckliga kunskaper om ersättningsregler eller av andra skäl begär mindre.
11. Om det finns anledning anta att kunden inte agerar korrekt skall bolaget sträva efter att skydda samtliga försäkringstagares intressen.
12. Beslut skall motiveras.
13. Det är nödvändigt att inta en fast hållning mot hot och otillbörliga påtryckningar.
14. Om det visar sig att ett ärende blivit felbedömt, skall kunden omedelbart informeras härom och ändring ske snarast.
15. Om ersättning inte lämnas eller om den reduceras, skall bolaget lämna kunden upplysning om de möjligheter till prövning av bolagets beslut som finns.
16. Definition: Med ”kunden” avses den som kan vara berättigad till ersättning från försäkring eller som på annat sätt berörs av skaderegleringen.



Finansinspektionen
Box 7821, 103 97 Stockholm
Besöksadress Brunnsgatan 3
Telefon +46 8 408 980 00
Fax +48 8 24 13 35
finansinspektionen@fi.se

www.fi.se