

Till statsrådet och chefen för justitiedepartementet

Chefen för Justitiedepartementet, statsrådet Thomas Bodström, beslutade den 8 mars 2004 att ge generaldirektören Karin Lindell i uppdrag att biträda Justitiedepartementet med en analys rörande försäkringsbolags tillgång till patientjournaler. Uppdraget redovisas i denna promemoria.

Hovrättsassessorn Katarina Persson har biträtt utredaren.

Utredningen får härmed överlämna promemorian Försäkringsbolags tillgång till patientjournaler.

Uppdraget är därmed slutfört.

Stockholm den 18 maj 2005

Karin Lindell

/Katarina Persson

Innehåll

Sammanfattning.....	9
Författningsförslag.....	17
1 Förslag till lag om ändring i lagen (1972:262) om understödsföreningar.....	17
2 Förslag till lag om ändring i försäkringsrörelselagen (1982:713).....	18
3 Förslag till lag om ändring i patientjournalagen (1985:562).....	20
4 Förslag till förordning om begränsat utnyttjande av fullmakter på försäkringsområdet.....	21
1 Utredningens uppdrag och arbete	23
1.1 Uppdraget.....	23
1.2 Utredningsarbetet.....	25
2 Statens medicinsk-etiska råds yttrande i frågan.....	27
3 Allmänt om försäkringar.....	29

3.1	Olika försäkringsformer	29
3.2	Privata personförsäkringar	32
3.2.1	Livförsäkring	32
3.2.2	Sjukförsäkring	34
3.2.3	Olycksfallsförsäkring samt sjuk- och olycksfallsförsäkring	34
3.2.4	Barnförsäkring	35
3.3	Riskbedömning och moturval	37
3.4	Skadereglering	41
4	Vissa författningar och författningsförslag av betydelse	43
4.1	Inledning	43
4.2	Lag om försäkringsavtal	44
4.2.1	1927 års lag om försäkringsavtal	44
4.2.2	Ny försäkringsavtalslag	47
4.3	Försäkringsrörelselagen	59
4.4	Patientjournalagen	62
4.5	Sekretesslagen	70
4.5.1	Hälso- och sjukvårdssekretess	70
4.5.2	Särskilt om barnhälsovård och skolhälsovård	74
4.6	Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område	76
4.7	Personuppgiftslagen	76
4.8	Författningsförslag som framlagts av Kommittén om genetisk integritet	80
5	Utländsk rätt	85

5.1	Norge.....	85
5.2	Finland.....	92
6	Kartläggning av fullmaktsförfarandet m.m.	97
6.1	Inledning.....	97
6.2	Försäkringsbolagens inhämtande av hälsouppl ysningar	98
6.3	Försäkringsbolagens hantering av journaluppgifter och annan hälsoinformation.....	111
6.4	Övriga upplysningar från Sveriges Försäkrings- förbund och enskilda bolag	114
7	Synpunkter på fullmaktsförfarandet m.m.	119
7.1	Inledning.....	119
7.2	Sveriges läkarförbund	119
7.3	Svensk sjuksköterskeförening.....	128
7.4	Sveriges Psykologförbund.....	130
7.5	Vårdförbundet.....	133
7.6	Riksförsäkringsverket.....	134
8	Överväganden, bedömningar och förslag	141
8.1	Bör försäkringsbolagens rätt att utnyttja generella fullmakter begränsas?	141
8.1.1	Allmänna utgångspunkter	141
8.1.2	Omfattningen av vad försäkringsbolag med stöd av fullmakt kan hämta in.....	145
8.1.3	Fullmakten	169

8.1.4	Utredningens förslag till reglering.....	176
8.2	Bör tystnadsplikten inom det enskilda försäkrings- väsendet författningsregleras?	182
8.2.1	Frågans tidigare behandling	182
8.2.2	Utredningens bedömning	186
8.3	Bör försäkringsbolagens hantering av information om enskilda regleras i övrigt?.....	190
8.3.1	Hantering av uppgifter som har inhämtats för försäkringsändamål	190
8.3.2	Utredningens bedömning	192
9	Konsekvenser och genomförande	197
10	Författningskommentar	203
10.1	Förslaget till lag om ändring i lagen (1972:262) om understödsföreningar.....	203
10.2	Förslaget till lag om ändring i försäkringsrörelselagen (1982:713).....	204
10.3	Förslaget till lag om ändring i patientjournalagen (1985:562).....	205
10.4	Förslaget till förordning om begränsat utnyttjande av fullmakter på försäkringsområdet	206
Bilaga 1	Uppdrag rörande försäkringsbolags tillgång till patientjournaler.....	213
Bilaga 2	Förteckning över utredningens kontakter med myndigheter m.fl.....	219

Sammanfattning

Uppdraget

Utredningen har haft i uppdrag att undersöka i vilken utsträckning försäkringsbolag efterfrågar fullmakter från försäkringsstagare och andra försäkrade och med utnyttjande av sådana fullmakter begär in uppgifter från främst hälso- och sjukvården. Uppdraget har också omfattat en analys av vilka risker och olägenheter som kan vara förenade med att försäkringsbolag på detta sätt får tillgång till patientjournaler och annan information om den enskildes hälsa. Uppdraget tar sikte på privata personförsäkringar men berör också vissa privata skadeförsäkringar.

Enligt uppdraget skall utredningen genomföra en analys och mot bakgrund av denna överväga om det bör införas begränsningar när det gäller försäkringsbolagens möjligheter att begära att den som vill teckna en försäkring eller annan försäkrad genom fullmakt ger tillgång till information från hälso- och sjukvården. Motsvarande överväganden bör göras beträffande bolagens möjligheter att framställa sådana anspråk i samband med skadereglering eller i annat fall under försäkringstiden. Som utgångspunkt bör gälla att försäkringsbolagen har rätt till den information som de behöver för sina försäkringsmässiga bedömningar. Det är främst *formerna* för inhämtande av hälsoupplysningar som skall vara föremål för överväganden. Utredningen bör också ta ställning till om bolagens hantering av hälsouppgifter bör regleras på annat sätt.

I det följande lämnas en redogörelse för utredningens överväganden, bedömningar och förslag.

Bör försäkringsbolagens rätt att utnyttja generella fullmakter begränsas?

Fullmaktsförfarandet

Av utredningens kartläggning framgår att försäkringsbolag regelmässigt begär in fullmakt från en försäkringssökande (eller annan som skall försäkras) vid tecknande av en individuell personförsäkring som skall hälsoprövas. Detta sker normalt i samband med att sökanden skriver under en hälsodeklaration. Motsvarande gäller vissa typer av gruppförsäkringar och kollektivavtalade försäkringar. En övervägande majoritet av försäkringsbolagen använder s.k. *generella fullmakter*. De är inte tidsbegränsade och innehåller inte några inskränkningar beträffande vilka sjukvårdsinrättningar eller försäkringsinrättningar bolagen har rätt att vända sig till. Fullmakterna täcker som regel även inhämtande av hälsoupplysningar vid framtida skadereglering.

Försäkringsbolagen inhämtar hälsoupplysningar med stöd av fullmakt främst när sökanden har lämnat uppgifter i sin hälsodeklaration som ger anledning till ytterligare utredning från bolagets sida. I ungefär 20 – 30 procent av alla ansökningsärenden inhämtas hälsoupplysningar i form av journalhandlingar inför riskbedömningen. Enligt Försäkringsförbundet begär bolagen vanligtvis in journalhandlingar för de senaste fem åren. Läkarförbundet och andra organ med anknytning till hälso- och sjukvården har å sin sida upplyst att bolagen normalt inhämtar kompletta journaler utan att ange någon begränsning i tiden. Bolagen begär också i betydande utsträckning in hälsoupplysningar, bl.a. kompletta journaler, med stöd av fullmakt i samband med skadereglering av försäkringar av angivet slag. Vidare inhämtar bolagen hälsoupplysningar genom journaler m.m. med stöd av fullmakt vid reglering av personskador enligt vissa skadeförsäkringar, bl.a. ansvarsförsäkring och trafikförsäkring.

Fullmakterna utnyttjas främst för att samla in hälsouppgifter direkt från hälso- och sjukvården, men försäkringsbolagen begär

också in sådana uppgifter från andra försäkringsbolag och Försäkringskassan samt i enstaka fall även från andra.

Försäkringsbolagens tillgång till patientjournaler

Den enskilde har behov av att kunna teckna försäkring och att detta kan ske på någorlunda rimliga villkor samt givetvis också behov av ersättning vid försäkringsfall. Samtidigt har han eller hon behov av skydd för den personliga integriteten. Försäkringsbolagen driver å sin sida en affärsmässig verksamhet och bolagens beslut tar sin utgångspunkt i försäkringstekniska krav och företagsekonomiska kalkyler. För att kunna fatta försäkringstekniskt korrekta beslut i olika försäkringsärenden behöver bolagen bl.a. information om den enskildes hälsa. Bristfälligt bedömningsunderlag drabbar i förlängningen inte bara den enskilde utan också försäkringstagarkollektivet. Den enskildes intresse av att kunna få försäkring och försäkringsersättning måste därför vägas mot det intrång i den personliga integriteten som försäkringsbolagens tillgång till patientjournaler och annan hälsoinformation innebär.

Genom fullständiga patientjournaler får försäkringsbolagen tillgång till information i betydligt större utsträckning än vad som rimligen kan vara motiverat för deras försäkringsmässiga bedömningar. Bolagens tillgång till sådan s.k. *överskottsinformation* innebär ett omotiverat intrång i den personliga integriteten. I takt med att det sker en övergång till elektroniska journaler som ingår i journalsystem till vilka allt fler vårdinrättningar är anslutna kommer informationsmängden dessutom att öka. Det finns vidare risk att bolagen *övertolkar* den *information* som finns i journalerna, vilket i sin tur försämrar den enskildes möjligheter till försäkring på normala villkor samt också till ersättning vid försäkringsfall. Vetskapen om att informationen i journalerna kan komma att läggas till grund för försäkringsmässiga bedömningar har också lett till att läkare och andra som är skyldiga att föra journal generellt sett har blivit mer *restriktiva* i sin *journalföring*. I den mån information som är viktig ur patientsynpunkt

inte dokumenteras kan det leda till att den enskilde får sämre vård eller ingen vård alls. *Allmänhetens förtroende för hälso- och sjukvården* synes också ha minskat till följd av att bolagen begär in patientjournaler. Den enskilde vill i allt större utsträckning själv avgöra vad som skall antecknas i journalerna.

Sammantaget anser utredningen att berörda risker och olägenheter talar för att försäkringsbolagens möjligheter att med stöd av fullmakt begära in kompletta patientjournaler direkt från hälso- och sjukvården bör begränsas. Det starkaste skälet för utredningens ställningstagande är att det intrång i den personliga integriteten som följer av bolagens tillgång till överskotts-information inte kan accepteras. I sammanhanget bör också beaktas att den som lämnar en fullmakt som regel har svårt att överblicka vilken integritetskänslig information om honom eller henne som ett försäkringsbolag kan få del av genom journalerna.

Försäkringsbolagens behov av information om den enskildes hälsa får istället tillgodoses genom preciserade frågor som läkare och andra behöriga uppgiftslämnare besvarar genom intyg eller bearbetade journalutdrag. Med ett bearbetat journalutdrag avses en sammanställning (utan ändringar eller tillägg) av relevanta journalanteckningar och annan relevant information som finns i en patientjournal. I enstaka försäkringsärenden kan det dock vara av avgörande betydelse, t.ex. för att försäkring överhuvudtaget skall kunna beviljas, att ett försäkringsbolag får del av kompletta journaler. Den enskilde har då möjlighet att själv vända sig till hälso- och sjukvården för att få ut journalerna och därefter överlämna dem till bolaget.

Utredningen har vidare övervägt om det ens bör vara tillåtet med bearbetade journalutdrag när det gäller journaler som förs inom barnhälsovården och skolhälsovården. Utredningen anser emellertid att det inte finns tillräckliga skäl att i aktuellt avseende behandla dessa journaler annorlunda än andra patientjournaler.

Utredningen föreslår att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer bemyndigas enligt en bestämmelse i försäkringsrörelselagen (1982:713) att meddela föreskrifter om fullmaktsförfarande vid försäkringsbolags hantering av försäkringar till enskilda. Utredningen lämnar också förslag till en ny

förordning om begränsat utnyttjande av fullmakter på försäkringsområdet som bl.a. innebär att försäkringsbolagen inte längre kan inhämta kompletta patientjournaler med stöd av fullmakt. Förordningen föreslås gälla även för andra försäkringsföretag, t.ex. understödsföreningar. Det ankommer på Finansinspektionen att, inom ramen för sin tillsyn över det enskilda försäkringsväsendet, bevaka att försäkringsbolagen och understödsföreningarna iakttar förbudet. Utredningen föreslår också att skyldigheten för läkare och andra behöriga uppgiftslämnare att utfärda bearbetade journalutdrag, i likhet med intyg, regleras i patientjournallagen (1985:562). Utredningen förordar vidare att försäkringsföretagen regelmässigt betalar en avgift för varje förfrågan.

Fullmakten

Som framgått använder försäkringsbolagen normalt generella fullmakter. Det kan ifrågasättas i vilken utsträckning som den enskildes samtycke (fullmakten) bygger på klara insikter om dess innebörd och konsekvenser. I många fall finns det skäl att anta att den enskilde inte inser att han eller hon lämnar sitt samtycke till att försäkringsbolaget får del av integritetskänslig information som annars är sekretessbelagd, eller i vart fall inte i vilken utsträckning bolaget ges möjlighet att begära in sådan information. I en del fall kanske den enskilde inte ens inser att han eller hon skriver under en fullmakt. Det är inte heller osannolikt att bolagen begär in fler uppgifter än vad den enskilde har anledning att anta när han eller hon skriver under fullmakten. Det kan vidare med fog ifrågasättas om det är rimligt att försäkringsbolag får tillgång till integritetskänslig information i samband med skadereglering med stöd av en fullmakt som har lämnats redan när försäkringen tecknades.

Enligt *utredningens förslag* till ny förordning får ett försäkringsbolag (eller annat försäkringsföretag) som huvudregel inte utnyttja en fullmakt som lämnas vid nyteckning, utvidgning eller förnyelse sedan frågan om ingående av försäkringsavtal är

avgjord, medan en fullmakt som lämnas vid försäkringsfall inte får utnyttjas av bolaget när frågan om skadereglering är avgjord. Författningsförslaget innehåller också en bestämmelse som innebär att Finansinspektionen får befogenhet att meddela närmare föreskrifter om utformningen av fullmakterna och fullmaktsförfarandet i övrigt.

Utredningen anser att den enskildes samtycke till att försäkringsbolag inhämtar nödvändiga hälsoupplysningar från tredje man bör vara skriftligt, klart och specificerat samt bygga på tillräcklig information. Fullmakter som används vid tecknande av försäkring respektive skadereglering bör upprättas på särskilda dokument och utformas efter nämnda riktlinjer. Ett försäkringsbolag bör regelmässigt lämna tydliga upplysningar om fullmaktens innebörd och potentiella konsekvenser i anslutning till undertecknandet.

Bör tystnadsplikten inom det enskilda försäkringsväsendet författningsregleras?

Försäkringsbolagen iakttar utan direkt stöd av lag en strikt tystnadsplikt. Det är emellertid av största vikt att det inte råder någon tvekan om att skyddet för uppgifter om enskildas hälsotillstånd och andra personliga förhållanden kvarstår när de har lämnats till ett försäkringsbolag. Ett klagande i lag av att försäkringsbolagen har tystnadsplikt skulle bidra till att såväl hälso- och sjukvårdspersonalens som en beredare allmänhets förtroende för det enskilda försäkringsväsendet stärks. Även försäkringskundernas förtroende för bolagen skulle stärkas. Det skulle också underlätta bolagens verksamhet, bl.a. genom att praxis beträffande försäkringsbolags rätt att lämna ut uppgifter kan komma att bli klarare. Vidare skulle Finansinspektionen kunna ingripa i konkreta fall mot bolag som inte iakttar tystnadsplikten samt ge vägledning genom olika uttalanden och allmänna råd.

Enligt *utredningens bedömning* bör tystnadsplikten inom det enskilda försäkringsväsendet författningsregleras. Utredningen

ansluter sig till det författningsförslag som Kommittén om genetisk integritet har lagt fram i ämnet (SOU 2004:20), nämligen att det införs en bestämmelse i försäkringsrörelselagen som innebär att enskildas förhållanden till försäkringsbolag inte obehörigen får röjas. Förslaget bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Bör försäkringsbolagens hantering av information om enskilda regleras i övrigt?

Flertalet försäkringsbolag skannar in innehållet – såväl relevanta uppgifter som överskottsinformation – i alla försäkringsansökningar, hälsodeklarationer, journalhandlingar m.m. som kommer in till bolagen. Uppgifterna bevaras även om en försäkringsansökning avslås eller sökanden återkallar sin ansökan. Eftersom förfarandet är relativt nytt har gallring av lagrade uppgifter ännu inte varit aktuellt. Flera bolag har också skannat in uppgifter från handlingar som inkom innan bolaget i fråga övergick till skanning-metoden. Försäkringsbolagen arkiverar dessutom originalhandlingarna. De förvaras under mycket lång tid, normalt på obestämd tid. Handlingarna är som regel sökbara enligt särskilda kriterier, men sökbegreppen skiftar mellan olika bolag beroende på produktsortiment.

En betydande del av försäkringsbolagens nuvarande hantering av uppgifter om enskildas hälsa m.m. torde omfattas av regleringen i personuppgiftslagen (1998:204). Lagens bestämmelser – och en författningsreglerad tystnadsplikt – torde i och för sig ge erforderligt integritetsskydd för försäkringstagare och andra vid försäkringsbolagens hantering av inhämtade hälsouppgifter. Det finns däremot skäl att ifrågasätta om försäkringsbolagens behandling av personuppgifter uppfyller de grundläggande krav som uppställs i personuppgiftslagen.

Enligt *utredningens bedömning* är det angeläget att Datainspektionen fullföljer tidigare planerat tillsynsprojekt som bl.a. innefattar en kontroll av hur försäkringsbolagen behandlar

uppgifter om enskildas hälsa och andra känsliga uppgifter i samband med handläggning av privata personförsäkringar. Vidare bör Försäkringsförbundet och försäkringsbranschen se över nuvarande rutiner för lagring och gallring av berörda uppgifter *oavsett* om hanteringen omfattas av regleringen i personuppgiftslagen. Försäkringsförbundet bör också överväga att utfärda rekommendationer i frågan.

Konsekvenser och genomförande

Utredningens förslag förutsätter att resurser tillförs berörda enheter inom hälso- och sjukvården, eftersom förslagen torde ge upphov till ökade kostnader för landsting och andra vårdgivare. Kostnadsökningen bör som nämnts täckas genom avgifter som betalas av försäkringsbolagen och andra försäkringsföretag. Utformningen av avgiftssystemet bör bli föremål för ytterligare överväganden.

Innan ett sådant avgiftssystem är slutligt utformat är det förenat med svårigheter att bedöma kostnadsökningarna för försäkringsföretagens del. Med hänsyn till att de ökade kostnaderna sannolikt kommer att slås ut på hela försäkringstagar-kollektivet torde dock förslagen inte ge upphov till annat än marginella kostnadsökningar för varje enskild försäkringstagare.

Förslagen torde inte ge upphov till kostnader som kräver ökade anslag för Finansinspektionen.

Författningsförslagen bör kunna träda i kraft den 1 juli 2006.

Författningsförslag

1 Förslag till lag om ändring i lagen (1972:262) om understödsföreningar

Härigenom föreskrivs att i lagen (1972:262) om understödsföreningar skall införas en ny paragraf, 9 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

9 a §

Regeringen eller efter regeringens bemyndigande Finansinspektionen får meddela föreskrifter om fullmaktsförfarande vid understödsförenings hantering av försäkringar till enskilda.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2006.

2 Förslag till lag om ändring i försäkringsrörelselagen (1982:713)¹

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 1 a § försäkringsrörelselagen (1982:713) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 kap.

1 a §²

Försäkringsrörelse skall bedrivas med en för rörelsens omfattning och beskaffenhet tillfredsställande soliditet, likviditet och kontroll över försäkringsrisker, placeringsrisker och rörelserisker, så att åtagandena mot försäkringstagarna och andra ersättningsberättigade på grund av försäkringarna kan fullgöras.

Information till liv- och skadeförsäkringstagare och dem som erbjuds att teckna en sådan försäkring skall vara anpassad efter försäkringens art och tydligt visa försäkringens villkor och värdeutveckling. Även andra ersättningsberättigade på grund av liv- och skadeförsäkringar skall ges den information de behöver.

Verksamheten skall bedrivas enligt god försäkringsstandard.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela *närmare* föreskrifter om vilken information som ett försäkringsbolag skall lämna till försäkringstagarna, andra ersättningsberättigade på grund av försäkringarna och till dem som erbjuds att teckna en försäkring i bolaget.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om *fullmaktsförfarande vid försäkringsbolags hantering av försäkringar till enskilda samt närmare föreskrifter* om vilken information som försäkringsbolag skall lämna till försäkringstagarna, andra ersättningsberättigade på grund av försäkringarna och till dem

¹ Lagen omtryckt 1995:1567.

² Senaste lydelse 1999:600.

som erbjuds att teckna en
försäkring i bolaget.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2006.

3 Förslag till lag om ändring i patientjournalagen (1985:562)

Härigenom föreskrivs i fråga om patientjournalagen (1985:562)

dels att rubriken närmast före 10 § skall ha följande lydelse,
dels att 10 § skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

Skyldighet att utfärda intyg om vården

Skyldighet att utfärda intyg om vården *m.m.*

Den som enligt 9 § är skyldig att föra patientjournal skall på begäran av patienten utfärda intyg om vården.

10 §

Den som enligt 9 § är skyldig att föra patientjournal skall på begäran av patienten utfärda intyg *eller bearbetat journalutdrag* om vården.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2006.

4 Förslag till förordning om begränsat utnyttjande av fullmakter på försäkringsområdet

Härigenom föreskrivs följande.

1 § Denna förordning gäller för försäkringsföretag i fråga om försäkring när svensk lag om försäkringsavtal är tillämplig.

2 § Vid nyteckning, utvidgning eller förnyelse av personförsäkring samt vid skadereglering enligt en sådan försäkring får ett försäkringsföretag begära fullmakt som innebär att en enskild lämnar sitt samtycke till att försäkringsföretaget inhämtar erforderliga hälsoupplysningar i form av intyg eller bearbetade journalutdrag. Däremot får ett försäkringsföretag inte begära fullmakt som avser inhämtande av kompletta patientjournaler.

Vad som sägs i första stycket gäller även när ett försäkringsföretag i annat fall begär fullmakt från en enskild under försäkringstiden. Detsamma gäller vid reglering av personskador enligt en skadeförsäkring.

3 § En fullmakt för inhämtande av hälsoupplysningar om enskild som lämnas till ett försäkringsföretag vid nyteckning, utvidgning eller förnyelse av personförsäkring får inte utnyttjas av företaget sedan frågan om ingående av försäkringsavtal är avgjord. En fullmakt som i annat fall utan samband med försäkringsfall lämnas under försäkringstiden för viss bestämd fråga får inte utnyttjas när den frågan är avgjord.

För en fullmakt som lämnas vid försäkringsfall gäller att den inte får utnyttjas av försäkringsföretaget när frågan om skadereglering är avgjord. Detsamma gäller vid reglering av personskador enligt en skadeförsäkring.

Utan hinder av första stycket får en fullmakt som där avses utnyttjas av försäkringsföretaget vid reglering av skador enligt försäkringen om ny fullmakt inte kan inhämtas.

4 § Finansinspektionen får meddela närmare föreskrifter om fullmakternas utformning och fullmaktsförfarandet i övrigt.

-
1. Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2006.
 2. Bestämmelsen i 3 § i förordningen skall inte börja tillämpas förrän den 1 januari 2007 i fråga om sådana fullmakter som lämnats före ikraftträdandet.

1 Utredningens uppdrag och arbete

1.1 Uppdraget

Inför beviljandet av vissa personförsäkringar gör försäkringsbolagen en riskbedömning avseende den presumtive försäkrades hälsa. Som ett led i den begär bolaget att ansökningen åtföljs av en hälsodeklaration. Genom undertecknande av ansökningen eller deklarationen ges bolaget dessutom fullmakt att inhämta upplysningar hos läkare och vårdinrättningar m.fl. Med stöd av fullmakten kan bolaget, om det anser sig behöva kompletterande uppgifter, begära in bl.a. fullständiga patientjournaler från hälso- och sjukvården.

Statens medicinsk-etiska råd har kritiserat försäkringsbolagens hantering av journaluppgifter och föreslagit att regeringen bör utreda förutsättningarna för att begränsa bolagens möjligheter att använda generella fullmakter samt att helt ta bort möjligheten till fullmakter avseende inhämtande av journaler förda inom barnhälsovården och skolhälsovården (se kapitel 2).

Regeringen har bl.a. mot bakgrund av denna framställning beslutat att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att biträda Justitiedepartementet med en analys rörande försäkringsbolags tillgång till patientjournaler (Ju 2004:C).

I en promemoria från Justitiedepartementet den 8 mars 2004 (bilaga 1) konstaterar regeringen att ett försäkringsbolag måste kunna ställa som villkor för att meddela försäkring, att det får tillgång till uppgifter om den försäkrades hälsa och betonar att det främst är formerna för inhämtandet av dessa uppgifter som skall övervägas.

Enligt promemorian skall utredaren undersöka i vilken utsträckning bolagen efterfrågar fullmakter från försäkringstagare och andra försäkrade, och med utnyttjande av sådana fullmakter begär in uppgifter från hälso- och sjukvården. Bolagens behandling av inhämtade journaler och annan information skall beskrivas och gällande regelverk på området redovisas.

Utredaren skall vidare analysera vilka risker och olägenheter som kan vara förenade med att försäkringsbolag med hjälp av fullmakt från försäkringstagaren eller annan försäkrad får tillgång till patientjournaler och annan information om den enskildes hälsa. Särskilt de risker som Statens medicinsk-etiska råd har pekat på skall undersökas. Inom ramen för analysen skall också försäkringsbolagens behov av underlag för riskbedömningar beaktas.

Mot bakgrund av analysen skall utredaren överväga om det bör införas begränsningar när det gäller bolagens möjligheter att begära att den som vill teckna en försäkring eller annan försäkrad ger tillgång till information från hälso- och sjukvården. Vidare skall ställning tas till om bolagens hantering av sådana uppgifter på annat sätt bör regleras.

Utredaren skall också föreslå författningsändringar om sådana behövs.

I promemorian anges slutligen att uppdraget skall utföras i samråd med en referensgrupp bestående av tjänstemän från Justitie-, Finans- och Socialdepartementet och att samråd skall ske med den utredning som genomför en översyn av patientjournallagen (1985:562). Kontakt skall vidare tas med berörda myndigheter, intresseorganisationer och andra organ. Enligt promemorian skall uppdraget redovisas senast den 15 mars 2005. Utredningstiden har därefter förlängts med två månader.

Beträffande tolkningen av uppdraget vill utredningen redan inledningsvis framhålla följande. Av promemorian får anses framgå att utredningsuppdraget tar sikte på privata försäkringar. Socialförsäkringen berörs därför inte närmare av utredningen. Promemorian behandlar försäkringsbolagens användning av fullmakter vid tecknande av försäkring. Bruket av fullmakter i

samband med reglering av försäkringsfall eller i annat fall under försäkringstiden får emellertid också anses ingå i uppdraget. Vidare bör noteras att uppdraget i första hand rör försäkringsbolagens tillgång till information som inhämtas från hälso- och sjukvården. Enligt utredningens mening finns det skäl att i sammanhanget beakta även inhämtande av hälsoupplysningar från Försäkringskassan¹, arbetsgivare och andra.

1.2 Utredningsarbetet

För att kunna fullgöra uppdraget har utredningen varit beroende av upplysningar från representanter för försäkringsbranschen och hälso- och sjukvården samt berörda intresseorganisationer, myndigheter och andra organ. Utredningen har skriftligen ställt ett antal frågor till Sveriges Försäkringsförbund och enskilda försäkringsbolag för att kartlägga i vilken utsträckning bolagen efterfrågar och utnyttjar fullmakter från försäkringstagare och andra försäkrade samt hur bolagen hanterar inhämtade uppgifter. Utredningen har också ställt skriftliga frågor till ett antal organ med anknytning till hälso- och sjukvården samt Riksförsäkringsverket för att få belyst vilka risker och olägenheter som kan vara förenade med förfarandet. De flesta har gett in skriftligt underlag till utredningen. Härutöver har utredningen haft ytterligare muntliga och skriftliga kontakter med flera organ. Möten har hållits med Sveriges Försäkringsförbund, Sveriges läkarförbund och Statens medicinsk-etiska råd. Utredningen har även deltagit vid ett möte där Läkarförbundets etik- och ansvarsråd har diskuterat frågor som rör försäkringsbolags tillgång till patientjournaler. En förteckning över myndigheter och andra som i nämnda avseenden har lämnat uppgifter till utredningen finns i bilaga 2.

Utredningen har vidare samrått med Patientdatautredningen (S 2003:03) samt inhämtat upplysningar om den rättsliga regler-

¹ Försäkringskassan är en ny statlig myndighet som inrättades den 1 januari 2005. Myndigheten har bl.a. tagit över den verksamhet som tidigare bedrevs av de allmänna försäkringskassorna.

ingen och planerade förändringar på området i Norge och Finland. Utredningen har även varit i kontakt med Justitsministeriet i Danmark för att få motsvarande upplysningar, men har trots upprepade påminnelser inte fått svar på ställda frågor.

För utredningsarbetet har tillsatts en referensgrupp bestående av tjänstemän från Justitie-, Finans- och Socialdepartementet. Utredningen har sammanträtt med referensgruppen vid fem tillfällen. I lagtekniska frågor har utredningen samrått med bl.a. professor Bertil Bengtsson och departementsrådet Thomas Utterström. Vid ett särskilt möte har utredningen också inhämtat Finansinspektionens synpunkter på bl.a. den rättsliga regleringen.

2 Statens medicinsk-etiska råds yttrande i frågan

Statens medicinsk-etiska råd avgav ett yttrande till regeringen i december månad 2002 rörande försäkringsbolags tillgång till och hantering av journaluppgifter.

I yttrandet framhåller rådet att journalerna förs i hälso- och sjukvårdssyfte och kan innehålla omfattande och integritets-känslig information, som likväl saknar betydelse ur försäkrings-synpunkt. Enligt rådets uppfattning rymmer försäkringsbolagens tillgång och hantering av sådana uppgifter problem för den personliga integriteten, för förtroendet för hälso- och sjukvården samt, i den mån försäkringsbeslut kan baseras på felaktig användning av journaluppgifter, även för rättssäkerheten. Försäkringsbolagens möjlighet att ta del av oredigerade journaler kan även påverka journalföringen på ett för patientsäkerheten menligt sätt.

Rådet upplyser att uppskattningsvis 25 procent av alla barn, vars föräldrar vill teckna individuell sjuk- och olycksfalls-försäkring för sina barns räkning, nekas att göra det på normala villkor. Den sakliga grunden för detta har ifrågasatts och ett huvudproblem i sammanhanget är försäkringsbolagens sätt att värdera den information som man inhämtat från journaler. Problematiken är enligt rådet särskilt tillspetsad då riskbedömningar görs på basis av journaler som förs i hälsoövervakande syfte inom barnhälsovården eller skolhälsovården. Hälsovården har som ambition och arbetssätt att fånga upp eventuella problem på ett tidigt stadium, och det som är föremål för fortsatt observation under en tid kan i de flesta fall avskrivas i ett

senare skede. Av försäkringsbolagen kan dock sådan information tolkas som en riskökning med försäkringsmässiga konsekvenser.

Rådet anser vidare att fullmaktsförfarandet är tveksamt ur flera synvinklar. Dels är fullmakten en obligatorisk del av en ansökan om personförsäkring, och graden av frivillighet är därför diskutabel. Dels kan det ifrågasättas i vilken utsträckning samtycket bygger på klara insikter om dess innebörd och konsekvenser. Enligt rådet är många sökande omedvetna om att de faktiskt givit en fullmakt att gå in i journaler som kan innehålla integritetskänslig information och som därtill i vissa delar kan vara ovidkommande för den aktuella riskbedömningen.

Ett annat problem som rådet pekar på är att journalmaterial som förvaras hos försäkringsbolag inte omfattas av sekretesslagen, eftersom bolagen inte är myndigheter. Det är oklart vilken nivå av skydd journaluppgifterna åtnjuter när de förvaras hos bolagen.

Rådet föreslår att regeringen utreder förutsättningarna för

- att begränsa försäkringsbolagens möjligheter att använda generella fullmakter att inhämta upplysningar från läkare och sjukhus,
- att helt avskära möjligheten till fullmakter avseende tillgång till journaler förda i hälsoövervakande syfte inom barnhälsovården och skolhälsovården.

Om dessa åtgärder vidtogs skulle, enligt rådet, legitima informationsbehov i stället få tillgodoses genom egna uppgifter av de sökande samt genom en möjlighet för försäkringsbolagen att ställa avgränsade frågor till behandlande läkare.

3 Allmänt om försäkringar

3.1 Olika försäkringsformer

Försäkringar delas ofta in i två huvudkategorier, nämligen allmän försäkring och privat försäkring. Till den första kategorin hör socialförsäkringen. De privata försäkringarna kan i sin tur delas in i avtalsförsäkringar och övriga privata försäkringar.

Socialförsäkringen är ett lagstadgat trygghetssystem som garanterar alla som är bosatta i Sverige och har fyllt 16 år ett grundläggande skydd oberoende av hälsotillstånd. Socialförsäkringen ersätter inkomstbortfall vid sjukdom, vid barns födelse, vid arbetsskada, ålderdom och arbetslöshet. Därutöver innehåller försäkringen ett antal bidrag, bl.a. bostadsbidrag och barnbidrag. Försäkringen finansieras genom skatter och avgifter samt administreras av Försäkringskassan.¹

Socialförsäkringssystemets grundskydd kompletteras av ett antal *avtalsförsäkringar*. De bygger på överenskommelser mellan arbetsmarknadens parter och omfattar flertalet anställda. En viss procent av den anställdes lön läggs på försäkringar istället för att betalas ut som kontant lön. Utformningen av försäkringarna varierar beroende på kollektivavtalsområde. Gemensamt är dock att de ger ersättning vid arbetsskada, ålderspension, långvarig sjukdom och dödsfall.

Vissa avtalsförsäkringar administreras av särskilda försäkringsbolag, s.k. avtalsbolag, som har skapats av arbetsmarknadens

¹ *Försäkringskassan* är en ny statlig myndighet som inrättades den 1 januari 2005. Tidigare administrerades socialförsäkringen av de allmänna försäkringskassorna och Riksförsäkringsverket.

parter. För statsanställda sker motsvarande handläggning av den statliga arbetsgivaren. I och med att stora delar av tjänstepensionslösningarna har blivit premiebestämda och den anställde själv får välja försäkringsgivare administreras dock stora delar av tjänstepensionerna numera av andra försäkringsbolag.

Övriga *privata försäkringar* bygger som regel på frivillig anslutning och tillhandahålls av enskilda försäkringsbolag. De indelas vanligen i skadeförsäkring och personförsäkring.

Exempel på *skadeförsäkringar* är villa-, hem-, motorfordons-, rese- och båtförsäkring. Även ansvarsförsäkring, trafikförsäkring, patientförsäkring och läkemedelsförsäkring hänförs till gruppen skadeförsäkringar. I flera skadeförsäkringar ingår medicinska riskmoment. Försäkringarna tecknas dock utan att försäkringsbolagen gör någon hälsoprövning. Vid reglering av personskador görs däremot en medicinsk skadebedömning i syfte att bedöma dels om skadan är ersättningsbar enligt försäkringsavtalet eller särskild författningsreglering, dels skadans följder.

Antalet personskador som regleras genom trafikförsäkringen är betydande. Exempelvis uppgick antalet personskador i trafiken år 2003 till cirka 54 000. Därutöver avled 578 personer till följd av trafikolyckor samma år. Trafikförsäkringen är obligatorisk för bl.a. bil, motorcykel och moped. Särskilda bestämmelser om trafikskadeersättning och försäkringen finns i trafikskadelagen (1975:1410). Enligt lagen skall personskador i följd av trafik med motorfordon som regel ersättas fullt ut oberoende av om skadorna har vållats av någon annan eller om den skadelidande själv har varit vållande. Ersättningen bestäms enligt skadeståndsrättsliga regler.²

Patientförsäkringen kan ge ersättning för vissa typer av patientskador. Rätten till patientskadeersättning samt skyldigheten att ha försäkring regleras i patientskadelagen (1996:799). En patient har rätt till ersättning för personskada genom försäkringen om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad på sätt som anges i 6 § nämnda lag. Bland

² Se 9 § trafikskadelagen; jfr 5 kap. och 6 kap. 3§ skadeståndslagen (1972:207).

annat gäller detta om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd under förutsättning att skadan kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande som enligt bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Ersättningen bestäms enligt skadeståndsrättsliga regler.³ Alla vårdgivare i Sverige är skyldiga att ha en patientförsäkring som täcker ersättning för skador som omfattas av lagen. De senaste åren har i genomsnitt 8 687 ärenden anmälts till patientförsäkringen. Av dessa har ersättning lämnats i 45 procent av fallen.

Genom läkemedelsförsäkringen kan enskilda få ersättning för skador som orsakats av ett läkemedel som marknadsförts eller köpts i Sverige. Försäkringen gäller om en person har fått en kroppsskada som med övervägande sannolikhet är en biverkan av läkemedlet i fråga och som inte läkaren hade kunnat förutse. Skadan skall vara allvarligare än den sjukdom som personen i fråga lider av. Ersättningen fastställs på skadeståndsrättsliga grunder. Läkemedelsförsäkringen har tillkommit efter en frivillig överenskommelse mellan läkemedelsföretagen i Sverige. Den administreras för närvarande av försäkringsbolaget Zürich. Bolaget får in mellan 400 och 1 100 anmälningar per år. Ungefär en tredjedel av anmälda skador ersätts.

Till kategorin *personförsäkringar* hör livförsäkring, sjukförsäkring, olycksfallsförsäkring samt kombinerad sjuk- och olycksfallsförsäkring. En variant av den sistnämnda försäkringsformen som särskilt bör nämnas i sammanhanget är s.k. barnförsäkringar.

En personförsäkring kan tecknas individuellt eller som grupp-försäkring genom t.ex. arbetsgivare eller fackförening. En grupp-försäkring erbjuds ofta i form av en ”paketförsäkring” som innehåller flera olika försäkringar. Den administreras många gånger av grupp-företrädaren. Gruppmedlemmens make eller

³ Se 8 § patientskadelagen; jfr 5 kap. 1-5 §§ och 6 kap. 1 § skadeståndslagen med de begränsningar som anges i 9-11 §§ samma lag.

sambo och barn är vanligtvis medförsäkrade. Vid grupp-försäkring sätts inte premien individuellt utan försäkringsbolaget fördelar risken på hela gruppen.

Vid tecknande av frivillig individuell personförsäkring inhämtar försäkringsbolagen ofta hälsoupplysningar med stöd av fullmakt. Eftersom dessa försäkringar är av särskilt intresse redovisas olika typer av personförsäkringar närmare i det följande. Utredningen berör också försäkringsbolagens riskbedömning i samband med tecknande av personförsäkring samt skadebedömning vid reglering av försäkringsfall. Som framgått förekommer det att försäkringsbolag gör en medicinsk skadebedömning även vid reglering av vissa privata skadeförsäkringar.

3.2 Privata personförsäkringar

3.2.1 Livförsäkring

Det finns två huvudtyper av livförsäkring; dödsfallsförsäkring och livsfallsförsäkring. Syftet med en dödsfallsförsäkring är att den skall ge ett ekonomiskt skydd vid förtida dödsfall till anhöriga eller någon annan som försäkringstagaren har valt att sätta in som förmånstagare. Försäkringssumman betalas sålunda ut till de efterlevande om den försäkrade dör under försäkringstiden, dvs. innan han eller hon har uppnått den i försäkringsavtalet bestämda åldern (eller särskilt angivna tidpunkten). Vid livsfallsförsäkring utbetalas försäkringssumman när den försäkrade uppnår den i avtalet angivna åldern. Det finns också många kombinationer av dödsfalls- och livsfallsförsäkringar.

Livförsäkring är också från inkomstskattesynpunkt indelad i två kategorier; pensionsförsäkring och kapitalförsäkring. Vid pensionsförsäkring inkomstbeskattas utfallande belopp samtidigt som den premie som betalas är avdragsgill inom vissa ramar. Vid kapitalförsäkring är utfallande belopp fritt från inkomstskatt, men premien är inte avdragsgill.

De flesta försäkringsbolag använder vid livförsäkring en riskklassindelning med fyra riskklasser (A-D-risker). A-risker är

normala risker och försäkring beviljas med normala premier och villkor. Vid B-D-risker tillämpar försäkringsbolagen olika förhöjningssatser.

Om dödligheten i samband med en viss sjukdom antas vara varaktigt högre än den normala dödligheten används en förhöjning av premien som är bestående under hela försäkringstiden. Kan däremot överdödligheten antas vara i huvudsak begränsad till de närmaste åren efter försäkringens tecknande tillämpas tidsbegränsade förhöjningar av premien.

Om ett försäkringsbolag vill ha en längre observationstid innan de definitiva villkoren lämnas ger bolaget den försäkrings sökande rätt till efterprovning inom ett till tre år. Vid efterprovningen tas endast hänsyn till de sjukdomar eller åkommor som förelåg vid det ursprungliga bedömningstillfället.

Försäkringsbolaget kan även genomföra en omprovning. Bolaget tar då hänsyn till hela sjukdomsbilden vid omprovningstillfället. Varken vid efterprovning eller omprovning lämnar bolaget sämre villkor än vid tidigare bedömning.

Särskilt om pensionsförsäkring

En pensionsförsäkring kan bestå av enbart ålderspension eller ålderspension med efterlevandeskydd (eller återbetalnings skydd⁴). Ålderspension kan endast utbetalas till försäkringstagaren och kan börja betalas ut vid 55 års ålder. Utbetalningarna görs i mindre poster, ofta månadsvis, fördelade över minst fem år. Försäkringstagaren bestämmer själv om han eller hon vill att pensionen skall betalas ut under ett visst antal år eller livsvarigt. Efterlevandeskydd tecknas till förmån för personer inom familjekretsen och utbetalas om försäkringstagaren avlider före en viss ålder. Efterlevandeskyddet utfaller med ett avtalat belopp. Det utbetalade beloppet beskattas.

Vid tecknande av ålderspension med efterlevandeskydd gör försäkringsbolaget en medicinsk riskbedömning. Är det fråga

⁴ Det belopp som betalas ut vid försäkringsfall (försäkringstagaren avlider) motsvarar det belopp som försäkringstagaren tidigare har sparat i försäkringen.

om en ren ålderspension görs däremot inte någon hälsoprövning i samband med tecknandet av försäkringen. Om en person under försäkringstiden drabbas av en sjukdom och på grund härav vill ändra utbetalningstiden från livsvarig till kortare utbetalningstid görs emellertid en hälsoprövning. Uppfyller denne inte hälso-kraven har han eller hon ingen möjlighet att ändra utbetalningstiden.

3.2.2 Sjukförsäkring

En sjukförsäkring kompenserar en viss del av inkomstförlusten vid arbetsförmåga. Den ger månadsersättning normalt efter 90 dagars sjukskrivning.

Vid sjukförsäkring skiljer försäkringsbolagen mellan normalrisk, mindre goda risker och oförutsägbara risker. De personer som har normal risk får teckna försäkring med normala premier och villkor medan de personer som har mindre goda risker får premieförhöjningar eller inskränkande klausul. Bedöms riskerna som oförutsägbara kan försäkringsansökningen komma att avslås.

3.2.3 Olycksfallsförsäkring samt sjuk- och olycksfallsförsäkring

Olycksfallsförsäkring ger främst ersättning vid bestående invaliditet på grund av olycksfallsskada.⁵ Sådan ersättning betalas i form av engångsbelopp för antingen medicinsk eller ekonomisk invaliditet.⁶ Ersättningens storlek beror på hur högt försäkringsbelopp försäkringstagaren valt och graden av invaliditet. Ofta betalas ett visst belopp vid dödsfall. Viss annan ersättning såsom

⁵ Med *olycksfallsskada* avses en kroppsskada som uppkommit ofrivilligt till följd av plötslig yttre händelse.

⁶ Med *medicinsk invaliditet* avses fysisk eller psykisk funktionsnedsättning oberoende av orsak och utan hänsyn till den skadades yrke, fritidsintressen eller andra förhållanden. Med *ekonomisk invaliditet* avses den ekonomiska förlust som uppkommer till följd av skada eller sjukdom. (Se Järholm, B. och Olofsson, C., Försäkringsmedicin, Lund 2002, s. 41.)

läkekostnader (dvs. ersättning för sjukvårdskostnader, läkemedel, sjukgymnastik m.m.) betalas också.

Sjuk- och olycksfallsförsäkring ger främst ersättning vid invaliditet orsakad av sjukdom och/eller olycksfall. Ersättning betalas i form av engångsbelopp för antingen medicinsk eller ekonomisk invaliditet. Vid olycksfallsskador utbetalas även läkekostnader m.m.

Försäkringsbolagen tillämpar beträffande dessa försäkringsformer förhöjningssatser och klausuler istället för riskklasser. Om en person som redan har en sjukdom ansöker om olycksfallsförsäkring tas hänsyn till om den befintliga sjukdomen ökar risken för att den försäkrade skall drabbas av olycksfall samt till om sjukdomen kommer att medföra svårare konsekvenser av ett inträffat olycksfall. När det gäller sjuk- och olycksfallsförsäkring görs istället undantag för sjukdomen. I flera fall höjs också premien. Rör det sig om en svårare sjukdom kan ansökan komma att avslås.

3.2.4 Barnförsäkring

För barn kan tecknas bl.a. kombinerade sjuk- och olycksfallsförsäkringar (*barnförsäkringar*).⁷ Behovet av dessa försäkringar kan ses främst mot bakgrund av att samhällets skydd ger en svag ekonomi till det barn som på grund av en skada aldrig kommer ut i yrkeslivet. Barnförsäkringar täcker både olycksfall och sjukdomar och är främst inriktade på att ge årlig ersättning vid långvariga och svåra skador samt engångsbelopp vid bestående skada, invaliditet.

Barnförsäkringar kan tecknas som individuell försäkring eller gruppförsäkring. De kan tecknas från det att barnet är nyfött med rätt till fortsatt försäkring upp till den för försäkringen angivna slutåldern. Slutåldern för dessa försäkringar varierar mellan bolagen från lägst 16 år och upp till 25 år. Efter denna tidpunkt finns det i många fall möjlighet att teckna någon form

⁷ Även livförsäkringar för barn förekommer.

av vidare- eller fortsättningsförsäkring⁸ utan att behöva lämna en ny hälsodeklaration. Någon riskbedömning görs inte i dessa fall, vilket är av särskild vikt för den som har drabbats av en skada under den tid barnförsäkringen gällde.

Vid tecknande av en *individuell barnförsäkring* lämnas en ansökan och en hälsodeklaration till försäkringsbolaget. De flesta bolag har flera olika försäkringsbelopp och därmed olika premienivåer att erbjuda. Försäkringsbolaget kan inte säga upp försäkringen eller höja premien på grund av att barnet drabbats av en viss sjukdom eller skada, men det kan förbehålla sig rätten att göra villkorsändringar under försäkringstiden.

Väljs en *barngruppförsäkring* krävs normalt ingen hälsodeklaration angående barnet utan försäkringsskyddet erhålls genom en anmälan. Försäkringen täcker enbart händelser som inträffar efter tecknandet, inte följer av sjukdomar och skador som visat symtom före tecknandet. Om det inträffar en skada undersöker bolaget om händelsen inträffat under försäkringstiden och i så fall om den skall ersättas genom försäkringen. Gruppföreträdaren har ofta valt ett bestämt belopp för försäkringen.

Barnförsäkringen innehåller en rad olika ersättningsmoment. De viktigaste momenten är invaliditets- och vårdkostnadsersättning.

Invaliditetsersättningen är den ersättning som varierar mest beroende på vilket försäkringsbelopp som väljs. Det rör sig ofta om 10, 20, 30, 40 eller 50 prisbasbelopp.⁹ Vid individuell barnförsäkring synes försäkringsbelopp om 20 eller 30 prisbasbelopp vara vanligt förekommande. Beträffande gruppförsäkring är 20 prisbasbelopp vanligast.¹⁰ Försäkringsbolagen betalar ut ersättning för medicinsk invaliditet om barnet får en bestående

⁸ Med *vidareförsäkring* avses att barnet vid försäkringsavtalets utgång har rätt att utan hälsoprövning teckna någon form av livförsäkring, oftast till ett försäkringsbelopp på fem prisbasbelopp. Med *fortsättningsförsäkring* avses en form av skydd som främst täcker medicinsk invaliditet, vanligtvis olycksfallsförsäkring.

⁹ Prisbasbeloppet för år 2005 är 39 400 kronor.

¹⁰ Konsumenternas försäkringsbyrå har upplyst att ett bolag, med en mycket liten marknadsandel, lämnar invaliditetsersättning på 4,9 miljoner kronor vid 100 procents medicinsk eller ekonomisk invaliditet.

invaliditet till följd av en ersättningsbar händelse. Ersättning för ekonomisk invaliditet betalas ut om barnet får en bestående invaliditet på grund av sjukdom eller olycksfall och därför aldrig kommer ut i arbetslivet eller endast kan arbeta halvtid på grund av sitt handikapp. Invaliditetsbelopp kan betalas ut från flera försäkringar för samma skada. I de fall ett barn omfattas av både en individuell försäkring och en gruppförsäkring kan det bli fråga om höga försäkringsbelopp.

Vårdkostnadsersättning är en årlig ersättning som utgår om barnet får ett långvarigt vårdbehov. Flera bolag betalar ut vårdkostnadsersättning när Försäkringskassan har beviljat vårdbidrag för barnet. Vårdkostnadsersättning ger vårdnadshavaren kompensation för merkostnader som kan uppstå för barnets vård och tillsyn tills barnet fyller mellan 16 och 19 år (beroende på bolag). Hos vissa bolag ingår sjukersättning som kan utbetalas till barnet när vårdkostnadsersättningen upphör vid 16 – 19 års ålder.

I försäkringarna ingår även ersättning vid sjukhusvistelse, rehabilitering, vårdkostnader, sjukresor, medicin vid olycksfallskador och ett dödsfallsbelopp på ca 1 prisbasbelopp.

Alla barnförsäkringar innehåller begränsningar för medfödda sjukdomar. För sjukdomar som visar sig först efter sex års ålder gäller dock försäkringarna fullt ut hos de flesta bolag. Några bolag erbjuder tilläggsförsäkringar för medfödda sjukdomar samt skydd för det ofödda barnet.

3.3 Riskbedömning och moturval

Försäkring bygger på samverkan mellan flera personer som är utsatta för likartade risker, t.ex. risken att skadas eller dö. Med risk menas att det är osäkert om händelsen kommer att inträffa eller inte. Den osäkra händelsen kommer endast att drabba någon eller några av de personer som ingår i försäkringstagar-kollektivet. Den som drabbas får ersättning från försäkringen och försäkringsbolagets kostnader täcks av premier som medlemmarna i kollektivet har betalat. Premiens storlek är i det fallet beroende av kollektivets risk. En hög medelålder i kollektivet

kan t.ex. innebära en högre sjukförsäkringspremie än i ett kollektiv med låg medelålder.

För att kunna driva en affärsmässig försäkringsrörelse måste ett försäkringsbolag bedöma riskerna så att det kan ta ut premier som är tillräckliga för att bolaget skall kunna betala ut ersättning i den omfattning det har åtagit sig. Storleken på de premier som medlemmarna betalar för individuell försäkring skall stå i proportion till den ersättningsnivå försäkringstagaren valt och till den risk försäkringstagaren löper. Vid gruppförsäkringar är dock premien densamma trots spridningsrisken inom kollektivet.

Premiesättningen baseras på händelser som kan beräknas med viss säkerhet för en grupp av personer men som är osäkra för den enskilde. Till grund för beräkningen ligger antingen noggranna statistiska undersökningar, såsom vid livförsäkring där man utgår från dödligheten i olika åldrar eller mera allmänna erfarenheter såsom medicinska rön vid premiesättning av en olycksfallsförsäkring. De privata sjukförsäkringarna påverkas i hög utsträckning av det statistiska material som finns beträffande den allmänna sjukförsäkringen.

Som antytts måste försäkringsbolaget för att kunna kalkylera en korrekt premie också bedöma risken i det enskilda fallet. Gäller det en livförsäkring eller sjukförsäkring måste bolaget bedöma risken för förtida död respektive ökad risk för insjuknande hos den försäkringssökande. Dessa risker är starkt relaterade till ålder, kön och hälsotillstånd. För att försäkringsbolaget skall göra en så bra riskbedömning som möjligt begär bolaget därför in ett antal uppgifter av den försäkringssökande, bl.a. inforas en *hälsodeklaration*. Den som önskar en privat personförsäkring får därför inte sällan besvara frågor som är av integritetskänslig natur, exempelvis om han eller hon under de senaste åren varit sjukskriven under längre tid, har behandlats av läkare för sjukdom eller äter medicin av något slag.

Hälsodeklarationen lämnas till försäkringsbolaget samtidigt med försäkringsansökningen. Genom undertecknande av ansökningen eller deklarationen ger den försäkringssökande (vårdnadshavaren, om ansökan gäller en barnförsäkring) som regel

försäkringsbolaget en generell *fullmakt* att inhämta upplysningar hos läkare och vårdinrättningar m.fl. Om de uppgifter som lämnas i hälsodeklarationen inte räcker för riskbedömningen kan försäkringsbolaget komplettera med uppgifter genom att bl.a. inhämta patientjournaler från hälso- och sjukvården. (Utredningen återkommer till frågor som rör försäkringsbolagens inhämtande av hälsoupplýsningar med stöd av fullmakt i kapitel 6.) Det förekommer även att försäkringsbolaget begär läkarundersökning. Vid försäkring över vissa risksummor är dessutom HIV-test obligatoriskt om den försäkringssökande har fyllt 16 men inte 60 år. De undersökningar som försäkringsbolaget initierar utförs aldrig av försäkringsbolagets läkare. Denne grundar sina medicinska bedömningar på den information som försäkringsbolaget inhämtar och är främst rådgivare åt bolaget.

Hälsodeklarationen och de kompletterande uppgifterna läggs till grund för försäkringsbolagets beslut om den sökta försäkringen skall beviljas, hur stor premien i så fall skall vara och vilka villkor i övrigt som skall gälla. Det är därför viktigt att de uppgifter som lämnas till försäkringsbolaget är riktiga. Försäkringstagarens upplysningsplikt och påföljder för brott mot denna regleras i en särskild lag om försäkringsavtal (se avsnitt 4.2).

Försäkringsbolagen har genom *avtal* mellan staten och Sveriges Försäkringsförbund¹¹ förbundit sig att inte efterfråga resultatet av en genomförd *genetisk undersökning* eller beakta sådana resultat vid riskbedömning i samband med ansökan om liv- och sjukförsäkring. En förutsättning är dock att försäkringsbeloppet inte överstiger vissa i avtalet angivna belopp (15 prisbasbelopp vid engångsbelopp och ett prisbasbelopp vid periodisk ersättning). Försäkringsbolagen har också åtagit sig att inte ställa krav på att försäkringssökande skall genomgå genetisk undersökning som förutsättning för avtals tecknande eller för utökning av befintligt avtal. Avtalet med staten gäller inte

¹¹ Avtal mellan staten och Sveriges Försäkringsförbund avseende genetiska undersökningar den 31 maj 1999.

barnförsäkring, tjänstegrupplivförsäkring eller avtalsgruppsjukförsäkring. De två sistnämnda försäkringarna är inte förenade med någon form av riskbedömning.

Försäkringsförbundet har numera självmant utvidgat tillämpningen av avtalet till att även gälla olycksfallsförsäkringar. Förbundet har också infört den begränsningen i sina rekommendationer att det i fråga om vuxna symptomfria personer endast är Huntingtons sjukdom¹² som skall beaktas vid riskbedömningen när försäkringsbeloppet överskrider beloppsgränsen.

Kommittén om genetisk integritet har förordat att de frågor som behandlas i avtalet skall författningsregleras (se avsnitt 4.8). Begränsningar i försäkringsbolagens möjligheter att beakta genetisk information har naturligtvis giltighet även för eventuell information i patientjournaler.

Normalt krävs god hälsa för att få teckna en individuell försäkring till normala villkor. Vid tecknande av en grupp-försäkring ställs generellt sett inte lika hårda hälsokrav, eftersom riskanalysen huvudsakligen har gjorts utifrån hur risken ser ut för gruppen som helhet. För att få teckna vissa grupp-försäkringar räcker det med att den försäkrade är fullt arbetsför när försäkringen söks.

En grundläggande faktor som måste beaktas i sammanhanget är risken för att s.k. *moturval*¹³ uppkommer. Ett moturval börjar med att premien är för lågt satt för vissa försäkrings sökande. Dessa kan därför komma att teckna försäkringar i högre omfattning och till högre belopp än de skulle ha gjort om premien varit korrekt beräknad. För att de totala premieintäkterna skall vara tillräckliga måste det resterande försäkringstagarkollektivet betala en premie som är högre än vad som motsvarar den faktiska

¹² *Huntingtons sjukdom* är en ärftlig neurologisk sjukdom med gradvis försämrade förmåga att samordna rörelserna, personlighetsförändring och så småningom demens och förtidig död.

¹³ Begreppet *moturval* är en försäkringsteknisk term för den situation som uppstår om försäkringsvillkoren gynnar försäkringstagare med högre risk att drabbas av skada eller motsvarande – ”dåliga risker” – och i motsvarande mån missgynnar dem med lägre risk, vilket innebär eller kan innebära att personer med högre risker söker sig till försäkringen och övriga därifrån.

risk det representerar – deras försäkring får ett överpris. De kan då komma att avstå från att teckna försäkring eller teckna försäkring hos ett annat bolag, eventuellt i ett annat land. Detta kan innebära att moturvalet blir än mera påtagligt. Därmed har en svårlost situation uppkommit. Att möta problemet med ytterligare premiehöjningar är nämligen vanskligt, eftersom detta kan förstärka moturvaleffekten och vålla en spiralrörelse som innebär att premieintäkterna i det bolag där moturvalet uppstått inte täcker de utbetalningar som bolaget åtagit sig att stå för. Försäkringen slås ut.

3.4 Skadereglering

Inträffar ett dödsfall, en sjukdom eller en skada skall en skadeanmälan göras till försäkringsbolaget. Försäkringen skall givetvis vara giltig vid tidpunkten för det inträffade. Vid sjukdom räknas den dag då besvären första gången påvisades av läkare normalt som "skadedag". Detta gäller även om diagnosen inte kunde fastställas vid det tillfället. Ett ärende handläggs alltid i enlighet med de försäkringsvillkor som gällde på skadedagen.

Under handläggningen uppkommer regelmässigt behov av kontakt med behandlande läkare eller klinik. Försäkringsbolaget behöver bl.a. information om skadans uppkomst och behandling, men också om eventuella tidigare skador eller sjukdomar. För att få situationen belyst kan försäkringsbolaget med stöd av fullmakt begära in patentjournaler eller utdrag ur dessa. Det förekommer också att försäkringsbolaget begär in uppgifter från Försäkringskassan. I ett senare skede krävs vanligen ett invaliditetsintyg. Försäkringsbolagets läkare har en rådgivande funktion även vid skaderegleringen. Främst gäller det olika sambandsfrågor och bedömning av medicinsk invaliditet. Bedömningen bygger på de uppgifter som finns i skadeanmälan, journaler och intyg.

Ersättningen grundar sig i de flesta fall på individuella avtal eller gruppavtal. Vilken ersättning som skall utgå i det enskilda fallet kan därför variera. Vid trafikskada finns särskilda bestäm-

meler om den ersättning som skall utgå. Även patientförsäkringen är författningsreglerad (jfr avsnitt 3.1).

4 Vissa författningar och författningsförslag av betydelse

4.1 Inledning

En privat försäkring uppkommer genom ett avtal mellan två parter, dvs. försäkringsgivaren och försäkringstagaren. Det är vidare vanligt förekommande att försäkringstagaren ingår avtalet för annan, exempelvis en grupp anställda (gruppförsäkring). Avtalsrätten bygger på principerna om rätten för var och en att fritt ingå avtal och förpliktelsen för avtalsparterna att infria avtalet. Huvudregeln är att parterna själva skall kunna bestämma om de över huvud taget vill avtala, med vem avtalet skall ingås och om innehållet. Allmänna bestämmelser om avtals ingående och när avtal är ogiltiga finns i lagen (1915:218) om avtal och andra rättshandlingar på förmögenhetsrättens område (*avtalslagen*).

Bestämmelser om träffande av försäkringsavtal finns också i *lagen (1927:77) om försäkringsavtal*. Både vissa av de allmänna bestämmelserna om avtals ogiltighet i avtalslagen och vissa bestämmelser i lagen om försäkringsavtal innebär att en avtalspart kan ha skyldighet att ge sin motpart upplysningar vid ingående av avtal (upplysningsplikt). Utgångspunkten är att parter skall ha möjlighet att bedöma risker och fördelar med att ingå ett visst avtal. Vid försäkringsavtal anses det särskilt viktigt att det lämnas riktiga och fullständiga uppgifter vid avtalets ingående. Det är därvid väsentligt att försäkringstagaren lämnar uppgifter av betydelse för den försäkrade risken.

Den 1 januari 2006 ersätts nyss nämnda lag samt konsumentförsäkringslagen (1980:38) av en ny lag om försäkringsavtal

(*försäkringsavtalslagen*). Den nya lagen är en samlad lag för stora delar av försäkringsavtalsrätten.

Som framgått får ett försäkringsbolag i samband med försäkringsavtalet fullmakt att infordra bl.a. medicinska journaler. Journalföring inom hälso- och sjukvården regleras i *patientjournallagen* (1985:562). Innan en journalhandling lämnas ut skall en prövning ske enligt *sekretesslagen* (1980:100) eller om det gäller enskild hälso- och sjukvård enligt en bestämmelse i patientjournallagen vilken anknyter till reglerna om tystnadsplikt i *lagen* (1998:531) *om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*. Med stöd av fullmakten får försäkringsbolaget normalt tillgång till uppgifter inom hälso- och sjukvården i samma utsträckning som den enskilde själv, vilket som regel innebär att uppgifterna skall lämnas ut om försäkringsbolaget begär detta.

Uppgifter som sålunda kan inhämtas från patientjournaler eller i övrigt från hälso- och sjukvården används i försäkringsbolagets riskbedömning. Denna påverkar i sin tur premiesättningen och de försäkringstekniska överväganden som regleras i *försäkringsrörelselagen* (1982:713).

Uppgifterna om enskilda personers hälsa omfattas inte av någon författningsreglerad sekretess hos försäkringsbolaget, men bolaget iakttar på frivillig väg en strikt tystnadsplikt. För hanteringen av uppgifterna gäller *personuppgiftslagen* (1998:204).

Regelverket på området redovisas närmare i det följande. I förekommande fall presenteras också författningsförslag av särskilt intresse, bl.a. förslag till ny lag om genetisk integritet.

4.2 Lag om försäkringsavtal

4.2.1 1927 års lag om försäkringsavtal

Avtal om privat försäkring regleras i första hand av lagen om försäkringsavtal (FAL). Lagen skiljer mellan å ena sidan *skadeförsäkring*, som avser försäkring mot ekonomisk förlust genom sakskada, genom ersättningsskyldighet (främst vid ansvarsförsäkring) eller genom ren förmögenhetsskada, och å andra

sidan *personförsäkring*, som inbegriper liv-, sjuk- och olycksfallsförsäkring. När det gäller de viktigaste slagen av skadeförsäkring för konsumenter har FAL dock till stor del ersatts av konsumentförsäkringslagen. Det finns också vissa särskilda typer av försäkringar som regleras i annan författning än FAL, exempelvis patientförsäkringen. Framställningen begränsas till vissa allmänna bestämmelser om försäkringsavtal och den reglering som avser personförsäkringar.

FAL reglerar avtalets ingående och upphörande samt olika allmänna frågor om parternas förpliktelser mot varandra. För försäkringsavtal gäller inte något formkrav. Enligt allmänna avtalsrättsliga regler föreligger bindande avtal som regel när antagande svar givits på motpartens anbud och denne tagit del av accepten.

Som tidigare framgått kallas den som har ingått avtal om försäkring med ett försäkringsbolag *försäkringstagare*. Den *försäkrade* är vid personförsäkring den på vars liv eller hälsa försäkringen gäller. Försäkringsbelopp kan också tillfalla någon annan än försäkringstagaren eller dennes rättsinnehavare. Den som på grund av ett förmånstagarförordnande är insatt att uppbära försäkringsbeloppet benämns *förmånstagare*.¹

Försäkringstagaren är skyldig att lämna uppgifter om risken vid avtalets ingående så att försäkringsbolaget kan bedöma vilken premie och vilka villkor i övrigt som skall gälla samt i vissa fall om risken alls kan försäkras.

Försäkringstagarens *upplysningsplikt* regleras i 4–10 §§ FAL. Upplysningsplikten är begränsad på flera sätt. Den avser inte förhållanden som försäkringsgivaren känt till eller bort känna till. Upplysningsplikten gäller dessutom endast förhållanden som är av betydelse för försäkringsgivaren (9 §). Försäkringstagaren har viss skyldighet att spontant lämna uppgifter av betydelse för riskbedömningen och inte endast besvara av försäkringsgivaren uttryckligen ställda frågor (jfr 7 §). I de fall då försäkringsgivaren begär att försäkringstagaren skall fylla i ett frågeformulär får

¹ I den nya försäkringsavtalslagen definieras förmånstagare som den som på grund av ett förmånstagarförordnande enligt 14 kap. har rätt att få försäkringen eller ersättning som utfaller från den.

försäkringsgivaren dock anses ha preciserat de omständigheter som är av betydelse. Försäkringstagaren kan då inte lastas för att han eller hon inte lämnat uppgifter om sådant som inte efterfrågats.

Om försäkringstagaren vid avtalets ingående svikligen uppgivit eller förtigit något som kan antas vara av betydelse är avtalet ogiltigt. Samma sak gäller om försäkringstagaren har uppgivit eller förtigit något under sådana omständigheter att det skulle strida mot tro och heder att åberopa avtalet (4 §). Bestämmelsen motsvarar de allmänna ogiltighetsreglerna i 30 och 33 §§ avtalslagen. Om försäkringstagaren lämnar felaktiga uppgifter utan att han eller hon insett eller bort inse att de var oriktiga påverkar felet inte försäkringsgivarens skyldigheter enligt avtalet (5 §).

Även när försäkringstagaren lämnar oriktiga uppgifter, som han eller hon inser är felaktiga utan att det är fråga om svek eller liknande eller som han eller hon bort inse är felaktiga, kan försäkringsbolaget under vissa omständigheter vara befriad från sina skyldigheter enligt avtalet (6 §). Så är fallet om det kan antas att försäkringsavtal aldrig skulle ha träffats om det verkliga förhållandet varit känt. Det vanliga är dock att försäkring visserligen skulle ha meddelats men på andra villkor. Vid personförsäkringar skall då den s.k. *prorataregeln* tillämpas. Den innebär att försäkringsgivarens ansvar jämkas med ledning av den premie och de villkor i övrigt som skulle ha bestämts om riktiga upplysningar lämnats.

På motsvarande sätt gäller att, om försäkringstagaren förtiger en känd uppgift och om han eller hon insett eller borde ha insett dess betydelse, försäkringsgivaren kan vara befriad från sina skyldigheter enligt avtalet. Förutsättningen är att förtigandet är vårdslöst (7 §).

FAL innehåller inte någon reglering av försäkringsbolagens möjligheter att begära in upplysningar från annan än försäkringstagaren.

Den som gör gällande anspråk på grund av inträffat *försäkringsfall* är skyldig att bidra till utredningen – i den mån det är av betydelse för bedömning av försäkringsfallet och för för-

säkringsgivarens ansvarighet – genom att tillhandahålla handlingar som finns tillgängliga och tillhandagå med andra upplysningar som står till buds (22 §).

Slutligen bör nämnas att det inte finns några särskilda regler om kollektiva försäkringar i FAL.

4.2.2 Ny försäkringsavtalslag

Allmänt

I maj 2004 överlämnade regeringen propositionen Ny försäkringsavtalslag (prop. 2003/04:150) till riksdagen. Lagutskottet behandlade propositionen i betänkandet 2004/05:LU04 och föreslog därvid att riksdagen skulle anta regeringens lagförslag med några marginella lagtekniska justeringar. Riksdagen biföll utskottets förslag den 16 februari 2005 (rskr. 2004/05:160). Den nya försäkringsavtalslagen träder i kraft den 1 januari 2006 och ersätter då 1927 års lag om försäkringsavtal och 1980 års konsumentförsäkringslag. I propositionen anger regeringen att grundsyftet med reformen är att ge försäkringstagarna ett starkt skydd vid alla typer av försäkringar. Samtidigt är det enskilda skyddet utformat så att man också underlättar för försäkringsbolagen att bedriva en ekonomiskt rationell och konkurrenskraftig verksamhet som tillgodoser det försäkringsbehov som finns i samhället. Försäkringsavtalslagen är som huvudregel tvingande till försäkringstagarens eller den försäkrades förmån.

Den nya försäkringsavtalslagen innehåller bestämmelser om individuell försäkring mot ekonomisk förlust genom sakskada, ersättningsskyldighet eller ren förmögenhetsskada i övrigt (*skadeförsäkring*) som tecknas hos försäkringsbolag. Konsumentförsäkring regleras i 2-7 kap. och företagsförsäkring i 8 kap. Vissa gemensamma frågor om skadeförsäkring behandlas i 9 kap. Lagen har särskilda regler för gruppskadeförsäkring och kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring (17 respektive 18 kap.).

Bestämmelser om individuell livförsäkring, sjukförsäkring och olycksfallsförsäkring (*personförsäkring*) som tecknas hos ett

försäkringsbolag finns i 10-16 kap. En personförsäkring kan tecknas på försäkringstagarens eller någon annans liv och hälsa. Grupppersonförsäkringar regleras i 19 kap. och kollektivavtalsgrundad personförsäkring i 20 kap.

Med *grupppersonförsäkring* avses i lagen personförsäkring som meddelas enligt ett gruppavtal och som gäller under förutsättning att den försäkrade eller någon annan med särskild anknytning till denne tillhör gruppen (1 kap. 4 § första stycket). Försäkringar av detta slag delas i sin tur in i frivillig grupppersonförsäkring och obligatorisk grupppersonförsäkring. Till den förstnämnda försäkringsformen ansluter sig gruppmedlemmarna genom egen anmälan eller genom att inte avböja försäkringen, medan varje medlem i gruppen är direkt ansluten till en obligatorisk grupppersonförsäkring på grund av gruppavtalet (jfr 19 kap. 1 §).

Bestämmelserna om *kollektivavtalsgrundad personförsäkring* skall tillämpas på personförsäkringar under förutsättning att försäkringen tecknas av en arbetsgivare för att ge skydd åt anställda och meddelas enligt ett i försäkringsvillkoren angivet kollektivavtal som har slutits mellan en arbetsgivarorganisation och en arbetstagarorganisation. Vidare skall försäkringen tecknas hos ett försäkringsbolag enligt kollektivavtalet (jfr 20 kap. 1 §).

Föreskrifterna om individuell personförsäkring har bara i begränsad omfattning någon motsvarighet i FAL och när det gäller regleringen av övriga personförsäkringar saknas sådan motsvarighet.

Försäkringsavtalslagen skall inte tillämpas på trafikförsäkringar eller patientförsäkringar till den del sådana försäkringar regleras av trafikskadelagen (1975:1410) respektive patientskadelagen (1996:799). Lagen skall inte heller gälla för återförsäkring.

Individuell personförsäkring

Bestämmelserna i 10 kap. innehåller allmänt hållna regler om försäkringsbolagets *informationsskyldighet* vid personförsäkring. Kapitlet har ingen motsvarighet i FAL.

Enligt förslaget till 10 kap. 2 § skall försäkringsbolaget lämna information som underlättar kundens bedömning av försäkringsbehovet och val av försäkring innan en personförsäkring meddelas (s.k. förköpsinformation). Informationen skall på ett enkelt sätt återge det huvudsakliga innehållet i de försäkringsvillkor som kunden behöver ha kännedom om för att kunna bedöma kostnaden för och omfattningen av försäkringen. Viktiga begränsningar av försäkringsskyddet skall tydligt framgå. Detsamma gäller om försäkringsbolagets ansvar inträder först när premien betalas. Vid tidsbegränsad försäkring skall försäkringsbolaget också lämna information om försäkringstagarens möjligheter att förnya försäkringen.

Med begränsningar av försäkringsskyddet avses enligt författningskommentaren (s. 488) alla typer av villkor som sätter en gräns för försäkringens omfattning. Om t.ex. vissa risker är undantagna från försäkringen – en sjukförsäkring gäller inte vid vissa sjukdomar, en dödsfallsförsäkring gäller inte om den försäkrade befinner sig i ett land där det pågår krig osv. – måste tydlig information lämnas om detta. Ett annat exempel som anges är information vid barnförsäkringar om s.k. symtomklausuler².

Informationen skall normalt ges i en handling (jfr 10 kap. 1 § första stycket). Förköpsinformation behöver inte lämnas i den mån kunden avstår från den eller det möter hinder med hänsyn till förhållandena då försäkringsavtalet ingås (10 kap. 3 §).

I kapitlet finns även bestämmelser om försäkringsbolagets informationsskyldighet i samband med att ett avtal har ingåtts (s.k. efterköpsinformation), under försäkringstiden och i samband med förnyelse av försäkringen. Försäkringsbolaget har

² *Symtomklausuler* undantar vissa sjukdomar från försäkringsskyddet som visat symtom före tecknandet utan att undantaget grundas på upplysningar om den försäkrades hälsotillstånd (jfr prop. 2003/04:150 s. 274).

enligt förslaget även informationsplikt om villkorsändringar, vid försäkringsfall och om möjligheter till överprövning m.m. Vidare anges vad som gäller om försäkringsbolaget inte lämnar föreskriven information.

En annan nyhet i försäkringsavtalslagen är att ett försäkringsbolag under vissa förutsättningar skall ha skyldighet att meddela personförsäkring (s.k. *kontraberingsplikt*). Ett försäkringsbolag får inte vägra någon att teckna en sådan personförsäkring som bolaget normalt tillhandahåller allmänheten när det har fått de uppgifter som behövs, om det inte finns särskilda skäl för vägran med hänsyn till risken för framtida försäkringsfall, den avsedda försäkringens art eller någon annan omständighet (11 kap. 1 § första stycket).

Rätten till försäkring inträder således först när försäkringsbolaget har fått de uppgifter som begärs. I författningskommentaren (s. 498) anger regeringen att sökanden måste underkasta sig de krav på utredning som försäkringsbolaget ställer upp för att få underlag för sin prövning av ansökan. Sökanden måste lämna uppgifter om sin hälsa och om andra förhållanden som kan vara av betydelse, liksom underkasta sig de medicinska undersökningar som försäkringsbolaget begär. För att försäkringsbolaget skall kunna kontrollera riktigheten av lämnade uppgifter får det också i princip kräva fullmakt av kunden att inhämta uppgifter från försäkringskassa, sjukhus och andra. Om försäkringen skall gälla tredje mans liv eller hälsa, är det i stället denne som måste uppfylla sådana krav för att sökanden skall ha rätt till försäkring. I kommentaren påpekas vidare att försäkringsbolaget bara får ställa upp krav av detta slag som är försäkringstekniskt motiverade, och att kraven inte får gå utöver de undersökningar som bolaget brukar göra i liknande situationer.

Särskilda skäl för vägran att teckna försäkring med hänsyn till framtida försäkringsfall kan exempelvis föreligga vid liv- och sjukförsäkring om hälsotillståndet hos den som skall försäkras inte är fullgott. Avslag, premiehöjning och särskilda förbehåll när de i det enskilda fallet har klart stöd av en försäkringsteknisk

bedömning av hälsotillståndet och den därmed sammanhängande risken för framtida försäkringsfall är således tillåtna även enligt den nya försäkringsavtalslagen.

I den berörda paragrafen föreskrivs också att ett avslag inte får grundas på att ett försäkringsfall har inträffat eller den försäkrades hälsotillstånd har försämrats efter det att en ansökan har avsänts eller lämnats till försäkringsbolaget. Sådana försäkringsvillkor som beror av den försäkrades hälsotillstånd skall bestämmas på grundval av hälsotillståndet vid ansökan. I författningskommentaren (s. 501) framhålls att riskbedömningen skall utgå från förhållandena vid tiden för ansökan inte betyder att försäkringsbolaget är förhindrat att låta sökanden undersöka sitt hälsotillstånd efter denna tidpunkt och sedan ta hänsyn till vad som då kan komma fram om hälsotillståndet vid ansöknings-tidpunkten.

Kontraheringsplikten skall inte gälla i fråga om en försäkring som någon tecknar i egenskap av näringsidkare till förmån för sitt företag (11 kap. 1 § andra stycket).

Försäkringstagaren har enligt försäkringsavtalslagen liksom i dag en *upplysningsplikt*. Den nya regleringen har dock ingen uttrycklig motsvarighet i FAL. Enligt 12 kap. 1 § försäkringsavtalslagen är försäkringstagaren och den försäkrade skyldiga att på försäkringsbolagets begäran lämna upplysningar som kan ha betydelse för frågan om en personförsäkring skall meddelas, utvidgas eller förnyas. Försäkringsbolaget får också under försäkringstiden begära sådana upplysningar om den försäkrades ekonomiska förhållanden som är av betydelse för försäkringens utformning. Försäkringstagaren och den försäkrade skall ge riktiga och fullständiga svar på försäkringsbolagets frågor.

Upplysningsplikten i försäkringsavtalslagen innebär således i huvudsak en skyldighet att svara på försäkringsbolagets frågor. Med undantag för de fall där ett förtigande av någon speciell omständighet skulle utgöra svek eller förfarande i strid mot tro och heder (se nedan), finns det ingen skyldighet att lämna uppgifter om sådant som försäkringsbolaget inte frågar om. Det betyder att den försäkrade inte spontant behöver underrätta

försäkringsbolaget om hans eller hennes levnadsförhållanden ändras efter det att uppgifterna har lämnats. Inte heller behöver uppgifter, som har lämnats i god tro men som senare visar sig vara felaktiga, rättas spontant.

Som regel gäller upplysningsplikten bara till dess att försäkringsbolaget har tagit ställning till frågan om en försäkring skall meddelas, utvidgas eller förnyas. Beträffande nyteckning av försäkring kan detta ske genom att försäkringsbolaget avger ett bindande anbud eller accepterar en ansökan från försäkringstagaren.

Enligt regeringen (s. 265) får det ankomma på försäkringsbolaget att formulera frågorna så att svaren ger de nödvändiga upplysningarna. Anser försäkringsbolaget sedan att ytterligare information behövs, får bolaget införskaffa sådan antingen från försäkringstagaren själv eller från andra. Vidare sägs att det, för att försäkringsbolaget skall få erforderligt underlag för sin bedömning, då ofta är nödvändigt att försäkringstagaren eller den försäkrade ger försäkringsbolaget *fullmakt* att begära upplysningar om honom eller henne hos läkare, försäkringskassa m.fl. Det framhålls att hänsyn måste tas till skyddet för den personliga integriteten och att bolagen självklart inte får ställa frågor om sådant som inte kan ha någon betydelse för bedömningen av en försäkringsansökan. Någon uttrycklig begränsning föreslås inte när det gäller bolagens möjlighet att använda sig av sådana fullmakter. Om uppgifter som försäkringsbolaget har inhämtat från läkare, försäkringskassa eller annan visar sig vara oriktiga, drabbar det inte försäkringstagaren.

Om försäkringstagaren vid fullgörande av sin upplysningsplikt har förfarit svikligt eller i strid mot tro och heder, är avtalet ogiltigt enligt vad som sägs i avtalslagen och försäkringsbolaget fritt från ansvar för försäkringsfall som inträffar därefter (12 kap. 2 § första stycket).

Vid annan överträdelse av upplysningsplikten skall *prorata-regeln* tillämpas, dock med möjlighet till avvikelser där regeln leder till oskäliga resultat. Har försäkringstagaren eller den försäkrade uppsåtligt eller av oaktsamhet som inte är ringa

lämnat oriktiga eller ofullständiga uppgifter av betydelse för riskbedömningen och kan försäkringsbolaget visa att det inte skulle ha meddelat försäkring om upplysningsplikten hade fullgjorts, är bolaget fritt från ansvar för inträffade försäkringsfall. Kan försäkringsbolaget visa att det skulle ha meddelat försäkring mot högre premie eller i övrigt på andra villkor än som avtalats, är dess ansvar begränsat till vad som svarar mot den premie och de villkor i övrigt som har avtalats. Har försäkringsbolaget inte tagit återförsäkring som annars skulle ha tecknats skall ansvaret anpassas efter detta. Nu berörda bestämmelser får dock inte tillämpas i den mån detta skulle leda till resultat som är oskäligt mot försäkringstagaren eller hans rättsinnehavare (12 kap. 2 § andra och tredje stycket).

I författningskommentaren (s. 520) ger regeringen exempel på fall när denna *skälighetsregel* kan vara tillämplig. Bland annat anges att det frågeformulär som försäkringstagaren fyllt i varit oklart eller på annat sätt otillfredsställande utformat och detta kan antas ha medverkat till att den oriktiga uppgiften har lämnats. Ett annat fall kan vara om en försäkringstagare glömt att lämna eller av oaktsamhet lämnat oriktig uppgift om sitt hälsotillstånd, som avser en relativt alldaglig och inte särskilt allvarlig temporär sjukdom, och förutsättningarna för en tillämpning av prorataregeln är uppfyllda. Enligt regeringen kan det då komma ifråga att tillämpa skälighetsregeln om effekten av försäkringstagarens försummelse inte framstår som rimlig i relation till försummelsens omfattning och karaktären av de uppgifter som försummelsen avsett.

När en oriktig uppgift upptäcks före försäkringsfall skall parterna kunna anpassa avtalet till de nya upplysningarna. Försäkringstagaren har rätt till *fortsatt försäkring* på de villkor och med det lägre försäkringsbelopp som försäkringsbolaget skulle ha bestämt ifall riktiga uppgifter hade lämnats från början. Om försäkringstagare eller den försäkrade har gjort sig skyldig till svek eller liknande, finns det dock inte någon rätt till fortsatt försäkring (jfr 12 kap. 3 §).

Försäkringsbolaget har rätt att få de kompletterande upplysningar det behöver om försäkringstagaren vill ha fortsatt försäkring. De vanliga reglerna om upplysningsplikt blir tillämpliga även i detta fall. Rätten till fortsatt försäkring får betydelse för försäkringstagaren främst genom att försäkringsbolaget inte får ta hänsyn till sådan hälsoförsämring som kan ha drabbat den försäkrade efter det att den ursprungliga försäkringen tecknades.

Liksom i dag får försäkringsbolaget enligt försäkringsavtalslagen inte åberopa att upplysningsplikten har åsidosatts, om det, när avtalet träffades, insåg eller borde ha insett att upplysningarna var oriktiga eller ofullständiga. Om oriktiga uppgifter lämnades vid försäkringens utvidgning eller förnyelse eller när försäkringsbolaget begärde ekonomiska uppgifter under försäkringstiden är det denna senare tidpunkt som är relevant. Försäkringsbolaget får inte heller åberopa att upplysningsplikten har åsidosatts om upplysningarna saknade – eller senare har upphört att ha – betydelse för avtalets innehåll. I försäkringsavtalslagen finns också en s.k. *oantastbarhetsregel*, vilken utgör ytterligare ett undantag från proratabedömningen. Sedan en livförsäkring för dödsfall gällt i fem år, skall oriktiga uppgifter bara kunna åberopas om försäkringstagaren eller den försäkrade har förfarit svikligt eller i strid mot tro och heder. Oantastbarheten kan gå om intet på två sätt. Detta kan ske antingen genom att dödsfall inträffar inom femårstiden eller genom att försäkringsbolaget inom samma tid lämnar försäkringstagaren skriftligt meddelande när det upptäcker t.ex. brott mot upplysningsplikten (jfr 12 kap. 4 §).

Försäkringsavtalslagen innehåller också vissa bestämmelser om ett försäkringsbolags *möjlighet att göra undantag* från en personförsäkring. Gäller försäkringen för följder av sjukdom eller kroppsfel, får försäkringsbolaget göra särskilt undantag för sådana sjukdomar och kroppsfel som den försäkrade hade när avtalet ingicks, bara om undantaget grundar sig på upplysningar om den försäkrade som bolaget har inhämtat eller som behövs på

grund av försäkringens art eller någon annan särskild omständighet (12 kap. 5 § första stycket).

Regleringen är inte tillämplig på villkorsbestämmelser som innebär att försäkringen över huvud taget inte täcker följderna av sjukdom och kroppsfel, oavsett när de uppträder. Sådana villkor hör till de allmänna omfattningsbestämmelserna som försäkringsbolag får avtala om. Den handlar istället om vissa särskilda undantag från en försäkring som i princip täcker arbetsförmåga eller död på grund av sjukdom osv. när försäkringsbolaget inte vill ta ansvar för följderna av sådana sjukdomar som den försäkrade hade redan när försäkringen tecknades. Förbehållet kan avse alla sjukdomar eller bara vissa uppräknade. Det kan också ha den omvända formen: att det anges vara en förutsättning för försäkringens giltighet att den försäkrade vid tecknandet är fullt arbetsför eller liknande.

Utgångspunkten för regleringen är att sådana begränsningar i skyddet som har med den försäkrades hälsotillstånd att göra så långt som möjligt skall grundas på upplysningar som försäkringsbolaget tar in när försäkringen tecknas. *Symtomklausuler och liknande förbehåll*, t.ex. undantag för sjukdomar som den försäkrade har vid avtalsslutet utan att de ännu visat några symtom, är tillåtna bara om förbehållet behövs på grund av försäkringens art eller någon annan särskild omständighet. Av författningskommentaren (s. 525) framgår att förbehåll av detta slag skall gälla bara om det är praktiskt omöjligt eller förenat med avsevärda olägenheter att inhämta upplysningar och det samtidigt finns påtagliga försäkringsmässiga skäl att göra undantag för äldre sjukdomar. Som exempel nämns förbehåll vid vissa typer av barnförsäkringar.

Om en tidsbegränsad försäkring förnyas, får ett undantag av detta slag bara avse en sjukdom eller ett kroppsfel som den försäkrade hade när det första avtalet ingicks. Förbehåll i villkoren som innebär att sjukdomar m.m. som uppkommit under en försäkringsperiod automatiskt tas undan från ansvarsområdet för nästa period är således förbjudna. Det är däremot inget som hindrar att försäkringsbolaget begär nya hälso-

upplysningar i samband med förnyelsen och med anledning av vad som då kommer fram inför ett nytt undantag i försäkringen. Utvidgas försäkringskyddet gäller de regler som berörts i det föregående (jfr 12 kap. 5 § andra stycket).

Vidare kan nämnas att ett försäkringsbolag enligt försäkringsavtalslagen inte får göra sitt ansvar beroende av att den försäkrades hälsotillstånd inte försämras (12 kap. 7 § andra stycket). Hälsoförsämring hos den försäkrade kan alltså inte åberopas av bolaget som grund för ansvarsfrihet.

Ett försäkringsbolag som har fått underrättelse om ett *försäkringsfall* skall enligt lagen utan uppskov vidta de åtgärder som behövs för att försäkringsfallet skall kunna regleras. Regleringen skall ske skyndsamt och med beaktande av den ersättningsberättigades behöriga intressen. Försäkringsersättning som inte avser periodiska utbetalningar skall betalas ut senast en månad efter det att rätten till ersättning inträtt och sådan *utredning* som skäligen kan begäras för att fastställa betalningsskyldigheten och mot vem denna skall fullgöras har lagts fram för försäkringsbolaget (jfr 16 kap. 1 §). I försäkringsvillkoren brukar anges vad som närmare skall iakttas av den som önskar framställa anspråk mot försäkringsbolaget, exempelvis att viss utredning skall framläggas. Försäkringsbolaget kan också själv skaffa fram utredning i ett ärende, t.ex. med stöd av fullmakt inhämta vissa upplysningar från läkare. Av författningskommentaren (s. 568) framgår att månadsfristen normalt anses löpa först när försäkringsbolaget fått del av också sådana upplysningar.

Om den ersättningsberättigade har försummat att följa försäkringsvillkor om skyldighet att anmäla försäkringsfall till försäkringsbolaget inom viss tid eller villkor eller anvisningar enligt dessa om skyldighet att medverka till utredningen av försäkringsfallet eller av bolagets ansvar, och försummelsen har medfört skada för bolaget, kan den ersättning som annars skulle ha betalats ut till honom eller henne sättas ned efter vad som är skäligt med hänsyn till omständigheterna. Det sagda gäller dock inte om oaktsamheten har varit ringa (16 kap. 3 §). Försäkringsvillkoren kan enligt uttalande i motiven (s. 570) bl.a. föreskriva

att den försäkrade sedan ett försäkringsfall inträffat skall tillställa försäkringsbolaget en fullmakt så att bolaget kan få nödvändiga hälsoupplysningar från t.ex. en läkare. Som framgått kan nedläggning bara bli aktuell då det är den ersättningsberättigade själv som åsidosatt villkoren, alltså försäkringstagaren, en förmåntagare eller en panthavare.

Om den försäkrade eller någon annan som begär ersättning av försäkringsbolaget efter försäkringsfall uppsåtligen eller av grov vårdslöshet oriktigt har uppgett eller förtigit eller dolt något av betydelse för bedömningen av rätten till ersättning från försäkringen, kan den ersättning som annars skulle ha betalats till honom eller henne sättas ned efter vad som är skäligt med hänsyn till omständigheterna (16 kap. 4 §).

Gruppersonförsäkring och kollektivavtalsgrundad personförsäkring

Regeringen konstaterar i propositionen att kollektiva försäkringar, dvs. gruppförsäkringar och kollektivavtalsgrundade försäkringar förekommer i stor utsträckning och har stor social betydelse. För många människor ger dessa försäkringar, vid sidan om socialförsäkringen, den huvudsakliga tryggheten och det största skyddet i händelse av dödsfall, olycksfall och sjukdom. Som nämnts förslås att dessa försäkringsformer regleras särskilt i den nya försäkringsavtalslagen.

Avtal om frivillig gruppersonförsäkring skall anses ingånget mellan försäkringsbolaget och gruppmedlemmen på grundval av gruppavtalet. Ett sådant avtal skall också kunna ingås genom att gruppmedlemmen låter bli att avböja försäkringen inom viss tid, om detta föreskrivs i gruppavtalet. Avtal om obligatorisk gruppersonförsäkring skall anses ingånget mellan försäkringsbolaget och företrädare för gruppen genom gruppavtalet. Genom ett sådant avtal skall det inte uppkomma någon betalningsskyldighet för gruppmedlemmen mot bolaget (19 kap. 3 § första och andra stycket).

Vid frivillig grupppersonförsäkring skall gruppmedlemmarna anses som *försäkringstagare* och vid obligatorisk gruppörsäkring skall den som slutit gruppavtalet anses som försäkringstagare. I vissa avseenden – förfoganden över försäkringen, förhållandet till borgenärerna och rätt till försäkringsersättning i övrigt – anses dock varje försäkrad som försäkringstagare, om försäkringen gäller hans liv eller hälsa till förmån för honom själv eller hans rättsinnehavare. Om en gruppmedlem är försäkringstagare utan att själv vara försäkrad gäller för honom det som sägs om försäkrad gruppmedlem (jfr 19 kap. 3 § tredje stycket).

Vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring är det arbetsgivaren som ingår avtalet med försäkringsbolaget och därmed är att anse som försäkringstagare. När det gäller förfoganden över försäkringen, förhållandet till borgenärerna och rätt till försäkringsersättning i övrigt anses dock varje försäkrad som försäkringstagare, om försäkringen gäller hans eller hennes liv eller hälsa (jfr 20. kap. 2 §).

I kapitel 19 respektive 20 ges bestämmelser om försäkringsbolagets skyldighet att lämna *information* innan ett gruppavtal ingås och också när en försäkring har meddelats liksom senare under försäkringstiden.

Bestämmelserna i 12 kap. 1-4 och 6-12 §§ om begränsningar av försäkringsbolagets ansvar skall också tillämpas vid grupppersonförsäkring och kollektivavtalsgrundad personförsäkring. Vad som i det föregående sagts om försäkringstagarens och den försäkrades *upplysningsplikt* gäller sålunda även i dessa fall. Vid tillämpning av 12 kap. 1-3 §§ får försäkringsbolaget dock inte mot den försäkrade åberopa att någon annan än denne själv eller en medförsäkrad har eftersatt sin upplysningsplikt eller haft vetskap om detta (jfr 19 kap. 19 § och 20 kap. 12 §).

Till skillnad från vad som för närvarande gäller beträffande individuell personförsäkring i 12 kap. 5 § skall *symtomklausuler* få användas utan särskilda begränsningar vid grupppersonförsäkring och kollektivavtalsgrundad personförsäkring.

Bestämmelserna i 16. kap. om *reglering av försäkringsfall* och vissa andra frågor skall i huvudsak tillämpas även vid

gruppersonförsäkring och vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring (jfr 19 kap. 26 § och 20 kap. 15 §).

4.3 Försäkringsrörelselagen

De offentlighetsrättsliga och associationsrättsliga sidorna av försäkringsbolagens verksamhet regleras i första hand i försäkringsrörelselagen (FRL).³ Försäkringsrörelse får drivas av försäkringsaktiebolag och ömsesidiga försäkringsbolag som har fått tillstånd till detta i enlighet med var som föreskrivs i FRL. Försäkringsrörelse kan också drivas av försäkringsföreningar (understödsföreningar) med stöd av lagen (1972:262) om understödsföreningar. Utländska försäkringsgivares rätt att bedriva verksamhet i Sverige regleras av lagen (1998:293) om utländska försäkringsgivares verksamhet i Sverige.

De näringsrättsliga reglerna i FRL skiljer mellan skadeförsäkringsrörelse och livförsäkringsrörelse, verksamheter som i princip skall bedrivas i skilda bolag. Gränsdragningen för skadeförsäkringsbegreppet avviker härvid från vad som gäller enligt FAL och den nya försäkringsavtalslagen. Systematiken i FRL innebär att sjuk- och olycksfallsförsäkring som huvudregel skall hänföras till skadeförsäkring.

Tidigare fanns i FRL särskilda regler om skäligheten hos försäkringsvillkor. Reglerna riktade sig till tillsynsmyndigheten och till de personer som leder ett försäkringsbolag. Den s.k. skälighetsprincipen bestod av tre olika delar: ett krav på skälighet i premier och kostnader (premie- och kostnadsskälighet), ett krav på skäliga villkor utöver premier (villkorsskälighet) samt ett krav på skälighet i skaderegleringen (skaderegleringsskälighet). Principen utmönstrades ur lagen den 1 januari 2000, men gäller fortfarande för de avtal som tecknats dessförinnan och även när sådana avtal förnyas, om inte annan överenskommelse träffas. Vidare kvarstår delar av principen (premie- och kostnadsskälighet) på trafikförsäkringsområdet.⁴ Att skälighetsprincipen

³ De associationsrättsliga reglerna är föremål för en översyn, se dir. 2003:125.

⁴ Jfr 2 § trafikförsäkringsförordningen (1976:359).

togs bort motiverades bl.a. av en önskan att främja konkurrens och produktutveckling. Premierna skulle – på samma sätt som i och för sig ansågs kunna ske redan tidigare – kunna bestämmas solidariskt utan krav på att en försäkringstekniskt beräknad högre risk gällde för vissa utsatta försäkringstagare. Trots att skälighetsprincipen är borttagen förutsätts det fortfarande i lagstiftningen att premierna skall vara betryggande.

Genom reformen ersattes systemet med s.k. försäkrings-tekniska grunder av en ordning där samtliga rättigheter och skyldigheter mellan försäkringsbolaget och försäkringstagaren skall framgå av försäkringsavtalet. Den minskade offentliga kontrollen av försäkringsverksamheten innebär alltså att åtskilligt istället skall regleras genom de enskilda försäkringsavtalen. Enligt uttalanden i förarbetena skulle eventuella nackdelar, främst av att skälighetsprincipen avskaffades, motverkas genom bestämmelser av civilrättslig karaktär eller information i en ny försäkringsavtalslag.⁵

Grundläggande för verksamheten är enligt nuvarande regler i 1 kap. 1 a § FRL att den skall bedrivas med en för rörelsens omfattning och beskaffenhet tillfredsställande soliditet, likviditet och kontroll över försäkringsrisker, placeringsrisker och rörelserisker, så att åtagandena mot försäkringstagarna och andra ersättningsberättigade på grund av försäkringarna kan fullgöras.

Av andra stycket framgår att information till bl.a. livförsäkringstagare och dem som erbjuds att teckna en sådan försäkring skall vara anpassad efter försäkringens art och tydligt visa försäkringens villkor och värdeutveckling. Vidare föreskrivs i tredje stycket att verksamheten skall bedrivas enligt god försäkringsstandard. FRL innehåller däremot inte någon uttrycklig reglering om försäkringsbolagens krav på fullmakter och hantering av uppgifter om enskildas hälsa.

I 7 kap. 4 § FRL finns en bestämmelse som innebär att *premier* för bl.a. livförsäkringar skall grundas på antaganden om dödlighet och andra riskmått, räntesats samt driftskostnader som var för sig är betryggande. En avvikelse får ske om den är

⁵ Prop. 1998/99:87 s. 171 och bet. 1998/99:FiU28 s. 8.

försvarlig med hänsyn till bolagets ekonomiska situation. I författningskommentaren sägs bl.a. att premierna inte får bestämmas på ett sådant sätt att det systematiskt och varaktigt måste tillföras bidrag från andra medel än premierna och dess avkastning.⁶

Enligt 7 kap. 1 § FRL gäller vidare att ett försäkringsbolags *försäkringstekniska avsättningar* skall motsvara de belopp som erfordras för att bolaget vid varje tidpunkt skall kunna uppfylla alla åtaganden som skäligen kan förväntas uppkomma med anledning av ingångna försäkringsavtal. Sådana avsättningar beräknas delvis med statistiska och försäkringsmatematiska metoder. Av 7 kap. 9 § samma lag framgår att ett försäkringsbolag skall ha tillgångar till ett belopp som motsvarar försäkringstekniska avsättningar för egen räkning med visst närmare angivet tillägg samt hur tillgångarna skall placeras (s.k. skuldtäckning).

Finansinspektionen är en central förvaltningsmyndighet för tillsynen över finansiella marknader, kreditinstitut och det enskilda försäkringsväsendet. De övergripande målen för Finansinspektionens verksamhet är att bidra till det finansiella systemets stabilitet och effektivitet samt att verka för ett gott konsumentskydd.

Finansinspektionen har till uppgift att utöva tillsyn bl.a. över att verksamheten i ett försäkringsbolag bedrivs i enlighet med FRL och andra författningar som reglerar försäkringsbolagets näringsverksamhet. I inspektionens uppgifter ingår också att följa och analysera utvecklingen inom verksamhetsområdet samt att rapportera till regeringen om den bedömer att instabilitet i finanssektorn riskerar att negativt påverka det finansiella systemets funktionssätt, meddela föreskrifter samt handlägga tillstånds- och förvaltningsärenden och medverka i internationellt samarbete. Inspektionen fullgör också andra uppgifter.

Regeringen beslutade den 23 september 2004 att en särskild utredare skall göra en *översyn av Finansinspektionens tillsyn på*

⁶ En motsvarande bestämmelse återfinns i artikel 21 i Europaparlamentets och rådets direktiv om livförsäkring (2002/83/EG).

försäkringsområdet (dir. 2004:118). För att säkerställa en effektiv framtida tillsyn på nämnda område skall utredaren bl.a. utvärdera utgångspunkter och metoder för dagens tillsyn på området utifrån gällande näringsrättslig reglering och kartlägga utvecklingstendenser av betydelse. Utredaren skall vidare analysera vilka krav som bör ställas på tillsynen på området samt lämna förslag på utgångspunkter och allmänna principer för det framtida tillsynsarbetet. Han eller hon skall också analysera vilka befogenheter och resurser som är nödvändiga för att dessa krav skall kunna tillgodoses samt lämna förslag i denna del. Vid behov skall utredaren också lämna förslag på sådana förändringar av den näringsrättsliga regleringen av försäkringsrörelse som krävs för att den framtida tillsynen skall vara effektiv. Vinstutdelningsförbudet och närliggande reglering skall särskilt beaktas. Uppdraget skall redovisas senast den 31 juli 2005.

4.4 Patientjournalagen

I patientjournalagen finns grundläggande bestämmelser om journalföring inom hälso- och sjukvården. Lagen ställer krav på journalernas utformning, innehåll och hantering. Den gäller både inom allmän och enskild hälso- och sjukvård, inklusive tandvård.⁷

I 1 § patientjournalagen anges att det vid vård av patienter skall föras *patientjournal*. Med vård avses i lagen även undersökning och behandling. En patientjournal är individuell och skall föras för varje enskild patient. Den består av de anteckningar som görs och de handlingar som upprättas eller inkommer i samband med vården och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden och om vårdåtgärder. Förutom det särskilda dokument i vilket patientens hälsotillstånd m.m. förs in löpande hör även t.ex. laboratorierapporter, remisser, remissvar, intyg om vården och liknande handlingar till journalen. Varje enskild handling

⁷ Socialstyrelsen har meddelat föreskrifter och allmänna råd som rör patientjournalagen (SOSFS 1993:20) samt tillämpningen av lagen inom skolhälsovården (SOSFS 1989:12).

benämns journalhandling (2 §). Det kan finnas flera journaler för en och samma patient. Lagen är teknikneutral. Journalhandlingar behöver således inte vara pappershandlingar utan kan även bestå av röntgenbilder, ADB-, video- och diktafonsupptagningar m.m.⁸ Däremot omfattas inte preparat.

Kravet på dokumentation utgår från patientsäkerheten i dess vidaste bemärkelse, dvs. inte bara från terapeutisk synpunkt utan även från diagnostisk. En patientjournal är därför först och främst avsedd att vara stöd för den eller de personer som ansvarar för patientens vård. Den utgör arbetsverktyg eller underlag för bedömningen av de åtgärder som kan behöva vidtas av någon som inte har träffat patienten. Journalen är även en informationskälla för patienten om erhållen vård. Vidare utgör den ett viktigt instrument i kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbetet inom vården samt ett underlagsmaterial vid tillsyn och kontroll av den vård som patienten erhållit. Patientjournalen har även stor betydelse som underlag i vissa legala sammanhang och för forskningen.⁹

Enligt 3 § patientjournallagen skall en patientjournal innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Uppgifterna skall föras in i journalen så snart det kan ske. Om uppgifterna föreligger, skall en patientjournal alltid innehålla

- uppgift om patientens identitet,
- väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården,
- uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder,
- väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder,
- uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning samt

⁸ Vid journalföring med ADB gäller personuppgiftslagen och lagen (1998:544) om vårdregister.

⁹ Jfr SÖSFS 1993:20.

- uppgift om information och samtycke som har lämnats enligt lagen (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m.

Patientjournalen skall vidare innehålla uppgift om vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när anteckningen gjordes. Om inte synnerligt hinder möter skall en journalanteckning signeras av den som svarar för uppgiften. Efter signeringen får anteckningen inte ändras och rättelse måste framgå av journalen (jfr 6 §).

Varje uppgift i en journalhandling som upprättas inom hälso- och sjukvården skall utformas så, att *patientens integritet* respekteras (4§). Uppgifterna skall vila på ett korrekt underlag och inte vara av nedsättande eller kränkande karaktär.¹⁰ I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd i ämnet anges att känsliga uppgifter som patienten meddelat i förtroende inte ogenomtänkt skall föras in i journalen. I den mån uppgifterna är relevanta för tolkningen av sjukdomsbilden skall de givetvis skrivas in, vilket ställer särskilda krav på utformningen. Socialstyrelsen tillägger att journalen dock mera sällan behöver innehålla detaljerade återgivanden.

Föreskrifter om vem som är *skyldig att föra patientjournal* ges i 9 § patientjournallagen. Den som enligt 3 kap. lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område har legitimation eller särskilt förordnande att utöva visst yrke har sådan skyldighet. I vissa fall är även icke legitimerade yrkesutövare skyldiga att föra journal. Det gäller den som utför arbetsuppgifter som annars bara skall utföras av logoped, psykolog eller psykoterapeut inom den allmänna hälso- och sjukvården eller som utför sådana arbetsuppgifter inom den enskilda hälso- och sjukvården som biträde åt legitimerad yrkesutövare. Även den som är verksam som kurator i den allmänna hälso- och sjukvården är skyldig att föra patientjournal. Var och en som för patientjournal svarar för sina uppgifter i journalen.

¹⁰ Prop. 1984/85:189 s. 20, SoU 1984/85:33, rskr. 1984/85:401.

Den som är skyldig att föra patientjournal skall på begäran av patienten utfärda *intyg om vården* (10 §). Föreskriften gäller endast när en patient erhållit vård och där patienten vårdats. I intyget skall lämnas de uppgifter om undersökningen, vården och behandlingen som behövs för det av patienten begärda ändamålet. Det kan t.ex. vara fråga om intyg till försäkringsbolag.¹¹ Intyget får grundas på samtliga uppgifter i journalen, dvs. även kollegors journalanteckningar.

Den som utfärdar intyg är skyldig att följa Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1981:25) för hälso- och sjukvårdspersonal om avfattande av intyg m.m. Av dessa framgår bl.a. att ett intyg i regel kräver personlig undersökning av eller kontakt med patienten, att intyget bör innehålla uppgift om vilket material intyget grundas på och att den som utfärdar intyget skall eftersträva objektivitet. Vidare anges att uttalandena i ett intyg skall vara så fullständiga och otvetydiga som möjligt. De bör göra det möjligt för mottagaren att själv bilda sig en uppfattning om förhållandena.¹² Föreskrifterna gäller även beträffande utlåtande.

I sammanhanget bör nämnas att det inte finns någon i författning fastställd definition av begreppen *intyg* och *utlåtande*. Regeringen tillsatte år 1993 en särskild utredning (Intygsutredningen) för att se över bestämmelserna för hälso- och sjukvårdspersonal att i tjänsten utfärda intyg och utlåtanden och föreslå de förändringar som kan behöva göras för att denna verksamhet skall kunna fullgöras på ett bra sätt. I sitt betänkande (SOU 1994:71) konstaterade Intygsutredningen att begreppen intyg och utlåtande ofta används synonymt av hälso- och sjukvårdspersonalen. Utredningen förordade att begreppet intyg skulle användas för handlingar som inte var formlunda i någon författning och där det i princip räckte med ett intygande av ett sakförhållande utan närmare bedömningar och förslag till åtgärder. Var det däremot fråga om en handling där det var

¹¹ Prop. 1984/85:189 s. 47, SoU 1984/85:33, rskr. 1984/85:401.

¹² Jfr även 2 kap. 4 § lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Den som i sin yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvården utfärdar ett intyg om någons hälsotillstånd eller vård skall utforma det med noggrannhet och omsorg.

nödvändigt att analysera olika förhållanden, att tolka eller bedöma dessa och att föreslå åtgärder ansåg utredningen att begreppet utlåtande borde användas. Utredningen ifrågasatte om skyldigheten att utfärda intyg enligt 10 § patientjournalagen inbegrep en skyldighet att i ett aktuellt fall även göra en bedömning eller ett utlåtande över resultatet av en vård eller behandling och en prognos. De uttalande som hade gjorts i propositionen till lagen var enligt utredningen inte helt klarläggande på denna punkt.¹³ Eftersom syftet med ett intyg ofta är att få information om sådana förhållanden som kan påverka en persons framtida hälsotillstånd, arbetsförmåga m.m. ansåg Intygsutredningen att skyldigheten enligt patientjournalagen att utfärda intyg även skulle omfatta en skyldighet att utfärda utlåtanden. Utredningen lämnade förslag till ändring av 10 § patientjournalagen där det uttryckligen framgick att den som är skyldig att föra patientjournal på begäran av patienten skall utfärda intyg eller utlåtande om vården.

Frågan om vilka avgifter som får tas ut för intyg (och utlåtande) regleras inte i patientjournalagen eller Socialstyrelsens föreskrifter.

En *journalhandling* skall *bevaras* minst tre år efter det att den sista uppgiften fördes in i handlingen. Till denna grundregel finns emellertid ett undantag om att vissa journalhandlingar skall bevaras i minst 10 år (jfr 8 §). Detta gäller bl.a. journalhandlingar rörande en patient, vars sak prövas eller har prövats enligt försäkringsvillkoren på en trygghetsförsäkring vid arbetsskada eller för statens personskadeförsäkring, såvida det inte är uppenbart att handlingarna saknar eller har saknat betydelse för prövningen.¹⁴ Bestämmelserna om bevarandetider uppställer vissa minimikrav. Inget hindrar att landsting och kommuner bevarar journaler längre tid än vad som föreskrivs i lagen.

I en rapport till regeringen från december 2001, Patientjournalagen – en översyn med förslag till författningsändringar, konstaterar Socialstyrelsen att reglerna om bevarandetider

¹³ Jfr prop. 1984/85 s. 47.

¹⁴ Se förordningen (1986:203) om förlängd bevarandetid för vissa journalhandlingar inom hälso- och sjukvården.

knappast torde ha någon speciell relevans inom den offentliga vården. Enligt Socialstyrelsen bevaras i regel allt det journalmaterial som är nödvändigt med hänsyn till patienternas framtida behov av vård och behandling samt forskningens behov av material för studier om sjukvårdens och hälsans utveckling för framtiden. På många håll torde det t.o.m. sparas mer än som är nödvändigt för att tillgodose de nämnda behoven. Journalerna bevaras i rätt stor utsträckning för all framtid, även om det förekommer att journaler gallras enligt gällande regler. Socialstyrelsen föreslår i rapporten att det införs en enhetlig bevarandetid om tio år i patientjournalagen.

Socialstyrelsen har behörighet att besluta om *förstöring av en patientjournal* helt eller delvis på ansökan av patienten eller någon annan som omnämns i en patientjournal. Förutsättningarna för att så skall ske är dels att godtagbara skäl anförs för ansökan, dels att patientjournalen eller den del därav som skall förstöras uppenbarligen inte behövs för patientens vård och dels att det från allmän synpunkt uppenbarligen inte finns skäl att bevara journalen (17 §). Ett av kraven är alltså att sökanden kan visa att han eller hon har godtagbara skäl för att få en anteckning eller hela journalen förstörd. Det betyder att anteckningen, ett visst avsnitt eller hela journalen kan uppfattas som nedsättande eller kränkande för patienten eller annan som omnämns i den.

I nyss nämnda rapport konstaterar Socialstyrelsen att det sällan förekommer att en ansökan avslås av den anledningen att det inte föreligger "godtagbara skäl" samt tillägger:

"Redan det förhållandet att någon ansöker om förstörande uppfattas i regel som att sökanden finner uppgiften i journalen eller hela journalerna så besvärande att det i praktiken finns 'godtagbara skäl' för förstörande. Däremot betraktas det inte som godtagbara skäl att sökanden motiverar sin framställan med att han eller hon skall söka in på viss utbildning, teckna försäkring eller söka visum till USA. I sådana sammanhang kan det nämligen förekomma att det krävs att personen bifogar kopia av sin sjukjournal."

Socialstyrelsen har på särskild fråga från utredningen upplyst att styrelsen handlägger mellan 330-350 ärenden om journalförstöring per år. Det är mycket ovanligt att den som begär journalförstöring motiverat sin ansökan med att han eller hon skall teckna försäkring. Enligt Socialstyrelsens uppskattning rör det sig om ett 10-tal ärenden per år. Ibland framgår det vid kontakter med den sökande att den egentliga orsaken för ansökan är att han eller hon skall teckna försäkring, trots att det inte anges som skäl för journalförstöring. Ärenden med "försäkrings-skäl" har, även om de är få, ökat under senare år. Sammanlagt 30-50 journalförstörenden per år rör redan inträffade försäkringsfall av olika slag och där det anges att uppgifter i journaler är felaktiga. Vidare förekommer det att sökanden vill ha felaktiga uppgifter förstörda på grund av rädsla att de skall påverka t.ex. ett försäkringsbolags bedömning av sökandens skada.

Socialstyrelsen har tillagt att handläggarna vid styrelsen också får telefonsamtal där enskilda personer hör sig för om vad som gäller för journalförstöring och där de redogör för felaktiga eller kränkande journalanteckningar som har koppling till försäkringsärenden. Minst lika många ärenden (dvs. 30-50) handlar om att sökanden vill förstöra uppgifter i läkarutlåtanden och intyg till Försäkringskassan.

Slutligen kan nämnas att även journaler eller journalkopior som förvaras utanför hälso- och sjukvården omfattas av ett beslut om förstörande. Någon möjlighet för Socialstyrelsen att kunna få ett beslut om förstörande av kopia som förvaras hos myndighet, domstol, enskilt organ eller enskild person verkställt finns dock inte.

Rätten att ta del av journalhandlingar inom den allmänna hälso- och sjukvården regleras av tryckfrihetsförordningen och sekretesslagen. Utredningen återkommer till regleringen i avsnitt 4.5.1. Särskilda bestämmelser om rätt att få ta del av journaler upprättade inom enskild hälso- och sjukvård finns i förevarande lag.

I 16 § patientjournalagen föreskrivs beträffande en journalhandling inom enskild hälso- och sjukvård att den på begäran av patienten så snart som möjligt skall tillhandahållas honom eller henne för läsning eller avskrivning på stället eller i avskrift eller kopia, om inte annat följer av 2 kap. 8 § andra stycket eller 9 § första stycket lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (se avsnitt 4.6). Det sagda innebär bl.a. att en patient inte har rätt att ta del av uppgifter om sitt hälsotillstånd i en journalhandling om det med hänsyn till ändamålet med hälso- och sjukvården är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till patienten. Även försäkringsbolag har i egenskap av ombud med fullmakt rätt att få tillgång till journalen med de begränsningar som gäller för patienten.¹⁵

Regeringen beslutade den 23 juni 2004 om tilläggsdirektiv (dir. 2004:95) till Kvalitetsregisterutredningen (S 2003:03) som därefter har ändrat namn till *Patientdatautredningen*. Enligt direktiven skall utredningen se över hur behandlingen av personuppgifter inom hälso- och sjukvården regleras samt lämna förslag till en väl fungerande och sammanhängande reglering av området. Regleringen skall omfatta behandlingen av personuppgifter i den medicinska vården, den kvalitetsförbättrande verksamheten, forskningen och den administrativa verksamheten inom hälso- och sjukvården. En utgångspunkt skall, liksom i dag, vara att den enskilde skall lämna ett uttryckligt och informerat samtycke till utbyte av information om honom eller henne och till alla konkreta åtgärder som vidtas för dennes vård och behandling. Om undantag från denna huvudregel föreslås skall fördelar och nackdelar med ett sådant förslag noggrant belysas.

Inom ramen för uppdraget skall utredningen överväga frågor som rör

- elektroniska patientjournaler,
- för vilka ändamål personuppgifter skall få behandlas,

¹⁵ Jfr prop. 1984/85:189 s. 48.

- överföring av uppgifter både mellan olika organisatoriska vårdenheter inom den offentliga hälso- och sjukvården samt
- mellan den offentliga hälso- och sjukvården och verksamhet som bedrivs av andra än landsting.

Utredningen skall i sina överväganden utgå från att all journalhantering i framtiden i huvudsak skall vara elektronisk. Vidare anges att formerna för den enskilde patientens möjlighet att ta del av uppgifter om sig själv via Internet bör utredas. Enligt direktiven skall utredningen särskilt se över bl.a. bestämmelserna i patientjournalagen samt lämna förslag till ändringar i denna eller i en ny författningsreglering. Förutsättningarna för och nyttan av att skapa en för samtliga vårdgivare sammanhållen journal för varje patient, på nationell nivå eller landstingsnivå, skall härvid analyseras. Uppdraget skall redovisas senast den 31 december 2005. Samråd har ägt rum mellan förevarande utredning och Patientdatautredningen.

4.5 Sekretesslagen

4.5.1 Hälso- och sjukvårdssekretess

Patientjournaler upprättade inom den offentliga vården utgör allmänna handlingar. Rätten att ta del av allmänna handlingar kan enligt 2 kap. 2 § tryckfrihetsförordningen i princip begränsas endast om det noga anges i en särskild lag eller i en annan lag som den särskilda lagen hänvisar till. Den särskilda lagen som avses är sekretesslagen. I sekretesslagen finns därför de huvudsakliga bestämmelserna om *handlingssekretess*, som innebär att handlingsoffentligheten enligt tryckfrihetsförordningen begränsas. Sekretesslagen innehåller även bestämmelser om *tystnadsplik* i det allmänna verksamheten. Med *sekretess* förstås enligt 1 kap. 1 § andra stycket sekretesslagen förbud att röja uppgifter, vare sig det sker muntligen eller genom att allmän handling lämnas ut eller det sker på något annat sätt.

Uppgifter för vilka sekretess gäller får inte röjas för vare sig en enskild eller annan myndighet i andra fall än de som anges i sekretesslagen eller i lag eller förordning som den hänvisar till (1 kap. 2 och 3 §§). Med enskilda avses inte bara enskilda individer, utan även bolag, föreningar och andra juridiska personer. Förbudet att röja sekretessbelagda uppgifter gäller för både myndigheten som sådan och för myndighetens personal.

Enligt 7 kap. 1 § sekretesslagen gäller *sekretess inom hälso- och sjukvården* för uppgift om enskilds hälsotillstånd och andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men (skada, olägenhet). Detsamma gäller i annan medicinsk verksamhet, exempelvis rättsmedicinsk och rättspsykiatrisk undersökning.

Detta är en sträng sekretessbestämmelse, som innebär presumtion för att uppgiften inte får lämnas ut. Sekretessen är dock inte absolut. Den menprövning som måste göras kan leda till att uppgifterna i det enskilda fallet kan lämnas ut. Vad som utgör men skall bedömas från den enskildes egen upplevelse. Den som gör menprövningen måste försöka föreställa sig vad patienten respektive de anhöriga skulle tycka om att uppgiften lämnas vidare. Normalt får utlämnande inte ske om det inte kan utslutas att den enskilde skulle uppleva det som obehagligt och i osäkra fall kan det vara lämpligt att tillfråga den enskilde. Vid utlämnande av avidentifierade uppgifter, som inte kan hänföras till den enskilde, anses men inte uppkomma.

Sekretessen gäller också efter patientens död, men skyddet blir mindre omfattande och menprövningen blir primärt inriktad på frågan om ett utlämnande kan skada den avlidnes eftermäle, leda till förtal eller vara till men för de närstående. Nära anhöriga brukar kunna få ta del av den avlidnas journal om inte särskilda skäl talar emot det. Sekretesstiden för uppgifter i allmänna handlingar är högst 70 år (7 kap. 1 § fjärde stycket).

Sekretess till skydd för enskild gäller inte *i förhållande till den enskilde själv* och kan i övrigt helt eller delvis efterges av honom

eller henne. Detta gäller dock inte om annat följer av bestämmelse i sekretesslagen (14 kap. 4 § första stycket).

För hälso- och sjukvårdsområdet finns en sådan bestämmelse i 7 kap. 3 § sekretesslagen. Enligt denna gäller nyss berörda sekretess inom hälso- och sjukvården också i förhållande till den vård- eller behandlingsbehövande själv i fråga om uppgifter om hans eller hennes hälsotillstånd, om det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till honom eller henne.¹⁶ Det kan tilläggas att bestämmelsen i och för sig inte innebär att patienten berövas sin rätt att medge att uppgifter, dvs. i första hand journalen, lämnas till någon annan, även om patienten inte själv vet vilka uppgifter som medgivandet omfattar. I annat fall skulle det bli omöjligt för ett sjukhus att lämna ut journalanteckningar till en privatpraktiserande läkare som behandlar en viss patient, om anteckningarna är sådana att de inte bör komma till patientens kännedom. Skulle det i undantagsfall finnas skäl att misstänka att en patient medger utlämnande av journalanteckningar till någon annan för att på det sättet kringgå bestämmelsen, torde det finnas utrymme för sjukhuset att vägra lämna ut journalen eller uppgifterna ur denna.¹⁷

Samtycke kan ges i förväg, med tanke på en kommande situation. Det finns sålunda inte något hinder mot att en försäkringstagare i ett försäkringsavtal medger att försäkringsbolaget tar del av patientjournaler i samband med utredning av ett försäkringsfall. I förhållande till myndigheten kan dock ett sådant samtycke alltid återkallas. Vidare får ett samtycke inte ges ett så generellt innehåll att den enskilde allmänt förklarar sig avstå från sekretessen hos en viss myndighet eller tjänsteman.¹⁸

¹⁶ Ytterligare en begränsning i den enskildes rätt att ta del av uppgifter om sitt hälsotillstånd och andras personliga förhållanden följer av 7 kap. 6 § sekretesslagen. Sekretess gäller nämligen också för en anmälan eller annan utsaga som en enskild lämnar om någon annans hälsotillstånd eller personliga förhållanden, om det kan antas att fara uppkommer för att den som har lämnat anmälan eller utsagan – eller någon närstående – utsätts för våld eller annat allvarligt men om uppgiften röjs. Sekretessen gäller dock inte för anmälan som görs av en myndighet.

¹⁷ Regner, G. m.fl., Sekretesslagen En kommentar, s. 7:21 f.

¹⁸ Se Regner, G. m.fl., Sekretesslagen En kommentar, s. 14:36.

Sekretesslagen innehåller också en allmän regel om *förbehåll* vid utlämnande av uppgifter till enskild (14 kap. 9 § första stycket). Finner t.ex. en sjukvårdsmyndighet att men, som utgör hinder att lämna ut uppgift om en persons hälsotillstånd, kan undanröjas genom förbehåll som inskränker den enskildes rätt att lämna uppgiften vidare eller att utnyttja den, skall myndigheten uppställa sådant förbehåll när uppgiften lämnas till honom eller henne. Ett förbud att lämna ut uppgiften till den person den avser gäller då också för den enskilde. Det bör uppmärksammas att förbehåll inte kan meddelas generellt utan angivande av vem inom t.ex. ett försäkringsbolag eller annan organisation det riktar sig till. Detta är bl.a. en förutsättning för att det straffansvar som bär upp regeln om förbehåll skall kunna aktualiseras.¹⁹ Har den enskilde medgett att en uppgift eller handling som rör honom eller henne får lämnas ut skall detta som regel ske utan förbehåll.

Den som lämnar samtycke till att en enskild får del av hemliga uppgifter, får som villkor kräva att myndigheten ställer upp ett förbehåll som inskränker den enskilde mottagarens rätt att lämna uppgiften vidare eller utnyttja den (jfr andra stycket samma paragraf).

Enligt 7 kap. 1 § sista stycket sekretesslagen hindrar hälso- och sjukvårdssekretessen inte att uppgifter lämnas ut till enskilda personer enligt särskilt angivna föreskrifter bl.a. i smittskyddslagen (2004:168). Sekretess utgör inte heller hinder mot att uppgift lämnas ut om det är nödvändigt för att den utlämnande myndigheten skall kunna fullgöra sina uppgifter (1 kap. 5 §).

Offentlighets- och sekretesskommittén (OSEK) lämnade i december 2003 sitt huvudbetänkande *Ny sekretesslag* (SOU 2003:99) till regeringen. Betänkandet inriktar sig framför allt på en allmän översyn av sekretesslagen och dess tillämpning. I kommitténs förslag till ny sekretesslag behandlas sekretess på hälso- och sjukvårdens område i 21 kap. samt sekretess i förhållande till den enskilde själv och hans eller hennes möjlighet att påverka sekretessen i 9 kap. Bestämmelserna innehåller i stort sett inte några materiella ändringar i förhållande till nuvarande reglering.

¹⁹ JO 1992/93 s. 197 och 1994/95 s. 574.

När det gäller möjligheterna till uppgiftsutbyte på vård- och omsorgsområdet föreslår kommittén en sekretessbrytande bestämmelse som delvis är ny.²⁰ Sekretessen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten skall inte hindra att uppgifter om enskild som behövs för att denna skall få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd lämnas från myndighet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten till annan sådan myndighet eller till enskild vårdgivare eller enskild verksamhet på socialtjänstens område.²¹ Nyheten består i att undantaget från sekretess även skall gälla när en uppgift lämnas till en enskild vårdgivare eller enskild verksamhet på socialtjänstens område.

4.5.2 Särskilt om barnhälsovård och skolhälsovård

Med *barnhälsovård* avses vanligtvis den förebyggande vård som barn får hos landets barnavårdscentraler (BVC). Vid centralerna utförs bl.a. ett antal hälsoundersökningar under barnens första levnadsår och därefter med vissa tidsintervall, t.ex. 4-års kontroll. En annan uppgift är att vaccinera barn. Barnavårdscentralerna hör i organisatoriskt hänseende till primärvården inom varje landsting och utgör en del av den allmänna hälso- och sjukvårdsverksamheten. Samma bestämmelser som gäller för hälso- och sjukvård i allmänhet är också tillämpliga på barnhälsovård.

De journaler som finns vid barnavårdscentralerna förs helt eller delvis över till skolhälsovården när barnen skall börja skolan. Syftet är att skolhälsovården skall ha tillgång till uppgifter om tidigare vaccinationer och andra åtgärder som utförts inom ramen för barnhälsovården. Vårdnadshavarnas samtycke till överföringen av journaluppgifterna inhämtas regelmässigt. Normalt lämnas journalerna tillbaka till barnavårdscentralerna när barnen har slutat grundskolan.

²⁰ 21 kap. 15 § förslaget till ny sekretesslag. För socialtjänstens del finns motsvarande bestämmelse i 22 kap. 18 §.

²¹ SOU 2003:99 s. 296 ff.

Skolhälsovården kan sägas omfatta de medicinska insatserna inom elevvården i vid bemärkelse. Den är en del av såväl den allmänna hälso- och sjukvården som skolväsendet.

Bestämmelser om skolhälsovård finns i 14 kap. skollagen (1985:1100). Bland annat regleras verksamhetens ändamål och kravet på återkommande hälsokontroller. Av nämnda kapitel framgår att skolhälsovård skall anordnas för elever i förskoleklassen, grundskolan, gymnasieskolan, särskolan, specialskolan och sameskolan.²² Vården skall i första hand vara förebyggande och den har till ändamål att följa elevernas utveckling och hälsa samt verka för sundare levnadsvanor. Skolhälsovården skall omfatta hälsokontroller och enkla sjukvårdsinsatser, t.ex. vid olycksfall eller akuta insjuknanden. Elever i grundskolan och motsvarande skolformer skall erbjudas att genomgå minst tre allmänna hälsokontroller jämt fördelade under skoltiden. De skall därutöver erbjudas kontroller av syn och hörsel. För elever på gymnasieskolan gäller att de skall ha möjlighet att genomgå minst en allmän hälsokontroll. Som regel är hälsokontrollerna frivilliga.

Sekretess inom skolhälsovården regleras i 7 kap. 1, 3 och 6 §§ sekretesslagen, dvs. samma bestämmelser som gäller för hälso- och sjukvård i allmänhet. För skolverksamheten i övrigt – och då även för psykologisk utredning, trots att legitimerade skolpsykologer i det avseendet lyder under hälso- och sjukvårdslagstiftningen – gäller bestämmelserna om skolsekretess i 7 kap. 9 § nämnda lag.

Utredningen om offentlighet och sekretess i skolan har bl.a. övervägt om sekretesslagen behöver ändras med anledning av 1999 års skollagskommittés förslag om att införa en ny elevhälsa (SOU 2002:121).²³ I betänkandet *Sekretess i elevernas intresse* (SOU 2003:103) föreslår utredningen att en sekretessbrytande bestämmelse införs i 7 kap. 1 § första stycket sekretesslagen om

²² *Sameskolan* är en del av det svenska offentliga skolväsendet. Utbildningen, som erbjuds till samiska barn, är nioårig och motsvarar grundskolan. För verksamheten finns särskilda bestämmelser i sameskolförordningen (1995:205).

²³ Kommittén föreslår att det nuvarande begreppet skolhälsovård skall ersättas med vad som ingår i de medicinska insatserna inom elevhälsan.

utlämnande av uppgifter från skolhälsovården till den övriga verksamheten. Såväl utredningens som kommitténs förslag har remissbehandlats och bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

4.6 Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

Regler om tystnadsplikt för den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inom den *enskilda hälso- och sjukvården* finns i lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Enligt 2 kap. 8 § första stycket får en sådan person inte obehörigen röja vad han eller hon i sin verksamhet har fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Av andra stycket framgår att tystnadsplikt för en uppgift om en patients hälsotillstånd även gäller i förhållande till patienten själv, om det med hänsyn till ändamålet med hälso- och sjukvården är av synnerlig vikt att uppgifterna inte lämnas till patienten.

Tystnadsplikten omfattar också obehörigt röjande av en uppgift från en enskild om någon annan persons hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det kan antas att det finns en risk för att den som lämnat uppgiften eller någon närstående till uppgiftslämnaren utsätts för våld eller annat allvarligt men om uppgiften röjs (2 kap. 9 § första stycket). Fullgör någon sådan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning anses det inte som obehörigt röjande. Vidare föreligger uppgiftsskyldighet i vissa i lagen särskilt angivna fall (2 kap. 11 §).

4.7 Personuppgiftslagen

Personuppgiftslagen har till syfte att skydda människor mot att deras personliga integritet kränks genom behandling av person-

uppgifter.²⁴ Begreppet *behandling* av personuppgifter omfattar alla åtgärder som vidtas beträffande sådana uppgifter, t.ex. inhämtande, användning och utlämnande av uppgifterna. Med *personuppgifter* avses i lagen all slags information som direkt eller indirekt kan hänföras till en fysisk person som är i livet (3 §).

Så snart personuppgifter på något sätt hanteras är det fråga om en behandling som faller under lagen om behandlingen är helt eller delvis automatiserad. Exempelvis anses behandling i datorer av personuppgifter som finns i datorformat som automatiserad behandling. Lagen gäller även för annan behandling av personuppgifter, om uppgifterna ingår eller är avsedda att ingå i en strukturerad samling av personuppgifter som är tillgängliga för sökning eller sammanställning enligt särskilda kriterier, dvs. i ett manuellt register (jfr 5 §). Registerformen innebär att uppgifterna skall läggas in i ett på visst sätt strukturerat register och bara fås fram med hjälp av vissa angivna sökkriterier.²⁵ Lagen är subsidiär i förhållande till annan författningsreglering (2 §).

I 9 § första stycket personuppgiftslagen uppställs vissa *grundläggande krav* på behandlingen av personuppgifter. Den personuppgiftsansvarige skall se till att

- personuppgifter behandlas bara om det är lagligt,
- personuppgifter alltid behandlas på ett korrekt sätt och i enlighet med god sed,
- personuppgifter samlas in bara för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål,
- personuppgifter inte behandlas för något ändamål som är oförenligt med det för vilket uppgifterna samlades in,
- de personuppgifter som behandlas är adekvata och relevanta i förhållande till ändamålen med behandlingen,

²⁴ Lagen genomför Europaparlamentets och rådets direktiv 95/46/EG av den 24 oktober 1995 om skydd för enskilda personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter.

²⁵ Om ett sökregister är sökbart på det sätt som krävs enligt personuppgiftslagen uppkommer frågan om också de handlingar (t.ex. personakter) som sökregistret hänvisar till är att anse som register, trots att innehållet i dessa inte är sökbart enligt särskilda kriterier (jfr Öman, S. och Lindblom, H, Personuppgiftslagen En kommentar, 2 uppl. Stockholm 2001, s. 73 ff.)

- inte fler personuppgifter behandlas än som är nödvändigt med hänsyn till ändamålen med behandlingen,
- de personuppgifter som behandlas är riktiga och, om det är nödvändigt, aktuella,
- alla rimliga åtgärder vidtas för att rätta, blockera eller utplåna sådana personuppgifter som är felaktiga eller ofullständiga med hänsyn till ändamålen med behandlingen, och
- personuppgifter inte bevaras under en längre tid än vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålen med behandlingen.

Vidare får personuppgifter bara behandlas om den registrerade har lämnat sitt samtycke till behandlingen eller om behandlingen är nödvändig i vissa särskilt angivna fall, bl.a. för att ett avtal med den registrerade skall kunna fullgöras eller åtgärder som den registrerade begärt skall kunna vidtas innan ett avtal träffas (jfr 10 §).

Det finns särskilda regler för behandling av s.k. *känsliga personuppgifter*. Bland annat är det förbjudet att behandla sådana personuppgifter som rör hälsa (13 §). Ifrågavarande personuppgifter liksom och andra känsliga personuppgifter får dock behandlas om den registrerade har lämnat sitt uttryckliga samtycke till behandlingen eller på ett tydligt sätt offentliggjort uppgifterna (15 §). I lagen anges också vissa fall då behandling av känsliga personuppgifter är nödvändig. Beträffande behandling för hälso- och sjukvårdsändamål finns en sådan bestämmelse i 18 §.

Personuppgiftslagen innehåller också bestämmelser om *information* som den personuppgiftsansvarige skall lämna till den registrerade (23-27 §§). Om personuppgifter samlas in från annan källa än den registrerade, skall den personuppgiftsansvarige som huvudregel självständigt lämna den registrerade information om behandlingen av uppgifterna när de registreras.

I 30 § personuppgiftslagen finns bestämmelser om *säkerhet och sekretess* vid behandlingen. Den som arbetar med person-

uppgifter får bara behandla dessa i enlighet med instruktioner från den personuppgiftsansvarige. Bestämmelsen kan sägas innebära ett slags tystnadsplikt, eftersom muntligt och skriftligt utlämnande av personuppgifter till tredje man innefattas i begreppet behandling. Om det i lag eller annan författning finns särskilda bestämmelser om behandlingen av personuppgifter i det allmännas verksamhet i sådana frågor, skall dessa dock gälla.

Som framgått får den personuppgiftsansvarige och de som annars arbetar med personuppgifterna bara lämna ut personuppgifter om utlämnandet inte är oförenligt med de ändamål för vilka uppgifterna samlades in. I vissa fall får känsliga personuppgifter bara lämnas ut med stöd av den registrerades samtycke (se 16 § andra stycket och 17 §).

Den personuppgiftsansvarige är också skyldig att vidta lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att skydda de personuppgifter som behandlas (se 31 §).

Datainspektionen är en central förvaltningsmyndighet som har till uppgift att skydda människors privatliv i IT-samhället. Inspektionen är tillsynsmyndighet enligt personuppgiftslagen och kan i denna egenskap bl.a. utfärda föreskrifter och allmänna råd samt förelägga vite (43-49 §§).

Personuppgiftslagsutredningen har genomfört en översyn av personuppgiftslagen (SOU 2004:6). Syftet med översynen var att inom ramen för bestämmelserna i EG-direktivet om personuppgifter åstadkomma ett regelverk som mer tar sikte på missbruk av personuppgifter och andra obefogade intrång i den personliga integriteten än vad den nuvarande lagen gör.

I betänkandet föreslår utredningen bl.a. ett undantag från de allra flesta hanteringsreglerna i personuppgiftslagen för behandling av sådana personuppgifter som inte ingår i och inte heller är avsedda att ingå i en samling personuppgifter som har strukturerats för att påtagligt underlätta sökning efter eller sammanställning av just personuppgifter, dvs. i praktiken personregister och personuppgiftsanknutna databaser. Förslaget innebär att reglerna inte skall tillämpas på bl.a. sådan vardaglig hantering som produktion av löpande text i ordbehandlingsprogram och

korrespondens med e-post under förutsättning att materialet inte skall infogas i en databas med en personuppgiftsanknuten struktur såsom ett ärendehanteringssystem. Den behandling som undantas från hanteringsreglerna skall enligt förslaget bara få utföras om den inte innebär ett otillbörligt intrång i den personliga integriteten. Regleringen får i praktiken bara betydelse vid automatiserad behandling som sker med hjälp av datorer. Den som bryter mot reglerna till skydd för missbruk av personuppgifter skall enligt förslaget få betala skadestånd till den registrerade. Utredningen föreslår också viss reglering som innebär ett förtydligande av personuppgiftslagens förhållande till offentlighetsprincipen och sekretesslagen. Förslagen har remissbehandlats och bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

4.8 Författningsförslag som framlagts av Kommittén om genetisk integritet

Kommittén om genetisk integritet lämnar i betänkandet Genetik, integritet och etik (SOU 2004:20) förslag till författningsreglering som bl.a. innebär att försäkringsbolagens tillgång till hälsoupplýsningar i viss mån begränsas. Regleringen tar emellertid endast sikte på s.k. genetisk information, dvs. information om resultatet av en genetisk undersökning.²⁶ Kommitténs betänkande bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Frågan om i vilken utsträckning försäkringsbolag får efterforska och använda genetisk information är inte författningsreglerad. De försäkringsbolag som är medlemmar i Sveriges Försäkringsförbund har dock genom avtal mellan förbundet och staten²⁷ frivilligt förbundit sig att inte uppställa krav på att den

²⁶ Med *genetisk undersökning* avses enligt förslaget till lag om genetisk integritet en undersökning som syftar till att ge upplýsning om en människas arvs massa genom molekylärgenetisk, mikrobiologisk, biokemisk, cytogenetisk eller därmed jämförlig analysmetod eller genom inhämtande av upplýsningar om hans eller hennes biologiska släktingar. Upplýsningar om förekomsten av ärftliga sjukdomar inom familjen brukar benämnas *familjeupplýsningar*.

²⁷ Avtal mellan staten och Sveriges Försäkringsförbund avseende genetiska undersökningar den 31 maj 1999, se även avsnitt 3.3.

som vill teckna personförsäkring först skall genomgå en genetisk undersökning. Om den försäkrade har genomgått genetisk undersökning frågar försäkringsbolagen inte heller om detta, förutsatt att försäkringsbeloppet understiger ett visst tak. Inte heller efterfrågas familjeupplysningar i sådana fall. Barnförsäkringar omfattas inte av avtalet.

Kommittén föreslår att det i en *ny lag om genetisk integritet* föreskrivs att ingen får ställa som villkor för att ingå ett avtal att den andra parten genomgår en genetisk undersökning eller lämnar genetisk information om sig själv. I samma lag föreslås också ett generellt förbud som innebär att genetisk information inte utan stöd i lag får efterforskas eller användas av någon annan än den informationen avser. Detta gäller även om denne har gett sitt samtycke till sådan efterforskning eller användning, men inte om han eller hon själv begärt det. Information som endast innefattar upplysning om den undersöktes aktuella hälsotillstånd faller utanför lagens tillämpningsområde. När det gäller sådan information har de vanliga reglerna om patientsekretess ansetts tillräckliga. Om genetisk information efterforskas eller används för medicinskt ändamål, för ändamål som har anknytning till vetenskaplig eller släkthistorisk forskning eller i syfte att erhålla bevisning i rättegång skall dock inte det föreslagna förbudet gälla. Undantag görs också i vissa andra fall. Förbuden föreslås vara straffsanktionerade med en straffskala som omfattar böter eller fängelse i högst sex månader.

I fråga om försäkringsväsendet föreslår kommittén att regeringen meddelar undantag från berörda lagbestämmelser i en *ny förordning om användning av genetisk information på försäkringsområdet*.²⁸ Förordningen skall gälla i fråga om riskbedömd liv-, olycksfalls- och sjukförsäkring som omfattas av svensk lag om försäkringsavtal. Författningsförslaget innebär att försäkringsbolag får efterforska och använda genetisk information vid riskbedömda personförsäkringar, om den försäkrade har fyllt 18 år och det försäkringsbelopp som skall utfalla vid försäkringsfall överstiger vissa högre belopp (30 prisbasbelopp

²⁸ SOU 2004:20 s. 186 ff och 370 ff.

vid engångsbelopp och 4 prisbasbelopp per år vid periodisk ersättning). Försäkringsbolagen skall också få efterforska och använda genetisk information om den behövs för kontroll när ett försäkringsfall har anmälts. En sådan situation kan t.ex. uppkomma om ett försäkringsbolag i sina villkor gjort undantag för vissa genetiska sjukdomar.

Vid en jämförelse med nuvarande avtal mellan försäkringsbranschen och staten innebär förslaget att beloppsgränsen höjs när det gäller sådana riskbedömda personförsäkringar beträffande vilka genetisk information skall få efterforskas och användas. Förslaget innebär vidare att försäkringsbolag inte får efterforska och använda genetisk information när det gäller barnförsäkringar. Ett författningsreglerat förbud att efterforska och använda genetisk information kommer att gälla även för försäkringsbolag som inte är medlemmar i Försäkringsförbundet och dessutom gälla olycksfallsförsäkring.²⁹

Kommittén föreslår även att det införs en bestämmelse i den nya lagen om försäkringsavtal³⁰ som innehåller en erinran om att det finns särskilda bestämmelser som begränsar försäkringsgivarens rätt att efterforska och använda genetisk information. I författningskommentaren anger kommittén att det bör uppmärksammas att ett förtigande från försäkringstagarens sida av sådana uppgifter som försäkringsgivaren inte får efterforska eller beakta enligt allmänna principer inte leder till påföljd i försäkringsförhållandet. I och med att det skulle vara straffbart för försäkringsgivaren att efterforska eller beakta sådana uppgifter måste dessa anses sakna betydelse för försäkringsgivaren.

I betänkandet behandlar kommittén också frågan om *tystnadsplikten inom det enskilda försäkringsväsendet* bör författningsregleras.³¹ Kommittén föreslår i denna del att det införs en bestämmelse i försäkringsrörelselagen som innebär att enskildas förhållanden till försäkringsbolag inte obehörigen får röjas.

²⁹ För närvarande finns endast en rekommendation från Försäkringsförbundet om att principerna i avtalet skall tillämpas på olycksfallsförsäkringar.

³⁰ 6 a § i den nya försäkringsavtalslagen, jfr avsnitt 4.2.2.

³¹ SOU 2004:20 s. 208-209, 367-368.

Utredningen återkommer till kommitténs förslag om tystnadsplikt i avsnitt 8.2.1.

5 Utländsk rätt

5.1 Norge

Försäkringsbolags inhämtande av hälsoupplysningar med stöd av fullmakt

Försäkringstagarens och den försäkrades *upplysningsplikt* regleras i försikringsavtalsloven.¹ Så länge försäkringsbolaget (försikringssekskapet) inte har tagit på sig att täcka försäkringen, kan det be om upplysningar som kan ha betydelse för riskbedömningen. Försäkringstagaren och den försäkrade skall lämna korrekta och fullständiga svar på försäkringsbolagets frågor. De skall också på eget initiativ lämna upplysningar om särskilda förhållanden som de måste förstå är av väsentlig betydelse för försäkringsbolagets riskbedömning (13 kap. 1 § i fråga om personförsäkringar).

Huvudregeln om *tystnadsplikt för hälsopersonal* finns i 21 § helsepersonelloven.² Tystnadsplikten gäller inte i förhållande till den som upplysningarna rör. Lämnar denne sitt samtycke får uppgifterna också lämnas ut till annan (22 §).³ I lagen finns också vissa bestämmelser om *patientjournaler*. En patient har som regel rätt till insyn i den journal som gäller honom eller henne och kan

¹ LOV 1989-06-16 nr 69: Lov om forsikringsavtaler.

² LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v.

³ Om upplysningarna skall lämnas från *trygdeetaten* (en norsk förvaltningsgren med uppgift att bl.a. administrera trygghetslagarna och bidragslagstiftningen) finns bestämmelser om tystnadsplikt i forvaltningsloven. Även här krävs samtycke för att tystnadsplikten skall brytas.

efter särskild begäran få en kopia av journalen (41§ nämnda lag; jfr 5 § första punkten pasientrettighetsloven⁴).

Försäkringsbolag har inte någon författningsreglerad rätt att med stöd av fullmakt få ut upplysningar om försäkringskundens hälsa. Vill en läkare inte ge försäkringsbolaget de upplysningar som patienten/försäkringskunden har samtyckt till får denne själv vända sig till läkaren för att få upplysningarna. Att patienten/försäkringskunden har rätt att kräva upplysningar följer av reglerna om insynsrett i journalen. Goda grunder talar också för att tolka in i avtalen mellan läkare och patient en plikt för läkaren att lämna upplysningar direkt till försäkringsbolaget när patienten/försäkringskunden ber om det, i vart fall mot extra vederlag.⁵

Skall läkaren lämna upplysningar direkt till försäkringsbolaget kan departementet reglera detta i föreskrifter (29 § tredje stycket helsepersonelloven). Föreskrifter har dock inte meddelats i ämnet.

Försäkringsbolagens användning av samtyckeförklaringar i form av generella fullmakter har kritiserats i Norge. Kritiken riktade sig bl.a. mot att det inte angavs vilka upplysningar som fick inhämtas och från vem detta fick ske.

Mot bakgrund av kritiken har de norska försäkringsbolagen under senare år utarbetat nya mallar för *samtykke (fullmakt)* till att försäkringsbolagen inhämtar nödvändiga hälsoupplysningar. Det finns en mall som används vid tecknande av försäkring och en som används för reglering av försäkringsfall. Fullmakterna är upprättade på särskilda dokument. De bygger på ett system där samtycket ges begränsad räckvidd första gången, men likväl räcker för att de flesta ansökningar eller försäkringsfall skall kunna slutbehandlas. I de fall försäkringsbolagen finner det nödvändigt skall de återkomma med en begäran om samtycke att inhämta ytterligare, specificerade upplysningar.

Samtyckeförklaringen (fullmakten) för *tecknande av försäkring* omfattar de upplysningar som försäkringsbolaget anser nöd-

⁴ LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasientrettigheter.

⁵ NOU 2000:23 s. 121.

vändiga och relevanta. Den är begränsad till inhämtande av upplysningar från trygdeetaten samt de läkare och de platser för vård och behandling som försäkringskunden har uppgett. Upplysningar kan också inhämtas från andra försäkringsbolag där sökanden tidigare har fått avslag på sin försäkringsansökning. Skall information inhämtas från annat håll, krävs ny samtyckeförklaring som enligt avtalet måste vara underskriven. Fullmakten innehåller också ett ospecificerat samtycke till att försäkringsbolagen hämtar in upplysningar vid dödsfall inför behandlingen av ersättningskrav, för att det skall vara möjligt och enkelt att fritt få tillgång till upplysningar som omfattas av tystnadsplikten.

Samtyckeförklaringen (fullmakten) *vid reglering av försäkringsfall* omfattar i första skedet läkarintyg, trygdeetatens utskrift över tidigare sjukdomsperioder och försäkringsdokument som behandlar samma problemställning som försäkringskravet. Om kravet är knutit till en skada, täcker den första fullmakten också eventuella journalanteckningar i samband med akutbehandling och senare kontroller och undersökningar av den aktuella skadan. Det avtalas ett skriftlighetskrav för återkallelse av fullmakt. Om försäkringsbolaget anser att det är nödvändigt med ytterligare upplysningar, får det begära en utökad fullmakt antingen för att inhämta utskrift av relevanta journalupplysningar (redigerad journal) eller för utskrift av fullständiga journalupplysningar (oredigerad journal). I båda fallen rör det sig ofta om upplysningar som hänför sig till tiden före försäkringsfallet, men försäkringsbolaget måste specificera från vilken tidpunkt upplysningarna anses nödvändiga. Slutligen finns det en mall för inhämtande av ospecificerade upplysningar från namngivna källor såsom t.ex. arbetsgivare.

Försäkringsbolagens tillgång till hälsoupplysningar i samband med tecknande och reglering av försäkring har behandlats av en norsk utredning i betänkandet *Forsikringssektors innhentning, bruk og lagring av helseopplysninger* (NOU 2000:23).

Utredningen lämnar förslag till ett antal nya bestämmelser i försäkringsavtaleloven. Bland annat föreslås en regel om att den

som vill teckna personförsäkring, kan nöja sig med att besvara försäkringsbolagets frågor om han eller hon inte uttryckligen har blivit ombedd att lämna ytterligare upplysningar.

Det konstateras att frågor om hälsoupplýsningar vid *tecknande av försäkring* måste vara relevanta och att det måste uppställas krav på dokumentation i detta avseende. Utredningens majoritet vill begränsa försäkringsbolagens möjligheter att själv inhämta relevanta upplysningar av visst slag. För det första gäller detta upplysningar som sökanden inte själv har, antingen för att de inte är tillräckligt ”handfasta” för att läkaren skall ha informerat honom eller henne, eller för att de måste prövas på nytt. Rätten till att inte veta skyddas genom detta. För det andra gäller det upplysningar om gamla sjukskrivningar och liknande.

Utredningen föreslår bl.a. följande nya bestämmelser i ämnet såvitt gäller personförsäkringar⁶:

” § 13-1b. (hvilke helseopplýsninger selskapet kan be om)

Selskapet kan be om helseopplýsninger og vurderinger som, alene eller sammen med andre opplysninger, kan ha vesentlig betydning for dets forsvarlige vurdering av risikoen. Selskapet kan likevel ikke be om opplysninger som ikke allerede er gjort tilgjengelige eller gjøres tilgjengelige for forsikringstakeren eller den forsikrede. Selskapet kan heller ikke be om opplysninger som ikke kan gis uten å røpe forhold som etter allmenn oppfatning er av helt spesiell personlig karakter, såsom seksualvaner, seksuell legning, overgrep fra nærstående og resultatet av prøver av mentale evner.

§ 13-1c. (selskapets spørsmål om fortidige forhold)

Selskapet kan ikke be om opplysninger om sykdom som ikke har gitt symptomer eller sykdomstegn de siste ti år. Det kan likevel be om opplysninger om de tre siste års

a. legekonsultasjoner og

b. sykefravær fra arbeidsplass og liknende på mer enn én uke.

Selskapet kan ikke be om opplysninger om helserelevante livsstilsforhold lenger tilbake i tid enn fem år.”

⁶ Jfr förslag till nya bestämmelser i 13 kap. försäkringsavtaleloven, NOU 2000:23 s. 198 f.

Vid *reglering av försäkringsfall* anser utredningen att det är nödvändigt att det lämnas tillräckligt med hälsoupplysningar för att försäkringsbolaget skall kunna ta ställning till om kravet är rättmätigt, men tillägger att detta kräver samtycke från den det gäller vid varje särskilt tillfälle. Utredningen föreslår att den som gör ett krav gällande mot ett försäkringsbolag skall kunna få insyn i alla medicinska bedömningar om sig själv, även bedömningar som gjorts av försäkringsbolagens interna läkare. Utredningens majoritet föreslår vidare en ändring av bestämmelserna om upplysningsplikt vid reglering av försäkringsfall.⁷

Den nya regleringen innebär att försäkringsbolagen å sin sida inte skall kunna be om insyn i mer än det som försäkringsbolaget behöver vid varje tidpunkt, och särskilt att det inte skall få insyn i oredigerade läkarjournaler innan relevansen av upplysningarna har värderats av en eventuell extern sakkunnig. Får försäkringsbolagen oredigerade journaler skall irrelevant material redan enligt gällande rätt under alla omständigheter omedelbart tas bort av försäkringsbolagets läkare. Effekten av den nya regeln blir då att det i många fall blir den externa sakkunnige som bedömer om vissa upplysningar skall undantas ärendet och hur upplysningarna skall refereras i det enskilda fallet. Genom regleringen (jfr andra stycket nedan) stadfästs nuvarande praxis om att försäkringsbolag normalt inte inhämtar alla relevanta upplysningar från alla läkarjournaler för eget bruk innan en sakkunnigrapport föreligger.

Utredningens författningsförslag beträffande personförsäkringar har följande lydelse.

”§ 18-1. (opplysningsplikten ved erstatningsoppjøret)

Den som vil fremme krav mot selskapet, skal gi selskapet de opplysninger og dokumenter som er tilgjengelige for ham eller henne, og som selskapet trenger for å kunne ta stilling til kravet og utbetale forsikringsbeløpet.

⁷ Se förslag till ändring i 8 kap. 1 § (sakförsäkringar) och 18 kap. 1 § (personförsäkringar) försäkringsavtaleloven, NOU 2000:23 s. 197 f och 200 f.

Dersom selskapet ber om samtykke til innhenting av taushetsbelagte opplysninger fra tredjemann, skal samtykket begrenses til det som trengs på hvert trinn i saken. Opplysninger som skal vurderes av en medisinsk sakkyndig utenfor selskapet, skal sendes til denne uten å gjennomgås eller arkiveres i selskapet med mindre selskapet selv trenger opplysningene til annet enn det den sakkyndiges skal vurdere.

Selskapet skal gi melding når det tas skritt for å innhente opplysninger fra tredjemann i henhold til samtykke.

Selskapet skal på forespørsel gi den som fremmer krav eller dennes representant innsyn i opplysninger om saken og medisinske vurderinger det måtte utarbeide eller innhente i saken, med mindre det er påkrevd å hemmeligholde opplysningene eller vurderingene av hensyn til forebygging, etterforskning, avsløring og rettslig forfølgelse av straffbare handlinger.

(....)”

I betänkandet uttalar utredningen sitt stöd för en praxis som innebär att det inhämtas få upplysningar i första omgången och att det bara inhämtas ytterligare upplysningar om de första svaren föranleder det. Det gäller enligt utredningen särskilt inhämtande av upplysningar från läkarjournaler och vid nya läkarundersökningar.

Utredningen gör bedömningen att försäkringskundens *samtykke* till försäkringsbolaget att inhämta hälsoupplisningar bör vara skriftligt, klart, specificerat, frivilligt och nytt samt att det bör bygga på tillräcklig information.⁸ Enligt utredningen uppfyller försäkringsbolagens mallar för samtyckeförklaringar dessa kriterier. Det är emellertid inte alltid som mallarna används. Utredningen anför att huvudpunkterna i mallarna bör författningsregleras om de inte i väsentliga avseende genomförs inom rimlig tid.

Utredningen konstaterar vidare att samtycket rör förhållandet mellan läkare och patient och att patienten bör ha rätt att be läkaren om ett redigerat utdrag av journalen som kan användas i försäkringssammanhang.

⁸ NOU 2000:23 s. 123 f.

Slutligen påpekar utredningen att 15 § helsepersonelloven inte bara kräver att läkarutlåtanden skall vara objektiva och fullständiga, utan att bestämmelserna också manar till försiktighet. Den föreslår ett tillägg i paragrafen som innebär att en läkare, oavsett samtycke, om det är nödvändigt skall ta upp med patienten hur upplysningarna om honom eller henne kan omnämnas på ett så hänsynfullt sätt som möjligt. När det efter samtycke utfärdas läkarutlåtande direkt till tredje person skall patienten informeras på lämpligt sätt. En minoritet i utredningen föreslår härutöver att en läkare särskilt skall informera patienten om det är sannolikt att mottagaren av upplysningarna kan komma att tolka dem som uttryck för en möjlig allvarlig sjukdom.⁹

Utredningens förslag i nu berörda delar har inte lett till någon lagstiftning.

Justisdepartementet i Norge har upplyst att utredningens förslag om ändring av försikringsavtaleloven hittills inte har följts upp. Departementet avser emellertid att göra en sådan uppföljning, vilken kommer att redovisas i en proposition (odelstingproposisjon). Det är inte bestämt när i tiden en proposition i ämnet skall läggas fram. Enligt Helsedepartementet har inte heller förslagen till ändring av helsepersonelloven följts upp.

Försäkringsbolags hantering av hälsoupplysningar

I lagen om försäkringsverksamhet¹⁰ finns bestämmelser om norska försäkringsbolag (försikringselskaper) och deras verksamhet.

Enligt lagen har anställda och förtroendevalda i ett försäkringsbolag tystnadsplikt beträffande upplysningar som de får om andras affärsmässiga eller privata förhållanden, såvida de inte enligt lag har skyldighet att lämna upplysningar, t.ex. enligt taxeringslagen¹¹. Detsamma gäller andra som utför uppdrag åt

⁹ Se förslag till ändringar i 15 § helsepersonelloven, NOU 2000:23 s. 202.

¹⁰ LOV 1988-06-10 nr 39: Lov om forsikringsverksamhet.

¹¹ LOV 1980-06-13 nr 24: Lov om ligningsforvaltning (ligningsloven).

försäkringsbolag. Tystnadsplikten hindrar inte att styrelsen eller någon som har fullmakt från styrelsen lämnar sådana upplysningar som försäkringsbolaget har erhållit i egenskap av kreditinstitution till andra kreditinstitutioner. Tystnadsplikten utgör inte heller hinder mot att hälso- och skadeupplysningar förmedlas till annat försäkringsbolag. Regeringen har dock möjlighet att begränsa tillgången till sådana upplysningar från andra försäkringsbolag (1 kap. 3 §).

Beträffande försäkringsbolagens hantering av hälsoupplysningar gäller vidare personupplysningslagen.¹² Lagen omfattar alla upplysningar och värderingar som kan hänföras till en enskild person när de samlas in, registreras m.m. elektroniskt, eller lagras systematiskt förutsatt att upplysningarna om den enskilde kan identifieras (3 § och 2 § punkterna 1, 2 och 3).

Hälsoupplysningar som norska försäkringsbolag samlar in vid tecknande eller reglering av försäkring omfattas efter detta vanligtvis av lagen oavsett om uppgifterna är bevarade på papper eller elektroniskt. Bolagens arkiv är nämligen organiserade så att upplysningar om enskilda kan återfinnas.

5.2 Finland

Försäkringsbolags inhämtande av hälsoupplysningar med stöd av fullmakt

Den finländska lagen om försäkringsavtal (1994/543) innehåller avtalsrättsliga föreskrifter om försäkringsbolagets och försäkringstagarens samt de försäkrades, förmånstagarnas och vissa utomstående personers rättigheter och skyldigheter. Lagens främsta syfte är att skydda försäkringskonsumenten.

Ett försäkringsavtal förutsätter alltid ömsesidigt informationsutbyte. Innan ett avtal ingås skall försäkringsgivaren lämna kunden den information som behövs för bedömning av försäkringsbehovet och för valet av försäkring, såsom information

¹² LOV 2000-04-14 nr 31: Lov om behandling av personupplysninger.

om försäkringsformerna, premierna och försäkringsvillkoren (2 kap. 5 §).

Den som vill teckna t.ex. en sjukförsäkring skall å sin sida ge in en hälsodeklaration till försäkringsbolaget. Enligt lagen har försäkringstagaren och den försäkrade en upplysningsplikt. Innan försäkring meddelas skall de ge konkreta och fullständiga svar på försäkringsgivarens frågor vilka kan vara av betydelse för bedömningen av försäkringsgivarens ansvar. Försäkringstagaren och den försäkrade skall dessutom under försäkringsperioden utan obefogat dröjsmål rätta upplysningar som han eller hon har gett försäkringsgivaren och därefter konstaterat vara oriktiga eller bristfälliga (4 kap. 22 §).

Samtidigt som försäkringstagaren skriver under försäkringsansökningen lämnar han eller hon en fullmakt till försäkringsbolaget. Fullmakten är generellt utformad och ger bolaget rätt att begära in uppgifter om försäkringstagarens hälsotillstånd från läkare och sjukhus som har vårdat honom eller henne.

Bestämmelser om journalhandlingar finns i lagen om patientens ställning och rättigheter (1992/785). Av lagen framgår att det som regel krävs ett skriftligt samtycke från patienten för att sådana uppgifter som ingår i journalhandlingarna skall lämnas ut till utomstående (13 §). I Finland planeras sedan flera år tillbaka ett nytt system för journalföring i enbart elektronisk form.

Det finns i dag inte någon rättslig reglering i Finland som inskränker försäkringsbolagens möjligheter att med hjälp av fullmakt få tillgång till patientjournaler eller annan information om försäkringstagarens eller den försäkrades hälsa. Det har inte heller framförts några förslag med denna inriktning.

Försäkringsbolags hantering av hälsoupplysningar

Lagen om försäkringsbolag (1979/1062) innehåller föreskrifter om bl.a. bildande av finländska försäkringsbolag, deras förvaltning, bokslut, solvens, placeringsverksamhet och övervakning. Det finns också särskilda bestämmelser om tystnadsplikt som bl.a. förbjuder vid straff var och en som är i försäk-

ringsbolagens tjänst att olovligt ge utomstående sådana uppgifter som gäller t.ex. en människans hälsotillstånd.

I 18 kap. 6 § föreskrivs att den som i egenskap av anställd hos ett försäkringsbolag har fått veta något om försäkringsbolagets, dess kunds eller någon annans ekonomiska ställning eller hälsotillstånd eller något som berör andra personliga förhållanden eller en affärs- eller yrkeshemlighet inte får röja detta för utomstående, om inte den till vars förmån tystnadsplikten gäller ger sitt samtycke till att uppgifterna röjs eller om inte något annat bestäms i lag.¹³

Angående tystnadsplikten för den som utför en uppgift på uppdrag av vederbörande ministerium eller Försäkringsinspektionen finns bestämmelser i lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999).

Den finländska datasekretesslagstiftningen har harmoniserats i enlighet med EU:s datasekretessdirektiv. Den viktigaste lagen inom detta område är personuppgiftslagen (1999/523), vars syfte är att genomföra de grundläggande fri- och rättigheter som tryggar skydd för privatlivet och den personliga integriteten vid behandling av personuppgifter. Lagen omfattar insamling, utlämnande, lagring m.m. av alla slags anteckningar som beskriver en fysisk person eller hans egenskaper eller levnadsförhållanden som kan hänföras till honom själv eller hans familj eller någon som lever i gemensamt hushåll med honom (3 § punkterna 1, 2 och 3). Den tillämpas på automatisk behandling av personuppgifter samt på annan behandling av personuppgifter då uppgifterna utgör eller är avsedda att utgöra ett personregister eller en del av ett sådant (2 §). Den som vid utförandet av åtgärder som har samband med behandlingen av personuppgifter har fått kännedom om något som gäller en annan persons

¹³ Detsamma gäller den som i egenskap av anställd hos ett försäkringsbolags holdingsammanslutning eller tjänsteföretag eller som i egenskap av medlem eller suppleant i dessas organ eller som vid utförande av någon uppgift på uppdrag av försäkringsbolaget eller som i egenskap av anställd hos eller medlem av en nämnd inom försäkringsbranschen eller ett motsvarande organ eller som i egenskap av sakkunnig på grundval av ett uppdrag eller som med stöd av 6 a eller 6 b § får sådan kännedom. Uppgifter som gäller kunder och som omfattas av tystnadsplikten får, med undantag för bolagsstämmans röstlängd, inte heller lämnas till bolagsstämma eller representantskap eller till delägare som deltar i stämman.

egenskaper, personliga förhållanden eller ekonomiska ställning, får inte i strid med lagen för tredje man röja de uppgifter som han eller hon på detta sätt har erhållit (33 §).

6 Kartläggning av fullmaktsförfarandet m.m.

6.1 Inledning

I utredningens uppdrag ingår att undersöka i vilken utsträckning försäkringsbolag efterfrågar fullmakter från försäkringstagare och andra försäkrade och med utnyttjande av sådana fullmakter begär in uppgifter från hälso- och sjukvården. Som anförts i avsnitt 1.1 är även inhämtande av hälsoupplýsningar från Försäkringskassan, arbetsgivare och andra av intresse i sammanhanget. Vidare skall bolagens behandling av inhämtade journaler och annan information beskrivas. Uppdraget tar sikte på privata försäkringar.

Utredningen har bl.a. inhämtat upplýsningar från Sveriges Försäkringsförbund (Försäkringsförbundet) och ett antal enskilda försäkringsbolag. Förbundet har i första hand redovisat vad som gäller för branschen som helhet. De enskilda försäkringsbolagens skriftliga svar till förbundet har inte tillställts utredningen. Även Sveriges läkarförbund och andra organ med anknytning till hälso- och sjukvården har bidragit med upplýsningar i denna del (se kapitel 7).

Framställningen i detta kapitel bygger på såväl skriftliga som muntliga uppgifter från Försäkringsförbundet och vissa enskilda försäkringsbolag. Försäkringsförbundet har genomgående använt ordet kund som gemensam beteckning för försäkringsökande, försäkrad, ersättningsberättigad m.fl. Utredningen använder av praktiska skäl samma terminologi.

6.2 Försäkringsbolagens inhämtande av hälsoupplysningar

Vid utredningens kontakter med Försäkringsförbundet och enskilda försäkringsbolag har följande framkommit.

I vilka fall inhämtar bolagen hälsoupplysningar?

Försäkringsbolag inhämtar - i den utsträckning som belyses nedan - hälsoupplysningar med stöd av fullmakt vid *nyteckning* av riskbedömd personförsäkring; både privat individuell, grupp- och kollektivavtalad försäkring. Individuella tjänstepensionsavtal, som tecknas av bl.a. egna företagare och anställda hos företag som inte har kollektivavtal, omfattas också av problematiken. Exempel på produkter är barnförsäkring, pensionsförsäkring med premiebefrielse, kapitalförsäkring med premiebefrielse och/eller garanterat belopp, sjukförsäkring, olycksfallsförsäkring samt grupplivförsäkring. Även vid ändring av en personförsäkring kan det bli aktuellt med en hälsoprövning om det rör sig om en riskökning, kunden vill t.ex. höja försäkringsbeloppet.

Bolagen begär också in hälsoupplysningar med stöd av fullmakt i samband med *skadereglering* av nyss nämnda försäkringar. Vidare berörs vissa typer av skadeförsäkringar där det kan förekomma en personskada som skall regleras, t.ex. trafikförsäkring, reseförsäkring och ansvarsförsäkring. Detsamma gäller beträffande patientförsäkring och läkemedelsförsäkring. Det bör noteras att personer som inte är försäkrade men som blir skadade och vars skada skall regleras via t.ex. trafikförsäkringen också blir berörda av fullmaktsgivande och inhämtande av journaler m.m.

Hälsoupplysningarna utgör underlag för försäkringsbolagens riskbedömning respektive skadebedömning. Bolagen använder även upplysningarna för att kontrollera om oriktiga uppgifter har lämnats. En sådan kontroll görs oftast i samband med skadereglering.

I vilken utsträckning efterfrågas fullmakter?

Vid individuell *nyteckning* av personförsäkring inhämtas fullmakt generellt av alla bolag om försäkringen skall hälsoprövas. Det sker regelmässigt i samband med underskrift av hälsodeklarationen.

Vid *skadereglering* efterfrågas inte alltid fullmakt i första skedet, dvs. när skadeanmälan skrivs under. Vissa bolag har dock inhämtat fullmakt som även täcker skadereglering redan vid teckningstillfället. Andra måste inhämta ny fullmakt. I vissa fall kan det ske efter det att skadeanmälan inkommit och försäkringsbolaget har gjort bedömningen att patientjournaler etc. krävs för att kunna avgöra om ersättning skall utgå. Fullmakten inhämtas då på ett särskilt formulär.

När det gäller vissa typer av *gruppförsäkring* där kunden ansluts t.ex. via fackförbund finns två huvudgrupper, dels försäkringar där bolagen inte inhämtar fullmakt vid tecknandet, dels försäkringar där bolagen inhämtar fullmakt vid tecknandet. Beroende på försäkringsprodukt kan det sedan förekomma att fullmakt inhämtas vid skaderegleringen. Det förekommer också att fullmakt inhämtas vid inträde i respektive reglering av *kollektivavtalad försäkring*.

I vissa fall behöver försäkringsbolagen även begära in en ny fullmakt från kunden eller dennes dödsbo på grund av att en vårdinrättning anser att den befintliga fullmakten är alltför gammal.

Enligt Försäkringsförbundet är det ovanligt att det förs någon diskussion mellan försäkringsbolaget och kunden i samband med att bolaget begär in fullmakt. Däremot förekommer det att en kund reagerar negativt när han eller hon får reda på att bolaget har inhämtat uppgifter med stöd av fullmakten; särskilt om detta har gjorts för att kontrollera om kunden har lämnat oriktiga uppgifter. Vanligare är dock att kunden vid ett sådant tillfälle klagar på att bolaget inte tidigare har kontrollerat de uppgifter kunden lämnat.

Hur brukar fullmakterna vara utformade?

Försäkringsförbundet har lämnat *rekommendationer* till sina medlemsbolag rörande fullmakternas utformning. Bland annat rekommenderar förbundet att bolagen ägnar särskild uppmärksamhet åt att det tydligt framgår att ett undertecknande av ansökan innebär att sökanden också godtar att försäkringsbolaget inhämtar information utifrån. Om ett försäkringsbolag med anledning av en anmäld personskada och med stöd av en fullmakt önskar inhämta viss information från en försäkringskassa eller annat externt organ, skall det tydligt framgå av fullmakten att den avser hela skaderegleringen. Förbundet förordar också att fullmakten vid återopande skall företes i original eller vidimerad kopia.¹

Försäkringsförbundet har upplyst att försäkringsbolagens fullmakter för nyteckning och skadereglering är utformade på ett likartat sätt, men att de avviker i den del bolaget anger i vilket syfte fullmakten begärs och när den kan komma att användas. På en fullmakt som används vid nyteckning framgår att den bl.a. kan användas till att bedöma försäkringsansökan och på en fullmakt som lämnas vid skadereglering framgår att försäkringsbolaget kan inhämta uppgifter som behövs för bedömning av ersättningsfrågan. Fullmakterna är ofta obegränsade i tiden. Vissa bolag tidsbegränsar dock fullmakten genom att den endast är giltig för en viss prövning av ett ärende.

Enligt Försäkringsförbundet använder en övervägande majoritet av de enskilda försäkringsbolagen s.k. *generella fullmakter*.² Dessa är inte tidsbegränsade och innehåller inte några inskränkningar beträffande vårdgivare. En fullmakt som inhämtas i samband med tecknandet av en försäkring gäller således som regel även vid skaderegleringen. Det förekommer dock att ett försäkringsbolag väljer att begära in en ny fullmakt i samband med

¹ Försäkringsförbundets skrivelser till medlemsbolagen den 8 november 2002 och den 16 september 2003.

² På förfrågan från Försäkringsförbundet har åtta av nio större försäkringsbolag uppgett att de använder sig av generella fullmakter. Förfrågningar bland mindre bolag gav liknande resultat, dvs. att nästan alla bolagen använder generella fullmakter.

skaderegleringen trots att kunden redan har lämnat en generell fullmakt.

Fullmakterna formuleras ofta så att de även täcker inhämtande av uppgifter från andra försäkringsinrättningar. Försäkringsbolagen inhämtar uppgifter från andra försäkringsbolag med stöd av fullmakt i första hand i samband med skadereglering. Detta gäller särskilt om samma skada är aktuell hos flera bolag. Har ett bolag tillgång till ett intyg eller liknande väljer andra bolag ofta att begära en kopia av detta istället för att begära in ett nytt intyg.

Fullmaktens omfattning skiftar således mellan olika försäkringsbolag. Ett enskilt bolag använder dock vanligtvis samma formulering i alla sina blanketter. Försäkringsförbundet har gett exempel på hur fullmakterna kan vara utformade. Först återges tre exempel som avser nyteckning av personförsäkring.

”De uppgifter som jag lämnat i denna ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig. Jag medger att läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning får lämna (Bolaget) de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg med mera som (Bolaget) anser sig behöva för att handlägga detta försäkringsärende. Bolaget får dessutom använda tidigare kända uppgifter om mig ur andra av nyss nämnda bolag handlagda försäkringsärenden.”

”De uppgifter som lämnats i denna handling ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag är medveten om att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig. Jag medger att läkare, annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan vårdgivare, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning får lämna Bolaget de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg m.m. som bolagen anser sig behöva för att handlägga försäkringsansökan eller för att bedöma skadefall eller försäkringsavtalets giltighet i framtiden. Jag medger oavsett bedömningsresultat att de uppgifter

Bolaget erhåller om mitt hälsotillstånd samt bolagets riskbedömning får delges det återförsäkringsbolag som Bolaget anlitar. Jag medger oavsett bedömningsresultat att även dessa uppgifter får registreras och arkiveras hos Bolaget och återförsäkringsbolaget.”

”Jag är medveten om att de uppgifter jag har lämnat i denna färdiga handling ska ligga till grund för försäkringsavtalet, samt att oriktiga eller ofullständiga uppgifter kan göra försäkringen ogiltig. Jag medger att min nuvarande, tidigare och senare tillkommande arbetsgivare, UC (kreditupplysning) samt läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning får lämna bolag inom Bolaget samt de återförsäkringsbolag som anlitas de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg med mera som Bolaget anser sig behöva för att handlägga denna försäkringsansökan eller för att bedöma skadefall eller försäkringens giltighet i framtiden. Jag är medveten om att min arbetsgivare kan komma att få del av eventuella medicinska förbehåll/inskränkningar avseende försäkringar ägda av min arbetsgivare (avser ej sjukvårdsförsäkring). Inhämtad information kommer att arkiveras hos Bolaget oavsett om försäkring beviljas eller inte.”

Härefter följer två exempel på hur fullmakterna kan vara utformade vid nyteckning av barnförsäkring.

”De uppgifter som jag lämnat i denna ansökan ska ligga till grund för försäkringsavtalet. Jag är medveten om att oriktig eller ofullständig uppgift kan göra försäkringen ogiltig. Jag medger att läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus, BVC (barnvårdscentral) eller annan sjukvårdsinrättning, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning får lämna (Bolaget) de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg med mera som (Bolaget) anser sig behöva för att handlägga detta försäkringsärende. Bolaget får dessutom använda tidigare kända uppgifter om mig ur andra av nyss nämnda bolag handlagda försäkringsärenden.”

”Jag medger att läkare eller annan vårdgivare, BVC, skolhälsovården, sjukhus eller annan vårdinrättning, allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning eller annan kommunal/statlig verksamhet får lämna (Bolaget) de upplysningar, journaler, register, handlingar, intyg m m som (Bolaget) anser sig behöva. Detta för att kunna handlägga denna försäkringsansökan, bedöma skadefall eller försäkringens giltighet i framtiden samt att (Bolaget) får vidarebefordra informationen till sitt återförsäkringsbolag.”

Slutligen återges ett exempel på fullmakt vid skadereglering.

” ... Samtidigt medger jag att försäkringskassan eller försäkringsinrättningar samt läkare och sjukvårdsinrättningar som jag anlitat eller kommer att anlita, får lämna (Bolaget) utdrag ur sjukjournaler eller de uppgifter som behövs för bedömning av ersättningsfrågan.”

I sammanhanget kan nämnas att försäkringsbolagen i enlighet med Finansinspektionens allmänna råd i ämnet skall beakta att en kund inte överförsäkras vid inkomstbortfallsförsäkring (s.k. sjukförsäkring).³ Bolagen skall inte försäkra mer än 90 procent av en persons sammanlagda inkomst. I en fullmakt avseende sjukförsäkring kan det därför finnas ett medgivande om att försäkringsbolaget får inhämta information om kundens ekonomiska situation.

En fullmakt kan återkallas av kunden på olika sätt. Detta får dock konsekvenser för kunden. Om en kund återkallar fullmakten i samband med nyteckning förfaller ansökan. Vid försäkringsfall uppstår svårigheter för kunden att få ut försäkringsbeloppet eller ersättningen, eftersom försäkringsbolaget inte kan genomföra en utredning i samband med skaderegleringen. Som regel är fullmakten giltig även om kunden (fullmaktsgivaren) avlider.

³ Jfr Finansinspektionens allmänna råd om privat sjukförsäkring som marknadsförs i Sverige (FFFS 1995:46).

I vilken utsträckning inhämtas hälsoupplysningar med stöd av fullmakt?

Vid förfrågningar som sker med stöd av fullmakt begär försäkringsbolagen in journaler, läkarutlåtande och andra handlingar som innehåller hälsoupplysningar från hälso- och sjukvården. Ofta efterfrågas handlingar för en viss aktuell tidsperiod. Även underlag som finns tillgängligt utanför hälso- och sjukvården kan komma att inhämtas. Det är inte heller ovanligt att uppgifter inkommer direkt från kunden. Kunden kan på egen hand förse bolagen med särskilda uppgifter som efterfrågas i kompletteringsomgångar. Det kan ske av flera skäl, exempelvis för att spara tid eller för att det är ett enklare administrativt förfarande i vissa fall.

Frekvensen på förfrågningar vid *nyteckning* varierar beroende på vilken produkt som skall hälsoprövas. Vilka uppgifter som efterfrågas är i hög grad beroende av vad kunden angivit i sin försäkringsansökning. Försäkringsbolagen begär in handlingar då något medicinskt "avvikande" framkommer som behöver utredas ytterligare. I normalfallet inhämtas inte någon patientjournal när en "ren" hälsodeklaration lämnas. Kunden har i dessa fall inte lämnat någon uppgift som ger bolaget anledning att inhämta ytterligare underlag för sin riskbedömning. Finns det redan en personförsäkring tecknad med "oren" hälsodeklaration i samma bolag, kunden har t.ex. lämnat uppgifter om mediciner eller sjukdom, och uppgifterna inte nämns i aktuell ansökan kan journaler komma att inhämtas. Cirka 75 procent av alla försäkringsansökningar beviljas på normala villkor och för flertalet av dessa försäkringar har det inte funnits anledning att ta in kompletterande underlag. Barnförsäkringar skiljer sig i detta hänseende inte från andra typer av personförsäkringar.

I vissa enklare ärenden som gäller *skadereglering* av personskada behöver inte försäkringsbolagen inhämta uppgifter. Det kan vara vid t.ex. enklare frakturer och skärskador. Bolagen utnyttjar fullmakt från kunden i princip i alla ärenden då det gäller bedömning av kvarstående besvär efter ett olycksfall. Det kan röra sig om längre sjukskrivningsperioder eller medicinsk

invaliditet. Även journaler före tidpunkten för försäkringsfallet kan vara av vikt t.ex. för att bedöma sambandsfrågan.

Försäkringsbolagen begär in uppgifter från *Försäkringskassan*⁴ vid såväl nyteckning som skadereglering. I samband med tecknande av försäkring inhämtas kopior av dataregistrets försäkringsbilder med sjukhistorik. Om någon sjukperiod är 20 dagar eller längre begär bolagen också in uppgift om diagnos och intygsskrivande läkare. Vid försäkringsfall begär bolagen regelmässigt in handlingar då det har betydelse för ersättningsbedömningen, t.ex. vid arbetsförmåga. Av intresse är främst uppgifter om sjukperiod, diagnos och intygsskrivande läkare. I förekommande fall begär bolagen även in Försäkringskassans utredningsakt vid pensionsbeslut, rehabiliteringsutredning och arbetsskadeutredning. I personskadeärenden kan även uppgifter av ekonomisk art inhämtas.

Det förekommer även att försäkringsbolag begär in uppgifter från psykologer, men det är relativt ovanligt. I enstaka fall begär bolagen också in uppgifter från exempelvis sjukgymnaster, kiropraktorer, naprapater och vårdhem. Normalt inhämtas då journaler. Däremot förekommer det i princip inte att försäkringsbolag inhämtar uppgifter från arbetsgivare. Ibland kan dock en arbetsgivare intyga att en kund är fullt arbetsför.

Slutligen bör nämnas att försäkringsbolag i skiftande utsträckning begär in journaler eller utlåtanden från företagshälsovården. Journaler inhämtas t.ex. om kunden själv uppger att denne har besökt företagshälsovården eller om detta framkommer via uppgift i annan journal och de journaler bolaget har inte ger tillräckligt underlag för en bedömning.

⁴ Före den 1 januari 2005 de allmänna försäkringskassorna.

Särskilt om inhämtande av patientjournaler

Försäkringsförbundet har framhållit att en helhetsbild är viktigt för försäkringsbolagens bedömning av kombinationseffekter⁵ och vid sambandsutredningar⁶. Detta gäller vid både nyteckning och skadereglering. Eftersom den behandlande läkaren kan ha svårt att avgöra om andra medicinska tillstånd kan vara av värde för bedömningen, begär bolagen ofta in kompletta patientjournaler. Vidare ger journalanteckningar, enligt förbundet, normalt en mer nyanserad bild av sjukdomar och besvär än uppgifter från en enskild kund. En kund har normalt inte kompetens att bedöma arten och graden av en sjukdom eller vissa besvär, samtidigt som en sådan bedömning av naturliga skäl lätt tenderar till att bli subjektiv.

Enligt en skattning som gjorts av försäkringsbolagen inhämtas journalhandlingar i 20- 30 procent av alla ansökningsärenden där bolagen gör en riskbedömning, t.ex. en bedömning av risken för sjukdom eller dödsfall. Hur många fall det rör sig om per år är emellertid oklart, eftersom Försäkringsförbundet inte har någon statistik över nyteckning fördelat på antal försäkringar.

Vid *nyteckning* av försäkring efterfrågar försäkringsbolagen ofta journaler för de senaste åren. Vanligtvis begränsar bolagen sin förfrågan till journaler för de senaste fem åren, eftersom det normalt är olika besvär som kunden har haft under denna period som är av intresse för riskprovningen. I dessa fall begär försäkringsbolagen ofta in fullständiga journaler från hälso- och sjukvården. Enligt Försäkringsförbundet säkerställer förfarandet att bolaget tar hänsyn till kundens hela hälsotillstånd, dvs. risken för att bolaget skall åberopa oriktiga uppgifter i ett senare skede minskar. Kunden får härigenom en korrekt omfattning på sin försäkring.

Något bolag har dock valt att vid nyteckning endast efterfråga uppgifter om den specifika åkomsten som är aktuell för fortsatt

⁵ Med *kombinationseffekter* avses risken för att följderna av en skada blir värre på grund av åkomma, kroppsfel eller sjukdom som försäkringskunden hade redan när skadan inträffade eller som tillstött senare.

⁶ Vid *sambandsutredningar* begär bolagen t.ex. in uppgifter för att utröna om samband föreligger mellan en olycksfallsskada och de besvär som kunden uppger sig ha.

utredning. Bolagets hälsodeklarationsblanketter är i dessa fall mycket mer omfattande än vad som är annars är brukligt. Ett större ansvar läggs på kunden – denne måste lämna relativt ingående uppgifter.

När kompletterande uppgifter behövs för riskbedömningen förekommer det även att bolagen översänder särskilda blanketter till kunden eller hälso- och sjukvården. Det rör sig om fall där fler detaljer krävs om en specifik åkomma. Exempel på blanketter för specifika åkommor som skall besvaras av kunden är födelsemärken, diabetes och högt blodtryck. De kan i vissa fall ersätta journalhandlingar. Frågeformulär som kan besvaras av läkare finns för t.ex. tumörsjukdomar. Det förekommer att ett försäkringsbolag får in en komplett journal, trots att det har begärt in journalhandlingar för en närmare angiven tidsperiod beträffande en viss sjukdom.

Om det vid nyteckning kommer in uppgifter som tyder på att det kan föreligga oriktig uppgift avseende en tidigare ansökan om försäkring, kan bolaget finna det nödvändigt att utreda saken närmare och begär då in kompletta journalhandlingar.

Försäkringsbolagen begär också in journaler från hälso- och sjukvården i samband med *skadereglering*. Om man ser till antalet fall inhämtas journaler i betydligt större utsträckning vid skadereglering än vid nyteckning. Försäkringsförbundet har dock framhållit att skillnaderna är stora mellan olika bolag, troligen beroende på produktions Sortiment. Exempelvis begär ett marknadsledande bolag som säljer sjuk- och olycksfallsförsäkring endast in journaler i cirka 10 procent av alla fall, medan motsvarande andel för ett annat marknadsledande bolag är 30 procent. Ytterligare ett stort bolag på sjuk- och olycksfallsförsäkring inhämtar journaler i knappt 50 procent av skaderegleringsfallen.⁷ Enligt försäkringsbranschen är en komplett journal att föredra jämfört med ett intyg, såväl av tids- som kostnadsskäl. Eftersom sjukdomshistorik före inträffat för-

⁷ Försäkringsförbundet har upplyst att försäkringsbolagen Folksam, Handelsbanken Liv, Länsförsäkringar, Robur, SEB Trygg Liv och Trygg-Hansa tillsammans uppskattningsvis har 225 000 skadefall per år, såvitt avser livförsäkring, sjukförsäkring och olycksfallsförsäkring (inklusive barnförsäkring).

säkringsfall är av betydelse bl.a. för bedömning av sambandsfrågan är en komplett journal även av detta skäl att föredra.

Enligt Försäkringsförbundet förekommer det mycket sällan att en läkare eller annan sjukvårdspersonal kontakter ett försäkringsbolag för att diskutera olika frågor när bolaget har begärt att få ut journaler eller annan hälsoinformation. Det förekommer däremot att försäkringsbolagen tar kontakt med behandlande läkare eller annan vårdgivare för att få kompletterande upplysningar efter det att t.ex. en journal inkommit. Det är dock ännu vanligare att kunden kontaktas om ytterligare upplysningar erfordras.

När det gäller *patientjournaler som rör barn och ungdomar* har följande upplysts.

Försäkringsbolagens riskbedömning grundas på den hälsoförklaring som vårdnadshavarna lämnar. Eftersom ersättningsmomenten i barnförsäkringarna skiljer sig åt påverkar detta bedömningen. Riskbedömaren avgör utifrån ansökan om kompletterande uppgifter skall begäras in och i så fall varifrån, t.ex. från barnvårdscentraler (BVC) eller skolhälsovården. I förekommande fall inhämtas dock journaler i första hand från annan vårdinrättning än BVC (i praktiken främst när barnet har en konstaterad sjukdom eller diagnos).

Bolagen begär in journal från BVC främst avseende yngre barn och exempelvis när det av ansökan framgår att barnet har låg födelsevikt. Från skolhälsovården inhämtas journal exempelvis när det av ansökan framgår att barnet har läs- och skrivsvårigheter. Bolagen vänder sig också till skolhälsovården för att få del av journaluppgifter från BVC. Journalerna från BVC lämnas nämligen över till skolhälsovården när barnen börjar skolan. I de fall bolagen erbjuder barnförsäkring som kapitalförsäkring och endast med livmoment som riskbedöms, begär de aldrig in journaler från BVC eller skolhälsovården.

Vid skadereglering gäller allmänt att ersättning inte lämnas för skador som inträffat innan ansökningen gjordes. Tidpunkten när sjukdomen visade sig är därför avgörande för ersättningsfrågan. Vissa bolag anger i sina villkor att läkare skall ha lämnat diagnos,

medan andra anger att sjukdom anses ha visat sig den dag första sjukvårdskontakt togs med anledning av ifrågavarande sjukdom. I båda fallen efterfrågas journaler från BVC m.fl. Vid tillämpning av s.k. medföddhetsklausuler kan bolagen komma att efterfråga journaler även från förlossningsavdelningen för att konstatera om det kan finnas alternativ till medföddhet beträffande vissa tillstånd, dvs. att undantaget inte skall tillämpas.

Inhämtas intyg enligt patientjournallagen?

Med stöd av 10 § patientjournalagen har den som hälsoupplýsningarna avser rätt att begära ett intyg om den undersökning, vård och behandling som lämnats. Försäkringsbolagen begär emellertid sällan in sådana intyg med stöd av fullmakt, eftersom bolagen inte har så god erfarenhet av de intyg som har utfärdats. Enligt bolagens uppfattning har läkarna ofta för dåliga kunskaper i försäkringsmedicin och därmed sämre förutsättningar att avgöra vad som är relevant i ett försäkringsärende. De råkar dessutom lätt i en intressekonflikt gentemot patienten. Ofta får intygen kompletteras med följdfrågor från bolagens rådgivare och detta leder i sin tur till att hanteringen av försäkringsärendet fördröjs. Det förekommer ibland att kunden översänder intyg eller att enstaka läkare upprättar intyg istället för att översända journalhandlingar.

Vilken information lämnas till kunden beträffande de hälsoupplýsningar som inhämtas?

I en skrivelse till medlemsbolagen (november 2002) rekommenderar Försäkringsförbundet i fråga om personförsäkring att bolagen motiverar sina beslut när ansökan om försäkring helt avslås eller när försäkring inte beviljas på normala villkor; grundas ett beslut på upplýsningar från utomstående bör detta framgå av bolagets beslut.

I en senare skrivelse (november 2003) hänvisar Försäkringsförbundet till en rapport om barnförsäkring och riskbedömning som förbundet har tagit fram tillsammans med Konsumenternas Försäkringsbyrå och företrädare för barnhälsovården (september 2002). Förbundet rekommenderar att de fullmakter som används av bolagen vid barnförsäkringar skall vara tydliga, att bolagen informerar sökanden när bolagen vänder sig till BVC och att bolagen ger motiverade besked till sökanden när en ansökan om försäkring avslås eller när en försäkring inte beviljas på normala villkor.

Försäkringsförbundet har ifråga om barnförsäkring upplyst att försäkringsbolagen generellt underrättar kunden i enlighet med förbundets rekommendation.

När det gäller övriga försäkringsprodukter förekommer både att bolagen vid *nyteckning* underrättar kunden om att bolaget inhämtar uppgifter med stöd av fullmakt eller om vilka uppgifter som bolaget får tillgång till samt det motsatta förhållandet. Kunden informeras om att riskbedömningen har påbörjats. Normalt lämnas ingen särskild information angående hur utredningen praktiskt går till om inte kunden efterfrågar detta. Vid avslag på försäkring informeras den sökande om varifrån uppgifterna som ligger till grund för beslutet hämtats.

I samband med *skadereglering* upplyser försäkringsbolagen vanligtvis kunden om att bolaget avser att inhämta hälso-upplysningar med stöd av fullmakt. Däremot informerar bolagen normalt inte kunden om vilka uppgifter som inhämtats. Vid reglering av personskador på skadeståndsrättslig grund (främst trafikskador) förekommer det dock att kopior av inkomna handlingar översänds till kunden eller ombudet för kännedom. Kunden ges därmed möjlighet att komplettera utredningen.

6.3 Försäkringsbolagens hantering av journaluppgifter och annan hälsoinformation

Försäkringsförbundet och enskilda försäkringsbolag har upplyst följande beträffande bolagens hantering av inhämtade journaluppgifter och annan hälsoinformation.

Hur och i vilken utsträckning bevaras hälsoinformationen hos bolagen?

Flertalet bolag skannar numera in innehållet i alla handlingar som kommer in till bolagen, bl.a. försäkringsansökningar, hälsodeklarationer och journalhandlingar, och arkiverar originalhandlingarna. Handlingar som helt saknar betydelse gallras dock ut. Flera bolag har även skannat in uppgifter från äldre handlingar, dvs. sådana handlingar som inkom innan bolaget i fråga övergick till skanning-metoden. Några bolag mikrofilmade inkomna handlingar och makulerar då originalen. Det finns också flera mindre bolag som varken skannar eller mikrofilmade det material som de får in. Bolagen går inte igenom de handlingar som skall bevaras för att ta bort medicinsk information som inte bedöms relevant. Det förekommer att bolagen får in patientjournaler som innehåller integritetskänslig information om kunden och hans eller hennes familjemedlemmar som saknar relevans för försäkringsbolagets bedömningar. Även sådan information bevaras hos bolagen.

Försäkringsbolagen bevarar inkomna hälsouppgifter även om en försäkringsansökning avslås. Detsamma gäller om kunden återkallar sin ansökan. Uppgifterna sparas för att bolagen skall ha tillgång till uppgifterna om kunden på nytt ansöker om försäkring och lämnar oriktiga uppgifter i detta ärende. De uppgifter som en gång har lämnats till försäkringsbolaget förutsätts vara kända för bolaget. Ytterligare ett skäl till att uppgifterna sparas är att en kund inte skall behöva lämna samma uppgifter till sitt försäkringsbolag mer än en gång. Försäkringsförbundet har i rekommendationer till sina medlemsbolag

förordat att det av bolagens ansökningsformulär skall framgå att inhämtad information kan komma att arkiveras hos bolaget oavsett om ansökningen bifalles eller inte.⁸

Handlingarna förvaras under mycket lång tid; normalt har det inte bestämts någon sluttid för hur länge journaler m.m. skall arkiveras. Enligt Försäkringsförbundet har ett bolag dock upplyst att det gallrar ut handlingar avseende individuell försäkring om kunden har varit död i 10 år och försäkringen är avslutad. Eftersom det är relativt nytt att bolag skannar in hälsouppgifter (2-5 år) har rensning av lagrade uppgifter ännu inte varit aktuellt.

De handlingar som förvaras hos bolagen är som regel sökbara enligt särskilda kriterier, men sökbegreppen skiftar beroende på produktsortiment mellan olika bolag. Vissa bolag använder flera sökbegrepp, bl.a. skadenummer, försäkringsnummer och personnummer, medan andra bolag endast använder sig av ett sökbegrepp, t.ex. skadenummer eller datum då ärendet avslutades.

Inget försäkringsbolag lämnar ut uppgifter om sina kunder till andra försäkringsbolag, såvida inte det bolag som efterfrågar information har fullmakt att inhämta denna.

Hur skyddas hälsoinformationen hos bolagen?

Det finns inte någon regel om allmän försäkringssekretess och inte heller några branschgemensamma riktlinjer för hur journaluppgifter och annan hälsoinformation skall skyddas hos försäkringsbolagen. Försäkringsbolagen har däremot interna skriftliga regler om sekretess och arkivering. Vissa bolag har frivilligt åtagit sig att följa regleringen om banksekretess. Övriga bolag har motsvarande interna regler. Bolagen ställer som krav att samtliga anställda, såväl fast som tillfällig personal, och konsulter skall underteckna en sekretessförbindelse.

All integritetskänslig information behandlas likartat hos de olika bolagen. Generellt så förvaras handlingar som rör kundernas hälsa i låsta plåtskåp och endast behörig personal har tillgång

⁸ Försäkringsförbundets skrivelse till medlemsbolagen den 8 november 2002 .

till dessa. Som regel har en anställd enbart rätt att ta del av de handlingar som han eller hon behöver i sitt arbete. Varje riskbedömare och skadereglerare har sina ärenden. I de fall handlingarna skannas (eller mikrofilmas) finns särskilda behörighetsregler för tillgång till materialet. Vidare finns det särskilda logg-system där man kan kontrollera vilka personer som har tagit del av ett skannat material. Det finns olika behörighetsnivåer beroende på vilken tjänst personen i fråga har och vilka handlingar han eller hon behöver tillgång till. Om en anställd behöver beställa arkiverat material krävs en särskild behörighet som utfärdas av ansvarig chef. Personalen hos ett bolag kan inte generellt få tillgång till personuppgifter.

I vilken utsträckning är personuppgiftslagen tillämplig?

Alla hälsouppgifter som försäkringsbolagen inhämtar genom hälsodeklarationer, journalhandlingar etc. behandlas vanligtvis på sådant sätt att personuppgiftslagens regler är tillämpliga. Som framgått är inskanning av journaluppgifter och annat material numera allmänt förekommande även om vanlig pappersarkivering också förekommer.

Bolagen inhämtar regelmässigt samtycke enligt 15 § personuppgiftslagen för behandling av personuppgifter som rör en kunds hälsa. Detta sker på ansökningshandlingen och är också inbyggt i fullmakten. Vid ansökningstillfället eller när skada anmäls upplyses kunden om att de uppgifter som samlas in från bl.a. hälso- och sjukvården kommer att registreras hos bolaget. Informationen lämnas på den för tillfället relevanta blanketten, dvs. ansökan, hälsodeklaration eller skadeanmälan. Någon information om behandlingen av uppgifterna när de registreras lämnas däremot inte.

I vilken utsträckning lämnas hälsouppgifter ut på begäran av kunden?

Enligt Försäkringsförbundet är vissa uppgifter som försäkringsbolagen får tillgång till från bl.a. hälso- och sjukvården av sådant slag att det kan ifrågasättas om bolaget bör lämna ut uppgifterna till kunden eller i fråga om barn till föräldrarna. Det finns en risk att kunden tolkar uppgifterna i en journal felaktigt när han eller hon får del av journalen via ett försäkringsbolag. Lämnas uppgifterna ut från hälso- och sjukvården skall det finnas vårdpersonal närvarande som förklarar innehållet i journalen.

Om en kund begär att få ta del av journalhandlingar som förvaras hos ett försäkringsbolag lämnar bolaget normalt inte ut handlingarna till kunden utan att först samråda med behandlande läkare. Lämnas uppgifterna ut med förbehåll från hälso- och sjukvårdens sida om att uppgifterna inte får lämnas vidare till patienten (kunden), följer försäkringsbolagen detta. Sådana förbehåll är sällsynta och förekommer främst inom den psykiatriska vården. Utformningen av förbehållet och vem det riktar sig till kan variera. En journalhandling kan vara stämplad med texten sekretess. Det förekommer att originalhandlingar inom psykiatrin lånas ut till bolagen med kopieringsförbud. Bolaget hamnar då i en situation där det har tillgång till mer information än försäkringskunden. Informationen kan emellertid vara av sådant slag att bolaget annars inte skulle ha beviljat någon försäkring.

6.4 Övriga upplysningar från Sveriges Försäkringsförbund och enskilda bolag

Riskbedömning

Vid försäkringsbolagen finns s.k. *riskbedömare* som läser och tolkar uppgifter i patientjournaler och andra handlingar som innehåller hälsoinformation. Det är vanligt att riskbedömarna har sjuksköterskeutbildning. Riskbedömarna rådfrågar vid behov olika specialistläkare som bolaget anlitar. Gäller det en barn-

försäkring kontaktas en barnläkare etc. Den slutliga bedömningen står riskbedömaren för.

Det finns inte några enhetliga riktlinjer för hur en riskbedömning skall gå till. Varje bolag avgör själv vilka produkter man erbjuder och vilken risk man är villig att ta. Vissa bolag kan vara försiktigare i sin riskbedömning än andra, vilket medför att ett bolag kan vara villigt att bevilja en försäkring medan ett annat bolag inte är det. Vilka risker ett bolag är berett att ta beror i sin tur bl.a. på vilken affärsidé bolaget har, hur stor del av risken som bolaget står för själv respektive återförsäkrar samt vilken konkurrens som råder på marknaden. Det kan sålunda bero på en rad andra faktorer än den enskilde individens hälsotillstånd om försäkring beviljas eller inte.

Den premie som kunden betalar in för en försäkring som innehåller riskmoment står, till skillnad från försäkringar med sparmoment, inte i proportion till den försäkringsersättning som skall betalas ut vid försäkringsfall. Eftersom det rör sig om stora försäkringsbelopp är det betydelsefullt att försäkringsbolagen gör en korrekt riskbedömning.

Försäkringsförbundet har framhållit vikten av att bolagen får tillgång ett så bra underlag som möjligt för sin riskbedömning. Om försäkringsbolagens möjligheter att ta del av hälsoinformation begränsas i samband med tecknandet av en försäkring skulle bolagen få svårare att göra sin riskbedömning. Detta skulle i sin tur skulle leda till att färre ansökningar beviljas eller att försäkringens omfattning ändras så att det skydd man erbjuder i dag avsevärt reduceras. Om möjligheten att inhämta patientjournaler begränsas kommer bolagen t.ex. inte att kunna försäkra så många barn som man gör för närvarande. Journalerna är ofta en förutsättning för att bolagen skall kunna göra en individuell prövning i varje enskilt fall.

Ju mindre uppgifter som försäkringsbolagen får tillgång till desto större krav kommer att ställas på sökanden. Bolagen kan i vissa fall komma att ställa som krav att sökanden själv vänder sig till hälso- och sjukvården för att inhämta hälsoupplysningar. I annat fall riskerar sökanden att försäkringsansökningen avslås.

Ett sådant förfarande skulle innebära en ökad belastning för hälso- och sjukvården.

Kontraheringsplikten i den nya försäkringsavtalslagen kommer enligt Försäkringsförbundets bedömning inte att bidra till att fler personer beviljas försäkring. Försäkringsbolagen kommer liksom i dag ha rätt att göra sin egen riskbedömning med utgångspunkt från de risker som bolagen är villiga att ta. En större tydlighet uppnås dock genom att bolagen enligt den nya lagen måste redovisa sina skäl när de avslår en försäkringsansökning.

Kontroll av oriktiga uppgifter

Regleringen om försäkringsavtal ställer höga krav på att den som skall lämna uppgifter förstår hur han eller hon skall förfara. Det är därför viktigt att försäkringsbolagen hjälper till genom tydliga hälsodeklarationsblanketter och upplysningar om konsekvenserna av att oriktiga uppgifter lämnas. Eftersom det är svårt att avgöra vilka uppgifter som krävs och oriktiga uppgifter kan få betydande konsekvenser, bör det beträffande t.ex. barnförsäkringar inte överlämnas åt föräldrarna att på egen hand göra bedömningen. Det finns ett värde i att försäkringsbolagen kan komplettera utredningen och därmed hjälpa föräldrarna att undanröja risken att man långt senare konstaterar att oriktiga uppgifter har lämnats.

Ett försäkringsbolag har gett följande exempel som belyser i vilken utsträckning det förekommer att försäkringskunden lämnar oriktiga uppgifter. Hos bolaget finns ungefär en miljon individuella sjukförsäkringar och olycksfallsförsäkringar, varav 600 000 gäller för barn. Oriktiga uppgifter har lämnats i 500 fall enligt vad bolaget kunnat konstatera och i 100 av dessa fall är uppgifterna av det slag att försäkringen inte gäller. Om full ersättning hade betalats ut i de fall där oriktiga uppgifter har lämnats skulle det ha rört sig om 15 – 20 miljoner kronor.

Överskottsinformation

Enligt Försäkringsförbundet kan uppgifterna i journalerna delas in i tre kategorier; uppgifter som är helt ointressanta för bolagen, uppgifter som beaktas av vissa bolag men inte av andra samt uppgifter som i princip är relevanta för alla bolag. Förbundet pekar på svårigheten att skilja ut uppgifter som hör till de olika kategorierna. Det kan också vara svårt att på förhand avgöra vilka uppgifter som är relevanta i ett senare skede. Exempelvis kan uppgifter som inte har beaktats vid riskbedömningen vara av intresse för bedömningen av olika orsakssamband när ett försäkringsfall har inträffat och skadereglering skall ske. Förbundet framhåller att kunskaperna i försäkringsmedicin är bristfälliga inom läkarkåren. För en läkare kan det därför vara omöjligt att avgöra vilka uppgifter försäkringsbolagen behöver.

Intyg istället för patientjournaler?

Beträffande frågan om försäkringsbolagen i större utsträckning bör vara hänvisade till att inhämta intyg från läkare (alternativt journalutdrag) istället för att hela journaler lämnas ut har Försäkringsförbundet invänt följande.

Läkarna har för dåliga kunskaper i försäkringsmedicin. Det finns risk för att alla uppgifter av relevans inte kommer fram i ett intyg. Intygen behöver ofta kompletteras med följd att handläggningen av försäkringsärendena fördröjs. En kund som har skadat sig får exempelvis vänta längre på sin försäkringsersättning.

Försäkringsbolagen kan visserligen ställa ytterligare och preciserade frågor till läkarna i samband med att de begär in ett intyg, men det finns fortfarande risk för att intygen senare behöver kompletteras. Vid nyteckning tillkommer den komplikationen att bolagen i flera fall saknar tillräckligt underlag för att kunna ställa alla relevanta frågor till läkaren. De uppgifter som kunden lämnar i en försäkringsansökning kan nämligen vara knapphändiga.

Förbundet ställer sig också mycket tveksam till om man inom vården har tid och resurser att svara på försäkringsbolagens frågor genom intyg eller selektiva journalutdrag.

Övriga synpunkter

Försäkringsförbundet förordar en generell reglering som gäller för alla försäkringsprodukter oavsett om de är lagreglerade eller det rör sig om en frivillig produkt. Ersättning för samma skada kan nämligen komma att betalas ut från såväl trafikförsäkringen eller patientförsäkringen som en frivillig försäkring och förutsättningarna att göra en skadebedömning bör vara lika i båda fallen.

Om man skulle begränsa försäkringsbolagens tillgång till journalhandlingar vid nyteckning men inte vid skadereglering så skulle det finnas en osäkerhet om försäkringsskyddet. Det kan inte vara förenligt med konsumentskyddet att en kund betalar på en försäkring och sedan inte får ut någon ersättning.

Försäkringsbranschen är positiv till att frågan om försäkringssekretess regleras i lag.

7 Synpunkter på fullmaktsförfarandet m.m.

7.1 Inledning

I den promemoria som ligger till grund för uppdraget anges att utredningen skall analysera vilka risker och olägenheter som kan vara förenade med att försäkringsbolag med hjälp av fullmakt från försäkringstagaren eller annan försäkrad får tillgång till patientjournaler och annan information om den enskildes hälsa.

Utredningen har varit i kontakt med bl.a. Sveriges läkarförbund, Svensk sjuksköterskeförening, Sveriges Psykologförbund och Vårdförbundet för att få del av läkares, sjuksköterskors, psykologers och annan hälso- och sjukvårdspersonals erfarenheter av och synpunkter på förfarandet. Utredningen har också inhämtat upplysningar om hur försäkringsbolagens förfrågningar handläggs inom hälso- och sjukvården. Eftersom försäkringsbolagen även begär in hälsoupplysningar från Försäkringskassan har utredningen slutligen ställt vissa frågor till Riksförsäkringsverket. Vad som sålunda framkommit redovisas i det följande.

7.2 Sveriges läkarförbund

Patientjournaler

Patientjournaler är normalt utformade på ett likartat sätt. I en på förhand given mall finns olika ledord till ledning för den som skall föra journalen, bl.a. namn, kön, tidigare vårdtillfällen m.m.

Vidare finns utrymme för s.k. fritext. Samma information kan förekomma i flera olika journaler.

Vissa vårdinrättningar för fortfarande manuella journaler. Man använder t.ex. i stor utsträckning manuella journaler inom mödrahälsovården, barnhälsovården och skolhälsovården. Dessa journaler förs i huvudsak av barnmorskor och sjuksköterskor. Elektronisk journalföring blir dock allt vanligare. Många vårdinrättningar är dessutom anslutna till samma journalsystem. Vårdepisoder hos samtliga vårdinrättningar inom systemet är då sökbara. Gamla uppgifter i de manuella journalerna förs normalt inte över till de elektroniska journalerna. Vid exempelvis Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg skannar man inte in uppgifter som är fem år eller äldre och inte heller uppgifter om avlidna. Pappersjournalerna mikrofilmats och förvaras i fjärrarkiv vid övergång till elektronisk journalföring. I allmänhet sparas patientjournaler under mycket lång tid, som regel i minst 10 år.

Det finns en tendens till att patientjournaler som förs i elektronisk form innehåller mer information om en patient än en manuellt förd journal. Exempelvis gör vissa läkare mer omfattande anteckningar i en elektronisk journal. Vidare bidrar skanning-metoden till att fler uppgifter förs in i de elektroniska journalerna jämfört mot tidigare, då innehållet i andra dokument sammanfattades i journalen. Det finns dock även elektroniska journalsystem som är hårt strukturerade och som endast innehåller begränsad information. Hur mycket information ett försäkringsbolag får tillgång till när det begär in en patientjournal beror därför på graden av datorisering hos den vårdinrättning som skall lämna ut journalen och på vilken typ av elektroniskt journalsystem som används. Har olika databaser kopplats samman ökar informationsmängden. Den tekniska utvecklingen inom hälso- och sjukvården går i dag mycket snabbt och nya journalsystem tillkommer efter hand.

Vid Sahlgrenska universitetssjukhuset är i stort sätt all journalföring datoriserad. Även vissa andra vårdinrättningar i region Västra Götaland är anslutna till samma journalsystem (Siemens IT-system). Det finns också vårdinrättningar i regionen som har

andra IT-system. De olika systemen är inte kompatibla. I den mån vårdinrättningarna har elektroniska journaler och ingår i samma system förs en journal per patient.

Om ett försäkringsbolag vänder sig till Sahlgrenska universitetssjukhuset och begär att få ut en komplett journal avseende en viss person, kan bolaget – efter sekretessprövning – få en journalutskrift som innehåller alla journaluppgifter om denne hos samtliga vårdinrättningar i regionen som har samma IT-system.¹ Uppgifterna kan avse såväl mödrahälsovård och barnhälsovård som sjukvård.

Läkarförbundet har tillagt att försäkringsbolagen normalt riktar sin begäran om att få ut journaler till en särskild vårdenhet. Enheten lämnar då enbart ut de journaluppgifter som hänför sig till verksamheten på enheten, trots att ytterligare information finns tillgänglig i journalsystemet.

Läkarnas handläggning när journaler m.m. efterfrågas

Enligt Sveriges läkarförbund (Läkarförbundet) begär försäkringsbolagen som regel in kompletta patientjournaler. Normalt anges inte någon begränsning i tiden. Det händer ytterst sällan att bolagen inför tecknande av försäkring begär in särskilda uppgifter, vissa journalhandlingar, intyg eller utlåtanden.

I samband med skadereglering efterfrågar försäkringsbolag ofta även annat underlag än journaler, t.ex. en läkarbedömning. Den behandlande läkaren träffar då den skadade och gör riktade undersökningar utifrån de frågeställningar som är aktuella. Ett läkarintyg med bifogat journalutdrag skickas därefter till försäkringsbolaget. Försäkringsbolagen tenderar dock i allt större utsträckning nöja sig med att enbart inhämta kompletta journaler även i skaderegleringsfallen. Bolagen låter sina egna experter värdera uppgifterna i journalerna.

¹ Vissa vårdenheter i regionen är ännu inte datoriserade, bl.a. sjukhusets hjärtinfarktsenhet. Vänder sig ett försäkringsbolag till en sådan enhet med sin begäran kommer den journalkopia som lämnas ut endast innehålla journaluppgifter från enheten.

Patienterna kan själva begära en flora av olika typer av intyg och utlåtande. Det kan röra sig om allt från enkla intyg rörande fakta till utlåtanden innehållande analys, prognos, bedömning etc. att användas i skilda försäkringssammanhang.

När ett försäkringsbolag efterfrågar en patientjournal läser en läkare igenom begäran och kontrollerar fullmakten. En sekreterare plockar fram journalen och kopierar den. Läkaren läser igenom journalkopian innan sekreteraren skickar den till försäkringsbolaget. Om journalen innehåller uppgifter som läkaren bedömer som känsliga händer det, men inte särskilt ofta, att journalen skickas till patienten. Patienten bereds samtidigt tillfälle att ta ställning till om journalen skall skickas vidare till försäkringsbolaget. Gäller det en patient som läkaren själv behandlar förekommer det att läkaren tar kontakt med patienten för att diskutera frågan eller frågar patienten i samband med ett återbesök. Försäkringsbolagens förfrågningar expedieras efter hand som de kommer in till läkaren, normalt inom en till två månader. Läkarna handlägger ofta dessa förfrågningar utanför ordinarie arbetstid. Inom barnhälsovården och skolhälsovården är det som regel en sjuksköterska som ansvarar för handläggningen.

Det förekommer ytterst sällan att försäkringsbolag återkommer till berörda läkare för att diskutera journalanteckningar och ställa kompletterande frågor. Någon kontakt i motsatt riktning brukar inte heller tas.

Läkarförbundet rekommenderar vid sekretessrådgivning till sina medlemmar att en läkare skall gå igenom den journal som begärs utlämnad även om det finns samtycke. Visst material kan vara av sådant slag att det inte skall lämnas ut till patienten. Om det rör sig om ett medgivande som har lämnats långt tillbaka i tiden brukar förbundet uppmana läkarna att kontrollera med patienten så att medgivandet inte har återkallats.

Ett försäkringsbolag har som ombud för patienten inte rätt att få ut uppgifter som denne inte själv har rätt att få del av. Uppgifterna får inte lämnas ut till bolaget med förbehåll om att de inte får lämnas vidare till patienten. Inskränkningar i pati-

entens rätt att få del av journaluppgifter gäller främst uppgifter i psykiatriska journaler, t.ex. uppgifter som direkt skulle kunna äventyra en livsviktig behandling eller som skulle kunna påverka patienten att ta sitt liv.

Läkarförbundet kan inte uttala sig om huruvida försäkringsbolagen brukar samråda med behandlande läkare innan journalhandlingar som förvaras hos bolagen lämnas ut till kunden. Det är i vart fall inte vanligt förekommande att läkare kontaktas i frågan.

Risker och olägenheter med förfarandet

Det kan för den enskilde vara svårt att överblicka omfattningen av den integritetskänsliga information som försäkringsbolaget får tillfälle att ta del av genom fullmakten. I många fall inser inte den som skriver under en generell fullmakt att han eller hon ger försäkringsbolaget en rätt att hämta in i princip all medicinsk information som finns om honom eller henne.

Genom journalerna får försäkringsbolagen ofta del av ”överskottsinformation” som kan gälla såväl patienten som hans eller hennes anhöriga och som inte alls har någon betydelse för försäkringsbolagen. Läkarförbundet har gett två exempel på fall där ett försäkringsbolag genom inhämtad patientjournal har fått tillgång till information i större utsträckning än vad som rimligen kan ha varit motiverat för bolagets riskbedömning. Exempelen visar också vilka tolkningsproblem som kan vara förenade med sådan information.

”Ett barn beskrevs vid åldern 1 år och 10 mån i BVC-journalen som ’pigg och duktig, mycket aktiv’. Uppgiften tolkades av försäkringsbolaget som ”kommande DAMP-barn”. Försäkrings nekades. Föräldrarna vände sig till annat bolag och fick efter diskussion teckna försäkring.”

”Föräldrarna till ett 4-månadersbarn hade uttryckt oro till BVC för att de tyckte att barnet ryckte lite grann och att de under en kort tid

inte fick riktigt bra kontakt med barnet. Allt bedömdes emellertid som bra av BVC-doktorn. Journalen skickades till försäkringsbolag, som krävde EEG för tecknande av försäkring. Skakningar och ryckningar hos små barn är ett relativt vanligt fenomen. En del föräldrar blir mer oroliga än andra. Föräldrars oro, i den mån sådan finns, journalförs. I detta fall hade nog EEG utförts i alla fall. Barnet erhöll läkartid först en månad efter BVC-besöket, vilket belyser att den medicinska angelägenhetsgraden inte var stor. Försäkring beviljades så småningom.”

Läkarförbundet har påpekat att det senare exemplet även belyser risken för att undersökningar utförs mer på försäkringsmässiga indikationer än medicinska.

Vidare kan varje anteckning i journalerna medföra hinder för eller inskränkning i en försäkring samt påverka skadereglering efter inträffad skada eller sjukdom. Det finns risk att informationen övertolkas; i journalen antecknade hypoteser blir fakta och så kallade arbetsdiagnoser blir faktiska diagnoser. Riskerna är särskilt stora att journaluppgifter inom mödrahälsovård och barnhälsovård övertolkas av försäkringsbolagen. Huvudsyftet är här inte att behandla sjukdomar utan att förebygga ohälsa. Man är därför extra försiktig och antecknar även sådant som senare kan visa sig sakna betydelse.

Enligt Läkarförbundet finns det slutligen risk för att det förs ”dubbeljournal”, dvs. inofficiella minnesanteckningar vid sidan om den egentliga journalen. Det är inte ovanligt att en patient begär att vissa uppgifter inte skall journalföras, t.ex. alkoholkonsumtion (även när det handlar om normalkonsumtion) och relationsproblem. En sådan begäran respekteras vanligen av läkaren. Lösningen blir ”dubbeljournal” eller ingen anteckning. Eftersom det ofta rör sig om vital bakgrundsinformation som behövs för att säkerställa god och säker vård minskar därmed värdet av dokumentationen i patientjournalerna.

Begränsningar av försäkringsbolagens tillgång till information

Enligt Läkarförbundet vore ett sätt att begränsa försäkringsbolagens tillgång till känslig information, att den som söker försäkring alltid själv begär ut sin journal och inte försäkringsbolaget. En nackdel med en sådan lösning är emellertid att det ofta kan vara svårt för patienten att förstå innebörden av det som antecknats i journalhandlingarna. Journalen är inte skriven för lekmannen. Det kan diskuteras om det är rimligt att lägga på den enskilde patienten att avgöra om det finns någon uppgift i journalen som kan vara av betydelse för försäkringsfrågan.

Ett tänkbart alternativ är att läkarna skriver ett intyg istället för att lämna ut journalkopior. Läkarförbundet har dock ifrågasatt om det finns resurser för detta samt tillagt att det kanske inte är rimligt att prioritera läkarnas intygsskrivande på bekostnad av bl.a. patientkontakter. Läkarna skriver redan i dag intyg till bolagen när skador har inträffat. Det skulle sannolikt möta stort motstånd inom läkarkåren om läkarna åläggs att skriva läkarintyg för försäkringsmässiga bedömningar som enbart är baserade på journalhandlingar om patienter de själva inte har träffat. Att sammanfatta relevanta journalanteckningar i intyg skulle i vissa fall dessutom medföra tolkningssvårigheter. En lösning i dessa fall skulle kunna vara att läkarna med hjälp av bearbetade journalutdrag belyser vissa av försäkringsbolagen närmare preciserade och konkreta frågeställningar. Sådana journalutdrag bör inte innehålla hälsouppgifter som är äldre än fem år såvida det inte finns särskilda skäl. Det främsta skälet härför är att läkarna inte regelmässigt skall behöva gå igenom hela journaler. Allmänt hållna frågor, såsom om det finns något annat av intresse i journalen, bör inte förekomma. En patient bör givetvis inte kallas till läkarundersökning när det inte är påkallat av andra skäl. Läkarförbundet anser att det bör vara upp till läkarna och inte försäkringsbolagen att avgöra om bolagens frågor skall besvaras i intyg eller genom bearbetade journalutdrag. Enligt förbundet kommer läkarnas arbetsbörda att öka

om försäkringsbolagens tillgång till uppgifter ur patientjournaler skall tillgodoses genom intyg eller bearbetade journalutdrag.

Omfattningen av det merarbete som kan tänkas uppkomma om en läkare skall utfärda bearbetade journalutdrag (eller intyg) istället för att lämna ut kompletta journaler har diskuterats inom Läkarförbundets etik- och ansvarsråd.² Enligt rådet torde förfarandet generellt sett ge upphov till ett betydande merarbete, men omfattningen av detta kommer att variera mellan olika verksamhetsområden bl.a. beroende på antalet förfrågningar. En läkare som är verksam inom primärvården lämnar uppskattningsvis ut minst 25 kompletta journaler per år. Detsamma torde gälla för vissa andra verksamhetsområden, t.ex. inom allmän medicin och psykiatri. Möjligen rör det sig om upp till 50 journaler per läkare och år. I vissa fall har den journal som lämnas ut bearbetats på något sätt. Inom barnhälsovården lämnar sjuksköterskor ut ungefär fyra procent av journalerna till försäkringsbolagen. Däremot är det inte vanligt förekommande att skolhälsovårdsjournaler lämnas ut till bolagen. I ett konkret exempel som berörde 6 000 elever lämnades det ut fem journaler på ett år. En ögonläkare med egen verksamhet lämnade ut en komplett journal vart annat år. Arbetsinsatsen kommer också att variera från ett fall till ett annat, bl.a. beroende på om den enskilde är känd för läkaren eller inte.

Enligt Läkarförbundet är det som regel praktiskt möjligt för läkare att ta fram bearbetade journalutdrag inom ramen för nuvarande patientjournalssystem. Elektroniska journaler är vanligtvis uppbyggda på sådant sätt att det dessutom är möjligt att på teknisk väg få fram alla uppgifter som rör en viss diagnos, t.ex. diabetes, och att skriva ut enbart dessa delar av journalen. Om förfrågan i ett visst fall endast rör en sådan diagnos behöver läkaren således inte gå igenom övriga delar av journalen och gör därmed en arbetsbesparing i förhållande till om han eller hon skulle ha lämnat ut en komplett journal. Hur stort läkarens merarbete är i andra fall beror bl.a. på vilket journalssystem som

² I diskussionen deltog förutom rådets ledamöter, som har erfarenhet från flera olika medicinska verksamhetsområden, en representant från Barnläkarföreningen och en representant från Skolläkarföreningen.

används och hur journalen är förd. Vissa journaler eller delar av journaler skrivs fortfarande för hand. Det kan då vara enklare att skriva intyg. I dessa fall kan en journal som innehåller mycket överskottsinformation bli "svårbearbetad" eller för fragmentarisk efter bearbetning.

Läkarnas incitament och möjligheter att skriva intyg och ta fram bearbetade journalutdrag för försäkringsändamål skulle öka om försäkringsbolagen betalar för nedlagt arbete. Om arbetet skall utföras utanför ordinarie arbetstid, dvs. som en bisyssla, bör det utgå individuell ersättning. Om arbetet istället skall utföras under ordinarie arbetstid bör försäkringsbolagen betala ut ersättningen till vårdgivarna. I det senare fallet framhålls vikten av att berörda vårdenheter kompenseras genom ökade resurser. Enligt Läkarförbundet är det också viktigt att prioriteringar enbart görs på medicinska grunder och inte på grund av att försäkringsbolagen betalar för intyg och journalutdrag. Formerna för ersättningsförfarandet bör därför regleras på sådant sätt att man inte riskerar att få en diskussion om detta.

Ett annat sätt att begränsa den informationsmängd som försäkringsbolagen får del av genom generella fullmakter, utan att läkarna drabbas av administrativt merarbete och svåra avgränsningsfrågor vid utlämnande, är enligt förbundet att fullmakterna begränsas i tiden. Förbundet förordar inblancofullmakter vid nyteckning med en giltighetstid på t.ex. ett år. Vid skadereglering bör fullmakten endast omfatta vårdtillfällen och enheter som ansluter i tiden till anmäld skada, eventuellt med möjlighet för försäkringsbolagen att inhämta kompletterande "vidsträcktare" fullmakt vid mer komplicerade utredningar. Patienten skulle med en sådan ordning i vart fall, enligt förbundets uppfattning, på ett helt annat sätt än i dag bli medvetandegjord om lämnad fullmakts innebörd och omfattning.

7.3 Svensk sjuksköterskeförening

Barnhälsovårdsjournaler

Barnhälsovårdsjournalen (BHV-journalen) är gemensam för hela landet, vilket möjliggör en enhetlig dokumentation av alla förskolebarns hälsa och utveckling. Den är gemensam för olika yrkesgrupper, som träffar barnet inom barnhälsovården. Journalen följer barnet när det flyttar inom landet, vilket ger en överblick över barnets situation från dess födelse till dess det börjar i skolan.

Den nya BHV-journalen (från januari 2000) har ökat utrymme för dokumentation av familjedata och psykosociala förhållanden jämfört med den tidigare journalen (från 1981). Det finns nya tillväxtkurvor med prematurkurvor och nomogram för att underlätta tolkningen av tillväxtavvikelser. Det finns också ökad plats för dokumentation av utvecklingsbedömningar, hälsosamtal, föräldrastöd i grupp och hälsoproblem. Uppgifterna i journalen kan tolkas och tydas på olika sätt utifrån läsarens medicinska kunskap.

Sjuksköterskornas handläggning när journaler m.m. efterfrågas

Försäkringsbolag efterfrågar ganska ofta uppgifter från hälso- och sjukvården. Det är vanligt att ett bolag med stöd av fullmakt från barnets föräldrar begär in en kopia av hela journalen. Eftersom vårdpersonalen är medveten om att det som står i journalen kan feltolkas av försäkringsbolaget så skickas journalen först till föräldrarna som får avgöra om de vill lämna uppgifterna vidare till bolaget.

Försäkringsbolagen återkommer inte till vårdpersonalen för att ställa kompletterande frågor eller diskutera vissa anteckningar i journalerna.

Risker och olägenheter med förfarandet

Eftersom journaluppgifterna kan användas och feltolkas av försäkringsbolag är personalen numera mer uppmärksamma och skriver med försiktighet. Det förekommer att personalen inte dokumenterar allt som de annars skulle ha gjort på grund av försäkringsbolagens insyn i och feltolkningar av uppgifter i journalerna. Barn nekas försäkring på grund av journaluppgifter. Det finns vidare risk att föräldrars förtroende för barnhälsovården försämras på grund av att journaluppgifter lämnas ut till försäkringsbolag.

Det förekommer att försäkringsbolag får tillgång till integritetskänslig information i större utsträckning än vad som kan vara motiverat för försäkringsmässiga bedömningar. I journalerna antecknas t.ex. att personalen har rekommenderat föräldrarna att kontakta BHV-psykolog. "Normala kriser" och adekvata symptom samt ät- och sömnproblem under barnets första år antecknas också i journalerna. Det finns risk att uppgifterna övertolkas av försäkringsbolag.

Svensk sjuksköterskeförening delar Statens medicinsk-etiska råds synpunkter att försäkringsbolagens tillgång till och hantering av journaluppgifter rymmer problem för den personliga integriteten, för förtroendet för hälso- och sjukvården samt i den mån försäkringsbeslut kan baseras på felaktig användning av journaluppgifter, även för rättsäkerheten. Försäkringsbolagens möjlighet att ta del av oredigerade journaler kan även påverka journalföringen på ett för patientsäkerheten menligt sätt.

7.4 Sveriges Psykologförbund

Psykologernas journalföring

Psykologers journalanteckningar kan finnas på "olika ställen" beroende på var de arbetar. Som anställd direkt på en mödrahälsovårds- eller barnhälsovårdsenhet förekommer det att anteckningarna skrivs direkt i MHV- respektive BHV-journalen och därmed lämnas ut om journalen sänds till försäkringsbolag. Vid andra anställningsförhållanden följer andra regler som kan innebära att det skrivs separata psykologjournaler eller parallella barn- och vuxenjournaler som inte förvaras ihop med BHV-journalen.

Psykologernas handläggning när journaler m.m. efterfrågas

Inom skolan förekommer det mycket sällan att försäkringsbolag efterfrågar psykologjournaler. Däremot är det mer vanligt inom mödra- och barnhälsovården och inom klinisk verksamhet. Förfrågningar från försäkringsbolag till psykologer inom klinisk verksamhet förekommer såväl i offentlig som privat verksamhet.

Enligt Sveriges Psykologförbund (Psykologförbundet) begär försäkringsbolagen som regel in kompletta journaler. Inga journaler lämnas dock ut per automatik för att de efterfrågas med stöd av fullmakt. Ibland tar psykologerna direktkontakt med handläggarna hos bolagen och kan därvid komma överens om vilka uppgifter som är relevanta. Erforderliga uppgifter lämnas i vissa fall telefonledes. Det förekommer också att bolagen nöjer sig med intyg istället för hela journaler.

Normalt informeras den enskilde (familjen) i fråga om att en förfrågan har skett och i förekommande fall översänds en kopia av det som skickas till försäkringsbolaget. Det förekommer ytterst sällan (om någonsin) att ett försäkringsbolag vänder sig till en psykolog för att diskutera vissa journalanteckningar eller ställa kompletterade frågor.

Styrelsen för Föreningen för Mödra- och Barnhälsovårdspsykologerna har antagit en principiell rekommendation som innebär att medlemmarna så långt möjligt skriver utlåtande beträffande efterfrågade uppgifter snarare än att lämna ut journaler.

Risker och olägenheter med förfarandet

Journaler innehåller ofta information som måste dokumenteras men som har föga med försäkringsfrågan att göra. Bland annat kan information om närståendes situation som inte berör försäkringsbolagen komma fram genom att bolagen få tillgång till journalerna. Uppgifter i journalerna som inte längre har betydelse kan leda till felaktiga tolkningar som ofördelaktigt påverkar försäkringsbolagens bedömning i ett försäkringsärende.

Tolkningskompetensen hos försäkringsbolagens handläggare förefaller i en del fall mycket bristfällig att döma av de felaktiga slutsatser man drar av journalanteckningarna. När det gäller de allra minsta barnen är reaktioner, beteenden och symtom av "färskvaru"- karaktär. Ett litet barn kan uppvisa kraftiga symtom en vecka som är försvunna efter några veckor för att aldrig återkomma. En journalanteckning blir lätt statisk och manifest enbart därför att den finns.

Det finns en särskild risk att journalanteckningar från barnhälsovården och skolhälsovården övertolkas eller feltolkas. Alla barn under förskoleåldern uppvisar nämligen beteenden som ingår i olika symptombilder, t.ex. vid funktionsdiagnoser eller barnpsykiatriska diagnoser. Detta är en del av den normala utvecklingen under vissa skeenden. Bristande kunskap om åldersrelaterad normalutveckling kan medföra att journalanteckningar som avser att beskriva att barnet utvecklas åldersadekvat tolkas som att barnet har symtom som tyder på sjukdom eller avvikelser.

I Psykologförbundets skrivelse till utredningen anges följande exempel där handläggaren hos ett försäkringsbolag har dragit felaktiga slutsatser av det som antecknats i en journal.

En förälder fick inte teckna barnförsäkring på basis av att det stod i BVC-journalen att BVC-sjuksköterska informerat om att det fanns möjlighet att få kontakt med psykolog på BVC. Inget annat. I journalen stod att barn och föräldrakontakten var bra och att barnet mådde bra och utvecklades som det skulle. I det aktuella fallet hade föräldern behov att för egen del prata igenom en traumatisk förlossning. Då detta påtalades framhöll handläggaren att förhållandet utgjorde en risk för utveckling av avvikande beteende i skolåldern. En ur psykologperspektiv helt orimlig slutsats.

Försäkringsbolagens tillgång till journaler påverkar eller kan komma att påverka journalföringen eftersom psykologerna är medvetna om att journalen kan komma att lämnas ut till försäkringsbolag. Det finns risk att journalen inte blir lika utförlig och att visst innehåll utelämnas. ”Man blir försiktigare, vagare, skriver mindre detaljerat och med fler reservationer samt noterar färre hypoteser.” Mer sammanfattade journaler kan bli svårare att tolka för andra som behöver få ta del av journaltexten. Det riskerar dessutom att bli svårare och mer tidskrävande för psykologerna att skriva journaler. I praktiken hotas kvalitets-säkring och resurser tas från annan verksamhet. Patientsäkerheten påverkas negativt.

Allmänhetens förtroende påverkas av vetskapen om att försäkringsbolagen kan inhämta patientjournaler. Exempelvis får psykologer inom barnhälsovården ganska ofta frågan från föräldrar om psykologkontakten medför att de inte kan försäkra sitt barn. Det förekommer att föräldrar inte vågar ta kontakt med BHV-psykologen då BVC-sjuksköterskan föreslår detta, med hänvisning till att ”– då kommer det stå en massa i papperna och då får vi ingen försäkring”. Vidare vill föräldrar i större utsträckning avgöra vad som ska stå i journalen och ifrågasätter om vissa uppgifter alls behöver journalföras. Föräldrar avstår alltså från kontakt/stöd/nödvändiga utredningar alternativt blir sparsammare med information. Kontakten präglas av avvaktande och rädsla i stället för den oundgängliga tillit som behövs. Det blir också svårare för psykologerna att ge adekvat diagnos och

behandling om patienten (föräldrarna) inte lämnar erforderliga upplysningar, t.ex. blir mer vaga i sin problemformulering.

Begränsningar av försäkringsbolagens tillgång till information

Psykologförbundet anser att det finns skäl att begränsa bolagens möjlighet att begära information från hälso- och sjukvården genom fullmakt som ger tillgång till hela journaler. Försäkringsbolagen bör vara hänvisade till att ställa preciserade frågor. Ett adekvat svar kan då ges av professionella i form av ett intyg, t.ex. från en psykolog om den psykologiska behandlingen av en person. Journalutdrag kräver mycket merarbete och det finns risk att hela journalen översänds till försäkringsbolaget.

7.5 Vårdförbundet

Risker och olägenheter med förfarandet

Enligt Vårdförbundet begär försäkringsbolagen som regel in kompletta journaler. Detta medför att bolagen beträffande bl.a. journaler från barn- och skolhälsovården kan få in information som saknar betydelse för den medicinska riskbedömningen, t.ex. sociala förhållanden.

Vårdförbundet instämmer i Statens medicinsk-etiska råds beskrivning (se kapitel 2) av de risker och olägenheter som kan vara förenade med att bolagen har tillgång till patientjournaler m.m. Information som är ovidkommande för bedömningen av försäkringsrisken kan påverka möjligheten att teckna försäkring och kan också påverka en eventuell skadereglering efter inträffad skada eller sjukdom negativt.

Om information som kan vara viktig ur patientsäkerhets-synpunkt inte dokumenteras kan det enligt förbundet leda till att patienten får en sämre eller t.o.m. utebliven vård. Utebliven dokumentation kan också leda till att den enskilde yrkesutövaren

riskerar disciplinpåföljd vid en eventuell anmälan till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Det kan också skapa etisk stress i den bemärkelsen att man som yrkesutövare har ett professionellt ansvar att följa det regelverk som finns, men känner att man inte kan göra det eftersom man också vill respektera patientens önskemål och intressen.

Begränsningar av försäkringsbolagens tillgång till information

Enligt Vårdförbundet bör försäkringsbolagens generella möjlighet att inhämta journaler begränsas. Förbundet anser dock inte att man helt bör avskära bolagens möjligheter att få tillgång till journaler från barnhälsovården och skolhälsovården. Samma regler bör gälla för dessa journaler som för den övriga vården. Allt för ingripande begränsningar för barnhälsovården kan leda till att det blir svårare att teckna barnförsäkringar. Premierna för försäkringarna kan bli orimligt dyra. Det kan också finnas en risk för att barnförsäkringarna som försäkringsprodukt försvinner helt.

Vårdförbundet anser vidare att man i enlighet med Försäkringsverksamhetskommitténs förslag bör införa sekretessbestämmelser på försäkringsområdet. Enligt förbundet är en sådan reglering av stor betydelse för att upprätthålla såväl allmänhetens som vårdpersonalens förtroende för försäkringsbolagen.

7.6 Riksförsäkringsverket

Försäkringskassans handläggning när hälsoupplysningar m.m. efterfrågas

Eftersom det saknas samlad kunskap om försäkringskassornas (numera Försäkringskassans) handläggning när försäkringsbolag efterfrågar hälsoupplysningar har Riksförsäkringsverket varit i kontakt med fyra försäkringskassor (Stockholm, Uppsala,

Östergötland och Västra Götaland) för att få exempel på hur handläggningen går till hos dessa kassor.

En kassa uppgav att handläggaren kontrollerar att det finns en fullmakt innan svar lämnas. De flesta förfrågningarna går snabbt att handlägga. När det saknas historik räcker det med att ta fram en databild. Om det finns sjukhistorik krävs det oftast att handläggaren även kopierar t.ex. läkarintyg för att skicka dessa vidare till försäkringsbolaget.

En annan kassa svarade att när ärendet kommer in tas det om hand av en särskilt utsedd person som har som uppgift att leverera de begärda handlingarna till försäkringsbolagen. Begäran tas om hand i den ordning den kommit in om den inte framställts som brådskanie. Begäran tillsammans med fullmakten (oftast i kopia) sätts in i pärmar. Handläggaren letar fram de begärda handlingarna i arkivet eller i AHS (ett elektroniskt ärendehanteringssystem) för att sedan skicka dem till försäkringsbolaget.

Det skiljer sig mellan olika kassor och olika handläggare huruvida den enskilde kontaktas innan uppgifter om honom eller henne lämnas ut till ett försäkringsbolag. Det kan bl.a. bero på hur handläggaren bedömer fullmakten.

En kassa uppgav till Riksförsäkringsverket att de har en rutin att alltid kontakta den försäkrade när fullmakten är äldre än två år. Detta sker i synnerhet om fullmakten tecknats innan något ärende aktualiserats hos kassan. Den enskilde har då inte haft någon möjlighet att överblicka vilka uppgifter han eller hon har lämnat fullmakt till försäkringsbolaget att ta del av. Om den enskilde kontaktas av kassan ges denne möjlighet att återkalla fullmakten för den händelse han eller hon anser att integritetsskyddet väger tyngre än möjligheten att utnyttja sin försäkring.

Representanter för de allmänna försäkringskassorna har vid överläggningar med representanter från olika försäkringsbolag verkat för att bolagen ska se till att fullmakterna är aktuella, men ingen förändring har skett.

Vilken typ av information efterfrågas?

Med stöd av 20 kap. 9 a § lagen (1962:381) om allmän försäkring efterfrågas information om olika beslut som t.ex. SGI, godkänd arbetsskada, sjukskrivning, sjukpenning etc. samt information i försäkringskassans olika försäkringsdatabilder såsom 030-bilden (innehåller personuppgifter om samtliga personer i sjukförsäkringsregistret), 036-bilden (innehåller uppgifter om pågående och avslutade dagersättningsärenden, beslutade perioder och omfattningar, vissa avslutningsanledningar och eventuellt barns personnummer) samt olika pensionsbilder.

Med stöd av fullmakt efterfrågas beslut om förtidspension/sjukersättning eller sjukbidrag, beslut om arbetsskadeersättning, beslut om vårdbidrag/handikappersättning etc. med därtill underliggande läkarintyg, försäkringsläkarutlåtanden, försäkringskassans journalanteckningar och föredragningspromemoria (promemoria upprättad inför föredragning av ärende hos socialförsäkringsnämnd). I vissa fall vill försäkringsbolagen ha uppgifter för de senaste tio åren. Om det finns flera eller långa sjukperioder tar förfrågningarna mycket tid i anspråk då handläggaren ibland blir tvungen att leta i flera olika arkiv som dessutom ofta är belägna på olika orter.

I vilken utsträckning begär bolagen in information om enskilda?

Försäkringskassan i Uppsala län har en anställd som på halvtid enbart arbetar med att handlägga sådana förfrågningar. Enligt Försäkringskassan i Västra Götalands län är det mycket vanligt att bolagen begär in information om enskilda, men då alla handläggare på kassan handlägger sådana förfrågningar är det enligt kassan omöjligt att uppskatta antalet. Försäkringskassan i Östergötlands län uppgav till Riksförsäkringsverket att det enbart i den östra länsdelen under år 2003 kom in 400 förfrågningar och under januari månad 2004 till mitten av september månad samma år 370 förfrågningar. Gissningsvis rör

det sig för hela länet om mellan 1 700-2 200 förfrågningar per år. Vid kontakt med Riksförsäkringsverket har försäkringsbolaget Alecta uppgett att de kontaktar Försäkringskassan 40 000 gånger på ett år och Förenade Liv att de ställer 750-900 frågor per månad.

Risker och olägenheter med förfarandet

Riksförsäkringsverket har anfört att försäkringsbolagen till stor del vill ha ut mycket integritetskänsliga uppgifter från försäkringskassorna, samt tillagt följande. Då det många gånger kan vara till men för den enskilde att uppgifterna lämnas ut ställs det stora krav på handläggarna att göra rätt ställningstagande avseende fullmaktens omfattning och giltighet. Fullmakten är som regel påskriven i samband med tecknande av försäkringen och i vissa fall långt innan något försäkringsärende aktualiserats hos försäkringskassan. Försäkringsbolagets begäran sker ofta långt senare med effekt att den enskilde inte vid lämnandet av fullmakten insett vilka uppgifter som försäkringsbolaget kan komma att ta del av. Många förfrågningar – där fullmakt förvisso finns – är mycket omfattande och försäkringsbolaget vill ofta ta del av i stort sett allt tillgängligt material om den enskilde. Detta kan diskuteras från integritetssynpunkt och etisk synpunkt då försäkringskassorna i dag i sina akter har väldigt många uppgifter som inte bara är av medicinsk utan också av social karaktär.

En annan olägenhet handlar om tidsåtgången för försäkringskassorna att handlägga förfrågningarna. Om det dessutom finns många och långa sjukfall eller då bolaget önskar tio års historik så är det ett stort antal handlingar som måste eftersökas och kopieras.

Riksförsäkringsverket har framhållit att flera motstående intressen som måste beaktas. Å ena sidan handlar det om de enskildas intresse av integritet och möjlighet att fullt inse vad fullmaktsgivandet kan medföra för honom eller henne och å andra sidan om försäkringsbolagens intresse av tillgång till underlag för riskbedömningar. Vidare kan minskade möjligheter

att göra en fullgod riskbedömning tänkas medföra ökade svårigheter för enskilda att teckna försäkringar eller att försäkringspremier höjs. Ett annat problem är att de underlag som försäkringsbolagen hämtar in i de flesta fall innehåller mycket integritetskänsliga uppgifter samtidigt som det är oklart vilket skydd dessa uppgifter har när de förvaras hos försäkringsbolagen. Bolagen omfattas inte av sekretesslagens bestämmelser. Med hänsyn till den enskildes intresse av integritet finns det enligt Riksförsäkringsverkets uppfattning behov av en reglering av försäkringsbolagens behandling av informationen från integritetsskyddssynpunkt. Riksförsäkringsverket anser sig inte i övrigt kunna ta ställning till om det behövs ytterligare reglering av försäkringsbolagens tillgång till och hantering av medicinska underlag.

Utbildning inom området försäkringsmedicin

Riksförsäkringsverket har regeringens uppdrag att klargöra omfattningen av utbildningsbehovet, utarbeta utbildningsmaterial samt initiera och ansvara för att utbildningsinsatser genomförs inom området försäkringsmedicin. Uppdraget rör tre nivåer: de flesta läkare som utfärdar intyg och utlåtanden åt försäkringskassorna, utbildning av de läkare som skall utfärda kompletterande utlåtanden efter en viss tids sjukskrivning (t.ex. företagsläkare och vissa allmänläkare) samt utbildning av försäkringsläkare (dvs. försäkringskassornas egna medicinska sakkunniga).

Den allmänna utbildningen som i första hand riktar sig till distriktsläkare sker genom en tvåstegsutbildning. I första steget utbildades under år 2003 – genom Riksförsäkringsverkets försorg – utvalda försäkringsläkare och handläggare (s.k. dialogförare). Deras uppgift blev sedan att föra ut motsvarande kunskaper till länets läkare. Under året beräknas 5 600 läkare ha genomgått denna utbildning. Detta innebär att i stort sett samtliga distriktsläkare har nåtts av denna utbildningsinsatsning och nu utbildas även sjukhusläkare – i första hand inom psykiatri

och ortopedi. Det finns också en stor efterfrågan från andra grupper inom sjukvården (sjukgymnaster, kuratorer, psykologer, arbetsterapeuter etc.) att få ta del av motsvarande utbildning. Socialdepartementet har uttryckt önskan om att utbildning av dessa grupper också skall ske.

Samverkan har etablerats med universiteten för att stödja framtagandet av ett samordnat förslag till nationell målbeskrivning inom ämnet försäkringsmedicin för läkarutbildningarna i riket.

Riksförsäkringsverket har slutligen upplyst att försäkringsbolaget Alecta har kontaktat Riksförsäkringsverket med ett önskemål om att få till stånd ett elektroniskt informationsutbyte mellan bolaget och berörda myndigheter. Även Förenade Liv har vänt sig till myndigheten för att få reda på möjligheten att ta del av uppgifter på medium för automatiserad behandling. Med anledning av detta har Riksförsäkringsverket i september 2004 tillsatt en arbetsgrupp som skall göra en förstudie som skall identifiera de områden där elektroniskt informationsutbyte skulle kunna ske mellan Försäkringskassan och försäkringsbolag.

8 Överväganden, bedömningar och förslag

8.1 Bör försäkringsbolagens rätt att utnyttja generella fullmakter begränsas?

8.1.1 Allmänna utgångspunkter

Försäkringsbolagens verksamhet och behov av information

Såsom utredningen redan inledningsvis har konstaterat tar uppdraget endast sikte på privat försäkring. Till skillnad från de allmänna försäkringarna som administreras av Försäkringskassan och finansieras genom skatter och avgifter tillhandahålls privat försäkring av enskilda försäkringsbolag. Bolagen avgör själva vilka försäkringsprodukter de vill marknadsföra och i princip också vilka risker de är villiga att ta.

Försäkringsbolagens verksamhet regleras i försäkringsrörelselagen (1982:713), jfr avsnitt 4.3. Enligt lagen skall verksamheten bedrivas med en för rörelsens omfattning och beskaffenhet tillfredsställande soliditet, likviditet och kontroll över försäkringsrisker, placeringsrisker och rörelserisker, så att åtagandena mot försäkringstagarna och andra ersättningsberättigade på grund av försäkringarna kan fullgöras. Grundläggande för verksamheten är således att försäkringsbolagen måste ha kontroll över försäkringsriskerna och alltid kunna betala ersättning för försäkrade skador. Det har nämligen ansetts vara ett samhällsintresse att bolagen kan fullgöra sina åtaganden mot de försäkrade.

De privata personförsäkringarnas grundläggande idé är att ge ekonomiskt skydd om en person skulle avlida, insjukna eller

skadas under försäkringstiden. Premierna beräknas så att de svarar mot förväntade kostnader för dödsfall, sjukfall respektive olycksfall. För att säkerställa försäkringsbolagens åtaganden gentemot de försäkrade måste inbetalda premier täcka förväntade kostnader för de försäkrade sammantaget. För att kunna kalkylera en korrekt premie måste försäkringsgivaren bedöma risken för förtida död, ökad risk för insjuknande hos de försäkringssökande samt risken för olycksfall. Inom liv- och sjukförsäkring är dessa risker starkt relaterade till ålder, kön och hälsotillstånd. Befintlig sjukdom kan också öka risken för olycksfall eller medföra svårare konsekvenser av ett inträffat olycksfall. En riskbedömning görs därför vid ansökan om försäkring.

För att kunna upprätta ett försäkringsavtal har ett bolag vid personförsäkring behov av att ha tillgång till minst lika mycket information om den sökandes hälsotillstånd som den sökande själv har. Om bolaget inte har tillräcklig information om sökanden kan riskbedömningen bli felaktig och premien för låg. Med hänsyn till att situationen har stor praktisk betydelse och till att utbetalningarna vid försäkringsfall kan vara betydande kan sådana felaktiga riskbedömningar få stora konsekvenser såväl för försäkringstagarkollektivet som för bolagets finansiella situation. En i sammanhanget grundläggande faktor, som alltid måste beaktas i försäkringssammanhang, är risken för att s.k. moturval uppkommer (jfr avsnitt 3.3).

Det förhållande att försäkringsbolag avslår en försäkringsansökning eller beviljar försäkring med särskilda villkor eller till förhöjd premie är från försäkringssynpunkt inte att betrakta som negativ särbehandling av personer med vissa sjukdomar etc. utan som ett sätt att åsätta varje risk ett riktigt pris.

För att säkerställa att försäkringsbolagen erhåller nödvändiga uppgifter då försäkringen tecknas innehåller lagen (1927:77) om försäkringsavtal särskilda bestämmelser om försäkringstagarens upplysningsplikt. Enligt den nya försäkringsavtalslagen, som träder i kraft den 1 januari 2006¹, skall försäkringstagaren och

¹ Prop. 2003/04:150, LU 2004/05:04, rskr. 2004/05:160.

den försäkrade vara skyldiga att på försäkringsbolagets begäran lämna upplysningar som kan ha betydelse för frågan om en personförsäkring skall meddelas, utvidgas eller förnyas. Med undantag för de fall där förtigande av någon speciell omständighet skulle utgöra svek eller förfarande i strid mot tro och heder, skall det enligt den nya lagen inte finnas någon skyldighet att lämna uppgifter om sådant som försäkringsbolagen inte frågar om. Nuvarande bestämmelser om försäkringsavtal och den nya försäkringsavtalslagen har redovisats närmare i avsnitt 4.2.

En utgångspunkt för utredningens ställningstaganden är sålunda att ett försäkringsbolag måste kunna ställa som villkor för att meddela försäkring att det får tillgång till uppgifter om den försäkrades hälsa. Bolaget måste också ha rätt att begära tillgång till sådana uppgifter när ett försäkringsfall har inträffat eller vid behov i annat fall under försäkringstiden. Hälsoupplysningarna utgör underlag för bolagets riskbedömning respektive skadebedömning. Upplysningarna används även för kontroll av om oriktiga uppgifter har lämnats.

Utredningens uppdrag är främst att överväga *formerna* för inhämtandet av nämnda uppgifter vid tecknande av försäkring. Med nyteckning jämföras i det följande utvidgning och förnyelse av försäkring om inte annat anges. Som utredningen redan inledningsvis konstaterat får emellertid bruket av fullmakter i samband med reglering av försäkringsfall eller i annat fall under försäkringstiden också anses ingå i uppdraget. Fullmakterna täcker som regel såväl nyteckning som skadereglering och skyddet av den enskildes personliga integritet bör beaktas i båda fallen. Vidare bör ett försäkringsbolag i princip ha tillgång till samma former för inhämtande av information när en försäkring tecknas som vid ett framtida försäkringsfall.

En huvudfråga för utredningen är om det finns skäl att begränsa försäkringsbolagens rätt att utnyttja generella fullmakter från enskilda och vilka begränsningar som i så fall bör gälla. Utredningens överväganden rör i första hand privata

personförsäkringar.² Försäkringsbolagen inhämtar emellertid fullmakter även vid skadereglering enligt vissa privata skadeförsäkringar, bl.a. ansvarsförsäkring och trafikförsäkring. Utredningens överväganden beträffande dessa försäkringar kommer att redovisas för sig.

Nuvarande förfarande

Försäkringsbolag begär regelmässigt in fullmakt från en försäkringssökande (eller annan som skall försäkras) vid tecknande av en individuell personförsäkring som skall hälsoprövas. Detta sker normalt i samband med att sökanden skriver under en hälsodeklaration. Motsvarande gäller vissa typer av grupp-försäkringar och kollektivavtalade försäkringar. Bolagen inhämtar hälsoupplýsningar med stöd av fullmakt främst när sökanden har lämnat uppgifter i sin hälsodeklaration som ger anledning till ytterligare utredning från bolagets sida. I ungefär 20–30 procent av alla ansökningsärenden inhämtas hälsoupplýsningar i form av journalhandlingar inför riskbedömningen. Enligt Försäkringsförbundet begär försäkringsbolagen vanligtvis in journalhandlingar för de senaste fem åren. Läkarförbundet och andra organ med anknytning till hälso- och sjukvården har å sin sida upplyst att försäkringsbolagen normalt inhämtar kompletta journaler utan att ange någon begränsning i tiden.

Som redan nämnts begär försäkringsbolagen också in hälsoupplýsningar med stöd av fullmakt i samband med skadereglering av försäkringar av angivet slag samt vid reglering av personskador enligt vissa skadeförsäkringar. Om inte den försäkrade redan vid teckningstillfället har lämnat en fullmakt som även täcker skadereglering inhämtas en ny fullmakt. Bolagen begär in journaler i betydligt större utsträckning vid skadereglering än vid nyteckning. Som regel inhämtas kompletta journaler.

² Härmed avses – med den terminologi som används i den nya försäkringsavtalslagen – individuell personförsäkring, gruppersonförsäkring och kollektivavtalsgrundad personförsäkring.

En övervägande majoritet av försäkringsbolagen använder s.k. generella fullmakter. De är inte tidsbegränsade och innehåller inte några inskränkningar beträffande vilka sjukvårdsinrättningar eller försäkringsinrättningar bolagen har rätt att vända sig till. Fullmakternas närmare utformning varierar dock mellan olika bolag.

Fullmakterna utnyttjas som framgått främst för att samla in uppgifter om försäkringssökandenas (eller vid försäkringsfall de försäkrades) hälsa direkt från hälso- och sjukvården, men bolagen begär också in sådana uppgifter från Försäkringskassan. Det förekommer vidare att försäkringsbolag med stöd av fullmakt inhämtar uppgifter om sina kunder från andra bolag i branschen samt i enstaka fall även från andra.

Beträffande fullmaktsförfarandet hänvisas i övrigt till den kartläggning som utredningen har redovisat i avsnitt 6.2.

8.1.2 Omfattningen av vad försäkringsbolag med stöd av fullmakt kan hämta in

Utredningens förslag: Försäkringsbolag skall inte få begära fullmakt som innebär att den som skall försäkras enligt en personförsäkring lämnar sitt samtycke till att bolaget inhämtar kompletta patientjournaler. Bolagets behov av information om hälsan hos den som skall försäkras skall tillgodoses genom preciserade frågor som läkare och andra behöriga uppgiftslämnare besvarar genom intyg eller bearbetade journalutdrag. Detsamma gäller vid försäkringsbolagens skadereglering på grund av inträffade försäkringsfall samt när försäkringsbolagen i annat fall begär fullmakt från en enskild.

Motsvarande ordning skall gälla även vid reglering av personskador enligt en skadeförsäkring och oavsett om det är den försäkrade eller tredje man som har skadats.

Utredningens bedömning: Försäkringsbolagen bör regelmässigt betala en avgift för varje förfrågan.

Inledning

En allmänt vedertagen uppfattning är vikten av att skydda den enskildes integritet och förhindra olika former av intrång däri. Någon entydig förklaring till begreppet personlig integritet är emellertid inte möjlig att ge. Ett sätt att beskriva begreppet är att den enskilde skall kunna kontrollera spridningen av uppgifter eller ha en rätt att själv bestämma vilka uppgifter om sig själv som han eller hon vill dela med sig av till andra. Som nyss angetts har försäkringstagaren och den försäkrade enligt den nya försäkringsavtalslagen en skyldighet att lämna upplysningar som har betydelse för frågan om en personförsäkring skall meddelas. Även vid skadereglering förutsätts att den som önskar framställa anspråk mot försäkringsbolaget lägger fram erforderlig utredning. Regleringen kan sägas bygga på en avvägning mellan två motstående intressen, nämligen den enskildes rätt till personlig integritet och försäkringsbolagens behov av information.

I de fall som är av intresse för utredningen har den enskilde lämnat en fullmakt till försäkringsbolaget som innefattar ett samtycke till att bolaget inhämtar information om honom eller henne. Ofta rör det sig om integritetskänsliga uppgifter för vilka sekretess gäller till skydd för den enskilde, främst hälsoupplysningar från hälso- och sjukvården.

Av propositionen till den nya försäkringsavtalslagen framgår att regeringen – i fråga om försäkringstagarens och den försäkrades upplysningsplikt vid tecknande av personförsäkring – utgår från att försäkringsbolagen även fortsättningsvis skall ha möjlighet att införskaffa information inte bara från försäkringstagaren själv utan också från andra samt att det ofta är nödvändigt att försäkringstagaren eller den försäkrade lämnar fullmakt för att försäkringsbolaget skall få erforderligt underlag för sin bedömning. Regeringen framhåller emellertid att hänsyn måste tas till skyddet för den personliga integriteten och att bolagen självklart inte får ställa frågor om sådant som inte kan ha någon betydelse för bedömningen av en försäkringsansökan. Även vid försäkringsfall förutsätts försäkringsbolagen kunna skaffa fram erforderlig utredning med stöd av fullmakt.

Det bör också nämnas att den nya lagen innehåller en särskild bestämmelse om rätten till *individuell personförsäkring*. Ett försäkringsbolag får enligt 11 kap. 1 § första stycket nämnda lag inte vägra någon att teckna sådan personförsäkring som bolaget normalt tillhandahåller allmänheten när det har fått de uppgifter som behövs, om det inte finns särskilda skäl för vägran med hänsyn till risken för framtida försäkringsfall, den avsedda försäkringens art eller någon annan omständighet. Försäkringsbolagen har därmed en skyldighet att, med vissa angivna undantag, meddela en personförsäkring (s.k. *kontraheringsplikt*). Sökanden måste underkasta sig de krav på utredning som försäkringsbolaget begär för att få underlag för sin prövning av ansökan, t.ex. lämna uppgifter om sin hälsa. För att försäkringsbolaget skall kunna kontrollera riktigheten av lämnade uppgifter får det – enligt uttalande i författningskommentaren – också i princip kräva fullmakt av sökanden att inhämta uppgifter från Försäkringskassan, sjukhus och andra. Regeringen påpekar vidare att försäkringsbolaget bara får ställa upp krav av detta slag som är försäkringstekniskt motiverade, och att kraven inte får gå utöver de undersökningar som bolaget brukar göra i liknande situationer. Ett försäkringsbolag kommer således även fortsättningsvis att kunna avslå en försäkringsansökan eller bevilja försäkring mot förhöjd premie eller andra särskilda förbehåll. Detta förutsätter dock att bolaget i det enskilda fallet har klart stöd av en försäkringsteknisk bedömning av hälsotillståndet och den därmed sammanhängande risken för framtida försäkringsfall.

Vid utredningens kontakter med olika organ med anknytning till hälso- och sjukvården har flera risker och olägenheter i anledning av fullmaktsförfarandet särskilt påtalats. Vidare har Riksförsäkringsverket pekat på olägenheter till följd av att försäkringsbolagen med stöd av fullmakt inhämtar uppgifter från Försäkringskassan.

Det finns skäl att ifrågasätta om fullmaktsförfarandet är förenligt med skyddet för den personliga integriteten. Det rör sig dels om risker och olägenheter förenade med försäkringsbolagens tillgång till kompletta patientjournaler, dels om brister i

själva fullmaktsförfarandet. Utredningen återkommer till den senare frågan i avsnitt 8.1.3.

Utredningen vill understryka vikten av att det måste finnas en rimlig balans mellan integritetsaspekterna och försäkringsbolagens möjligheter att inhämta information. Den enskilde har behov av att kunna teckna försäkring och att detta kan ske på någorlunda rimliga villkor samt givetvis också behov av ersättning vid försäkringsfall. Samtidigt har han eller hon behov av skydd för den personliga integriteten. Försäkringsbolagen driver å sin sida en affärsmässig verksamhet och bolagens beslut tar sin utgångspunkt i försäkringstekniska krav och företagsekonomiska kalkyler. För att kunna fatta försäkringstekniskt korrekta beslut i olika försäkringsärenden behöver bolagen bl.a. information om den enskildes hälsa. Bristfälligt bedömningsunderlag drabbar i förlängningen inte bara den enskilde utan också försäkringstagarkollektivet. Den enskildes intresse av att kunna få försäkring och försäkringsersättning måste därför vägas mot det intrång i den personliga integriteten som försäkringsbolagens tillgång till patientjournaler och annan hälsoinformation innebär. Vid en samlad bedömning av de motstridiga intressen som sålunda föreligger finner utredningen att övervägande skäl talar för att försäkringsbolagens rätt att utnyttja fullmakter från enskilda bör begränsas. Fullmakterna bör därför i princip inte innefatta samtycke till att försäkringsbolagen inhämtar mer information om honom eller henne än bolaget behöver för sina försäkringsmässiga bedömningar i det enskilda fallet.

Försäkringsbolagens tillgång till patientjournaler

En patientjournal skall ha det innehåll och den utformning att den kan utgöra underlag för en god och säker vård av patienten. En god hälso- och sjukvård omfattar härvid även insatser inriktade mot att förebygga ohälsa. Vidare kan god vård ibland förutsätta att patienten ses i sitt sociala sammanhang, vilket i sin tur medför att journalanteckningar även kan beröra de

människor som omger patienten. Journalen är först och främst avsedd att vara stöd för den eller de personer som ansvarar för patientens vård. Den utgör arbetsverktyg eller underlag för bedömningen av de åtgärder som kan behöva vidtas av någon som inte har träffat patienten (jfr avsnitt 4.4). Journalerna har sålunda ett helt annat syfte än att tjäna som underlag för försäkringsbolagens försäkringsmedicinska bedömningar.

Som tidigare framgått begär försäkringsbolagen normalt in hela journaler. Hur mycket information bolagen faktiskt får tillgång till kan emellertid variera beroende på vilken läkare (psykolog m.fl.) och vilken vårdinrättning (eller enhet på vårdinrättningen) bolaget vänder sig till.

Enligt vad utredningen erfarit lämnar vissa läkare endast ut journalutdrag eller skriver intyg, medan andra lämnar ut i princip hela den journal som finns tillgänglig på vårdinrättningen. Det synes också förekomma att journalhandlingar endast för ett visst antal år lämnas ut trots att bolagen efterfrågar kompletta journaler samt det motsatta förhållandet, dvs. att bolagen får in kompletta journaler trots att de endast begärt journalhandlingar för en närmare angiven tidsperiod beträffande viss sjukdom. Det förekommer vidare att läkare och andra lämnar ut journaler till försäkringsbolagen med särskilt förbehåll om att uppgifterna inte får lämnas ut till den enskilde. Huruvida handläggningen inom hälso- och sjukvården i alla de fall som nyss berörts står i överensstämmelse med bestämmelserna om handlingsoffentlighet och sekretess kan ifrågasättas. Några enhetliga riktlinjer för hur läkare och andra behöriga uppgiftslämnare bör hantera försäkringsbolagens förfrågningar finns inte.

Enligt uppgift från Landstingsförbundet är hela primärvården och en stor del av sjukhusvården datoriserad. Arbete pågår med att införa olika journalsystem runt om i landet. I t.ex. Norrbottens län finns det ett journalsystem för hela landstinget och i region Västra Götaland är Sahlgrenska universitetssjukhuset och vissa andra vårdinrättningar anslutna till samma journalsystem (jfr avsnitt 7.2). Hur mycket information försäkringsbolagen faktiskt får tillgång till när de begär in patientjournaler beror på

hur långt den vårdinrättning som bolaget vänder sig till har kommit i sin datorisering och på vilken typ av elektroniskt journalsystem som används. Elektroniska journaler i vissa journalsystem tenderar nämligen att bli mer omfattande än motsvarande manuellt förda journaler. Är andra vårdinrättningar anslutna till samma journalsystem ökar den informationsmängd som försäkringsbolagen kan få tillgång till ytterligare.

I sammanhanget bör också noteras att bestämmelserna om bevarandetider i patientjournallagen endast uppställer vissa minimikrav. Det förekommer i rätt stor utsträckning att landsting och kommuner bevarar journaler betydligt längre tid än vad som föreskrivs i lagen. Försäkringsbolagens tillgång till äldre journaluppgifter kan därför skifta mellan olika vårdenheter.

Det kan med fog ifrågasättas om försäkringsbolagen behöver all den information som vanligtvis finns i patientjournalerna. Enligt flera organ som utredningen har varit i kontakt med får försäkringsbolagen genom journalerna tillgång till känslig information i betydligt större utsträckning än vad som rimligen kan vara motiverat för deras försäkringsmässiga bedömningar. Vissa uppgifter i journalerna skulle aldrig ha haft någon betydelse för försäkringsbolagens bedömningar medan andra uppgifter inte längre är relevanta. Informationen kan enligt uppgift gälla såväl den enskilde som hans eller hennes anhöriga. Det bör här påpekas att läkare och andra uppgiftslämnare inom den allmänna hälso- och sjukvården givetvis skall göra en menprövning enligt 7 kap. 1 § sekretesslagen (1980:100) innan uppgifter om anhöriga lämnas ut. Om men föreligger i ett enskilt fall får uppgifterna bara lämnas ut till försäkringsbolaget om den anhörige samtycker härtill. Detsamma torde gälla inom den enskilda hälso- och sjukvården (jfr 2 kap. 8 § första stycket lagen [1998:531] om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område).

Försäkringsbolagens tillgång till sådan s.k. *överskottsinformation* innebär enligt utredningens mening ett omotiverat intrång i den personliga integriteten. I takt med att det sker en övergång till elektroniska journaler som ingår i journalsystem till vilka allt fler vårdinrättningar är anslutna kommer informationsmängden

dessutom att öka. Patientdatautredningen utreder för närvarande bl.a. frågor som rör elektroniska patientjournaler. Utredningen skall enligt sina direktiv analysera förutsättningarna för och nyttan av att skapa en för samtliga vårdgivare sammanhållen elektronisk journal för varje patient på nationell nivå eller landstingsnivå (jfr avsnitt 4.4). Skulle en sådan ordning genomföras framstår det som ett oavvisligt krav att försäkringsbolagens tillgång till patientjournaler begränsas.

Det har även riktats andra invändningar mot att försäkringsbolagen får tillgång till patientjournaler, oavsett om det rör sig om överskottsinformation eller inte.

Läkarförbundet har framhållit att det finns risk att försäkringsbolagen *övertolkar* den *information* som finns i journalerna; antecknade hypoteser blir fakta och så kallade arbetsdiagnoser blir faktiska diagnoser. Även Statens medicinsk-etiska råd och en rad andra organ med anknytning till hälso- och sjukvården har pekat på problem förenade med försäkringsbolagens sätt att värdera den information som bolagen inhämtat från journaler. Risken för att journalanteckningar som förs i hälsoövervakande syfte, främst inom barnhälsovården och skolhälsovården, *övertolkas* har särskilt påtalats från flera håll. Felaktiga tolkningar av informationen i journalerna försämrar i sin tur möjligheterna till försäkring på normala villkor samt också till ersättning vid försäkringsfall.

Från försäkringsbranschens sida har man tillbakavisat dessa farhågor. Det har upplysts att särskilda risk- eller skadebedömare hos bolagen, vanligtvis med sjuksköterskebakgrund, läser och tolkar uppgifterna i journalerna. Vid behov rådfrågas olika specialistläkare som bolagen anlitar. Den slutliga bedömningen står dock risk- respektive skadebedömaren för.

För egen del konstaterar utredningen att det är oklart i vilken utsträckning det faktiskt förekommer att försäkringsbolag tolkar uppgifter i journalerna på ett felaktigt sätt. Olika organ inom hälso- och sjukvården har emellertid gett flera konkreta exempel där försäkringsbolag tycks ha dragit felaktiga slutsatser på grundval av erhållna journalanteckningar. Utredningen noterar

också att det som regel inte förs någon dialog mellan försäkringsbolag och behandlande läkare angående de uppgifter som antecknats i journalerna, vilket skulle ha kunnat minska risken för missförstånd. I sammanhanget kan nämnas att försäkringsbolagens kontraheringsplikt enligt den nya försäkringsavtalslagen kan få betydelse om ett försäkringsbolag på grund av felaktig tolkning av journaluppgifter vägrar någon att teckna en individuell personförsäkring som bolaget normalt tillhandahåller allmänheten. Detsamma gäller om bolaget beaktar journaluppgifter i större utsträckning än som är försäkringstekniskt motiverat. Har bolaget i strid med sin skyldighet helt eller delvis vägrat någon en sådan försäkring skall domstol enligt försäkringsavtalslagen förklara att denne har rätt till försäkring.

Under utredningen har vidare framkommit att läkare och andra som är skyldiga att föra journal överlag är medvetna om att informationen i journalerna kan komma att läggas till grund för försäkringsmässiga bedömningar, vilket har lett till att de generellt sett har blivit mer *restriktiva i sin journalföring*. Risken för att journalanteckningarna blir mindre utförliga har särskilt påpekats; man blir försiktigare, vagare, skriver mindre detaljerat och med fler reservationer samt noterar färre hypoteser. Enligt Läkarförbundet finns det vidare risk för att det förs "dubbeljournal", dvs. inofficiella minnesanteckningar vid sidan om den egentliga journalen eller att alla uppgifter som behövs för att säkerställa god och säker vård inte journalförs.

Vårdförbundet har påpekat att utebliven dokumentation kan leda till att den enskilde yrkesutövaren riskerar disciplinpåföljd vid en eventuell anmälan till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Det kan enligt förbundet också skapa etisk stress i den bemärkelsen att man som yrkesutövare har ett professionellt ansvar att följa det regelverk som finns, men känner att man inte kan göra det eftersom man också vill respektera patientens önskemål och intressen.

Enligt utredningens mening är en utveckling i den riktning som nu har beskrivits oroväckande. Om information som kan vara viktig ur patientsäkerhetssynpunkt inte dokumenteras kan

det leda till att patienten får en sämre vård eller ingen vård alls. Vidare hotas kvalitetssäkringen inom vården.

Under utredningsarbetet har slutligen framkommit att läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal som regel upplever ett *minskat förtroende från allmänhetens sida* till följd av att försäkringsbolagen begär in patientjournaler och annan hälsoinformation. Patienter och – i fråga om barn – vårdnadshavarna vill i större utsträckning själva avgöra vad som skall antecknas i journalerna och ifrågasätter om vissa uppgifter alls skall antecknas. Det förekommer att patienter avstår från att kontakta hälso- och sjukvården, avstår från viss behandling eller blir sparsammare med att lämna upplysningar. Om patienten inte lämnar erforderliga upplysningar blir det också svårare för läkare och viss annan hälso- och sjukvårdspersonal att ge adekvat diagnos och behandling.

Sammantaget anser utredningen att berörda risker och olägenheter talar för att man bör begränsa försäkringsbolagens möjligheter att med stöd av fullmakt begära in kompletta patientjournaler direkt från hälso- och sjukvården. Det starkaste skälet för utredningens ställningstagande är att det intrång i den personliga integriteten som följer av bolagens tillgång till överskottsinformation inte kan accepteras. I sammanhanget bör också beaktas att den som lämnar en fullmakt som regel har svårt att överblicka vilken integritetskänslig information om honom eller henne som ett försäkringsbolag kan få del av genom journalerna.

Hur skall försäkringsbolagen få nödvändig information?

Utredningen anser liksom en rad organ med anknytning till hälso- och sjukvården att ett försäkringsbolag inte längre bör ha rätt att begära fullmakt som innebär att den som skall försäkras eller är försäkrad lämnar sitt samtycke till att bolaget inhämtar *kompletta* patientjournaler. En sådan ordning förutsätter emellertid att försäkringsbolagens behov av information tillgodoses på annat sätt.

Enligt Läkarförbundet bör bolagen vara hänvisade till att ställa preciserade och konkreta frågor som läkare och andra uppgiftslämnare kan besvara genom intyg eller bearbetade journalutdrag. Samtidigt framhålls att ett sådant förfarande kommer att innebära en ökad arbetsbelastning för den som skall besvara försäkringsbolagens frågor. Det ifrågasätts med skäl om det finns resurser för detta inom hälso- och sjukvården.

Även Psykologförbundet anser att försäkringsbolagen bör vara hänvisade till att ställa preciserade frågor som besvaras genom intyg. Enligt förbundet kräver journalutdrag mycket merarbete och det finns risk att hela journalen översänds till försäkringsbolagen.

Försäkringsförbundet har invänt att läkarna enligt försäkringsbranschens uppfattning har för dåliga kunskaper i försäkringsmedicin. Enligt förbundet finns det risk för att alla uppgifter av relevans inte kommer fram i ett intyg (eller journalutdrag). Den behandlande läkaren kan ha svårt att avgöra om andra medicinska tillstånd kan vara av värde för bolagens bedömning. Förbundet anser vidare att det finns risk för att intygen behöver kompletteras och att handläggningen av försäkringsärendena därmed fördröjs. Vid nyteckning tillkommer den komplikationen att bolagen i flera fall saknar tillräckligt underlag för att kunna ställa alla relevanta frågor till läkaren. Försäkringsförbundet har också framhållit att en helhetsbild är viktig bl.a. för försäkringsbolagens sambandsbedömningar och bedömningar av kombinationseffekter vid såväl nyteckning som skadereglering.

Enligt utredningens bedömning får försäkringsbolagen normalt anses ha förutsättningar att vid nyteckning införskaffa nödvändig information om sökandens hälsa utan att ta del av kompletta patientjournaler. Detsamma gäller information om den försäkrades hälsa vid skadereglering.

I samband med *tecknande av försäkring* bör bolagen kunna ställa specifika frågor till läkare och andra med utgångspunkt från de svar sökanden har lämnat i sin hälsodeklaration. Av uppgifterna i hälsodeklarationen borde det normalt stå klart för

försäkringsbolaget vilka hälsotillstånd hos sökanden som kräver mer information. Har sökanden inte lämnat några uppgifter i deklARATIONEN som indikerar att ytterligare underlag för riskbedömningen bör inhämtas avstår bolagen redan i dag från att efterfråga journaler.

I den mån sökandens svar inte ger tillräckligt underlag för att bolagen skall kunna ställa relevanta frågor till läkare m.fl. har bolagen alltid en möjlighet att först ställa kompletterande frågor till sökanden. Försäkringsförbundet har upplyst att vissa försäkringsbolag översänder särskilda blanketter till sökanden när fler detaljer krävs om en specifik åkomma, bl.a. beträffande diabetes och högt blodtryck. Hälsoblanketterna kan också göras mer omfattande än vad som annars är brukligt. Enligt Försäkringsförbundet finns det redan något bolag som ställer mycket detaljerade frågor till sökanden i sina hälsoblanketter och som därefter nöjer sig med att inhämta uppgifter från hälso- och sjukvården beträffande den speciella åkomma som är aktuell för fortsatt utredning. Det ligger i sakens natur att om försäkringsbolagens möjligheter att själva inhämta journaler begränsas så får sökanden istället vara beredd att svara på fler frågor från bolagens sida.

Har ett *försäkringsfall* inträffat råder delvis andra förhållanden. En specifik händelse har då ägt rum; det har t.ex. konstaterats att den försäkrade har drabbats av en viss sjukdom eller skada. Vidare har den försäkrade som regel behandlats av läkare i anledning av sjukdomen eller skadan. I dessa fall begär försäkringsbolagen regelmässigt in läkarintyg från behandlande läkare. Bolagens behov av upplysningar om den aktuella sjukdomen eller skadan får därmed normalt anses vara tillgodosett.

I vissa mer komplicerade försäkringsfall där fråga om t.ex. kausalsamband föreligger har bolagen vanligtvis behov av ytterligare uppgifter om den försäkrades hälsa. Genom de journaler som bolagen begär in vid skadereglering får bolagen kompletterande information om den försäkrades sjukdomshistorik före inträffat försäkringsfall. Enligt utredningens mening bör bolagen dock i de flesta fall kunna ställa preciserade frågor även i denna

del och därmed få tillgång till erforderligt underlag för sina bedömningar. Den läkare som utfärdar intyg bör utan allt för stor arbetsinsats exempelvis kunna bifoga ett bearbetat journalutdrag som innehåller nödvändiga uppgifter om tidigare sjukdomar.

När det gäller försäkringsbolagens behov av att ta del av kompletta patientjournaler för att kontrollera om *oriktiga uppgifter* har lämnats bör följande beaktas. Av tidigare redovisning framgår att försäkringsbolagen begär in journalhandlingar i ungefär 20-30 procent av alla ansökningsärenden där bolagen gör en riskbedömning. I en övervägande andel av alla ärenden som rör tecknande av personförsäkring hämtar bolagen således inte in några journaler. Som regel torde det vara först när ett försäkringsfall har inträffat som bolagen, vid behov, tar del av journalhandlingar för att kontrollera om oriktiga uppgifter lämnats vid försäkringens tecknande. Naturligtvis förekommer det att försäkringsbolag även i annat fall under försäkringstiden får kännedom om att upplysningsplikten kan ha åsidosatts och då har anledning att kontrollera om de uppgifter som lämnats stämmer överens med vad som antecknats i olika journalhandlingar. Det är t.ex. inte ovanligt att oriktigheten av lämnade uppgifter upptäcks i samband med ansökan om premiefrielse.³ Den nya s.k. oantastbarhetsregeln i 12 kap. 4 § andra stycket försäkringsavtalslagen⁴ kan möjligen leda till att bolagen vill kontrollera de uppgifter som lämnas i samband med nyteckning av en livförsäkring för dödsfall på ett tidigare stadium än i dag. Har en sådan försäkring gällt i fem år skall bolagen nämligen bara kunna åberopa oriktiga uppgifter om försäkringstagaren eller den försäkrade har förfarit svikligt eller i strid mot tro och heder. Utredningen anser att en kontroll från bolagens sida i berörda fall normalt bör kunna genomföras med bl.a. bearbetade journalutdrag som underlag. Bolagen bör liksom i andra situa-

³ I prop. 2003/04: 150 s. 271 hänvisas till viss statistik enligt vilken oriktiga uppgifter till förhållandevis stor del – 36 procent – upptäcks mellan två och fem år efter tecknandet (medan 47 procent upptäcks under avtalets första år).

⁴ Jfr avsnitt 4.2.2.

tioner kunna formulera sina frågor på ett sådant sätt att relevant information framgår av utdragen.

Det kan diskuteras om ett försäkringsbolag, som efter den försäkrades död finner att den försäkrade förmodligen har förtigit vissa väsentliga medicinska fakta, bör ha rätt att inhämta kompletta journaler. Enligt utredningens bedömning torde det skisserade frågeförfarandet även i dessa fall tillgodose bolagets behov av uppgifter om den avlidnes tidigare hälsoförhållanden. Något särskilt undantag för dessa fall är därför inte motiverat. Av vad som nyss sagts framgår dessutom att bolagens möjligheter att återropa oriktiga uppgifter kommer att begränsas i fråga om livförsäkringar för dödsfall när den nya försäkringsavtalslagen har trätt i kraft.

Det är givetvis tänkbart att den som söker försäkring har besvarat hälsodeklarationen på sådant sätt att det inte är praktiskt möjligt för bolagen att genom preciserade frågeställningar till läkare och andra behöriga uppgiftslämnare få tillgång till erforderligt beslutsunderlag. Han eller hon kan t.ex. ha kryssat för ett stort antal rutor i deklarationen som ger anledning till omfattande utredning. Även vid försäkringsfall kan det i enstaka fall tänkas uppkomma situationer där försäkringsbolagens informationsbehov inte kan tillgodoses genom ett frågeförfarande. Vid en utredning av komplicerade kausalsamband kan det t.ex. vara svårt för ett försäkringsbolag att på förhand veta vilka frågor som bör ställas. Är tillgången till fullständiga patientjournaler av avgörande betydelse för att försäkring skall kunna beviljas eller att försäkringsersättning skall betalas ut, har sökanden respektive den försäkrade normalt möjlighet att själv lämna över den eller de journaler som bolaget behöver. Det samma bör gälla när ett försäkringsbolag har befogad anledning att anta att oriktiga uppgifter har lämnats vid försäkringens tecknande, t.ex. på grund av upprepade försäkringsfall, och bolaget gör gällande att upplysningsplikten har åsidosatts. Den enskilde måste i dessa fall först vända sig till hälso- och sjukvården för att få ut sina journaler och har då tillfälle att läsa journalhandlingarna och vid behov diskutera innehållet med en

läkare. Den enskilde bör därefter lättare kunna ta ställning till om journaluppgifterna är av sådant slag att integritetsskyddet väger tyngre är möjligheten att teckna försäkring eller möjligheten att utnyttja densamma.

Man kan dock inte bortse från risken att försäkringsbolag även i andra fall kan komma att ställa som krav att den som söker en försäkring, eller vid försäkringsfall den försäkrade, själv vänder sig till hälso- och sjukvården och inhämtar kompletta journaler för försäkringsändamål. Att försäkringsbolag på detta sätt begär tillgång till fullständiga journaler kan vara att betrakta som ett avsiktligt kringgående av den förordade ordningen, men det kan också vara ett naturligt utslag för bolagens försiktighet, främst när det gäller att meddela individuella liv- eller sjukförsäkringar.

Av 1 kap. 1 a § tredje stycket försäkringsrörelselagen framgår att försäkringsbolagen skall iaktta god försäkringsstandard.⁵ Bestämmelsen avser hela den verksamhet som försäkringsbolagen bedriver. Om utredningens förslag genomförs kan det enligt utredningens bedömning inte anses vara förenligt med god försäkringsstandard att försäkringsbolag annat än i ovan angivna undantagsfall begär att enskilda skall ge in kompletta journaler. Finansinspektionen har till uppgift att utöva tillsyn såväl med avseende på att de näringsrättsliga reglerna för försäkringsbolag följs som över att de civilrättsliga bestämmelser som reglerar avtalsförhållandet mellan försäkringsgivare och försäkringstagare följs. Det får förutsättas att Finansinspektionen skulle ingripa om ett försäkringsbolag avsiktligt skulle kringgå en reglering till skydd för försäkringstagarnas integritet. Som ovan nämnts kan det ibland vara svårt att fastslå om bolagets krav snarast motiveras av en osäkerhet ifråga om den enskildes hälsa. Det får ankomma på Finansinspektionen att göra en bedömning av bolagets hantering i det enskilda fallet.

⁵ Med *god försäkringsstandard* avses att verksamheten skall stå i överensstämmelse med en kvalitativ tillfredsställande standard hos en representativ krets av försäkringsgivare. Det förutsätts att den närmare innebörden av begreppet främst fylls ut genom Finansinspektionens tillsynspraxis. Inspektionen har härvid möjlighet att genom allmänna råd ge vägledning för vad som är god försäkringsstandard (prop. 1998/99:87 s. 392 f).

Liksom i dag får försäkringsbolagen inhämta uppgift om behandlande läkare och andra informationskällor från sökanden respektive den försäkrade. Eftersom produktsortimentet skiljer mellan olika bolag och de frågeställningar som kan uppkomma i olika fall också skiftar framstår inte standardiserade frågeformulär som någon framkomlig väg för att förenkla förfarandet. Detta hindrar dock inte att de enskilda bolagen bör kunna ta fram formulär som täcker de vanligaste typsituationerna.

Läkarförbundet har väckt frågan om innehållet i bearbetade journalutdrag som huvudregel bör vara begränsat till journaluppgifter för de senaste fem åren. Enligt förbundet innehåller journalanteckningar och andra journalhandlingar under denna tidsperiod normalt tillräckliga uppgifter även beträffande tidigare sjukdomar av betydelse. För läkare och andra uppgiftslämnare skulle en sådan tidsbegränsning innebära en arbetsbesparing, eftersom de som regel inte skulle behöva gå igenom hela journaler. Av de uppgifter som Försäkringsförbundet har lämnat framgår att det normalt torde vara sjukdomar och andra besvär som den enskilde har haft under de senaste fem åren som är av intresse för försäkringsbolagens riskprovning i samband med tecknande av personförsäkringar. Utredningen anser sig därför kunna förutsätta att bolagen endast ställer frågor som rör den enskildes hälsa under ifrågavarande period. Oavsett om frågorna skall besvaras i ett intyg eller genom framställning av ett bearbetat journalutdrag torde således inte i normalfallet en genomgång av hela journaler krävas. När det gäller skadereglering kan bolagen i vissa fall ha behov av uppgifter om sjukdomar eller skador som har debuterat längre tid tillbaka än fem år för bedömning av t.ex. kausalsamband. Dessa uppgifter måste givetvis lämnas ut. I övrigt torde de frågor som bolagen har anledning att ställa när ett försäkringsfall har inträffat främst gälla den enskildes aktuella hälsotillstånd. Mot bakgrund av det anförda är utredningen inte beredd att förorda en generell begränsning av försäkringsbolagens tillgång till hälsoupplýsningar till att avse endast de fem senaste åren.

En annan fråga som uppkommer är vilka krav som bör ställas på de svar som skall lämnas till bolagen. Läkares och andra uppgiftslämnares kompetens att utfärda intyg och ta fram bearbetade journalutdrag för försäkringsändamål har ifrågasatts. Enligt Försäkringsförbundet har läkare ofta för dåliga kunskaper i försäkringsmedicin, vilket medför att de kan ha svårt att avgöra vilken information i journalerna som är relevant i ett försäkringsärende.

Utredningen anser för egen del att försäkringsbolagen bör kunna formulera frågor till läkare och andra behöriga uppgiftslämnare på ett sådant sätt att dessa har möjlighet att lämna uppgifter om den enskildes hälsa på grundval av sina medicinska kunskaper och med utgångspunkt från vad som framgår av journalhandlingarna. Av Riksförsäkringsverkets skrivelse till utredningen framgår vidare att omfattande utbildningsinsatser görs för att förbättra läkarnas kunskaper i försäkringsmedicin. Även andra grupper inom hälso- och sjukvården är eller kommer att bli föremål för utbildningsinsatser på området.⁶

Det bör enligt utredningens uppfattning vara upp till varje försäkringsbolag att inom ramen för den fullmakt som lämnats välja om uppgifter om den enskildes hälsa skall inhämtas genom ett intyg eller genom ett bearbetat journalutdrag. Det bör dock framhållas att ett bearbetat journalutdrag endast skall innehålla en sammanställning av relevanta journalanteckningar och annan information i journalerna. Några tillägg eller ändringar i de delar som framgår av utdraget får således inte förekomma. Som nämnts i det föregående sker en successiv övergång till elektroniska journaler inom hälso- och sjukvården. Jämfört med manuella journaler torde det i allmänhet vara enklare och mindre tidskrävande att redigera journalanteckningar som förs i elektronisk form. Elektroniska journaler brukar dessutom vara strukturerade så att sökning av relevant information underlättas. Äldre och mindre väl fungerade elektroniska journalsystem kommer sannolikt att bytas ut på sikt.

⁶ Jfr avsnitt 7.6.

Begär försäkringsbolaget in ett intyg förutsätts detta i princip endast innehålla en beskrivning av relevanta sakförhållanden. Efterfrågas medicinska bedömningar av olika slag, t.ex. om vad som orsakat en skada eller om prognos, bör uppgiftslämnaren utfärda ett utlåtande istället.⁷ Även fortsättningsvis ankommer det givetvis på bolagen och inte uppgiftslämnarna att göra erforderliga försäkringsmedicinska bedömningar.

Förfarandet kan som Försäkringsförbundet påtalat leda till att försäkringsbolagens handläggningstider i vissa fall blir längre än om bolagen fick tillgång till kompletta journaler. Enligt utredningens mening får emellertid en viss tidsutdräkt accepteras.

Bör ytterligare begränsningar gälla beträffande journaler som förs inom barnhälsovården och skolhälsovården?

En särskild fråga är om den förordade ordningen även bör gälla journaler som förs i hälsoövervakande syfte. Det kan möjligen ifrågasättas om det ens bör vara tillåtet med bearbetade journalutdrag i dessa fall.

Allmänt sett har hälsovården som ambition och arbetssätt att fånga upp eventuella problem på ett tidigt stadium, och det som är föremål för fortsatt observation under en tid kan i de flesta fall avskrivas i ett senare skede. Journaler förs inom mödrahälsovården, barnhälsovården, skolhälsovården och företagshälsovården.

Barnhälsovårdsjournalen (BHV-journalen) skiljer sig från övriga journaler genom att den har samma utformning i hela landet. Den är också gemensam för olika yrkesgrupper som träffar barnet inom barnhälsovården. Journalen följer barnet när det flyttar inom landet, vilket ger en överblick över barnets situation från dess födelse till dess det börjar i skolan. I BHV-journalen antecknas t.ex. ”normala kriser” och adekvata symtom samt ät- och sömnproblem under barnets första år. Journalen kan även innehålla anteckningar om sjukdom och annat som inte

⁷ Beträffande intyg och utlåtande, se avsnitt 4.4.

är direkt hänförligt till barnhälsovård. BHV-journalen förs – med vårdnadshavarens samtycke – helt eller delvis över till skolhälsovården när barnet skall börja skolan.

I journaler inom skolhälsovården finns uppgifter om hälsokontroller och enkla sjukvårdsinsatser, t.ex. vid olycksfall och akuta insjuknanden. Journalerna kan även innehålla anteckningar om koncentrationssvårigheter, bantning m.m.

Som tidigare framgått har Statens medicinsk-etiska råd och en rad andra organ med anknytning till hälso- och sjukvården särskilt påtalat risken för att journalanteckningar som förs i hälsoövervakande syfte inom barnhälsovården och skolhälsovården övertolkas. Rådet har framhållit att dessa journaler är av friskvårdande och förebyggande karaktär och därför skiljer sig från sjukjournaler. I journalerna antecknas ofta farhågor och försumbara riskfaktorer som lätt kan misstolkas och som senare ofta visar sig sakna betydelse. Vid det samråd som utredningen haft med rådet får rådet närmast anses ha gett uttryck för inställningen att man *helt* bör avskära möjligheten till fullmakter avseende tillgång till journaler förda i hälsoövervakande syfte inom barnhälsovården och skolhälsovården.

I remissyttrande över Kommittén om genetisk integritets betänkande (SOU 2004:20) har barnombudsmannen förklarat att hon stödjer rådets linje. Enligt barnombudsmannen är förtroendet för barn- och skolhälsovården avgörande för barns rätt till bästa uppnåeliga hälsa. Barnhälsovården är brett utbyggd i Sverige och når nästan alla små barn. Den har högt förtroende hos föräldrarna. Barnombudsmannen framhåller att detta förtroendekapital måste vårdas och får inte riskeras genom att journaluppgifter om identifierbara enskilda barn riskerar att användas i andra sammanhang och för andra syften än de ursprungliga. Detsamma gäller skolhälsovården som är mycket viktig för såväl barns fysiska som psykiska hälsa.

Barnläkarföreningen anser att försäkringsbolagen inte bör få tillgång till vare sig kompletta journaler eller bearbetade journalutdrag från barnhälsovården. Enligt föreningen kan försäkringsbolagens bristfälliga hantering av sådana journaluppgifter skada

det förebyggande folkhälsoarbetet på barnvårdscentralerna. Det framhålls att BHV-journalen i huvudsak är ett arbetsdokument för sjuksköterskor och att hälsovård skiljer sig från sjukvård. Till barnhälsovården kommer föräldrar med sina friska barn. Om det i undantagsfall skulle visa sig att ett barn är sjukt dokumenteras de iakttagelser som görs samt vilka beslut som fattas, t.ex. om barnet skall remitteras eller inte. Det görs däremot inte några utredningar. I de enstaka fall en läkare gör en bedömning redovisas denna i journalens löpande text tillsammans med uppgifter om vilka åtgärder som skall vidtas. (Sjuksköterskor ställer inte några diagnoser.) I en BHV-journal kan det t.ex. finnas indikationer på att ett barn saknar vissa färdigheter som kan vara tecken på utvecklingsavvikelse. Vill ett försäkringsbolag få klart för sig om barnet har en sådan avvikelse bör bolaget vända sig till sjukvården. I journalen kan det dock finnas anteckningar om olika bedömningar som gjorts inom sjukvården.

Enligt Skolläkarföreningen är det relativt ovanligt att försäkringsbolag begär in journaler från skolhälsovården. Föreningen motsätter sig dock att det lämnas ut hela journaler, bearbetade journalutdrag eller intyg från skolhälsovården vid tecknande av försäkring. Vid skadereglering har föreningen ingen invändning mot att det lämnas ut journalutdrag eller intyg som rör aktuell skada.

Psykologförbundet har bl.a. anfört att bristande kunskap om åldersrelaterad normalutveckling kan medföra att journalanteckningar som avser att beskriva att barnet utvecklas åldersadekvat tolkas som att barnet har symptom som tyder på sjukdom eller avvikelse.

Ett konkret exempel som belyser de farhågor som har framförts till utredningen behandlades i massmedia hösten 2004.⁸ Enligt tidningsuppgifter vägrades en flicka försäkring på grund av att hon var för tidigt född och hade låg födelsevikt. Hon var fullt frisk och de enda komplikationerna som hade inträffat efter födseln var dålig viktuppgång. Trots att flickan hade fyllt fyra år

⁸ Aftonbladet den 30 oktober 2004.

nekades hon fortfarande försäkring. Det visade sig att försäkringsbolagets läkare hade misstolkat journalanteckningar från barnvårdscentralens treårskontroll. Bolagets läkare hade uppfattat att flickan pratade sluddrigt och var hyperaktiv. Enligt barnvårdscentralen hade man antecknat att flickan pratade något otydligt, vilket är fullt normalt för en treåring. Flickans moder hade dessutom råkat nämna att flickan hade svårt att sitta still. Sedan modern hade protesterat mot avslagsbeslutet gick försäkringsbolaget även igenom journalanteckningar från den s.k. fyraårskontrollen och gjorde därefter en omvärdering av tidigare beslut. Ytterligare exempel har redovisats i kapitel 7.

Vårdförbundet har å sin sida betonat vikten av att samma regler gäller för journaler inom barnhälsovården och skolhälsovården som för andra journaler inom hälso- och sjukvården. Alltför ingripande begränsningar avseende barnhälsovården kan enligt förbundet leda till att det blir svårare att teckna barnförsäkringar. Premierna för försäkringarna kan bli orimligt dyra. Det kan också finnas en risk för att barnförsäkringarna som försäkringsprodukt helt försvinner.

Utredningen konstaterar att all hälsovård har andra uppgifter och ett helt annat syfte än sjukvård. Som framgått är de uppgifter som antecknas i journaler inom barnhälsovården ofta svårtolkade. Även uppgifter i skolhälsovårdsjournaler kan medföra tolkningsproblem. Det sagda torde framförallt gälla överskottsinformation, men kan i och för sig även gälla journalanteckningar som är relevanta för en försäkringsmedicinsk bedömning. Risken att inte få teckna barnförsäkring gör sig särskilt gällande på det här området.

Enligt den i det föregående förordade ordningen skall försäkringsbolagens behov av information tillgodoses genom att läkare och andra behöriga uppgiftslämnare besvarar bolagens frågor genom bearbetade journalutdrag (eller intyg). Bolagen förutsätts härvid endast ställa frågor om sådant som kan ha betydelse för deras försäkringsmässiga bedömningar. Eftersom de journaler som förs inom barnhälsovården och skolhälsovården torde innehålla information av främst friskvårdande karaktär skulle ett

bearbetat journalutdrag i dessa fall normalt endast innehålla få uppgifter om barnets hälsa. Även uppgifter av friskvårdande karaktär, t.ex. om barnets födelsevikt, viktuppgång och utveckling i övrigt, kan emellertid ha försäkringsmässig relevans. Ett försäkringsbolag kan ha behov av sådana uppgifter både för sin riskbedömning och för sin bedömning vid skadereglering. I det senare fallet kan uppgifterna t.ex. vara av betydelse för bedömningen av en symtomklausuls giltighet. Om uppgifterna i utdraget i ett särskilt fall skulle framstå som osäkra, oklara eller tvetydiga torde uppgiftslämnaren ha möjlighet att ge ett förtydligande samtidigt som utdraget översänds till försäkringsbolaget. Utdraget bör självfallet inte innehålla uppgifter om farhågor och riskfaktorer som vid uppgiftslämnandet har visat sig ogrundade.

Såväl införandet av särskilda begränsningar för nu berörda journaler som feltolkningar av informationen i bearbetade journalutdrag kan leda till att barn får svårare att teckna försäkring på normala villkor eller få ersättning vid försäkringsfall. Vid en avvägning mellan dessa motstridiga intressen ser dock utredningen att risken skulle vara större vid en särreglering för denna typ av journaler. En särreglering skulle dessutom få liten praktisk betydelse med hänsyn till att ett utdrag i dessa fall normalt förutsätts innehålla få hälsoupplýsningar. Det finns därför inte tillräckliga skäl att i aktuellt avseende behandla journaler som förs i hälsoövervakande syfte inom barnhälsovården och skolhälsovården, eller inom annan hälsovård, annorlunda än andra journaler.

Till bilden hör också att ett särskiljande av i första hand BHV-journalen dessutom skulle vara förenat med praktiska svårigheter och i vissa fall framstå som mindre konsekvent. Det förekommer såväl att uppgifter om sjukdomar antecknas i en BHV-journal som det omvända förhållandet.

Bör den förordade ordningen även gälla skadeförsäkringar?

Utredningens överväganden har hittills endast gällt privata personförsäkringar. Som framgått förekommer det även att försäkringsbolag inhämtar hälsoupplysningar med stöd av fullmakt vid skadereglering enligt vissa skadeförsäkringar. Det kan exempelvis gälla en personskada som regleras genom trafikförsäkringen, patientförsäkringen eller läkemedelsförsäkringen (jfr avsnitt 3.1). Det kan också gälla en personskada som regleras enligt en reseförsäkring, ansvarsförsäkring eller det s.k. överfallsskyddet som finns i många hem- och villahemförsäkringar. Försäkringsbolagen gör i dessa fall en medicinsk skadebedömning för att bedöma om skadan är ersättningsbar och vilka följder skadan har fått.

Det förekommer att försäkringsbolagen begär in patientjournaler från hälso- och sjukvården som underlag för sina bedömningar. I fråga om trafikskador sker detta i tämligen stor utsträckning. Enligt uppgift från Trafikförsäkringsföreningen begär två representativa bolag som tecknar trafikförsäkring in journaler i ca 60 procent av alla försäkringsfall där en personskada skall regleras. Ett annat bolag nöjer sig med att inhämta journaler i 35 procent av fallen. Trafikförsäkringsföreningen begär för egen del regelmässigt in journaler. Bolagen och föreningen efterfrågar normalt kompletta journaler vid sambandsbedömningar och i övrigt journalutdrag för uppgivna besvär till följd av inträffad skada. Journaler efterfrågas i minst 30 000 ärenden per år.⁹

Utredningen anser att de skäl som anförts till stöd för att begränsa försäkringsbolagens möjligheter att begära in kompletta journaler direkt från hälso- och sjukvården i samband med tecknande och reglering av personförsäkring har samma tyngd vid reglering av personskador enligt en skadeförsäkring. Vidare kan försäkringsersättning i ett enskilt fall komma att betalas ut från flera olika typer av försäkringar för samma personskada. En

⁹ Enligt uppgift efterfrågar fyra representativa försäkringsbolag som tecknar trafikförsäkring tillsammans journaler i drygt 29 000 ärenden per år och Trafikförsäkringsföreningen efterfrågar journaler i ca 1 500 ärenden per år.

person som skadas i en trafikolycka kan t.ex. förutom sjukersättning enligt den allmänna försäkringen få tjänstepension, trafikskadeersättning, ersättning från en grupplivförsäkring och ersättning från en olycksfallsförsäkring på grund av samma skada. Samma förhållande kan gälla vid olycksfall där skadan regleras enligt en ansvarsförsäkring. Beslutsunderlaget bör vara detsamma oavsett vilken försäkring det gäller. Den ordning som har förordats beträffande personförsäkring bör således även gälla när personskador skall regleras enligt en skadeförsäkring.

Konsekvenser för försäkringsbolag och vårdgivare

Ett förfarande i enlighet med vad utredningen skisserat i det föregående ställer större krav på såväl försäkringsbolag som vårdgivare. Det kommer också att vara mer resurskrävande för båda parter.

För försäkringsbolagens del bör emellertid beaktas att visst arbete som främst läkarna kommer att svara för när de besvarar bolagens frågor annars skulle ha fått utföras av bolagens riskbedömare och skadebedömare. De kommer t.ex. inte längre att behöva gå igenom kompletta journaler, som tenderar att bli allt mer omfattande, för att få del av relevant information. Försäkringsbolagens sakkunnigläkare behöver sannolikt inte heller anlitas i samma utsträckning för att tolka otydliga journaluppgifter. Det kan ifrågasättas om förfarandet totalt sett kommer att medföra något merarbete för bolagen.

När försäkringsbolag begär in journaler måste den som skall lämna ut journalen göra en sekretessprövning. Prövningen görs vanligtvis av en läkare på den vårdenhet som bolagen vänder sig till.¹⁰ En läkare skall således under alla förhållanden läsa igenom den journal som efterfrågas och göra en bedömning. Merarbetet kommer främst att bestå av att läkaren till skillnad från i dag inte kan skicka över journalen utan måste skriva ett intyg eller bearbeta befintliga journalanteckningar. Intygsskrivning respek-

¹⁰ Inom barnhälsovården och skolhälsovården är det dock som regel en sjuksköterska som gör sekretessprövningen.

tive sammanställning av journalutdrag kommer att innebära ökad administrativ belastning för vårdgivarna. Resurser kommer att tas i anspråk utan att förfarandet tillför något av värde för den hälso- och sjukvårdande verksamheten. Utredningen har inte kunnat få fram tillräckligt underlag för att göra en beräkning av hur stora kostnader det rör sig om i absoluta tal. Det finns emellertid skäl att utgå från att förfarandet kan komma att leda till en något ökad resursmässig och ekonomisk belastning för hälso- och sjukvården.

En möjlig väg till lösning som utredningen särskilt vill framhålla är att försäkringsbolagen regelmässigt betalar en avgift för varje förfrågan. Om kostnaderna för detta slås ut på hela försäkringstagarkollektivet bör det inte bli fråga om annat än marginella kostnadsökningar för varje enskild försäkringstagare.

Skyldigheten att utfärda intyg (och utlåtande) enligt 10 § patientjournalagen gäller både den som är i allmän tjänst och den som enskilt utövar sitt yrke. Såsom närmare utvecklas i det följande föreslår utredningen att även skyldigheten att ta fram bearbetade journalutdrag skall regleras i samma paragraf. Frågan om ersättning för de intyg som läkare och andra behöriga uppgiftslämnare utfärdar enligt nämnda bestämmelse till bl.a. försäkringsbolag är inte författningsreglerad. För närvarande är det upp till varje vårdgivare att bestämma vad som skall gälla i frågan. Läkare skriver ofta intyg på sin fritid och tar då själv betalt för sitt arbete. Det förekommer också att vårdgivaren tar betalt för de intyg som utfärdas. I vissa fall är intygen avgiftsfria.¹¹ Normalt tas det ut en avgift för journalkopior relaterat till antalet sidor.

Utredningen anser att ett framtida avgiftssystem måste uppfylla vissa grundläggande krav, bl.a. bör det vara förutsebart och rättvist. De avgifter som försäkringsbolagen skall betala bör motsvara den faktiska kostnaden för det arbete som läggs ned

¹¹ Intygsutredningen konstaterade i sitt betänkande om intyg och utlåtanden som utfärdas av hälso- och sjukvårdspersonal i yrkesutövningen att praxis vad avsåg betalning för intyg enligt 10 § patientjournalagen växlade, även om intyg av detta slag oftast torde vara avgiftsfria. Beträffande Intygsutredningens övervägande och förslag i denna del, se SOU 1994:71 s. 164 f.

inom hälso- och sjukvården på att besvara bolagens frågor genom intyg eller bearbetade journalutdrag. Vidare bör avgifterna ligga på samma nivå oavsett om förfrågningarna riktas till den allmänna eller enskilda hälso- och sjukvården. Detta för att bolagen i förväg skall ha kännedom om vad en förfrågning kommer att kosta. Möjligen kan det krävas olika avgiftsnivåer. En särskild fråga är om avgiften skall betalas till vårdgivaren eller till den enskilde läkaren. Om avgifterna betalas till vårdgivaren bör läkare och andra uppgiftslämnare kompenseras genom att berörda verksamheter får ökade resurser.

Utredningen har inom ramen för sitt uppdrag inte möjlighet att lägga fram förslag till hur en finansiering genom avgifter bör vara anordnad eller hur avgiftssystemet närmare bör regleras. Utredningen förordar att frågan blir föremål för ytterligare överväganden.

8.1.3 Fullmakten

Utredningens förslag: En fullmakt för inhämtande av hälso-upplysningar som den enskilde lämnar till ett försäkringsbolag vid tecknande av försäkring skall som huvudregel inte få utnyttjas av bolaget sedan frågan om försäkring skall meddelas eller vägras är avgjord. Om hälsoupplysningar skall inhämtas vid försäkringsfall eller i annat fall under försäkringstiden krävs normalt en ny fullmakt.

Utredningens bedömning: Den enskildes samtycke till att försäkringsbolag inhämtar nödvändiga hälsoupplysningar från tredje man bör vara skriftligt, klart och specificerat samt bygga på tillräcklig information. Fullmakter som används vid tecknande av försäkring respektive skadereglering bör upprättas på särskilda dokument och utformas efter nämnda riktlinjer.

Inledning

Vid tecknande av personförsäkring begär försäkringsbolagen in fullmakt i samband med att sökanden (eller annan som skall försäkras) skriver under en hälsodeklaration. Såväl deklarationen som fullmakten kan ingå som en del av försäkringsansökningen och undertecknas då samtidigt som själva ansökningen. Vissa bolag tillhandahåller istället särskilda hälsodeklarationsblanketter som inkluderar en fullmakt.

En fullmakt som lämnas i samband med tecknande av en försäkring gäller som regel även vid eventuell skadereglering. I annat fall lämnar den försäkrade en fullmakt samtidigt som han eller hon undertecknar en skadeanmälan. Det förekommer också att fullmakt lämnas på en separat handling vid ett senare tillfälle.

Förutom vissa allmänna rekommendationer som Försäkringsförbundet har lämnat finns det inte några branschgemensamma riktlinjer eller mallar för hur fullmakterna bör vara utformade. Av utredningens kartläggning (avsnitt 6.2) framgår att de flesta försäkringsbolag har valt att utforma fullmakterna på ett likartat sätt, men den närmare omfattningen av dessa kan skilja mellan olika bolag. Av de exempel på fullmakter som Försäkringsförbundet har lämnat kan utläsas att de som regel innehåller ett medgivande till att läkare eller annan sjukvårdspersonal, sjukhus – eventuellt med tillägg av BVC¹², skolhälsovården – eller annan sjukvårdsinrättning, Försäkringskassan eller annan försäkringsinrättning får lämna försäkringsbolaget i fråga de upplysningar, journaler, registerhandlingar, intyg m.m. som bolaget anser sig behöva för att handlägga försäkringsärendet (alternativt för att ”handlägga försäkringsansökningen eller för att bedöma skadefall eller försäkringens giltighet i framtiden”).

Vid nyteckning underrättar vissa försäkringsbolag sökanden om att bolaget inhämtar uppgifter med stöd av lämnad fullmakt eller om vilka uppgifter som bolaget därvid får tillgång till, medan andra bolag inte lämnar någon information om detta. Vid avslag på försäkring informeras sökanden om varifrån upp-

¹² Barnvårdscentral.

gifterna som ligger till grund för beslutet hämtats. Gäller det barnförsäkring följer försäkringsbolagen Försäkringsförbundets rekommendationer, dvs. informerar sökanden när bolagen vänder sig till BVC samt ger motiverade besked till sökanden när en ansökan om försäkring avslås eller inte beviljas på normala villkor. I samband med skadereglering informerar försäkringsbolagen vanligtvis den försäkrade om att bolaget avser att inhämta hälsoupplysningar med stöd av fullmakt. Däremot lämnar bolagen normalt inte några upplýsningar om vilka uppgifter som inhämtats.

Flera organ som utredningen har varit i kontakt med har riktat kritik mot försäkringsbolagens förfarande i samband med att bolagen begär in fullmakt, mot fullmakternas utformning samt beträffande bolagens nyttjande av fullmakterna för att inhämta hälsoupplýsningar. Utredningen behandlar frågorna i det följande. Som utgångspunkt gäller härvid att försäkringsbolagen inte längre skall ha rätt att begära fullmakt som innefattar samtycke till att bolagen inhämtar kompletta patientjournaler (jfr avsnitt 8.1.2).

Försäkringsbolagens inhämtande och bruk av fullmakter

Statens medicinsk-etiska råd har framhållit att fullmakten är en obligatorisk del av en ansökan om personförsäkring och har ifrågasatt graden av frivillighet. Såväl rådet som andra organ med anknytning till *hälso- och sjukvården* har också ifrågasatt i vilken utsträckning som samtycket (fullmakten) bygger på klara insikter om dess innebörd och konsekvenser. Det har gjorts gällande att den som skriver under en generell fullmakt i många fall inte inser att han eller hon ger försäkringsbolaget rätt att hämta in i princip all medicinsk information som finns om honom eller henne. I en del fall kanske den enskilde inte ens inser att han eller hon skriver under en fullmakt. Vidare kan det för den enskilde vara svårt att överblicka omfattningen av den integritetskänsliga information som försäkringsbolaget får tillfälle att ta del av genom fullmakten. Landstingsförbundet har

framhållit att försäkringsbolagen begär in fler uppgifter än vad den enskilde har anledning att anta när han eller hon skriver under en generell fullmakt i samband med tecknandet av en försäkring. Från flera håll har det också framförts kritik mot att fullmakterna som regel är obegränsade i tiden. Det har bl.a. ifrågasatts om det är rimligt att försäkringsbolag får tillgång till integritetskänslig information i samband med skadereglering med stöd av en fullmakt som kanske har lämnats 20 år tidigare.

Riksförsäkringsverket har anfört att fullmakten som regel är undertecknad i samband med tecknande av försäkring och i vissa fall långt innan något försäkringsärende har aktualiserats hos *Försäkringskassan*. Den enskilde inser inte vid lämnandet av fullmakten vilka uppgifter bolaget långt senare kan komma att ta del av hos Försäkringskassan. Många förfrågningar är mycket omfattande och bolagen vill ofta ta del av i stort sett allt tillgängligt material om den enskilde. Eftersom Försäkringskassans akter innehåller väldigt många uppgifter som inte bara är av medicinsk utan också social karaktär kan förfarandet enligt Riksförsäkringsverket diskuteras från integritetssynpunkt och etisk synpunkt.

Utredningen instämmer i princip i den kritik som framförts. En grundläggande förutsättning för att den enskildes samtycke skall vara giltigt är att det har lämnats frivilligt. Det har emellertid inte ansetts komma ifråga att annat än i rena undantagsfall fränkänna den enskildes samtycke rättsverkan. Ett samtycke gäller sålunda även om den enskilde endast lämnar detta på grund av att hans eller hennes valmöjligheter är begränsade. Giltigheten påverkas inte heller av om samtycket kan få negativa konsekvenser för den enskilde.

Det ligger i sakens natur att den enskildes möjligheter till försäkring och försäkringsärsättning försämras om han eller hon inte medger att försäkringsbolagen får tillgång till den information som bolagen anser sig behöva från hälso- och sjukvården, Försäkringskassan m.fl. Den enskilde är mer eller mindre tvingad att acceptera det faktum att fullmakten är ett villkor för att få en försäkring eller försäkringsärsättning och möjligheterna för

denne att påverka fullmaktens utformning är små. Det är därför särskilt viktigt att fullmaktsförfarandet och utformningen av fullmakterna så långt möjligt tillgodoser den enskildes intresse av integritet och möjlighet att fullt inse vad samtycket kan medföra för honom eller henne.

När försäkringsbolagen skickar ut en ansökningsblankett eller annan blankett som innehåller en skriftlig fullmakt för undertecknande lämnar de i allmänhet inte någon närmare information om fullmaktens innebörd och konsekvenser. Enligt Försäkringsförbundet är det ovanligt att det förs någon diskussion mellan ett försäkringsbolag och den som skall underteckna en fullmakt i samband med att bolaget begär in fullmakten.

Mot bakgrund av det anförda finns det skäl att anta att den som skriver under en fullmakt i många fall inte inser att han eller hon lämnar sitt samtycke till att försäkringsbolaget får del av integritetskänslig information som annars är sekretessbelagd, eller i vart fall inte i vilken utsträckning bolaget ges möjlighet att begära in sådan information. Enligt utredningens mening bör ett samtycke alltid bygga på tillräcklig information. Försäkringsbolagen bör därför regelmässigt lämna tydliga upplysningar om fullmaktens innebörd och potentiella konsekvenser i anslutning till undertecknandet. För att fästa den enskildes uppmärksamhet på fullmakterna och den information som rör dessa, bör fullmakterna upprättas på särskilda dokument.

Fullmakterna är som regel generellt utformade. Det anges inte annat än i mycket allmänna ordalag vilka upplysningar som får inhämtas och från vem detta får ske. De är inte heller begränsade i tiden. Med en sådan utformning är det i praktiken omöjligt för den enskilde att överblicka den närmare innebörden av sitt samtycke och vilka konsekvenser det kan få.

Utredningen förordar en ordning som innebär att försäkringsbolagen inhämtar begränsade upplysningar i första omgången och att det bara inhämtas ytterligare upplysningar om de första svaren föranleder det. Ett samtycke bör därmed ges begränsad räckvidd första gången fullmakt lämnas.

Vid *tecknande av försäkring* bör fullmakten normalt vara begränsad till inhämtande av hälsoupplýsningar från de läkare, psykologer m.fl. och de platser för vård och behandling som sökanden (eller annan som skall försäkras) har uppgett i sin ansökan eller hälsodeklaration samt från Försäkringskassan. Upplýsningar bör också kunna inhämtas från andra försäkringsbolag, t.ex. bolag där sökanden tidigare har fått avslag på sin försäkringsansökning. Fullmakten bör endast innefatta samtycke till att bolagen inhämtar nödvändig information. Det bör således inte annat än undantagsvis vara möjligt för ett bolag att med stöd av fullmakt begära in uppgifter av social karaktär från t.ex. Försäkringskassan.

Vidare bör bolagens rätt att använda en fullmakt som regel vara begränsad i tiden på så sätt att den endast får utnyttjas för handläggningen av försäkringsansökningen. En fullmakt som den enskilde lämnar vid tecknande av försäkring får därmed inte utnyttjas sedan frågan om försäkring skall meddelas eller vägras är avgjord. Motsvarande gäller då fullmakt lämnas i samband med utvidgning och förnyelse av försäkring samt vid fortsatt försäkring (jfr 12 kap. 3 § andra stycket i den nya försäkringsavtalslagen). Om sekretessbelagda hälsoupplýsningar skall inhämtas från tredje man vid försäkringsfall krävs en ny fullmakt. Utredningen ser dock inte något hinder mot att sökanden vid tecknande av försäkring i nedan angivna undantagsfall lämnar sitt samtycke till att bolaget hämtar in upplýsningar inför behandlingen av ersättningskrav. För att det skall vara möjligt och enkelt för bolaget att fritt få tillgång till upplýsningar som omfattas av sekretess, bör det inte krävas en ny fullmakt om den försäkrade har avlidit eller inte kan lämna sitt samtycke på grund av medvetlöshet eller liknande när ett försäkringsfall skall regleras.

Enligt utredningens uppfattning bör en fullmakt som utformas efter dessa riktlinjer räcka för att de flesta ansökningar skall kunna slutbehandlas. I de fall försäkringsbolagen anser att det är nödvändigt får de återkomma med en begäran om

samtycke att inhämta ytterligare specificerade upplysningar. Samtycket bör då lämnas i en ny skriftlig fullmakt.

Inträffar ett *försäkringsfall* måste som nyss angetts ett försäkringsbolag begära in en ny fullmakt om det behöver inhämta hälsoupplýsningar från läkare och andra för sin skadebedömning eller för bedömning av försäkringens giltighet i framtiden.

En fullmakt som lämnas vid skadereglering bör liksom förut berörda fullmakter endast innefatta samtycke till att bolagen inhämtar nödvändig information, t.ex. genom läkarintyg, bearbetade journalutdrag och relevanta uppgifter från Försäkringskassan. Försäkringsbolaget bör specificera från vilken tidpunkt upplysningarna anses nödvändiga. Det bör endast i undantagsfall bli aktuellt för bolagen att begära in ytterligare fullmakt. Fullmakter som enskilda lämnar vid försäkringsfall bör inte få utnyttjas av försäkringsbolagen efter det att frågan om skadereglering är avgjord.

Försäkringsbolagen kan också komma att begära in fullmakter i annat fall *under försäkringstiden*. Ett försäkringsbolag kan i ett enskilt ärende t.ex. ha befogad anledning att inhämta hälsoupplýsningar innan försäkringsfall har inträffat för att kontrollera om den försäkrade har lämnat oriktiga uppgifter. Eventuell fullmakt som lämnades vid tecknandet av försäkringen får enligt utredningens förslag inte utnyttjas när försäkringen väl har beviljats. Rätten att utnyttja en fullmakt av nyss nämnt slag bör förfalla när frågan om upplysningsplikten har åsidosatts är avgjord.

Utredningen föreslår sammanfattningsvis att försäkringsbolagens rätt att utnyttja fullmakterna begränsas i tiden. Vidare bör ett samtycke till att försäkringsbolag inhämtar nödvändiga hälsoupplýsningar vara skriftligt, klart och specificerat samt bygga på tillräcklig information. Försäkringsbolagen bör utforma fullmakterna efter dessa riktlinjer. Liksom i Norge bör bolagen ha möjlighet att ta fram branschgemensamma mallar för fullmakt vid tecknande av försäkring respektive skadereglering (jfr avsnitt 5.1).

Eftersom utredningens förslag innebär att bolagens möjligheter att utnyttja tidsobegränsade fullmakter inskränks, finns det inte skäl att ålägga försäkringsbolagen någon informations-skyldighet i samband med att fullmakten används för att inhämta hälsoupplysningar.

8.1.4 Utredningens förslag till reglering

Utredningens förslag: Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer bemyndigas enligt en bestämmelse i försäkringsrörelselagen att meddela föreskrifter om fullmaktsförfarande vid försäkringsbolags hantering av försäkringar till enskilda. Motsvarande reglering skall också gälla i fråga om andra företag som meddelar försäkring, t.ex. understödsföreningar.

I förordningen skall regleras att försäkringsföretag inte får begära fullmakt som innebär att en enskild lämnar sitt samtycke till att företaget inhämtar kompletta patientjournaler. Begränsningar av försäkringsföretags rätt att utnyttja en fullmakt i tiden skall också regleras i förordningen. Finansinspektionen får enligt förordningen meddela närmare föreskrifter om fullmakternas utformning och fullmaktsförfarandet i övrigt.

Skyldigheten för läkare och andra uppgiftslämnare inom hälso- och sjukvården att utfärda bearbetade journalutdrag skall regleras i patientjournallagen.

Vilken lagteknisk lösning bör väljas?

Utredningen har i det föregående förordat att det skall vara förbjudet för försäkringsbolag att vid nyteckning, utvidgning eller förnyelse av personförsäkring samt vid skadereglering enligt en sådan försäkring, begära fullmakt som innebär att en enskild lämnar sitt samtycke till att bolaget inhämtar kompletta patientjournaler. Detsamma föreslås gälla även när bolagen i annat fall

begär fullmakt under försäkringstiden samt vid reglering av personskador enligt en skadeförsäkring. Utredningen har också lämnat förslag som innebär att försäkringsbolagens rätt att utnyttja en fullmakt för inhämtande av hälsoupplýsningar i berörda fall skall vara begränsad i tiden. Härutöver har utredningen lämnat vissa rekommendationer som rör fullmakternas utformning och fullmaktsförfarandet som sådant.

När det gäller valet och utformningen av en författningsreglering i ämnet konstaterar utredningen att det har framförts skilda synpunkter på vilken lagteknisk lösning som bör väljas. Svaret är inte givet och någon idealisk lösning är svår att finna.

Enligt 8 kap. regeringsformen (RF) är normgivningsmakten fördelad mellan riksdagen och regeringen. RF medger dock att normgivningskompetensen i viss utsträckning delegeras till en myndighet. Till det primära lagområdet hör bl.a. den civilrättsliga lagstiftningen (8 kap. 2 § RF) och sådana offentlig-rättsliga föreskrifter som är betungande för enskilda (8 kap. 3 § RF). Riksdagen kan i lag bemyndiga regeringen att meddela offentligrättsliga föreskrifter av nyss nämnt slag bl.a. beträffande näringsverksamhet (8 kap. 7 § första stycket 3 RF). I samband med att riksdagen bemyndigar regeringen att meddela föreskrifter i ett ämne, kan riksdagen medge att regeringen i sin tur överlåter hela eller delar av normgivningskompetensen vidare till en förvaltningsmyndighet (eller kommuner), s.k. subdelegering (8 kap. 11 § RF). På det civilrättsliga området kan delegering i princip inte komma ifråga.

Det av utredningen föreslagna förbudet för försäkringsbolag att begära fullmakter som innefattar samtycke att inhämta kompletta patientjournaler har nära samband med den civilrättsliga regleringen om försäkringsavtal. Utredningens förslag kan sägas ha bäring på avtalsförhållandet genom att försäkringsbolagens möjligheter att inhämta hälsoupplýsningar med stöd av fullmakt regleras. Förslaget innebär alltså snarast en reglering av vilka villkor som bolagen får ställa upp. Däremot påverkas inte avtalsförhållandet som sådant. Enligt utredningens bedömning har en reglering i ämnet därför övervägande näringsrättslig

karaktär. Förbudet att begära fullmakt av nämnt slag innebär en inskränkning i försäkringsbolagens handlingsfrihet. I förlängningen kan förbudet påverka bolagens produktutformning och försäkringsmässiga bedömningar. Vidare kan det påverka bolagens näringsverksamhet genom att de i en del fall får ett mindre omfattande underlag för sina bedömningar, vilket i sin tur kan medföra risk för att premierna höjs. Vid tillämpning av nyss berörda bestämmelser i 8 kap. RF torde det således vara fråga om en betungande offentlighetsrättslig reglering.

Man skulle likväl kunna argumentera för en lösning som innebär att förbudet förs in i den lag som reglerar försäkringsavtalet (den nya försäkringsavtalslagen). Lagen innehåller redan viss reglering av näringsrättslig karaktär, t.ex. bestämmelserna om information. Övriga bestämmelser om fullmakter skulle då ges i en förordning. Mot detta kan invändas att det inte finns någon lämplig civilrättslig sanktion som kan tillgripas mot det försäkringsbolag som inte iakttar förbudet. Rent lagtekniskt är det inte heller en lyckad lösning. Bland annat medför konstruktionen av den nya försäkringsavtalslagen att det skulle krävas ändringar i flera kapitel.

Som utredningen utvecklat i det föregående kan det som regel inte anses vara förenligt med god försäkringsstandard att ett försäkringsbolag kringgår förbudet genom att istället begära att den enskilde ger in kompletta journaler i ett försäkringsärende. Försäkringsbolagens skyldighet att driva sin verksamhet enligt god försäkringsstandard regleras i 1 kap. 1 a § tredje stycket försäkringsrörelselagen. Bestämmelsen avser hela den verksamhet som försäkringsbolagen bedriver, även om den i första hand tar sikte på rutiner hos bolagen som hör samman med själva försäkringsrörelsen.

Det ankommer på Finansinspektionen att utöva tillsyn över att verksamheten i ett försäkringsbolag bedrivs i enlighet med god försäkringsstandard (jfr 19 kap. 1 § första stycket försäkringsrörelselagen). Det får såsom tidigare angetts förutsättas att Finansinspektionen skulle ingripa om ett försäkringsbolag avsiktligt skulle kringgå en reglering till skydd för försäkrings-

tagarnas integritet. Finansinspektionen skulle sannolikt också ingripa om försäkringsbolagen inte skulle iaktta ett sådant förbud vid utformningen av fullmakter i ansökningshandlingar och hälsodeklarationsblanketter. Utredningen återkommer strax till Finansinspektionens faktiska möjligheter att utöva tillsyn i dessa fall. Det torde under alla förhållanden inte finnas någon annan lämplig sanktion för den händelse ett bolag bryter mot eller kringgår förbudet.

Med hänsyn till det sagda anser utredningen att övervägande skäl talar för att det föreslagna förbudet kopplas till regleringen i försäkringsrörelselagen. Det framstår dock inte som nödvändigt att frågan regleras i lag, utan det bör vara tillräckligt att ett bemyndigande för regeringen att meddela föreskrifter i ämnet ges i 1 kap. 1 a § fjärde stycket försäkringsrörelselagen. Eftersom försäkringsrörelseförordningen behandlar helt andra frågor än de nu aktuella anser utredningen att förbudet bör regleras i en ny förordning om begränsat utnyttjande av fullmakter på försäkringsområdet. Frågan om begränsningar av försäkringsbolagens rätt att utnyttja en fullmakt i tiden bör också regleras i den särskilda förordningen.

Det kan tilläggas att utredningen har övervägt en lagteknisk lösning som innebär att berörda frågor istället regleras i en särskild lag. Något bemyndigande i försäkringsrörelselagen behövs då inte. Förutom att man bör iaktta en allmän försiktighet med att föreslå nya lagar skulle en sådan lösning enligt utredningens mening dock vara mindre lämplig ur överskådlighetssynpunkt. Vidare är en koppling till Finansinspektionens tillsyn under alla förhållanden nödvändig. Den lösning som utredningen har valt utgör givetvis inget hinder för att ärendet i sin helhet redovisas för riksdagen.

Finansinspektionens tillsyn

När det gäller Finansinspektionens faktiska möjligheter att utöva tillsyn om berörda reglering införs har inspektionen bl.a. upplyst följande. Finansinspektionens tillsyn kan t.ex. aktualiseras

genom påpekanden från Konsumenternas försäkringsbyrå. Inspektionen kan också på eget initiativ genomföra systematiska granskningar. Eftersom försäkringsbolagen har en rapporterings-skyldighet gentemot inspektionen kan denna t.ex. begära in information om hur respektive försäkringsbolag har utformat fullmakter eller försäkringsvillkor. Finansinspektionen har vidare rätt att tillgripa vissa sanktioner inom ramen för sin tillsyn (jfr 19 kap. 11 § försäkringsrörelselagen). Den sanktion som ligger närmast tillhands vid en överträdelse av den föreslagna regleringen torde enligt Finansinspektionen vara anmärkning med eller utan straffavgift. En annan möjlighet är att inspektionen utfärdar vitesföreläggande.

Om Finansinspektionen skall ha ett tillsynsansvar enligt ovan bör inspektionen också ha möjlighet att vid behov meddela närmare föreskrifter om fullmakternas utformning och fullmaktsförfarandet i övrigt. Som närmare utvecklats i avsnitt 8.1.3 anser utredningen att försäkringskundernas samtycke till att försäkringsbolag inhämtar nödvändiga hälsoupplýsningar från tredje man bör vara skriftligt, klart, specificerat och bygga på tillräcklig information samt att fullmakterna utformas efter dessa riktlinjer. Vidare bör fullmakterna upprättas på särskilda dokument. Utredningen föreslår att det införs en bestämmelse i den särskilda förordningen som ger inspektionen befogenhet att meddela närmare föreskrifter i ämnet.

Bör motsvarande reglering även gälla i fråga om andra försäkringsföretag?

Försäkringsverksamhet kan bedrivas inte bara av försäkringsbolag utan också av andra försäkringsföretag. En speciell typ av försäkringsverksamhet bedrivs av understödsföreningar. En understödsförening är en förening för inbördes bistånd som har till ändamål att, utan affärsmässigt drivande av försäkringsrörelse, meddela annan personförsäkring än arbetslöshetsförsäkring. Föreningarna skall som huvudregel vara slutna i den bemärkelsen att de huvudsakligen är avsedda för anställda i ett

visst eller vissa företag, personer tillhörande en viss yrkesgrupp eller liknande. Deras verksamhet regleras av lagen (1972:262) om understödsföreningar. Av lagen framgår att understödsföreningarna står under Finansinspektionens tillsyn. Även bestämmelserna i den nya försäkringsavtalslagen är tillämpliga på sådana föreningar (1 kap. 4 § sista stycket nämnda lag).

Det får förutsättas att understödsföreningar i viss utsträckning utnyttjar fullmakter för att inhämta hälsoupplýsningar om enskilda. Den ordning som i det föregående förordats för försäkringsbolag bör därför också gälla för understödsföreningar. Utredningen föreslår att regeringen eller efter regeringens bemyndigande Finansinspektionen enligt en ny bestämmelse i lagen om understödsföreningar får meddela föreskrifter om fullmaktsförfarande vid understödsförenings hantering av försäkringar till enskilda. Förordningen om begränsat utnyttjande av fullmakter på försäkringsområdet bör med beaktande härav gälla för såväl försäkringsbolag som andra företag som meddelar försäkring, t.ex. understödsföreningar.

Reglering avseende bearbetade journalutdrag

Om berörda förbud för försäkringsbolag och andra försäkringsföretag att begära fullmakt som innebär att den enskilde lämnar sitt samtycke till att försäkringsföretaget inhämtar kompletta patientjournaler införs, måste försäkringsföretagens behov av hälsoupplýsningar tillgodoses på annat sätt. Som utgångspunkt gäller att behovet skall tillgodoses genom att läkare och andra behöriga uppgiftslämnare inom hälso- och sjukvården besvarar preciserade frågor från försäkringsföretagen genom intyg eller bearbetade journalutdrag. Utredningen föreslår att skyldigheten för läkare och andra uppgiftslämnare att utfärda bearbetade journalutdrag regleras i patientjournalagen. I övrigt hänvisas till författningskommentaren i denna del.

8.2 Bör tystnadsplikten inom det enskilda försäkringsväsendet författningsregleras?

8.2.1 Frågans tidigare behandling

Tystnadsplikt hos försäkringsbolag

I svensk rätt är begreppet *sekretess* främst knutet till reglerna om allmänna handlingars offentlighet i tryckfrihetsförordningen. Sekretesslagen (1980:100) behandlar såväl förbud mot att lämna ut allmänna handlingar som tystnadsplikt i det allmännas verksamhet. Sekretess enligt lagen innebär att förbud råder att röja en uppgift vare sig det sker muntligen eller genom att en handling lämnas ut eller på annat sätt. Regleringen om handlingsoffentlighet saknar motsvarighet på det privata området, däremot finns det särskilda bestämmelser om tystnadsplikt inom flera olika verksamhetsområden. Det är således något oegentligt att tala om sekretess inom enskild verksamhet. Likväl används begreppet sekretess ofta synonymt med tystnadsplikt.

På försäkringsområdet finns det inte någon regel om allmän tystnadsplikt till skillnad från vad som länge gällt på bankområdet.¹³ Försäkringsrörelselagen innehåller däremot en speciell bestämmelse om tystnadsplikt. Enligt 7 kap. 20 § nämnda lag får en personuppgift som anger att en försäkringstagare har vidtagit dispositioner beträffande i framtiden utfallande försäkringsbelopp till förmån för någon annan och som behandlas enligt personuppgiftslagen (1998:204) inte lämnas ut till förmånstagaren.

Det finns inte heller några branschgemensamma riktlinjer för hur journaluppgifter och annan hälsoinformation skall skyddas. Försäkringsbolagen iakttar dock frivilligt en strikt tystnadsplikt och behandlar införskaffade uppgifter konfidentiellt. En allmän princip för informationsflödet inom försäkringsbranschen är att endast sådan information skall föras vidare som erfordras för handläggningen av ärenden eller i övrigt för verksamhetens

¹³ I 1 kap. 10 § lagen (2004:297) om bank- och finansieringsrörelse föreskrivs bl.a. att enskildas förhållanden till kreditinstitut inte obehörigen får röjas.

rationella bedrivande. I avsnitt 6.3 finns en beskrivning av hur hälsoinformationen brukar skyddas hos bolagen.

Frågan om tystnadsplikten inom det enskilda försäkringsväsendet bör författningsregleras har debatterats i olika sammanhang. Bland annat har Försäkringsverksamhetskommittén och Kommittén om genetisk integritet lämnat förslag till en sådan reglering.

Försäkringsverksamhetskommitténs förslag

I betänkandet *Försäkringsväsendet i framtiden* (SOU 1987:58) föreslog Försäkringsverksamhetskommittén en bestämmelse om försäkringssekretess (dvs. tystnadsplikt) i försäkringsrörelselagen.

Kommittén angav bl.a. följande skäl för en sekretessbestämmelse.¹⁴ Om lagstiftaren uttryckligen skulle slå fast en allmän sekretess inom det enskilda försäkringsväsendet, skulle detta enligt kommittén klargöra för allmänheten och försäkringskunderna att försäkringsbolagen, liksom bankerna, har en tystnadsplikt. Förtroendet för det enskilda försäkringsväsendet skulle härigenom kunna stärkas och diskussioner om själva förekomsten och omfattningen av den s.k. oreglerade försäkringssekretessen skulle kunna upphöra.

Kommittén anförde vidare att en lagfäst sekretess på försäkringsområdet skulle kunna underlätta arbetet för tjänstemännen i bolagen inte bara genom att förtroendet för försäkringsväsendet skulle stärkas utan också genom att det skulle bli lättare att neka att besvara förfrågningar från obehöriga – enskilda eller myndigheter. Försäkringsbolagens verksamhet skulle också kunna underlättas genom att praxis beträffande försäkringsbolags rätt att utlämna uppgifter kunde komma att bli klarare om försäkringssekretessen lagfästes, bl.a. genom ingripanden från Försäkringsinspektionen (numera Finansinspek-

¹⁴ SOU 1987:58 s. 381.

tionen) i konkreta fall, genom uttalanden från inspektionens sida och genom en analog tillämpning av banksekretessen.

Enligt kommittén skulle ett lagfästade av försäkringssekretessen slutligen medföra att sanktionerna för brott mot tystnadsplikten inte kom att enbart avse skadeståndsskyldighet. Inspektionen skulle nämligen om försäkringssekretessen var lagfäst, kunna ingripa i konkreta fall mot bolag som inte iakttog tystnadsplikten. Kommittén tillade att det också skulle bli helt klarlagt att sanktioner för brott mot tystnadsplikten kunde komma i fråga även om det begåtts av tjänstemän sedan de slutat sin anställning.

Försäkringsverksamhetskommitténs förslag ledde inte till någon lagstiftning.

Förslag av Kommittén om genetisk integritet

Kommittén om genetisk integritet konstaterar i sitt betänkande *Genetik, integritet och etik* (SOU 2004:20)¹⁵ att det inte finns någon regel om sekretess på försäkringsområdet. Enligt kommittén är detta anmärkningsvärt, eftersom försäkringsbolagen hanterar synnerligen integritetskänslig information. Allmänhetens förtroende för det enskilda försäkringsväsendet framhålls särskilt som ett av flera skäl för en sådan reglering. Även i övrigt gör kommittén samma bedömning som Försäkringsverksamhetskommittén tidigare hade gjort.

Kommittén om genetisk integritet föreslår, liksom föregående kommitté, att det införs en sekretessbestämmelse i försäkringsrörelselagen som innebär att enskildas förhållanden till försäkringsbolag inte obehörigen får röjas. I det allmännas verksamhet skall istället bestämmelserna i sekretesslagen tillämpas. Härav följer att de som för det allmännas räkning utövar tillsyn över försäkringsbolagen, nämligen Finansinspektionens ledamöter och befattningshavare, inte inordnas under försäkringssekretessen utan är underkastade regleringen i sekretesslagen.

¹⁵ SOU 2004:20 s. 208 f och 367 f.

Nuvarande specialreglering i 7 kap. 20 § försäkringsrörelselagen om förbud att lämna ut personuppgifter rörande förmånstagareförordnanden o.d. som behandlats enligt personuppgiftslagen utgår enligt förslaget, liksom föreskriften om straffansvar för brott mot detta förbud.

Kommittén konstaterar i betänkandet att ett försäkringsbolag som bryter mot försäkringssekretessen kan förpliktas att utge skadestånd samt att Finansinspektionen bör kunna ingripa i ett sådant fall med stöd av 19 kap. 11 § försäkringsrörelselagen. Kommittén anser däremot inte att brott mot försäkringssekretessen skall vara straffbart. Mot bakgrund härav föreslår kommittén att försäkringsrörelselagen kompletteras med en erinran om att försäkringssekretessen inte kan medföra ansvar enligt 20 kap. 3 § brottsbalken.¹⁶

Beredning inom Regeringskansliet

Sistnämnda betänkande har remissbehandlats. Förslaget om försäkringssekretess har fått ett positivt bemötande eller lämnats utan erinran av remissinstanserna. Av remissvaren framgår bl.a. följande.

Statens Beredning för medicinsk utvärdering (SBU) tillstyrker införandet av en sekretessbestämmelse i försäkringsrörelselagen som innebär att enskildas förhållande till försäkringsbolagen inte obehörigen får röjas. Enligt SBU har detta missförhållande – skillnaden mellan journalsekretessen i sjukvården och frånvaron av sekretess inom försäkringsbranschen – i många år påpekats av ansvariga läkare.

Sveriges advokatsamfund har ingen erinran i sak mot förslaget om försäkringssekretess i försäkringsrörelselagen. Advokatsamfundet ställer sig dock frågande till utformningen av förslaget till undantag från ansvar enligt 20 kap. 3 § brottsbalken, vilket innebär att undantag från straffansvar även görs för sekretessbrott i det allmännas verksamhet. Advokatsamfundet

¹⁶ Jfr kommitténs förslag till lag om ändring i 7 kap. 20 § och 21 kap. 1 § försäkringsrörelselagen (SOU 2004:20 s. 51 f).

anser även att det bör övervägas om inte sekretess rörande genetisk information skall vara straffsanktionerad med tanke på informationens känsliga natur och som en konsekvens av att efterforskning och användning av sådan information är generellt förbjuden.

Enligt uppgift från Socialdepartementet kommer frågan om tystnadsplikt inom det enskilda försäkringsväsendet att behandlas tillsammans med övriga frågor som Kommittén om genetisk integritet har väckt i sitt betänkande.¹⁷

8.2.2 Utredningens bedömning

Utredningens bedömning: Tystnadsplikten inom det enskilda försäkringsväsendet bör författningsregleras. Utredningen ansluter sig till det författningsförslag som Kommittén om genetisk integritet har lagt fram.

Av redovisningen i det föregående framgår att försäkringsbolagen i sin verksamhet får del av ett mycket stort antal uppgifter rörande enskilda personers hälsotillstånd, familjeförhållanden och andra förhållanden av personlig natur. En del uppgifter är till sin karaktär ytterst integritetskänsliga. I avsnitt 8.1 har utredningen föreslagit vissa begränsningar avseende försäkringsbolagens möjligheter till generella fullmakter. Framförallt förbudet för försäkringsbolag att begära fullmakt som ger bolagen rätt att inhämta kompletta patientjournaler torde, om förslaget genomförs, bidra till att bolagen inte får del av överskottsinformation om enskilda i samma utsträckning som i dag. Integritetskänsliga uppgifter om enskilda personer kommer emellertid alltså att lämnas till försäkringsbolag i betydande utsträckning.

Inom den allmänna hälso- och sjukvården gäller sekretess till skydd för uppgift om enskilds hälsotillstånd och andra personliga förhållanden om det inte står klart att uppgiften kan röjas

¹⁷ Jfr avsnitt 4.8.

utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men. Motsvarande reglering gäller inom den enskilda hälso- och sjukvården. Även hos Försäkringskassan gäller sekretess. När integritetskänsliga uppgifter lämnas ut till ett försäkringsbolag med den enskildes samtycke, har denne ett legitimt intresse av uppgifterna inte kommer till obehörigas kännedom. Enligt vad utredningen har erfarit betraktar försäkringsbolagen inkomna uppgifter som strängt konfidentiella och iakttar utan direkt stöd av lag en strikt tystnadsplikt. Vissa bolag har frivilligt åtagit sig att följa regleringen om tystnadsplikt inom bankväsendet och övriga bolag har motsvarande interna regler om tystnadsplikt. Bolagen kräver normalt att samtliga anställda och konsulter undertecknar en särskild sekretessförbindelse. Under utredningen har inte framkommit något som tyder på att de uppgifter som lämnas till försäkringsbolagen sprids till obehöriga.

Trots att några allmänna missförhållanden sålunda inte torde föreligga, råder det stor enighet om att tystnadsplikten inom det enskilda försäkringsväsendet bör författningsregleras. Från hälso- och sjukvårdens sida har man framhållit vikten av att det införs bestämmelser om tystnadsplikt på försäkringsområdet bl.a. för att upprätthålla allmänhetens samt hälso- och sjukvårdspersonalens förtroende för försäkringsbolagen. Även Riksförsäkringsverket och Finansinspektionen har förordat en lagreglering av försäkringsbolagens tystnadsplikt, något som också försäkringsbranschen och Försäkringsförbundet är positiva till. Som framgått har det förslag som Kommittén om genetisk integritet har lagt fram i ämnet också fått ett positivt bemötande av remissinstanserna.

Utredningen anser att det är av största vikt att det inte råder någon tvekan om att skyddet för uppgifter om enskildas hälsotillstånd och andra personliga förhållanden kvarstår när de har lämnats till ett försäkringsbolag. Ett klargörande i lag av att försäkringsbolagen har tystnadsplikt skulle enligt utredningens uppfattning bidra till att såväl hälso- och sjukvårdspersonalens som en beredare allmänhets förtroende för det enskilda försäkringsväsendet stärks. Det sagda bör också stärka de enskilda

försäkringskundernas förtroende för försäkringsbolagen. Inte minst ur försäkringsbolagens synvinkel bör det vara betydelsefullt att kunderna verkligen litar på bolagens behandling av inhämtade uppgifter. Härmed underlättas bl.a. försäkringsbolagens möjligheter att införskaffa nödvändig information.

Även andra skäl talar för att försäkringsbolagens tystnadsplikt bör lagregleras. Som tidigare kommittéer konstaterat skulle t.ex. försäkringsbolagens verksamhet kunna underlättas genom att praxis beträffande försäkringsbolags rätt att lämna ut uppgifter kan komma att bli klarare. Finansinspektionen skulle kunna ingripa i konkreta fall mot bolag som inte iakttar tystnadsplikten samt ge vägledning genom olika uttalanden och allmänna råd.

Utredningen ansluter sig till det författningsförslag som Kommittén om genetisk integritet har lagt fram. Regleringen har samma allmänna och generella utformning som bestämmelserna om tystnadsplikt på bankområdet. I fråga om de föreslagna bestämmelsernas tillämpning och tolkning förutsätts att ledning inhämtas från vad som gäller för tystnadsplikten inom bankväsendet.

Den föreslagna regleringen om tystnadsplikt omfattar alla uppgifter som rör en försäkringskunds¹⁸ mellanhavanden med försäkringsbolaget, oavsett om de är dokumenterade eller inte. Det kan gälla såväl uppgifter om hälsotillstånd och andra personliga förhållanden som uppgifter om kundens relationer till försäkringsbolaget. Tystnadsplikten för uppgifterna består även efter det att försäkringsavtalet har upphört att gälla samt försäkringsbolagets och kundens samtliga mellanhavanden är slutligt reglerade. Detsamma gäller för uppgifter som lämnats utan att något försäkringsavtal därefter har kommit till stånd.

Det får förutsättas att tystnadsplikten som regel inte kommer att gälla gentemot den som uppgifterna avser. Enligt Försäkringsförbundet lämnar ett försäkringsbolag normalt inte ut journalhandlingar som förvaras hos bolaget till den berörde utan att först samråda med behandlande läkare. Lämnas uppgifterna

¹⁸ Försäkringsverksamhetskommittén använde termen *försäkringskund* som gemensam beteckning för alla de fysiska och juridiska personer med vilka ett försäkringsbolag träder i affärsförbindelse i sin egenskap av försäkringsgivare och i kapitalförvaltningen.

ut med förbehåll från hälso- och sjukvårdens sida om att de inte får lämnas vidare till den som uppgifterna avser, följer bolagen detta. Sekretesslagens bestämmelser om förbehåll bör härvid uppmärksammas. I den mån det rör sig om uppgifter för vilka sekretess gäller i förhållande till den enskilde själv, t.ex. uppgifter om allvariga psykiska sjukdomar, torde ett utlämnande av dem från den allmänna hälso- och sjukvården till ett försäkringsbolag kunna ske med förbehåll enligt 14 kap. 9 § sekretesslagen. Ett förbud att lämna ut uppgifter till den person de avser gäller då i princip också försäkringsbolagen. Ett sådant förbehåll får dock inte meddelas generellt utan angivande av vem inom ett försäkringsbolag det riktar sig till. Detta är bl.a. en förutsättning för att det straffansvar som bär upp regeln om förbehåll skall kunna aktualiseras.¹⁹ Innan läkare och andra uppgiftslämnare inom den allmänna hälso- och sjukvården lämnar ut hälso-uppgifter som är sekretessbelagda i förhållande till den enskilde måste det därför klarläggas vilka personer inom ett bolag som behöver ta del av uppgifterna samt vilken innebörd förbehållet skall ha.

Ett samtycke från den som uppgifterna avser torde som regel medföra att utlämnandet av uppgifterna från försäkringsbolaget till tredje man blir behörigt. Utredningen utesluter dock inte att det kan finnas fall där ett utlämnande av uppgifter utan samtycke bör anses vara behörigt.

Den föreslagna tystnadsplikten för försäkringsbolag kan i viss utsträckning komma att inskränkas genom uttryckliga lagbestämmelser som innebär en skyldighet för bolagen att lämna myndigheter vissa begärda uppgifter. Tystnadsplikten kan brytas för viktiga informations- och kontrollbehov för samhället. Exempelvis kommer tystnadsplikten inte att gälla i förhållande till Finansinspektionen.²⁰

Eftersom Kommittén om genetisk integritets förslag till reglering av tystnadsplikten inom det enskilda försäkringsväsendet för närvarande bereds inom Regeringskansliet finns det

¹⁹ Jfr avsnitt 4.5.1.

²⁰ Jfr Försäkringsverksamhetskommitténs uttalande beträffande tystnadspliktens utformning och omfattning, SOU 1987:58 s. 382 ff.

inte anledning för utredningen att i denna promemoria lämna något författningsförslag. Utredningen går inte heller in på frågan om brott mot tystnadsplikten bör vara straffbart på sätt som Sveriges advokatsamfund anfört under remissförfarandet, eftersom detta anknyter till förslaget om en ny lag om genetisk integritet.

8.3 Bör försäkringsbolagens hantering av information om enskilda regleras i övrigt?

8.3.1 Hantering av uppgifter som har inhämtats för försäkringsändamål

Nuvarande hantering

Flertalet försäkringsbolag skannar in²¹ innehållet i alla försäkringsansökningar, hälsodeklarationer, journalhandlingar m.m. som kommer in till bolagen. Bolagen går inte igenom handlingarna för att först sortera bort t.ex. överskottsinformation som kan vara integritetskänslig för den enskilde och dennes familjemedlemmar. Uppgifterna bevaras även om en försäkringsansökning avslås eller sökanden återkallar sin ansökan. Eftersom det är relativt nytt att bolag skannar in innehållet i handlingar har gallring, t.ex. genom förstöring eller aidentifiering, av lagrade uppgifter ännu inte varit aktuellt. Flera bolag har även skannat in uppgifter från äldre handlingar, dvs. sådana handlingar som inkom innan bolaget i fråga övergick till skanning-metoden.

Försäkringsbolagen arkiverar dessutom originalhandlingarna. De förvaras under mycket lång tid, normalt på obestämd tid. Handlingarna är som regel sökbara enligt särskilda kriterier, men sökbegreppen skiftar mellan olika bolag beroende på produkt-sortiment. Vissa bolag använder flera sökbegrepp, bl.a. skadenummer, försäkringsnummer och personnummer, medan andra

²¹ Bolagen överför texter, bilder, diagram m.m. som finns i handlingarna till bolagens datorer med hjälp av en skanner.

bolag endast använder sig av ett sökbegrepp, t.ex. skadenummer eller datum då ärendet avslutades.

Några bolag använder inte skanning-metoden utan mikro-filmar istället handlingarna och makulerar då originalen. Det finns också flera mindre bolag som varken skannar eller mikro-filmar det material de får in.

Bolagen inhämtar regelmässigt samtycke enligt 15 § person-uppgiftslagen för behandling av personuppgifter som rör enskildas hälsa. Detta sker på ansökningshandlingen och är också inbyggt i fullmakten. Vid ansökningstillfället eller när skada anmäls upplyses den enskilde om att de uppgifter som samlas in från bl.a. hälso- och sjukvården kommer att registreras hos bolagen. Informationen lämnas på den för tillfället relevanta blanketten, dvs. ansökan, hälsodeklaration eller skadeanmälan.

Datainspektionen

Datainspektionen, som bl.a. utövar tillsyn över att person-uppgiftslagen efterlevs, har beretts tillfälle att lämna synpunkter till utredningen.

Datainspektionen har upplyst att inspektionen våren 2003 planerade att göra en kontroll av försäkringsbolagens behandling av känsliga uppgifter i samband med handläggning av liv- och olycksfallsförsäkringar o.d. Exempel på frågor som ansågs vara av särskilt intresse för inspektionen att undersöka var i vilken omfattning och med vilket stöd livbolagen behandlar uppgifter i hälsodeklarationer avseende personer som fått avslag på en ansökan om livförsäkring, om utlämnande av känsliga uppgifter förekommer mellan livbolag och försäkringsbolag, i vilken omfattning behandling av känsliga uppgifter grundas på samtycke från de registrerade om den personuppgiftsbehandling som sker samt IT-säkerheten hos bolagen med inriktning på känsliga uppgifter t.ex. vid inhämtande av patientjournaler. Sedan Data-inspektionen hade fått kännedom om regeringens planer på att tillsätta förevarande utredning beslutade inspektionen att avvakta

med nämnda tillsynsprojekt för att inte föregripa utredningens arbete.

8.3.2 Utredningens bedömning

Utredningens bedömning: Det är angeläget att Datainspektionen fullföljer tidigare planerat tillsynsprojekt som bl.a. innefattar en kontroll av hur försäkringsbolagen behandlar uppgifter om enskildas hälsa och andra känsliga uppgifter i samband med handläggning av privata personförsäkringar.

Försäkringsförbundet och försäkringsbranschen bör se över nuvarande rutiner för lagring och gallring av berörda uppgifter *oavsett* om hanteringen omfattas av regleringen i personuppgiftslagen. Försäkringsförbundet bör också överväga att utfärda rekommendationer i frågan.

Personuppgiftslagen har till syfte att skydda människor mot att deras personliga integritet kränks genom behandling av personuppgifter. Den innehåller de övergripande reglerna för sådan behandling (jfr avsnitt 4.7). Regleringen kan i vissa avseenden kompletteras med föreskrifter från regeringen eller Datainspektionen. Personuppgiftslagens generella bestämmelser kan också kompletteras eller modifieras genom föreskrifter om behandlingen av personuppgifter i särskilda författningar. Lagen är subsidiär i förhållande till annan författningsreglering. I den mån den föreslagna bestämmelsen om tystnadsplikt i försäkringsrörelselagen skulle innefatta en avvikelse från vad som skall gälla enligt personuppgiftslagen gäller sålunda regleringen om tystnadsplikt.

Enligt utredningens bedömning torde personuppgiftslagens bestämmelser – och en författningsreglerad tystnadsplikt – i och för sig ge erforderligt integritetsskydd för försäkringstagare och andra vid försäkringsbolagens hantering av inhämtade hälsouppgifter. Det kan tilläggas att regleringen i personuppgiftslagen i huvudsak uppfyller de krav som Europarådet har uppställt i sin

rekommendation om skydd av personuppgifter som samlats in och behandlats för försäkringsändamål.²² Under förutsättning att merparten av försäkringsbolagens hantering omfattas av personuppgiftslagens bestämmelser synes det således inte finnas behov av ytterligare författningsreglering.

Utredningen kan naturligtvis inte uttala sig om personuppgiftslagens tillämplighet i enskilda fall. Mot bakgrund av de upplysningar som Försäkringsförbundet har lämnat kan dock vissa slutsatser dras om huruvida försäkringsbolagens behandling av uppgifter om enskildas hälsotillstånd och andra personliga förhållanden allmänt sett torde omfattas av lagen.

Personuppgiftslagen gäller för sådan behandling av personuppgifter som helt eller delvis är automatiserad. Lagen gäller även för annan behandling av personuppgifter, om uppgifterna ingår eller är avsedda att ingå i en strukturerad samling av personuppgifter som är tillgängliga för sökning eller sammanställning enligt särskilda kriterier, dvs. i ett manuellt register.²³

Av det sagda följer att personuppgiftslagen är tillämplig på behandlingen av inskannade uppgifter om enskildas hälsotillstånd och andra personliga förhållanden, eftersom det rör sig om en *automatiserad behandling*. Mikrofilmning anses däremot inte vara en behandling som utförs på automatisk väg.

Uppgifter i de handlingar som arkiveras torde i viss utsträckning falla in under personuppgiftslagens tillämpningsområde. Som framgått är det tillräckligt att behandlingen *delvis* är *automatiserad*. Om uppgifter samlas in manuellt, t.ex. i form av ett frågeformulär, och sedan behandlas automatiserat är även insamlandet ett slags behandling som omfattas av personuppgiftslagen. Detsamma kan möjligen anses gälla för efterföljande behandling, dvs. arkivering av originalhandlingarna efter slutförd skanning. Svårare är att avgöra om behandlingen är delvis automatiserad i de fall uppgifterna i handlingarna inte skannas. Finns det ett datoriserat sökordsregister som innehåller personuppgifter, t.ex. namn på försäkringstagaren jämte person-

²² Convention for the protection of individuals with regard to automatic processing of personal data (ETS 108).

²³ Jfr 5 § personuppgiftslagen och avsnitt 4.7.

nummer, och som hänvisar till de pappershandlingar som bevaras hos bolaget, torde det datoriserade sökordsregistret omfattas av personuppgiftslagens regler om automatiserad behandling. Även pappershandlingarna kan omfattas av samma reglering, men de kan också vara att bedöma enligt personuppgiftslagens regler om manuell behandling. En bedömning får göras i det enskilda fallet av huruvida det bör anses vara fråga om en sådan delvis automatiserad behandling som omfattas av lagen.²⁴

Personuppgiftslagen gäller även för *manuellt behandlade personuppgifter* som ingår i eller är avsedda att ingå i ett register. Att enbart samla personuppgifter om flera personer i manuell hanterade akter innebär troligen inte att personuppgiftslagen blir tillämplig. För detta krävs dels att akterna struktureras²⁵, dels att behandlingen sker enligt särskilda kriterier²⁶, t.ex. utifrån namn och personnummer på den registrerade. I den mån försäkringsbolagen har register med sökkriterier som hänvisar till handlingar i arkiven kan såväl registret som uppgifterna i handlingarna vara att bedöma som ett manuellt register. Beträffande datoriserade sökordsregister hänvisas till vad som nyss sagts.

Mot denna bakgrund och med hänsyn till vad som upplysts om försäkringsbolagens behandling av inhämtade uppgifter finns det skäl att anta att en betydande del av försäkringsbolagens nuvarande hantering av uppgifter om enskildas hälsa m.m. omfattas av regleringen i personuppgiftslagen. I vilken utsträckning uppgifter i gamla arkiv omfattas av regleringen är dock oklart.

En annan fråga är i vilken utsträckning försäkringsbolagens behandling av uppgifter uppfyller de krav som uppställs i personuppgiftslagen till skydd för den enskildes integritet. Bland annat finns det skäl att ifrågasätta om försäkringsbolagens behandling av personuppgifter uppfyller de grundläggande krav

²⁴ Jfr Öman, S. och Lindblom, H., Personuppgiftslagen En kommentar, Stockholm 2001, s. 72.

²⁵ Begreppet *strukturerad* innebär att personuppgifterna skall vara ordnade på något sätt.

²⁶ *Kriterierna* skall avse enskilda personer och vara utformade för att lätt ge tillgång till personuppgifter. Det är oklart om det måste röra sig om mer än ett kriterium (jfr Petersson, R., och Reinholdsson, K., Personuppgiftslagen i praktiken, Stockholm 2004, s. 77).

som uppställs i 9 § första stycket personuppgiftslagen (jfr avsnitt 4.7).²⁷ Det ankommer emellertid i första hand på Datainspektionen att inom ramen för sin tillsynsverksamhet kontrollera om regleringen i personuppgiftslagen följs. Utredningen anser att det är angeläget att Datainspektionen överväger att återuppta tidigare planerat tillsynsprojekt. Som framgått skulle detta bl.a. innefatta en kontroll av hur försäkringsbolagen behandlar uppgifter om enskildas hälsa och andra känsliga uppgifter i samband med handläggning av privata personförsäkringar. Eftersom motsvarande uppgifter även hämtas in samband med reglering av personsador enligt vissa skadeförsäkringar, bör inspektionen överväga om även dessa försäkringar skall omfattas av tillsynen.

Utredningen förordar också att Försäkringsförbundet och försäkringsbranschen för egen del ser över nuvarande rutiner för lagring och gallring av uppgifter om enskildas hälsa och andra personliga förhållanden, *oavsett* om hanteringen omfattas av regleringen i personuppgiftslagen. Försäkringsförbundet bör överväga att utfärda rekommendationer i frågan.

²⁷ När det gäller påbörjad manuell behandling av personuppgifter krävs dock inte att bestämmelsen tillämpas förrän den 1 oktober 2007.

9 Konsekvenser och genomförande

Utredningens bedömning: Utredningens förslag förutsätter att resurser tillförs berörda enheter inom hälso- och sjukvården, eftersom förslagen torde ge upphov till ökade kostnader för landsting och andra vårdgivare. Kostnadsökningen bör täckas genom avgifter som betalas av försäkringsbolagen och andra försäkringsföretag. Utformningen av avgiftssystemet bör bli föremål för ytterligare överväganden.

Innan ett sådant avgiftssystem är slutligt utformat är det förenat med svårigheter att bedöma kostnadsökningarna för försäkringsföretagens del. Med hänsyn till att de ökade kostnaderna sannolikt kommer att slås ut på hela försäkrings-tagarkollektivet torde dock förslagen inte ge upphov till annat än marginella kostnadsökningar för varje enskild försäkrings-tagare.

Förslagen torde inte ge upphov till kostnader som kräver ökade anslag för Finansinspektionen.

Från ett EG-rättsligt perspektiv torde den föreslagna regleringen inte innebära något hinder, eftersom svenska och utländska försäkringsföretag behandlas likvärdigt i fråga om försäkring när svensk lag om försäkringsavtal är tillämplig.

Författningsförslagen bör kunna träda i kraft den 1 juli 2006. I fråga om sådana fullmakter som har lämnats till försäkringsföretagen före ikraftträdandet krävs särskilda övergångsbestämmelser.

Inledning

Enligt utredningens förslag till ny förordning om begränsat utnyttjande av fullmakter på försäkringsområdet får ett försäkringsbolag vid nyteckning, utvidgning eller förnyelse av personförsäkring samt vid skadereglering enligt en sådan försäkring inte begära fullmakt som avser inhämtande av kompletta patientjournaler. Det sagda föreslås gälla även när ett försäkringsbolag i annat fall begär fullmakt från en enskild under försäkringstiden samt vid reglering av personskador enligt en skadeförsäkring. Utredningens förslag till förordning innebär vidare att försäkringsbolagets rätt att utnyttja en fullmakt som en enskild lämnar till bolaget begränsas i tiden samt att Finansinspektionen får befogenhet att meddela närmare föreskrifter om utformningen av dessa och fullmaktsförfarandet i övrigt. Förordningen skall enligt förslaget gälla för försäkringsföretag i fråga om försäkring när svensk lag om försäkringsavtal är tillämplig. Andra försäkringsföretag än försäkringsbolag omfattas således också av regleringen, t.ex. understödsföreningar.

Utredningens förslag syftar främst till att värna om den enskildes personliga integritet i förhållande till försäkringsbolagen. Förbudet avseende kompletta patientjournaler förutsätter emellertid som utvecklats i det föregående att försäkringsbolagens informationsbehov tillgodoses på annat sätt. Enligt den föreslagna ordningen skall läkare och andra behöriga uppgiftslämnare efter preciserade frågor från försäkringsbolagen utfärda intyg eller bearbetade journalutdrag. Större krav kommer härmed att ställas på såväl försäkringsbolag som vårdgivare. Utredningens förslag får även konsekvenser för Finansinspektionen genom att nya uppgifter tillförs inspektionen inom ramen för dess tillsyn.

Hälso- och sjukvårdsområdet

En ordning med intyg eller bearbetade journalutdrag istället för kompletta patientjournaler kommer att ställa krav på ökade arbetsinsatser av läkare och andra uppgiftslämnare. Förfarandet kan enligt utredningens bedömning leda till en något ökad resursmässig och ekonomisk belastning för hälso- och sjukvården. Utredningens förslag förutsätter därför att resurser tillförs berörda enheter inom hälso- och sjukvården samt att landsting och andra vårdgivare kompenseras för sina ökade kostnader. En möjlig väg till lösning som utredningen särskilt har framhållit är att försäkringsbolagen (och andra försäkringsföretag) regelmässigt betalar en avgift för varje förfrågan och att avgifterna sammantaget motsvarar faktiska kostnader för nedlagt arbete. Utformningen av avgiftssystemet bör bli föremål för ytterligare överväganden.

Försäkringsområdet

Utredningen har, såsom utvecklat i det föregående, ifrågasatt om en ordning med inhämtande av intyg och bearbetade journalutdrag istället för kompletta patientjournaler totalt sett kommer att medföra något merarbete för försäkringsbolagen. Visst arbete som läkare och andra uppgiftslämnare kommer att svara för när de besvarar bolagens frågor skulle nämligen annars ha fått utföras av bolagens egen personal eller av bolagen anlitate sakkunnigläkare. Utredningen har emellertid som nyss nämnts förordat att försäkringsbolagen skall betala en avgift för varje förfrågan, vilket innebär en kostnadsökning för bolagens del. Innan ett sådant avgiftssystem är slutligt utformat är det förenat med svårigheter att bedöma kostnadsökningarna för försäkringsbolagens del. Med hänsyn till att de ökade kostnaderna sannolikt kommer att slås ut på hela försäkringstagarkollektivet torde dock förslagen inte ge upphov till annat än marginella kostnadsökningar för varje enskild försäkringstagare.

En mer övergripande fråga är om utredningens förslag kommer att påverka försäkringsbolagens handläggning av försäkringsärenden. Eftersom det förordade förfarandet normalt förutsätts tillgodose försäkringsbolagens behov av upplysningar om den enskildes hälsa, torde utredningens förslag inte påverka försäkringsbolagens möjligheter att göra erforderliga försäkringsmässiga bedömningar. I de undantagsfall då ett försäkringsbolags informationsbehov inte kan tillgodoses genom nämnda förfarande, kvarstår möjligheten att den enskilde själv överlämnar en komplett patientjournal till bolaget. Risken för att utredningens förslag, om det genomförs, kommer att försämra den enskildes möjligheter att teckna personförsäkring på normala villkor bedöms mot bakgrund härav som liten. Detsamma gäller risken för att den enskilde skulle få reducerad ersättning eller ingen ersättning alls vid skadereglering. Man kan dock inte helt bortse från risken att vissa försäkringsbolag under en övergångsperiod kan komma att iaktta särskild försiktighet när det gäller att meddela individuella personförsäkringar. Å andra sidan kan utredningens förslag också öka den enskildes möjligheter att teckna försäkring genom att försäkringsbolagen normalt inte kommer att få tillgång till överskottsinformation, vilken ibland kan misstolkas.

Vad som sagts torde i huvudsak även gälla beträffande understödsföreningar.

Finansinspektionens verksamhet

Utredningens förslag kan möjligen leda till att Finansinspektionen får vissa begränsade kostnader för sin tillsyn med avseende på fullmaktsförfarandet hos försäkringsbolagen och understödsföreningarna. Kostnaderna torde emellertid inte bli högre än att de rymms inom ramen för Finansinspektionens nuvarande anslag. Förslagen bedöms inte heller ge upphov till kostnader som kräver ökade anslag för andra offentliga organ.

EG-rätten

Från ett EG-rättsligt perspektiv torde den föreslagna regleringen inte innebära något hinder, eftersom svenska och utländska försäkringsföretag behandlas likvärdigt i fråga om försäkring när svensk lag om försäkringsavtal är tillämplig.

Genomförandet

Avgörande för valet av datum för ikraftträdande av utredningens författningsförslag är främst tidsåtgången för beredningen av förslagen. Enligt utredningens bedömning bör ikraftträdande kunna ske den 1 juli 2006.

I anslutning till ikraftträdandet av den nya förordningen om begränsat utnyttjande av fullmakter på försäkringsområdet bör det meddelas särskilda övergångsbestämmelser beträffande fullmakter som har lämnats till försäkringsföretagen före denna tidpunkt. Förordningens bestämmelser om begränsningar av försäkringsföretagens rätt att utnyttja en fullmakt i tiden bör inte börja tillämpas i fråga om sådana fullmakter förrän den 1 januari 2007. En generell fullmakt som lämnats vid tecknande av försäkring före ikraftträdandet kan då under en sexmånadersperiod utnyttjas även vid skadereglering. Under denna tid bör försäkringsföretagen normalt ha möjlighet att ta ställning i pågående ärenden om skadereglering eller begära in ny fullmakt. Att förordningen efter nämnda övergångsperiod sålunda föreslås få retroaktiv verkan är till fördel för den enskilde.

10 Författningskommentar

10.1 Förslaget till lag om ändring i lagen (1972:262) om understödsföreningar

9 a §

Regeringen eller efter regeringens bemyndigande Finansinspektionen får meddela föreskrifter om fullmaktsförfarande vid understödsförenings hantering av försäkringar till enskilda.

Den nya bestämmelsen innebär att regeringen eller efter regeringens bemyndigande Finansinspektionen får möjlighet att meddela föreskrifter om understödsföreningarnas bruk av fullmakter för att inhämta hälsoupplysningar från bl.a. hälso- och sjukvården. Regleringen grundas på 8 kap. 7 § första stycket 3 och 11 § regeringsformen.

Utredningens förslag till förordning om begränsat utnyttjande av fullmakter på försäkringsområdet (avsnitt 10.4) tar i första hand sikte på försäkringsbolag, men gäller även för andra försäkringsföretag. Samma reglering skall således gälla för fullmaktsförfarandet oavsett om en personförsäkring meddelas av ett försäkringsbolag eller ett annat försäkringsföretag, t.ex. en understödsförening.

10.2 Förslaget till lag om ändring i försäkringsrörelselagen (1982:713)

1 kap. 1 a §

Försäkringsrörelse skall bedrivas med en för rörelsens omfattning och beskaffenhet tillfredsställande soliditet, likviditet och kontroll över försäkringsrisker, placeringsrisker och rörelserisker, så att åtagandena mot försäkringstagarna och andra ersättningsberättigade på grund av försäkringarna kan fullgöras.

Information till liv- och skadeförsäkringstagare och dem som erbjuds att teckna en sådan försäkring skall vara anpassad efter försäkringens art och tydligt visa försäkringens villkor och värdeutveckling. Även andra ersättningsberättigade på grund av liv- och skadeförsäkringar skall ges den information de behöver.

Verksamheten skall bedrivas enligt god försäkringsstandard.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om *fullmaktsförfarande vid försäkringsbolags hantering av försäkringar till enskilda samt närmare föreskrifter om vilken information som försäkringsbolag skall lämna till försäkringstagarna, andra ersättningsberättigade på grund av försäkringarna och till dem som erbjuds att teckna en försäkring i bolaget.*

Ändringen i *fjärde stycket*, som behandlats i avsnitt 8.1.4, innebär att regeringen får möjlighet att meddela föreskrifter om försäkringsbolagens bruk av fullmakter för att inhämta hälsoupplysningar från bl.a. hälso- och sjukvården. Bemyndigandet grundas på 8 kap. 7 § första stycket 3 regeringsformen. I det vid avsnitt 10.4 upptagna förslaget till förordning om begränsat utnyttjande av fullmakter på försäkringsområdet lämnar utredningen förslag till sådana föreskrifter. Genom subdelegering med stöd av 8 kap. 11 § regeringsformen får regeringen också möjlighet att överlåta på den ansvariga förvaltningsmyndigheten, dvs. Finansinspektionen, att meddela föreskrifter av nämnt slag. Det förutsätts dock att de övergripande bestämmelserna meddelas av regeringen.

10.3 Förslaget till lag om ändring i patientjournallagen (1985:562)

Skyldighet att utfärda intyg om vården *m.m.*

10 §

Den som enligt 9 § är skyldig att föra patientjournal skall på begäran av patienten utfärda intyg *eller bearbetat journalutdrag* om vården.

Genom förslaget till ny förordning om begränsat utnyttjande av fullmakter på försäkringsområdet (avsnitt 10.4) begränsas försäkringsföretagens tillgång till kompletta patientjournaler. För att försäkringsföretagen skall få den information de behöver om försäkringskundernas hälsa skall läkare och andra yrkesutövare som i sin verksamhet är skyldiga att föra patientjournal, efter preciserade frågor från försäkringsföretagen, istället utfärda intyg eller bearbetade journalutdrag. Skyldigheten att utfärda intyg framgår redan av ovanstående paragraf. Eftersom ett bearbetat journalutdrag inte kan betraktas som ett intyg i den mening som avses i patientjournallagen krävs ett särskilt tillägg för att läkare och andra behöriga uppgiftslämnare även skall vara skyldiga att utfärda sådana utdrag.

Liksom för intyg gäller skyldigheten att utfärda bearbetade journalutdrag bara vid framställning av patienten själv eller ställföreträdare för denne, t.ex. ett försäkringsföretag som erhållit fullmakt från patienten (försäkringskunden). Det får ankomma på patienten respektive försäkringsföretaget att välja om begäran skall avse ett intyg eller bearbetat journalutdrag. Ett bearbetat journalutdrag får dock endast innehålla en sammanställning av relevanta journalanteckningar och annan relevant hälsoinformation som finns i en patientjournal. Det är inte tillåtet att göra några ändringar eller tillägg i de delar som redovisas i utdraget. I ett bearbetat journalutdrag har uppgiftslämnaren således inte möjlighet att besvara frågor på annat sätt än genom att välja ut relevanta textavsnitt ur journalhandlingarna. Efterfrågas annan

redovisning av sakförhållanden eller förutsätts uppgiftslämnaren göra en egen medicinsk bedömning kan detta inte ske genom bearbetade journalutdrag. Det finns naturligtvis inte något som hindrar att uppgiftslämnaren i ett enskilt fall utfärdar såväl intyg (eller utlåtande) som bearbetat journalutdrag.

Vilka uppgifter som skall lämnas i ett bearbetat journalutdrag, torde i de flesta fall kunna avgöras med utgångspunkt från de frågeställningar som patienten eller försäkringsföretaget (med stöd av fullmakt) önskar få besvarade.

Det bör påpekas att en patient *själv* kan vända sig till hälso- och sjukvården för att få ut vissa journalhandlingar eller en komplett journal i enlighet med vad som föreskrivs i sekretesslagen eller beträffande enskild hälso- och sjukvård med stöd av 16 § patientjournalagen.

10.4 Förslaget till förordning om begränsat utnyttjande av fullmakter på försäkringsområdet

1 §

Denna förordning gäller för försäkringsföretag i fråga om försäkring när svensk lag om försäkringsavtal är tillämplig.

Förordningen gäller för enskilda försäkringsbolag och andra försäkringsföretag (t.ex. understödsföreningar). Även utländska försäkringsföretags verksamhet kan omfattas av bestämmelserna. Avgörande är om den svenska försäkringsavtalslagen är tillämplig på de avtal som träffats. Se t.ex. lagen (1993:645) om tillämplig lag för vissa försäkringsavtal.

Vid en jämförelse med regleringen i den nya försäkringsavtalslagen framgår att förordningen gäller för privat försäkring. Såväl individuell försäkring som kollektiv försäkring omfattas av regleringen. Förordningen gäller även för trafikförsäkring och patientförsäkring i den mån det inte finns särskilda bestämmelser i trafikskadelagen (1975:1410) respektive patientskadelagen (1996:799).

2 §

Vid nyteckning, utvidgning eller förnyelse av personförsäkring samt vid skadereglering enligt en sådan försäkring får ett försäkringsföretag begära fullmakt som innebär att en enskild lämnar sitt samtycke till att försäkringsföretaget inhämtar erforderliga hälsoupplysningar i form av intyg eller bearbetade journalutdrag. Där emot får ett försäkringsföretag inte begära fullmakt som avser inhämtande av kompletta patientjournaler.

Vad som sägs i första stycket gäller även när ett försäkringsföretag i annat fall begär fullmakt från en enskild under försäkringstiden. Detsamma gäller vid reglering av personskador enligt en skadeförsäkring.

Förslaget har behandlats i avsnitt 8.1.2.

Första stycket gäller i fråga om personförsäkring. Av bestämmelsen framgår att ett försäkringsföretag får begära fullmakt som innefattar samtycke till att företaget inhämtar erforderliga hälsoupplysningar genom intyg eller bearbetade journalutdrag (jfr kommentaren till förslaget i avsnitt 10.3). Som allmän utgångspunkt gäller att ett företag endast får ställa frågor om sådant som kan ha betydelse för företagets försäkringsmässiga bedömningar. Begreppet hälsoupplysningar bör tolkas extensivt. I vissa fall kan nämligen även uppgifter som inte avser den enskildes hälsa i strikt bemärkelse, t.ex. uppgifter om koncentrationssvårigheter, sociala förhållanden eller liknande, ha försäkringsmässig relevans.

Första stycket innehåller också ett förbud för försäkringsföretag att begära fullmakt som avser inhämtande av kompletta patientjournaler. Ett försäkringsföretag får således inte begära att en enskild, dvs. den som skall försäkras eller är försäkrad, lämnar sitt samtycke till att företaget inhämtar fullständiga journaler. (Med den försäkrade avses vid personförsäkring den på vars liv eller hälsa en försäkring gäller.) Det förhållandet att förbudet uttryckligen avser *kompletta* journaler skall givetvis inte tolkas så att det motsatsvis skulle vara tillåtet att begära fullmakt att

inhämta samtliga journalhandlingar för vissa år eller på annat sätt preciserade journalhandlingar.

Av *andra stycket* framgår att regleringen i första stycket är tillämplig även när ett försäkringsföretag i annat fall begär fullmakt från en enskild under försäkringstiden. Ett företag kan t.ex. behöva en fullmakt för att kontrollera om oriktiga uppgifter har lämnats vid försäkringens tecknande trots att försäkringsfall inte har inträffat.

Motsvarande ordning gäller även vid reglering av personskador enligt en skadeförsäkring. Det bör uppmärksammas att gränsdragningen för skadeförsäkringsbegreppet enligt regleringen om försäkringsavtal avviker från vad som gäller enligt försäkringsrörelselagen. Begreppet skadeförsäkring, liksom personförsäkring i första stycket, följer i det här sammanhanget regleringen om försäkringsavtal. Bestämmelsen i andra stycket andra meningen får praktisk betydelse vid t.ex. reglering av personskador enligt en trafikförsäkring, patientförsäkring eller läkemedelsförsäkring. Personskador kan även ersättas enligt en ansvarsförsäkring eller reseförsäkring.

Den enskilde kan vid reglering av personskador enligt en skadeförsäkring vara såväl den försäkrade, dvs. den vars intresse är försäkrat mot skadan, som tredje man. Även personer som inte är försäkrade kan nämligen komma att bli berörda av fullmaktsförfarandet. Det förekommer t.ex. att tredjemans skador skall regleras genom en trafikförsäkring och att den skadade då lämnar en fullmakt som innefattar samtycke till att försäkringsföretaget inhämtar patientjournaler som rör denne.

3 §

En fullmakt för inhämtande av hälsoupplýsningar om enskild som lämnas till ett försäkringsföretag vid nyteckning, utvidgning eller förnyelse av personförsäkring får inte utnyttjas av företaget sedan frågan om ingående av försäkringsavtal är avgjord. En fullmakt som i annat fall utan samband med försäkringsfall lämnas under

försäkringstiden för viss bestämd fråga får inte utnyttjas när den frågan är avgjord.

För en fullmakt som lämnas vid försäkringsfall gäller att den inte får utnyttjas av försäkringsföretaget när frågan om skadereglering är avgjord. Detsamma gäller vid reglering av personskador enligt en skadeförsäkring.

Utan hinder av första stycket får en fullmakt som där avses utnyttjas av försäkringsföretaget vid reglering av skador enligt försäkringen om ny fullmakt inte kan inhämtas.

Förslaget har behandlats i avsnitt 8.1.3.

Första stycket är tillämpligt på personförsäkringar. Bestämmelsen innebär att ett försäkringsföretags rätt att utnyttja en fullmakt för inhämtande av information om en enskilds hälsotillstånd begränsas i tiden. Bestämmelsen gäller oavsett om försäkringsföretaget utnyttjar fullmakten för att inhämta hälsoupplysningar från hälso- och sjukvården eller från t.ex. andra försäkringsföretag eller Försäkringskassan.

Lämnas fullmakten vid tecknande av försäkring får företaget som huvudregel inte utnyttja den sedan företaget har beviljat eller avslagit försäkringsansökningen. Återkallas försäkringsansökningen innan försäkringsföretaget har tagit ställning till frågan om ingående av försäkringsavtal får möjligheten att utnyttja fullmakten anses ha förfallit i samband med återkallelsen. Lämnas en fullmakt i samband med utvidgning eller förnyelse av försäkring får företaget inte utnyttja fullmakten sedan den frågan är avgjord. Detsamma gäller vid fortsatt försäkring. Begär ett försäkringsföretag in fullmakt under försäkringstiden utan att det har samband med försäkringsfall, t.ex. för att kontrollera om oriktiga uppgifter har lämnats vid försäkringens tecknande, får en sådan fullmakt inte utnyttjas sedan den frågan är avgjord.

Av *andra stycket* framgår att en fullmakt som lämnas i samband med skadereglering enligt en personförsäkring inte får utnyttjas av ett försäkringsföretag när frågan om skadereglering är slutligt avgjord. Detsamma gäller beträffande en fullmakt som

lämnas vid reglering av personskador enligt en skadeförsäkring. Det bör framhållas att det endast blir aktuellt för ett företag att begära in fullmakt vid försäkringsfall om företaget då behöver inhämta uppgifter direkt från hälso- och sjukvården. Hälsoupplysningar som företaget redan har inhämtat, t.ex. vid tecknande av försäkring, får givetvis användas även vid skaderegleringen.

Enligt *tredje stycket* kan en fullmakt som den enskilde lämnar vid t.ex. tecknande av en personförsäkring undantagsvis utnyttjas även vid reglering av skador enligt försäkringen. För att bestämmelsen skall vara tillämplig krävs att ny fullmakt inte kan inhämtas. Det bör således vara fråga om sådana fall där det i princip är omöjligt för försäkringsföretaget att få in en ny fullmakt. Exempelvis bör ett företag normalt kunna utnyttja en fullmakt som lämnats vid försäkringens tecknande om den försäkrade har avlidit eller inte kan lämna sitt samtycke på grund av medvetlöshet när en skada skall regleras enligt försäkringen. Det sagda gäller dock endast under förutsättning att den ursprungliga fullmakten innefattar ett samtycke till att uppgifter inhämtas vid skadereglering i nu angivna fall.

Kan företaget inte erhålla en ny fullmakt av det skälet att den försäkrade inte vill medverka till detta är undantagsregeln inte tillämplig. Däremot får den försäkrades vägran att lämna ny fullmakt som regel återverkningar på hans eller hennes möjligheter till försäkringsersättning.

4 §

Finansinspektionen får meddela närmare föreskrifter om fullmakternas utformning och fullmaktsförfarandet i övrigt.

I avsnitt 8.1.3 har utredningen konstaterat att den enskildes samtycke till att försäkringsföretag inhämtar nödvändiga hälsoupplysningar från tredje man bör vara skriftligt, klart och specificerat samt bygga på tillräcklig information. Fullmakter som används vid tecknande av försäkring respektive skade-

reglering bör upprättas på särskilda dokument och utformas efter nämnda riktlinjer. Ett försäkringsföretag bör regelmässigt informera den enskilde om vad fullmakten innebär i anslutning till undertecknandet. Genom denna paragraf får Finansinspektionen möjlighet att vid behov meddela närmare föreskrifter i ämnet.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

1. Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2006.

2. Bestämmelsen i 3 § i förordningen skall inte börja tillämpas förrän den 1 januari 2007 i fråga om sådana fullmakter som lämnats före ikraftträdandet.

Övervägandena i denna del har redovisats i kapitel 9.

Enligt *punkt 1* träder den nya förordningen i kraft den 1 juli 2006, dvs. sex månader efter det att den nya försäkringsavtalslagen har trätt i kraft.

Av *punkt 2* framgår att bestämmelserna om begränsningar av försäkringsföretagens rätt att utnyttja en fullmakt i tiden skall tillämpas på äldre fullmakter först efter en övergångsperiod om sex månader. Därefter får en generell fullmakt som inhämtats vid t.ex. nyteckning före ikraftträdandet inte utnyttjas vid skadereglering enligt försäkringen. Kan försäkringsföretaget inte inhämta ny fullmakt gäller dock den särskilda undantagsregeln i 3 § tredje stycket i förordningen.

Promemoria

2004-03-08
Ju2003/5159/L2

Justitiedepartementet

Enheten för familjerätt och allmän förmögenhetsrätt

Uppdrag rörande försäkringsbolags tillgång till patientjournaler

Sammanfattning av uppdraget

Det skall analyseras vilka risker och olägenheter som kan vara förenade med att försäkringsbolag med hjälp av fullmakt från försäkringstagaren eller annan försäkrad får tillgång till patientjournaler och annan information om den enskildes hälsa. Mot bakgrund av analysen skall övervägas om det bör införas begränsningar när det gäller bolagens möjligheter att begära att den som vill teckna en försäkring ger tillgång till information från hälso- och sjukvården. Vidare skall ställning tas till om bolagens hantering av sådan information på annat sätt bör regleras.

Uppdraget skall redovisas senast den 15 mars 2005.

Bakgrund

Inför beviljandet av vissa personförsäkringar gör försäkringsbolagen en riskbedömning avseende den presumtive försäkrades hälsa. Som ett led i den begär bolaget att ansökningen åtföljs av

en hälsoförklaring. Genom undertecknande av ansökningen ges bolaget dessutom fullmakt att inhämta upplysningar hos läkare och vårdinrättningar m.fl. Med stöd av fullmakten kan bolaget, om det anser sig behöva kompletterande uppgifter, begära in bl.a. patientjournaler från hälso- och sjukvården.

Allmänna bestämmelser om försäkringsavtal finns i lagen (1927:77) om försäkringsavtal. Den som vill teckna en försäkring är i viss utsträckning skyldig att lämna uppgifter som kan ha betydelse för försäkringsbolaget. Om försäkringstagaren åsidosätter upplysningsplikten, kan försäkringsbolaget bli helt eller delvis fritt från ansvar. Lagen innehåller ingen reglering av försäkringsbolags möjligheter att begära in upplysningar från annan än försäkringstagaren.

Inom Regeringskansliet pågår ett arbete med en ny lag om försäkringsavtal. Lagrådsremiss beslutades i maj 2003. Även enligt förslaget har försäkringstagaren en upplysningsplikt. En nyhet som föreslås är att ett försäkringsbolag inte skall kunna vägra någon att teckna en sådan personförsäkring som bolaget normalt tillhandahåller allmänheten, när bolaget har fått de uppgifter som behövs, om det inte finns särskilda skäl för vägran med hänsyn till risken för framtida försäkringsfall, den avsedda försäkringens art eller någon annan omständighet. I lagrådsremissen uttalas att det, för att försäkringsbolaget skall få underlag för sin bedömning, ofta är nödvändigt att försäkringstagaren eller den försäkrade ger bolaget fullmakt att inhämta upplysningar om honom eller henne hos läkare, försäkringskassa, m.fl. Det framhålls att hänsyn måste tas till skyddet för den personliga integriteten och att bolagen självklart inte får ställa frågor om sådant som inte kan ha någon betydelse för bedömningen av ansökningen. Någon uttrycklig begränsning föreslås inte när det gäller bolagens möjlighet att använda sig av sådana fullmakter. Regeringen förväntas besluta om proposition under våren 2005.

Försäkringsbolagens krav på fullmakter och hantering av uppgifter om enskildas hälsa är inte heller uttryckligen reglerad i försäkringsrörelselagen (1982:713). I lagen anges dock att

verksamheten skall bedrivas enligt god försäkringsstandard och att informationen till den som erbjuds att teckna en försäkring tydligt skall visa försäkringens villkor. För försäkringsbolagens hantering av uppgifter om enskildas hälsa gäller personuppgiftslagen (1998:204). Enligt den lagen får personuppgifter endast behandlas för särskilt, uttryckligen angivna och berättigade ändamål och de personuppgifter som behandlas skall vara adekvata och relevanta i förhållande till ändamålen med behandlingen. Vidare får behandling ske t.ex. om den registrerade har lämnat sitt samtycke till behandlingen. Det finns särskilda regler för behandling av s.k. känsliga personuppgifter och för säkerheten vid behandling.

Bestämmelser om journalföring inom hälso- och sjukvården finns i patientjournalagen (1985:562). Där anges att det vid vård av patienter skall föras patientjournal. Den som är skyldig att föra patientjournal skall på begäran av patienten utfärda intyg om vården. Patientjournaler upprättade inom den offentliga vården utgör allmänna handlingar. Enligt sekretesslagen (1980:100) gäller sekretess för uppgifter i journaler om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående lider men. Sekretessen kan som regel efterges av den vårdbehövande. Särskilda bestämmelser om rätt att få ta del av journaler upprättade inom enskild hälso- och sjukvård finns i patientjournalagen. Inom Regeringskansliet bereds för närvarande direktiv till en utredning som skall göra en översyn av patientjournalagen. Direktiven förväntas bli beslutade under våren 2004.

Statens medicinsk-etiska råd har i en skrivelse till Socialdepartementet kritiserat försäkringsbolagens hantering av journaluppgifter. Skrivelsen har överlämnats till Justitiedepartementet. Rådet anser att flera risker är förknippade med sådana generella fullmakter som används. Enligt rådet kan patientjournaler innehålla omfattande och integritetskänslig information som saknar betydelse från försäkringssynpunkt. Rådet menar att möjligheten för försäkringsbolag att få tillgång

till patientjournaler kan påverka journalföringen på ett för patientsäkerheten menligt sätt. Rådet pekar vidare på att försäkringstagare ofta är omedvetna om innebörden av den fullmakt de lämnar samt att det är oklart vilket skydd journaluppgifterna har när de förvaras hos bolagen. Mot den bakgrunden föreslår rådet att regeringen bör utreda förutsättningarna för att begränsa bolagens möjligheter att använda generella fullmakter samt att helt ta bort möjligheten till fullmakter avseende inhämtande av journaler förda inom barn- och skolhälsovården. Rådet pekar på den reglering av motsvarande förhållanden som införts i Norge som en möjlig modell för hanteringen.

Uppdraget

Som framhållits i den ovan nämnda lagrådsremissen måste ett försäkringsbolag kunna ställa som villkor för att meddela försäkring, att det får tillgång till uppgifter om den försäkrades hälsa. Det är främst formerna för inhämtandet av dessa uppgifter som skall övervägas. För att få ett underlag för övervägandena skall det till en början undersökas i vilken utsträckning bolagen efterfrågar fullmakter från försäkringstagare och andra försäkrade, och med utnyttjande av sådana fullmakter begär in uppgifter från hälso- och sjukvården. Bolagens behandling av inhämtade journaler och annan information skall beskrivas. Det skall redovisas hur gällande regelverk på området ser ut.

Det skall analyseras vilka risker och olägenheter som kan vara förenade med att försäkringsbolag med hjälp av fullmakt från försäkringstagaren eller annan försäkrad får tillgång till patientjournaler och annan information om den enskildes hälsa. Särskilt de risker som Statens medicinsk-etiska råd har pekat på skall undersökas. Inom ramen för analysen skall också försäkringsbolagens behov av underlag för riskbedömningar beaktas. Mot bakgrund av analysen skall övervägas om det bör införas begränsningar när det gäller bolagens möjligheter att begära att den som vill teckna en försäkring eller annan försäkrad ger tillgång till information från hälso- och sjukvården. Vidare skall

ställning tas till om bolagens hantering av sådana uppgifter på annat sätt bör regleras.

Om författningsändringar behövs, skall förslag på sådana lämnas.

Uppdraget skall utföras i samråd med en referensgrupp bestående av tjänstemän från justitie-, finans- och socialdepartementet. Samråd skall vidare ske med den utredning som genomför en översyn av patientjournalagen.

Kontakt skall tas med berörda myndigheter, intresseorganisationer och andra organ.

Uppdraget skall redovisas senast den 15 mars 2005.

Förteckning över utredningens kontakter med myndigheter m.fl.

Följande myndigheter m.fl. har bidragit med synpunkter eller underlag till utredningen. Barnläkarföreningen, Datainspektionen, Finansinspektionen, Konsumenternas försäkringsbyrå, Landstingsförbundet, Patientdatautredningen, Riksförsäkringsverket, Skolläkarföreningen, Socialstyrelsen, Statens medicinska rådet, Svenska läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening, Sveriges Försäkringsförbund och enskilda försäkringsbolag (bl.a. Handelsbanken Liv, Trygg-Hansa och Länsförsäkringar), Sveriges läkarförbund, Sveriges Psykologförbund, Trafikförsäkringsföreningen (genom Sveriges Försäkringsförbund), Utländska Försäkringsbolags Förening och Vårdförbundet.

Följande myndigheter m.fl. har beretts tillfälle att inkomma med synpunkter eller underlag men meddelat att de inte haft några uppgifter att lämna. Försäkringskassornas förbund, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, Patientförsäkringsföreningen, Skolverket, Svenska försäkringsföreningen och Trafikskadenämnden.