



Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

ERHVERVS MINISTEREN

11. marts 2019

Besvarelse af spørgsmål 574 alm. del stillet af udvalget den 13. februar 2019 efter ønske fra Kristen Normann Andersen (SF).

ERHVERVS MINISTERIET

Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Spørgsmål:

I forlængelse af artiklen ”Advokater advarer: Forsikringselskaber sender syge til læger, som ikke tror på dem” bragt på www.avisen.dk den 11. februar 2019 bedes ministeren oplyse følgende:

Tlf. 33 92 33 50
Fax. 33 12 37 78
CVR-nr. 10092485
EAN nr. 5798000026001
em@em.dk
www.em.dk

1. Om forsikringselskaberne ikke er forpligtet til at give og oplyse patienten om flere muligheder, når de skal anvise en speciallæge?
2. Hvilke konsekvenser det har for forsikringselskabet, når de ikke lever op til reglerne om at give patienten flere valgmuligheder?
3. Hvilke muligheder en syg borger har for at få tilsidesat dokumenter i en skadesag, som ikke opfylder kravene om valgmuligheder?
4. Hvordan patienter kan være sikre på, at en bestemt læge udvalgt af forsikringselskabet reelt er uvildig?
5. Hvordan forsikringselskabets udvalgte speciallæges erklæring vægter i forhold til erklæringer fra de speciallæger, som i forvejen kender patienten og har stået for undersøgelse og behandling?

Svar:

Jeg har forelagt spørgsmålet for Finanstilsynet, der oplyser følgende, som jeg kan henholde mig til:

”Ad. 1:

Det kan oplyses, at indhentning af oplysninger fra sundhedsvæsenet altid er et supplement til kundens egne oplysninger. Disse oplysninger indhentes altid i samarbejde med kunden og med kundens samtykke.

Forsikring & Pension har i 2017 vedtaget tre principper for forsikringselskabernes indhentning af speciallægeerklæringer:

1. Det første princip er kundeinformation, hvor forsikrings- og pensionselskaberne skal orientere forsikrede om processen for valg af speciallæge. Forsikrings- og pensionselskaberne skal informere forsikrede om, at det er speciallægens opgave at komme med en udtalelse om forsikredes helbredstilstand, og at denne udtalelse er et element i selskabets afgørelse af sagen.

2. Det andet princip vedrører valget af speciallæge, hvor objektiviteten i valget af speciallæge fra forsikringsselskabernes side opfyldes ved at have fokus på, at den valgte speciallæge er valgt grundet speciale inden for det relevante område, at der kan udarbejdes en udtalelse fra speciallægen inden for en rimelig tidshorisont, og at den fysiske placering af speciallægen er let tilgængelig for den forsikrede.
3. Det tredje princip er kundeinddragelse. Forsikring & Pension har oplyst, at princippet indebærer, at det er afgørende, at skadelidte inddrages i valget af speciallæge, og at dette valg skal ske mellem en række uvildige og uafhængige speciallæger. I dag findes der flere online booking-/udbudsportaler, som speciallægerne kan tilslutte sig, hvis de ønsker at udarbejde speciallægeerklæringer. Forsikringsselskabet skal ved udvælgelse af speciallæge gå i dialog med skadelidte om, hvilke speciallæger sagen skal sendes i udbud hos (ved brug af udbudsportaler), eller hvilken speciallæge, der skal bookes tid hos (ved brug af bookingportaler). Forsikrings- og pensionsselskaberne er dog ikke forpligtede til at vælge den speciallæge, den forsikrede ønsker eller er i behandling hos.

Ad. 2:

Lovgivningen fastsætter rammerne for forsikringsselskabers adfærd over for deres kunder. Det fremgår af bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører, at en forsikringsdistributør skal handle redeligt og loyalt over for sine kunder. Finanstilsynet fører tilsyn med, at selskaberne overholder denne bestemmelse.

Finanstilsynet kan give påbud om berigtigelse af forhold, der ikke lever op til bestemmelserne om god skik. Manglende efterlevelse af et påbud kan straffes med bøde.

Principperne for indhentning af speciallægeerklæringer er en henstilling fra Forsikring og Pension til selskaberne i forsikringsbranchen. Finanstilsynet kan derfor ikke føre tilsyn med om selskaberne efterlever den. Efterledes principperne ikke, er det ikke i sig selv i strid med reglerne om god skik. Så længe indhentningen sker inden for lovgivningens overordnede rammer om at handle redeligt og loyalt overfor kunderne, kan forsikringsselskaberne selv vurdere, hvilken speciallæge de ønsker at benytte ved indhentning af supplerende oplysninger på deres kunde.

Hvis en forsikringstager er uenig i en afgørelse truffet af et forsikringsselskab, kan den pågældende i første omgang klage til selskabets klageansvarlige.

Hvis forsikringstageren ikke er tilfreds med den klageansvarliges afgørelse, kan vedkommende klage til Ankenævnet for Forsikring, som er et godkendt klagenævn.

Endelig er det muligt at indbringe sagen for domstolene.

Ad. 3:

Der må kun indhentes oplysninger, der er relevante for forsikringsselskabets sagsbehandling. Disse oplysninger skal behandles i overensstemmelse med databeskyttelsesforordningens regler.

Der findes ikke en lovgivningsmæssig grænse for, hvor langt tilbage et forsikringsselskab har adgang til at indhente oplysninger om kunden. Men der er et krav om, at de oplysninger, der indhentes, skal være relevante og tilstrækkelige for forsikringsselskabets behandling af sagen. De oplysninger, et forsikringsselskab indhenter om kunden, må dermed ikke omfatte mere end nødvendigt.

Det er som udgangspunkt forsikringsselskaberne, der vurderer, hvilke oplysninger, der er relevante for vurderingen af en eventuel udbetalings størrelse eller dækning af undersøgelse eller behandling.

Indsamler et forsikringsselskab informationer, som ikke er relevante, vil det efter omstændighederne være en overtrædelse af persondatareglerne og vil kunne sanktioneres efter disse regler.

Ad. 4:

Læger, der udfærdiger erklæringer eller attester som en autoriseret sundhedsperson, er under strafansvar forpligtet til at udvise omhu og uhildetthed ifølge lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. Samtidig er alle sundhedspersoner under udøvelsen af deres virksomhed forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed.

Det er lægens pligt at afvise at medvirke til at undlade oplysninger til gavn for den forsikrede. Ligeledes gælder det, at en sundhedsperson skal afvise at give oplysninger på anmodning af forsikringsselskabet, der kan give et skævt vurderingsgrundlag af sagen.

Ad. 5:

Jf. besvarelsens pkt. 1 er forsikrings- og pensionsselskaberne ikke forpligtet til at vælge den speciallæge, den forsikrede ønsker eller er i behandling hos.

Det bemærkes dog, at de indhentede speciallægeerklæringer er et supplement til de oplysninger, som den forsikrede allerede har opgivet, og skal ses som en ”*second opinion*” om forsikredes tilstand. Derfor indgår alle relevante oplysninger, både de oplysninger, som forsikringstageren selv har fremlagt, og oplysninger indsamlet af forsikringsselskabet, i den samlede vurdering af sagen ”

Med venlig hilsen

Rasmus Jarlov