



Stärkt skydd för trafikskadade

– åtgärder och förslag

2003 : 1



Stärkt skydd för trafikskadade

– åtgärder och förslag

INNEHÅLL

SAMMANFATTNING	3
INLEDNING	5
LAGSTIFTNING OCH RÄTTSPRAXIS	8
SKADOR OCH KOSTNADER I TRAFIKEN	11
ERFARENHETER FRÅN TRAFIKSKADADE	13
TIDSÅTGÅNGEN	18
RUTINER FÖR SKADEREGLERINGEN	23
MEDICINSKA RÅDGIVARE	28
ARBETSSKADA – EN JÄMFÖRELSE	32
FI:S TILLSYN AV SKADEREGLERINGEN	35

Sammanfattning

FI anser att försäkringsbolagen på ett i många delar mycket bra sätt har vidtagit åtgärder enligt den inriktning som FI föreslog i 1998 års rapport.

3

För att komma vidare och redovisa hållfasta resultat bör bolagen även vidta följande åtgärder:

- utöka informationen till de trafikskadade med en prognos eller normtid för när skadan bedöms vara slutreglerad,
- förbättra statistikhanteringen för att kunna jämföra mellan och inom bolag över tiden,
- utveckla skaderegleringen, genom att särskilt satsa på kompetenshöjande åtgärder för att bättre bemöta och informera trafikskadade.

Försäkringsbolagen bör dessutom kontinuerligt föra en dialog med organisationer som företräder trafikskadade för att fånga upp kritik och problem i skadehanteringen.

För att öka och säkerställa kvaliteten i de medicinska bedömningarna föreslår FI att bolagen:

- skapar riktlinjer för vilket medicinskt underlag som är godtagbart och hur ett medicinskt utlåtande ska utformas samt
- överväger intensifierade utbildningsinsatser i försäkringsmedicin.

Bolagen bör dessutom överväga att anlita medicinsk expertis för att ansvara för utbildnings-, organisations- och kvalitetsfrågor för de medicinska rådgivarna.

FI föreslår att bolag som ansöker om koncession av trafikförsäkring ska visa att skaderegleringen kommer att skötas på ett effektivt och rättssäkert sätt. Därutöver bör regeringen överväga att införa en regressrätt (återkrav) för trafikförsäkringsbolagen när det gäller ersättning för arbetsskador.

FI kommer att delvis ändra rapporteringskraven på försäkringsbolagen för att förbättra tillsynen.

FI föreslår vidare att regeringen överväger ändrade former för överprövning av försäkringsbolagens beslut i trafikskadeärende genom att inrätta en reklamationsnämnd.

Inledning

Regeringsuppdraget

5

Regeringen gav i juni 2002 FI uppdraget att följa upp rapporten, *Försäkringsbolagen och de trafikskadade* (1998:6), som FI överlämnade till regeringen den 18 december 1998. Uppdraget innebär att FI särskilt ska belysa hur försäkringsbolagens skadereglering har utvecklats när det gäller rutiner och handläggningstider. I rapporten ska redovisas om bolagen vidtagit de åtgärder för en aktivare skadereglering som föreslogs. Därutöver ska också belysas vilka åtgärder i övrigt som bolagen vidtagit för att korta handläggningstiderna och hur bolagen följt upp arbetet. Uppdraget innefattar också att redovisa hur bolagen i framtiden ska kunna korta sina handläggningstider.

I arbetet ska FI inhämta synpunkter från berörda myndigheter, intresseorganisationer och andra organ samt redovisa resultatet av dessa kontakter.

FI ska dessutom redovisa vilka tillsynsåtgärder som vidtagits och hur tillsynen i framtiden ska bedrivas. FI ska dessutom särskilt överväga om åtgärder kan behövas för att öka de sakkunniga läkarnas oberoende.

Undersökningen

I arbetet med denna rapport har FI använt sig av följande tillvägagångssätt.

- Bolagen har fått besvara en enkät om handläggningstiderna för att mäta hur dessa har utvecklats sedan föregående rapport.
- Bolagen har fått redogöra vilka åtgärder som har vidtagits med anledning av 1998 års rapport eller som planeras att vidtas.
- Statistik och information har inhämtats från Trafikskadenämnden.
- Informationsutbyte har ägt rum med Socialstyrelsen i fråga om de sakkunniga läkarnas bedömningar och därtill relaterade frågor.
- Informationsutbyte har skett med Riksförsäkringsverket angående synsätt och mätningar av genomströmningstider för ärenden inom socialförsäkringen.
- FI har tillsammans med utredaren av arbetsskadeförsäkringen Lars Baltzari gått igenom SOU 2002:80¹ för att jämföra utredningsmetoder.
- Erfarenheter från och observationer av FI:s tillsyn har beaktats.
- Motormännens Riksförbund har kontaktats och gett sin syn på bolagens handläggning.

1. Titel: Koncentrerad arbetsskadehandläggning för likformighet och rättvisa

- Företrädare för försäkringsbranschen har varit Försäkringsförbundet, Försäkringsmedicinska sällskapet samt Försäkringsläkarföreningen för privata bolag.
- Som intresseorganisationer för de trafikskadade har följande lämnat synpunkter på handläggningen hos försäkringsbolagen: Riksförbundet för Trafik- och Polioskadade (RTP), Föreningen Pisksnärten samt Whiplash-skadades rättsförening. Därutöver har FI tagit del av synpunkter från läkaren Bengt H Johansson, biträdd av advokaten Nils-Evert Andersson samt från trafikskadade Tomas Alsbro.
- FI har även informerat Whiplashkommissionens ordförande Ingvar Carlsson om regeringens uppdrag till Finansinspektionen.

Avgränsning

Vissa intresseorganisationer som FI kontaktat är kritiska till bolagens hantering. FI har inte kunnat utreda hur många trafikskadade som företräds av organisationerna och vet således inte hur stor den missnöjda gruppen är. FI redovisar i denna undersökning ändå resultatet från dessa kontakter. Vissa åtgärdsförslag syftar också till att hantera de problem som just denna grupp har. Eftersom regeringen har lyft fram frågan har FI tolkat det som att synpunkter från denna grupp är intressanta.

1998 års kartläggning

FI:s rapport från 1998 av försäkringsbolagens skadehantering visade att det fanns en ganska stor skillnad i handläggningstiderna mellan bolagen och att denna skillnad i stor utsträckning verkade bero på varierande ambitionsnivå.

Någon relevant jämförande statistik mellan försäkringsbolagens handläggningstider fanns inte och den statistik som Trafikskadenämnden förde ansåg bolagen hade brister. Under arbetets gång enades branschen om att förändra Trafikskadenämndens statistik och FI förordade i sin rapport att statistiken skulle offentliggöras. Syftet med detta var att skapa ett incitament för bolagen att försöka minska handläggningstiderna.

FI kunde då konstatera att bolagen vidtog åtgärder, framförallt organisatoriska, i syfte att förkorta handläggningstiderna. I övrigt ansåg FI att rutinerna hos de flesta bolagen fungerade tämligen tillfredsställande. Dock bedömde FI att handläggningstiderna skulle kunna minskas om bolagen:

- med väl definierade riktlinjer och målsättningar förbättrade kontrollen av skaderegleringen för en bättre styrning av verksamheten,
- lät riktlinjerna om aktiv skadereglering genomsyra alla delar av handläggningen och
- som ett komplement anlitate den privata sjukvården i större utsträckning.

FI fångade upp en del förslag och tankar hur skaderegleringen skulle kunna utvecklas vid kontakterna med olika bolagsrepresentanter. Mot den bakgrunden föreslog FI att:

- handläggningstiderna skulle reduceras om branschen utarbetade riktlinjer för när läkarintyg inte behövs.
- schabloniseringen inom den nuvarande lagstiftningens ramar skulle öka, bland annat genom att förenkla och minska krav på kvitton från kunden.

FI konstaterade att handläggningstiderna för vissa skadeärenden skulle kunna reduceras med sex månader om reglerna för den obligatoriska prövningen i Trafikskadenämnden ändrades. FI föreslog därför att regeringen borde utreda om det är möjligt att förnya Trafikskadenämndens reglemente, i syfte att mjuka upp bestämmelserna om den obligatoriska utomrättsliga prövningen. Detta förslag har diskuterats, men inte lett till några förändringar.

Lagstiftning och rättspraxis

För reglering av trafikskador är följande regelverk centrala.

Trafikskadelagen (1975:1410) anger bland annat att trafikskadeersättning ska utgå vid personskada till följd av trafik. Lagstiftningen är uppbyggd så att en personskada ersätts full ut, oberoende om någon var skuld till olyckan eller inte. Ur social synpunkt ansågs det betydelsefullt dels att personskaderegleringen blev så snabb och effektiv som möjligt, dels att detta krav tillgodosågs bäst om ersättningen baserades på rent objektiva grunder.²

Skadeståndslagen (1972:207) reglerar vilka typer av ersättningar som den trafikskadade har rätt till. I 5 kap. anges vilka ersättningsposter som kan bli aktuella. Ersättning lämnas för:

- sjukvårdskostnader och andra kostnader för den trafikskadade, inbegripet skälig kompensation till den som står den trafikskadade särskilt nära,
- inkomstförlust,
- fysiskt och psykiskt lidande av övergripande natur (sveda och värk) eller av bestående art (lyte eller annat stadigvarande men) samt särskilda olägenheter till följd av skadan.

De nuvarande ersättningsbestämmelserna trädde i kraft den 1 januari 2002 och tillämpas på nyare skador. Detta innebär att bolagen under en följd av år kommer att tillämpa olika regelverk beroende på när skadan inträffade. De nyare bestämmelserna har bland annat inneburit att Trafikskadenämnden har arbetat om de så kallade tabellverken. Förändringarna innebär bland annat att betydelsen av den medicinska invaliditetsgraden kommer att öka.

Beräkningarna av inkomstförlust ska göras enligt den så kallade nettometoden. Det innebär att skadereglaren måste ha djupa kunskaper om det sociala välfärdssystemet och de förändringar som äger rum på området. Den senaste stora förändringen är det nya pensionssystemet.

Konsumentförsäkringslagen (1980:38) anger att försäkringsbolag är skyldiga att utreda en skada skyndsamt och med iakttagande av den skadelidandes behöriga intressen. Därutöver framgår att ersättning ska betalas ut senast en månad efter det att den ersättningsberättigade har lagt fram den utredning, som med hänsyn till omständigheterna, är skäligt att begära av denne.

Myndigheters föreskrifter och försäkringsbranschens självreglering

FI har inte särskilt reglerat frågor om personskadereglering i sina föreskrifter. Emellertid finns det ett antal allmänna förhållanden som är särskilt reglerade.

FI:s föreskrifter (FFFS 1995:32) om information avseende skadeförsäkring tar i huvudsak sikte på information *innan* något försäkringsavtal ingåtts. Av 3 § framgår att särskild information ska lämnas över klagomål och hur tvister ska lösas.

9

Klagomål och tvistehantering finns också reglerat i Konsumentverkets riktlinjer för information om vissa konsumentförsäkringar (KOV 2001:5). I anslutning till dessa riktlinjer har branschen tillsammans med Konsumentverket träffat en överenskommelse som närmare reglerar information när en skada inträffat.

Därutöver finns branschgemensamma Grundläggande principer för skadebehandling som utgör grunden för den så kallade aktiva skaderegleringen. Denna innebär att försäkringsbolaget aktivt ska utreda en skada och den trafikskadade ska informeras om sina rättigheter och skyldigheter samt om bolagets åtgärder. Om handläggningen fördröjs ska bolaget upplysa om anledningen. Dessutom framgår det att skaderegleringen ska vara konsekvent, enhetlig och rättvis. Besluten ska dessutom vara motiverade. Den trafikskadade ska också få den ersättning som denne är berättigad till utifrån försäkringsavtalets bestämmelser, den utvecklade skaderegleringspraxis som de grundläggande principerna givit upphov till och gällande rättsregler.

Preskription av trafikskadeersättning – klargörande rättspraxis

Preskriptionsbestämmelserna inom personskadereglering har vållat problem under en längre tid. Grunden för osäkerheten har berott på den treåriga preskriptionstiden som bland annat nämns i 28 § trafikskadelagen. Den treåriga preskriptionstiden börjar löpa när den trafikskadade har kännedom om att fordringen kan göras gällande. Ett rättsfall³ behandlade frågan om en whiplashskadad person skulle anses ha haft kännedom om att en fordran på trafikskadeersättning kunde göras gällande under mer än tre år. HD fastställde att kännedomen ska omfatta alla de faktiska förhållanden som grundar rätten till ersättning, dvs. också orsakssambandet. Det torde innebära att diffusa besvär inte uppfyller kännedomsrekvisitet. Ett annat rättsfall⁴ behandlade också tolkningen av kännedomsrekvisitet i 28 § trafikskadelagen och understryker den uppfattning som redovisats av HD ett år tidigare. Det rättsfallet gällde en annan skadetyp än whiplash, men med sen skadeföljd.

3. NJA 2000 s. 285

4. NJA 2001 s. 93

Men också den tioåriga preskriptionstiden i 28 § trafikskadelagen har vållat problem. I ett annat mål⁵ prövades när fristen för preskriptionstiden börjar gälla. Försäkringsbolagen har länge hävdats att fristen ska börja gälla från

5. NJA 2001 s. 695

olyckstillfället, men HD konstaterade att fristen börjar löpa vid den tidpunkt då skadan ger sig till känna. I det rättsfallet behandlades också frågan om tolkningen av preskription vid omprövning. Också här gick HD på en tolkning som bröt mot den som försäkringsbranschen tillämpat.

Rättsfallen borde leda till att det blir svårare för trafikförsäkringsbolagen att avsluta skadorna. Dessutom kan krav komma från personer som inte tidigare anmält någon skada. Några påtagliga kostnader räknar dock inte bolagens försäkringsaktuarier med. Det är dock möjligt att det i förlängningen uppstår vissa ökade drifts- och arkivkostnader.

Eventuella förändringar

En viss utvidgning av regressrätten föreslås i betänkandet SOU 2002:1. Förslaget innebär också att vissa förändringar i samordningsförmånerna sker. Därutöver har Sveriges Försäkringsförbund i en skrivelse till Justitiedepartementet begärt att det lagstiftningsmässigt ska bli möjligt att jämka personskadeersättningen i större omfattning än i dag.

Det är dessutom möjligt att de kommande EG-direktiven om motorfordonsförsäkring kommer att innebära vissa justeringar. FI har dock inte närmare undersökt denna fråga.

Skador och kostnader i trafiken

SAMMANFATTNING

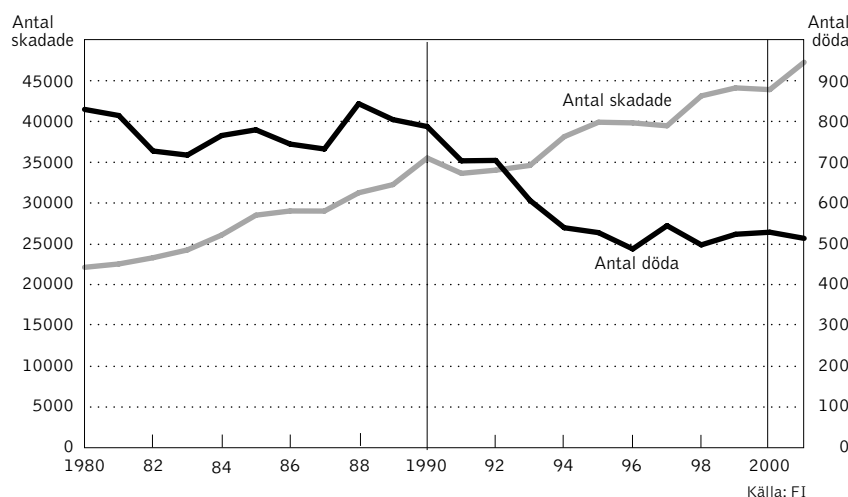
11

Antalet anmälda skador har mer än fördubblats under de senaste tjugo åren. Samtidigt som antalet döda i trafiken har minskat har det skett en märkbar ökning av svårbedömda skador som inte medför invaliditet i traditionell bemärkelse. Dessa ärenden tar tid att utreda och medför ökade kostnader.

Utveckling av dödade och skadade i trafiken

Antalet anmälda skador har ökat dramatiskt. År 1980 anmäldes ca 22 000 skadade. 20 år senare hade antalet anmälda skadade fördubblats, och under år 2001 anmäldes cirka 47 000. Antalet dödade har däremot minskat något under motsvarande period.

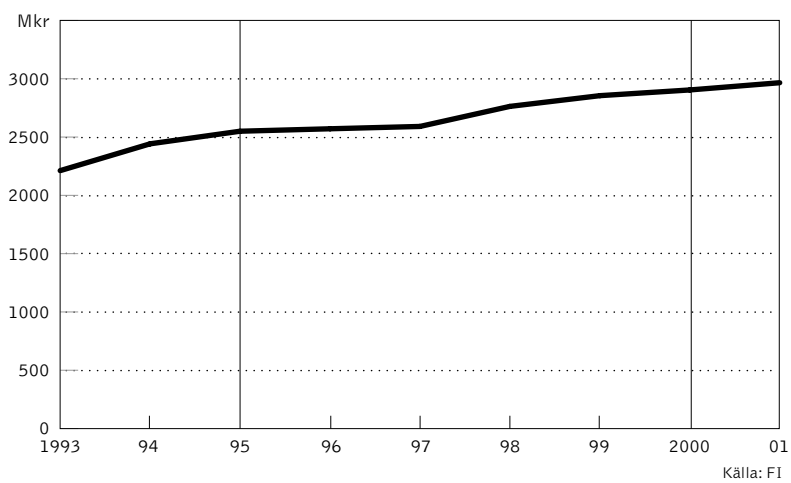
DIAGRAM 1. ANTALET SKADADE OCH DÖDADE I TRAFIKEN



Det har dessutom skett en ökning av mer diffusa/multifaktoriella skadetyper, såsom whiplash, som inte medför en hög invaliditetsgrad i traditionell bemärkelse, men som av allt att döma får stora psykosociala och fysiska konsekvenser. Dessa ärenden tenderar att bli utdragna i tiden.

Kostnadsutvecklingen i skadehanteringen

Utvecklingen av antalet skadade har påverkat skadekostnaderna, och de reserveringar som är gjorda för år 2001 för anmälda skador är närmare 3 miljarder kronor. Av diagram 2 framgår de gjorda reserveringarna för anmälda skador sedan 1993.

DIAGRAM 2. ÅRLIG KOSTNAD FÖR ANTALET ANMÄLDA SKADOR

Sammantaget innebär det att kostnaderna för skador och skadehantering ökat.

Erfarenheter från trafikskadade

SAMMANFATTNING

13

Den kritik som i dag finns mot trafikförsäkringsbolagen rör huvudsakligen brister i informationen till trafikskadade. Dessa brister kan skapa ett misstroende mot det reglerande bolaget. Kritiken är särskilt tydlig när det gäller de medicinska rådgivarnas roll. Bemötandet av de trafikskadade bör därför bli bättre och bolagen bör förklara samtliga delar av skadehanteringsprocessen.

Åtgärder:

- höja bolagens kompetens i hur de bemöter och informerar trafikskadade,
- utöka informationen till de trafikskadade med en prognos eller normtid för när skadan bedöms vara slutreglerad.

Erfarenheter från trafikskadade

Branschen handlägger cirka 47 000 ärenden per år. Merparten av dessa handläggs effektivt och av de som är berättigade till ersättning får merparten ersättning inom rimliga tidsramar. Av de kundundersökningar som några bolag gjort är kunderna i stort sett nöjda till mycket nöjda. Mot den bakgrunden får systemet anses fungera på ett tillfredsställande sätt.

Det finns dock kritik mot delar av systemet. Någon allmän kartläggning av de trafikskadades syn på hanteringen har inte gjorts. Därför kommer FI:s redovisning att fokusera på den kritik som framförts till FI. Den organisation som har flest medlemmar, och därför representerar flest trafikskadade, är Riksförbundet för trafik- och polioskadade (RTF). Denna organisation representerar trafikskadade med olika skadetyper. Andra ideella organisationer representerar i huvudsak nackskadade.

Det är viktigt att få en bild av hur dessa trafikskadade upplever skaderegleringen. Frågeställningar som aktualiseras är:

- bemötande,
- hur påverkar en lång handläggningstid,
- bolagens medicinska rådgivare och
- ombudskostnader.

Bemötande

De kritiska röster som hörts är att bemötandet skulle kunna förbättras och att det förekommer att personer känner sig ifrågasatta. Försäkringsbolaget anses inte vinnlägga sig om den skadades förtroende.

En organisation uppger att trafikskadade har svårt att komma till tals med skaderegleraren och därför inte förstår skaderegleringsprocessen. Det kan vara trafikskadade personer med låg utbildning och som dessutom inte har en stark social situation.

Det riktas också kritik mot bolagen för att de inte i tillräcklig grad beaktar de sociala problem som kan uppstå genom trafikskadan. Det påstås gälla för personer med lättare hjärnskador och/eller nackbesvär.

Det har framförts önskemål om att luckra upp gränsdragningen för olika ersättningsposter för att på så sätt lindra mindre inkomstförluster under en kortare tid.

Sammantaget innebär detta att det kan riktas kritik mot försäkringsbolagens sätt att bemöta vissa grupper av skadade.

Förslag på kompetenshöjande åtgärder

Det är viktigt att den skadade känner förtroende för skaderegleraren och det reglerande bolaget och förstår alla faser och delar i förfarandet. Den trafikskadades krav och önskemål måste därför i så stor utsträckning som möjligt beaktas och bemötas.

Några bolag mäter hur nöjda eller missnöjda kunderna är med skaderegleringen. Bolagen uppger att den stora majoriteten av trafikskadade är nöjda och till och med mycket nöjda med hur skadan har hanterats. Det är viktigt att i sådana mätningar också belysa och analysera grupper eller personer som inte är nöjda. Ytterligare en åtgärd kan vara att försäkringsbolagen årligen bjuder in organisationer som organiserar trafikskadade och för en dialog i syfte att förbättra skaderegleringen och fånga upp eventuella problem.

Bolagen uppger att det är en självklar princip att alla trafikskadade ska behandlas rättvist och sakligt. Det måste också vara en självklarhet att skaderegleraren som huvudregel ska sätta tilltro till den trafikskadades uppgifter och tydligt ange skäl vid beslut. Därutöver är det viktigt att bemöta invändningar från den trafikskadade och förklara förloppet och bolagets ställningstagande. Bolaget bör överväga om ärendet ska handläggas i särskild ordning. Det kan t ex vara att skadan handläggs av ett team eller arbetslag i syfte att kontrollera att den trafikskadade fått svar på alla invändningar. Ett annat skäl kan vara att den trafikskadades situation gör att påfrestningar efter skadan är särskilt svåra att uthärda.

Hur påverkar en lång handläggningstid

En stor del av de kontakter som FI haft är kritiska till tidsåtgången i skadehanteringen. Det verkar dessutom leda till ett vakuum för den skadade som "bara" går och väntar på att skaderegleringen ska avslutas. Man kan få intrycket av att planeringen, och den eventuella anpassning som behövs för framtiden, senareläggs i avvaktan på att skadehanteringen avslutas. Osäkerheten i ekonomin förefaller dessutom påfallande. Detta kan vara en faktor som kan försämra den sociala situationen som den skadade haft innan olyckan.

15

Sammantaget innebär detta att för vissa trafikskadade skulle situation kunna förbättras om det gick att förutsäga tidsåtgången för ärendehanteringen och om handläggning kunde påskyndas.

Förslag på normtider

Det är viktigt att den som skadas ges bästa möjliga förutsättningar att klara sin situation såväl ekonomiskt som socialt. Av de samtal som FI fört med organisationer som företräder trafikskadade framgår att de skulle önska en förbättrad förutsebarhet avseende tidsåtgången i handläggningen. Detta stämmer också överens med flera av de klagomål FI får del av i den löpande verksamheten. Det är kan vara svårt för den skadade att följa och förutse nästa steg i skaderegleringen och framför allt att veta när den kommer att avslutas. En ökad förutsebarhet skulle göra det möjligt för individen att bättre planera sin tillvaro.

Den information som trafikskadade i dag erhåller skulle kunna förbättras genom att den skadade ges möjlighet att följa processen i form av en tidsplan eller välgrundad prognos för när skadan ska vara färdigreglerad. Genom att ange normtider för olika typer av ärenden skulle den skadade kunna följa sitt ärende och se var i processen som han eller hon befinner sig. Normtiden skulle kunna utgöras av en tidsaxel där det klart och tydligt anges olika skeenden i skaderegleringen såsom läktid, tid för medicinsk bedömning, eventuell rehabiliteringstid, utredningstid osv. Avvikelse från normtiden skulle då kunna förklaras på ett enkelt och överskådligt sätt.

Inledningsvis kan det vara svårt att ge en trafikskadad denna förutsebarhet eftersom effekterna av trafikskadan kan vara svåra att bedöma. I detta skede kan det dock vara värdefullt för den skadade att få veta vid vilken tidpunkt bolaget kan uppge normtid. I flertalet skador torde krav på införande av normtider inte möta några större svårigheter. Det är en stor mängd likartade skadehändelser som resulterar i en stor mängd likartade skador. För vissa särskilda diagnoser som whiplash kan det dock vara svårt att ange en normtid. Detta innebär emellertid inte att den trafikskadades behov av förutsebarhet är mindre. Också i dessa fall bör bolagen sträva efter att ge så rättvisande bild av tidsåtgången som möjligt genom normtid.

Ett system med normtider innebär att bolagen måste gruppera sina skador. Så sker också i dag genom grupperingar varav t ex akutskador är en grupp. Det vore värdefullt om bolagen skulle kunna enas om lika grupperingar, förslagsvis grundade på medicinsk diagnos. Detta skulle öka insynen i skaderegleringen och göra det möjligt att jämföra de olika trafikförsäkrings-

bolagens skadehantering. I de kontakter som FI haft med branschen inför denna rapport har det varit svårt att få fram jämförbar statistik mellan bolagen såvitt avser genomströmningstider för vissa typer av ärenden. Detta har gällt ärenden utan invaliditet, ärenden med en invaliditetsgrad under tio procent och ärenden med en invaliditetsgrad på tio procent och mer. Mot den bakgrunden avstår FI att i nuläget kräva en samordning.

Bolagens medicinska rådgivare

Det har framförts kritik mot bolagens medicinska rådgivare. Det kan vara svårt att förstå att bolagets ställningstagande inte i alla delar grundar sig på den behandlade läkarens slutsatser. Alla förstår inte varför bolaget måste göra en försäkringsmedicinsk bedömning. Det kan dessutom vara svårt att förstå att den som inte träffat den skadade ska göra en bedömning.

Sammantaget tyder den kritik som framkommit på att bolagen för vissa grupper inte lyckats med att förklara skälen till att bolaget gör en försäkringsmedicinsk bedömning och hur den görs.

Ombudskostnader

De som är mycket kritiska till bolagens skadehantering tar upp ett, ur deras synvinkel, rättvise- och rättssäkerhetsproblem.

Under skaderegleringen kan ombud tillåtas i vissa ärenden. Det kan ske med stöd av vad som direkt anges i försäkringsvillkoren. Det förekommer även att ersättning ges för ombud utan uttryckligt stöd i villkoren (frivilligt åtagande).

Till detta kommer den ombudskostnadersättning som kan ges ut på grund av meddelad rättsskyddsförsäkring.

Ersättning för kostnader före tvist knyter an till själva skaderegleringen av en personskada. Vissa skillnader föreligger mellan bolagen men generellt gäller att kostnader för juridiskt ombud ersätts om det är frågor av juridiskt komplicerad art. Ett krav för att ersättning ska ges är i regel att ombudet kan väntas föra skaderegleringen framåt. Bolaget betalar i dessa fall nödvändiga och skäliga ombudskostnader.

Vid tvist kan det bli aktuellt att utnyttja antingen rättsskyddet i motorfordonsförsäkringen som omfattar, förare, ägare och brukare av fordonet. Förare som enbart har trafikförsäkring har inte rättsskyddsmoment. När det gäller passagerare, cyklister och fotgängare kan den egna hemförsäkringens rättsskyddsmoment tas i anspråk.

Bolagens villkor för rättsskyddsförsäkring är mycket lika. Det maximala beloppet varierar dock mellan bolagen från 75 000 kr till tre prisbasbelopp, det vill säga i dag drygt 110 000 kr. En självrisk på 20 procent av kostnaden, dock lägst 1 000 kr, tas som regel alltid ut.

Förlorar den skadelidanden en tvist i domstol innebär det, i enlighet med de allmänna regler som gäller vid domstol, att skadelidanden ska betala förutom sina egna rättegångskostnader även motpartens, dvs försäkringsbolagets. Det förekommer i sådana tvister att rättsskyddsförsäkringen inte räcker till, detta särskilt om ärendet prövas i flera instanser.

I detta sammanhang kan det vara värt att notera att Trafikskadenämndens prövning inte kostar något.

Sammantaget är detta ett problem vid sidan om själva skaderegleringen. Det nuvarande systemet förutsätter att försäkringsbolagen ska hantera skadorna. Detta system anses allmänt hålla nere transaktionskostnaderna. Den trafikskadade, som kanske inte har förtroende för det reglerande bolaget och inte heller för Trafikskadenämnden, kan uppleva situationen som orättvis. Detta måste i stor utsträckning hanteras inom nuvarande system, eftersom domstolsprövning inte är en framkomlig väg med de ekonomiska risker och väntetider som det innebär.

Tidsåtgången

18

SAMMANFATTNING

Tidsåtgången är en central faktor i skadehanteringen. Det är av flera skäl viktigt för de trafikskadade att ärendet avslutas snabbt. Detta är också en central fråga för trafikförsäkringsbolagen. För att effektivisera och förbättra hanteringen krävs en ökad fokusering på tidsåtgången.

FI kan konstatera att handläggningstiden för de komplicerade ärendena tenderar att öka. Genomströmningstiden för samtliga ärenden har också tenderat att öka under de senaste åren.

Åtgärder:

- förbättra statistikhanteringen för att kunna göra jämförelser mellan de olika bolagen, men också inom det enskilda bolaget,
- regeringen bör överväga att införa en regressrätt (återkrav) för trafikförsäkringsbolagen när det gäller ersättning för arbetsskador.

Tidsåtgång – en central faktor

FI ansåg i 1998 års rapport att det var förvånande att samtliga bolag, utom ett, saknade statistik när det gällde tidsåtgången i trafikskadeärenden. Några bolag ansåg att det inte var meningsfullt att ta fram statistik på det sätt som FI efterfrågat, utan framhöll att kvaliteten skulle mätas på annat sätt. FI angav redan då att tidsåtgången i ett skadeärende är ett kvalitetsmått. I detta mått ligger naturligtvis att skaderegleringen ska vara korrekt.

Genom de kontakter som funnits med representanter för trafikskadade och andra som kommer i kontakt med trafikskadade framgår att tidsåtgången är en viktig faktor.

1998 års kartläggning visade att bolagen i regel löser de ekonomiska konsekvenserna för den trafikskadade med förskott, i de fall detta är möjligt. Ideell ersättning⁶ betalas i regel ut när bolagen kan konstatera att den trafikskadade har rätt till det. Inkomstförlust betalas när det går att överblicka huruvida sådan förlust uppkommit eller inte. Inkomstförlust betalas i regel à conto till dess att förlusten slutligen kan fastställas. Om bolaget är i dröjsmål med ersättningen betalar bolagen dröjsmålsränta.

För den som begär ersättning är det av största vikt att så snabbt som möjligt få ett definitivt ställningstagande från bolaget. Grundat på en i sak noggrann prövning. Men svaret måste också förklaras på ett lättfattligt och begripligt sätt. Det sistnämnda är särskilt viktigt i de fall ersättningsanspråken avböjts.

6. Ideell ersättning betalas till skadelidande för sveda och värk, lyte och men samt olägenheter i övrigt.

Ett annat mer övergripande skäl till att FI anser att det är viktigt att fokusera på tidsåtgången är att detta gör det möjligt att förbättra kontrollen av trafikskadorna och det torde i sin förlängning skapa effektivare hantering.

FI:s kartläggning från 1998 bygger i delar på försäkringsbranschens egen rapport *Frågan om tidsutdräkt i personskaderegleringen* sammanställd av försäkringskonsulenterna Sven Källgren och Anders Wallin. I denna fastslogs att det fanns brister i trafikförsäkringsbolagens hantering eftersom det saknades en helhetssyn vilket på så sätt fördröjde ärendets slutliga avgörande.

19

Detta uppmärksammades också i FI:s kartläggning, dock utifrån ett något annat perspektiv. Bolagen ansåg att delar av skaderegleringen låg utanför bolagens kontroll, såsom långa handläggningstider hos försäkringskassan eller väntan på intyg från läkarna. FI ansåg då som nu att bolagens redovisade uppdelning av omständigheter, som ligger inom respektive utanför bolagens kontroll, inte ligger i linje med branschens vedertagna synsätt om en aktiv skadereglering. Vidare konstaterade FI att det föreligger en skyldighet för bolagen att ta ansvar för att skaderegleringen sköts på ett aktivt och effektivt sätt i hela skaderegleringskedjan. Bolagen måste därför ta ansvar för hela skaderegleringsprocessen och skapa godtagbara lösningar. Sådana fördröjningar som bolagen redogjorde för måste elimineras då dessa kostar pengar för bolagen och i sin förlängning också försäkringstagarkollektivet. Endast genom att mäta dessa effekter ges incitament till utveckling på området.

Sammantaget innebär detta att en fokusering på tidsåtgången är viktig utifrån flera aspekter, dels för den skadelidande, dels för en effektiv hantering hos bolagen.

Genomströmningstid och handläggningstid

I 1998 års kartläggning användes ordet handläggningstid för att bedöma den tid det tog för bolagen att reglera en skada – från det att skadan inkom till dess att den avslutades i bolagets administrativa system.

Det finns dock skäl att i denna rapport nyansera språkbruket genom att särskilja på genomströmningstid och aktiv handläggningstid. Med genomströmningstid menas den tid det tar från det att skadan anmäls till dess att den är avslutad. Med aktiv handläggningstid menas den aktiva tid det tar att handlägga en skada.

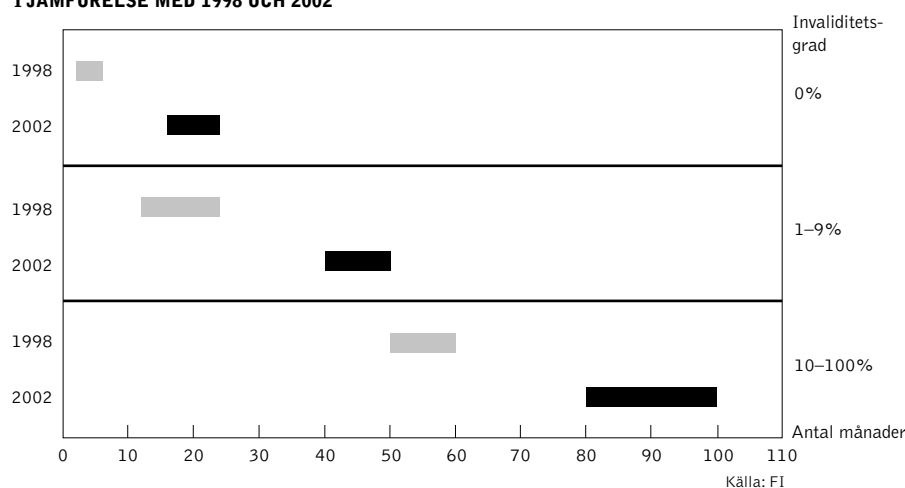
År 1997 anmäldes 40 296 skadade och 578 döda i trafiken och Trafikskadenämnden hanterade mindre än tio procent av dessa ärenden.

För ärenden utan invaliditet gjordes bedömningen att flertalet skador avslutades inom sex månader. Ärenden med invaliditet under tio procent bedömdes ha en genomströmningstid på 1–2 år, och för invaliditetsskador på tio procent eller mer kunde flertalet bolag inte uppge någon tid. Ett bolag ansåg dock att genomströmningstiden var mer än fem år.

År 2001 anmäldes 47 231 skadade och 513 döda i trafiken. Antalet skadade detta år är det högsta redovisade någonsin. För att jämföra med de bedömningar som gjordes år 1998 har FI krävt in uppgifter om följande grupper:

- ärenden utan invaliditet,
- ärenden där invaliditetsgraden är lägre än tio procent och
- ärenden där invaliditetsgraden är tio procent och därutöver.

DIAGRAM 3. GENOMSTRÖMNINGSTIDERNÄ FÖR TRE ÄRENDEGRUPPER I JÄMFÖRELSE MED 1998 OCH 2002



Av diagrammet framgår att genomströmningstiden ökat för varje grupp jämfört med bolagens uppskattningar 1998. Anledningen till ökningen kan ha flera orsaker:

- felaktiga bedömningar 1998,
- ersättningsrätten blir alltmer komplicerad,
- ersättningsnivåerna i andra ersättningssystem har minskat och
- fler ärenden där whiplashproblematik är en stor andel.

Efter en diskussion med bolagen har framkommit att de gjorda uppskattningarna från år 1998 kan vara felaktiga.

En annan förklaring som bolagen uppger är att ersättningsrätten blir allt svårare att tillämpa. En skadereglerare måste känna till alla förändringar i vårt sociala skyddsnät. Förändringen i pensionssystemet är en sådan faktor som till exempel komplicerar ärendehantering.

Andra faktorer som nämnts är att ersättningsnivåerna i andra ersättningssystem reducerats och att det endast är trafikförsäkringen som ger heltäckande kompensation för framtida inkomstförlust. Detta sammantaget med att allt fler har osäkra framtida inkomster skapar komplicerade bedömningar i ärendet och ger längre handläggningstider.

Ytterligare ett skäl som anges är antalet ärenden ökat och att fler och fler ärenden i dag innefattar svåra bedömningar.

Bolagens redogörelse för faktorer som förlänger tidsåtgången i ett ärende har inte kunnat analyserats utifrån bolagens statistik utan grundas mer på erfarenhetsmässiga bedömningar. Finansinspektionen som i och för sig inte tvivlar på bolagens förklaring måste dock konstatera att det brister i underlaget. Genom adekvat statistisk av tidsåtgången skulle bolagens analys kunna fördjupas och därmed få större tyngd.

I sin tillsyn följer FI kontinuerligt upp Trafikskadenämndens statistik. Av denna kan man utläsa att det tar längre tid i de svårare ärendena. En förklaring som bolagen gett till den ökade tidsåtgången är att de håller på att arbeta bort äldre ärenden. Inte heller i detta avseende har bolagen kunnat verifiera detta med adekvat statistik.

21

Sammantaget framgår att bolagen fortfarande inte har tillräcklig kontroll på handläggningen av skadehanteringen. Detta är särskilt allvarligt eftersom genomströmningstiden för skadorna verkar öka.

Förslag på förbättrad statistikhantering

Redan i 1998 års rapport om handläggningstider kritiserade FI bolagen för brister i statistikhanteringen. Också om bolagen i många avseenden förbättrat sin hantering i detta avseende finns det anledning att också fortsättningsvis rikta kritik.

I 1998 års rapport framförde FI krav på att Trafikskadenämnden skulle offentliggöra sin statistik bolag för bolag. Så har också skett. Nämndens statistik är dock svårläst och visar enbart en liten del av de ärenden som bolagen faktiskt behandlar. För att förbättra kontrollen har FI begärt att få del av bolagens genomströmningstid. En genomsnittlig genomströmningstid säger dock inte särskilt mycket med tanke på att vissa skador avslutas efter en kort tid medan andra skador hålls öppna under flera år. Mot den bakgrunden har FI krävt in uppgift om genomströmningstid för ärenden utan invaliditet, ärenden med invaliditet under tio procent och ärenden med en invaliditet på tio procent eller mer. De små bolagens statistik har inte kunnat beaktas på grund av att statistik eller historik över skadehanteringen har saknats. För de stora bolagen har material inkommit men detta har inte kunnat jämföras eftersom bolagen grupperat skadorna annorlunda och tagit fram uppgifterna på olika sätt. För att FI ska kunna utveckla informationsinhämtningen från bolagen bör detta utvecklas i anslutning till FI:s övriga rapporteringskrav. Detta för att bättre kunna följa upp bolagens resultat av skaderegleringen. För att fortsättningsvis följa upp genomströmningstiden kommer FI att under året arbeta fram förändrade rapporteringskrav i detta avseende.

Förslag på regressrätt

Trafikskadenämnden har uppmärksammat FI på att allvarliga ekonomiska problem kan uppstå för trafikskadade som avvaktar en arbetsskadeutredning. Skälet härtill är att försäkringsbolagen i dessa fall inte betalar à conto eller på annat sätt ger förskott till den trafikskadade utan avvaktar Försäkringskassans utredning. Genom att ge regressrätt för försäkringsbolagen i dessa avseenden skulle problemet kunna lösas.

Rutiner för skaderegleringen

SAMMANFATTNING

Det pågår ett arbete i branschen för att höja kvaliteten på skaderegleringen. Detta har dock inte resulterat i kortare handläggningstider.

Handläggningen

När en trafikskada inträffat anmäls den till det försäkringsbolag som tecknat trafikförsäkring. Försäkringsbolaget påbörjar en utredning som kan inbegripa utbetalning av kostnader, inkomstförlust, ersättning för sveda och värk samt lyte och men. Ersättningen ska beräknas enligt skadeståndsrättens principer och det finns krav på att den ska vara korrekt. Försäkringsbolagets utredning innefattar därför inte endast direkta uppgifter från den trafikskadade utan också uppgifter från till exempel den skadades arbetsgivare och försäkringskassan. För kostnader och ersättningar som avser akut tid görs utbetalningar under, och i direkt anslutning, till denna.

I merparten av skadeärendena betalas sveda och värk och vissa kostnadsersättningar och därefter är skadan slutbehandlad.

Om det föreligger bestående besvär ska en invaliditetsbedömning göras när skadan stabiliserats. För detta krävs i regel ett sjukintyg av den behandlande läkaren. Försäkringsbolagets medicinska rådgivare rekommenderar, på grundval av intyget och andra medicinska handlingar i ärendet, en invaliditetsgrad. Den medicinska rådgivaren kan också göra rekommendationer i sambandsfrågor. Vissa ersättningsposter är schabloniserade och fastställda av Trafikskadenämnden i tabellform, och ersättningen bestäms utifrån invaliditetsgrad. En invaliditetsbedömning kan i regel göras först ett år efter olyckan.

Efter det att den medicinska invaliditetsgraden är fastställd kan i ett fåtal ärenden även frågan om den skadades förvärvsförmåga behöva utredas. Den skadade ska kompenseras för förlust av inkomst från den tidpunkt olyckan inträffade och den beräknade framtida förlusten av inkomst och pension. I bedömningen ska hänsyn tas till den skadades framtida inkomster, såsom sjukpenning, sjukbidrag och liknande. Den skadades förvärvsförmåga påverkas av bland annat rehabiliteringsåtgärder och den allmänna efterfrågan på arbetskraft. Rätten till ersättning ska endast utgå från den skada som olyckan orsakade.

Om den medicinska invaliditetsgraden fastställs till mindre än tio procent kan bolaget avsluta ärendet, efter det att den trafikskadade erhållit kompensation för olyckan.

Den framtida inkomstförlusten är svår att fastställa. Detta gäller särskilt när barn skadas allvarligt. I sådana ärenden fastställs ersättningen för inkomstförlust först när barnet blir vuxet.

Om invaliditetsgraden fastställs av bolaget till tio procent eller därutöver ska ärendet bedömas av Trafikskadenämnden. Nämndsprövning ska även ske vid inkomstförluster över ett halvt prisbasbelopp och vid så kallade paragraf 4-ärenden. Det reglerande bolaget upprättar en promemoria över skadan som delges den trafikskadade och därefter skickas ärendet in till nämnden.

23

Förfarandet hos nämnden är skriftligt och nämnden kommunicerar enbart med försäkringsbolaget. Ett skadeärende kan vara föremål för nämndsprövning vid flera tillfällen. Anledningen till detta kan vara att det tar lång tid för skadan att stabiliseras varför nämnden först prövar hela eller delar av den schabloniserade ersättningen och inkomstförlust för en begränsad tid.

Nämndens uppgift är att ge en rekommendation i ärendet. Syftet med nämndsprövningen är att erhålla en likformig hantering samt att ge garantier för en riktig ersättning i det enskilda fallet. Detta sker genom yttrande i enskilda ärenden och på det sättet är nämnden ett praxisskapande organ. Nämnden är däremot inte någon renodlad överprövningsinstans på sätt att försäkringsbolaget avslutar skadeärendet genom ett beslut som sedan kan överklagas till nämnden. Prövningen är snarare en del i skaderegleringsprocessen. Detta skapar en otydlighet och kan vara förvirrande för den trafikskadade.

Det saknas enligt FI:s bedömning en reell överprövningsinstans för de trafikskadade. Nämndens roll skulle kunna renodlas på så sätt att nämnden blir en reklamationsnämnd. Enhetligheten i bedömningar och hur dessa ska redovisas borde kunna omhändertas även inom ett allmänt reklamationsförfarande. Det är inte lämpligt att på det sätt som nu sker att låta nämnden vara någon slags informell överprövningsinstans i bolagens skaderegleringsprocess. En reklamationsnämnd skulle tydliggöra bolagens ansvar för skaderegleringen.

Bolagens organisation

Antal skadereglerare på de fyra största bolagen tillsammans är cirka 340 personer. Antal öppna ärenden per handläggare varierar mellan 160 och 400 stycken (april 2002).

Åtgärder som bolagen vidtagit

Sammanfattningsvis kan det fastslås att samtliga bolag har ett pågående arbete med att utveckla skaderegleringsprocessen. Av enkätsvaren framgår att man i detta arbete har hunnit olika långt och med varierande grad av medvetet kvalitetssystem- och processtänkande. Nedan redogörs för vidtagna åtgärder med anledning av kraven i FI:s rapport.

Att låta riktlinjerna om en aktiv skadehantering genomsyra alla delar av handläggningen

Rutiner, förbättringar

Två av bolagen ringer själva upp den nyskadade efter att man fått en skadeanmälan. Ett bolag ringer upp när de fått kännedom om en trafikolycka med personskador, således innan man fått en formell skadeanmälan. Ytterligare ett annat bolag har som rutin att ta en första kontakt per telefon med alla skadade och har då stöd av ett särskilt frågeformulär. Ett projektarbete har påbörjats inom ett bolag i syfte att utforma kvalitetsregler för svar och handläggningstider. För att ytterligare effektivisera handläggningen startade samma bolag också under 2001, "classification of claims". I detta system delar man in skaderegleringen i tre kategorier: nya skador, mellanskador och komplexa skador. En omorganisation som gjordes 1997 i ett annat bolag ledde till en uppbyggnad av en specialiserad flödesorganisation där varje handläggare i princip tillhör en av flera olika specialistgrupper. Detta gör det lättare att mäta bland annat handläggningstider. Ett annat bolag är inne på samma tankegångar genom att man överväger att låta specialister ta hand om direktskadereglering, allt i syfte att korta handläggningstiderna.

Ett företag redovisar ett mer utvecklat kvalitetssystemtänkande för sin handläggning. Detta företag anser också att kvaliteten på reservsättningen blir högre med en fokusering på storskador och ökat informationsutbyte med den trafikskadade. Ett annat nytänkande är inrättandet av så kallade personliga Coacher. Detta är sjuksköterskor som ringer upp den skadade direkt när skadeanmälan erhålls och sedan gör de en bedömning om de, parallellt med skaderegleringen, ska arbeta med ärendet ur ett rehabiliteringsperspektiv. Skaderegleraren får tillgång till sjuksköterskornas anteckningar och kan komma igång med ärendet på ett så optimalt sätt som möjligt. Sjuksköterskorna ringer upp en andra gång efter tre till sex månader och en tredje gång efter ett år. Varje samtal dokumenteras och vidarebefordras till skadehandläggaren. För att bolaget ska få en så effektiv styrning som möjligt av skaderegleringsprocessen kommer målen för denna att följas upp kontinuerligt och redovisas löpande för handläggarna, bland annat via bolagets intranät. Mätpunkter och mål kommer att omvärderas årsvis i syfte att säkerställa att rätt saker mäts och att målen ligger på en korrekt nivå.

Kompetenshöjning

Samtliga bolag satsar på att ge handläggarna grundläggande personskadeutbildning. Man satsar också på löpande fortbildning och kompetenshöjning.

De större bolagen har ett basblock antingen i egen regi eller genom Institutet för Försäkringsutbildning, IFU. Detta basblock kompletteras sedan med vidareutbildning och fördjupning. Samtliga bolag har dessutom kurser och seminarier som tar upp ny lagstiftning. Utbildningarna är i stora delar likartad.

Ett bolag är ensamt om att lägga förhållandevis stora resurser på kommunikationsträning före och efter "svåra" samtal för att exempelvis kunna bemöta oro, missnöje och aggression från den skadade.

Ett bolag har ytterligare ett alternativt upplägg av kompetensdelen i skadehanteringsprocessen genom att göra en individuell behovsinventering. Alla större bolag har dock någon form av övergripande utbildningsplan samt mer eller mindre uttalat och dokumenterat en plan även på individnivå.

Ett utbildningsutbyte sker också mellan olika yrkeskategorier.

Återkoppling

Av enkäten framgår uttalat att fem av bolagen kontinuerligt har muntliga och/eller skriftliga återkopplingar till handläggarna. Ett bolag har också lokala och centrala rådsgrupper (ärendediskussionsgrupper) med hög mötesfrekvens. Åtminstone två bolag använder så kallade Closed file review (CFR). Detta är en kvalitetsmetod, och i samband med denna görs bland annat viss uppföljning av handläggningstider där otillbörliga svarstider sedan diskuteras och kommenteras med respektive handläggare och chef.

25

Åtgärder för att minska antalet oavslutade(äldre) ärenden

Ett bolag har som rutin att skriva en kort förklaring till dröjsmålet. Åtgärder vidtas i form av skadestocksgenomgångar, temporära avlastningar, prioriteringar med mera. Ett annat bolag kommer att under 2003 ha en genomgång av så kallade treårsärenden i syfte att konstatera orsaken till dröjsmålet, vilket kommer att föranleda ytterligare åtgärder för att korta handläggningstiderna.

Att anlita den privata sjukvården som ett komplement

Ett av de sju tillfrågade bolagen anlitar uttalat privata vårdgivare, vilket enligt dem ger snabbare utredningar och utfärdande av invaliditetsintyg. De har ett läkarnätverk om fem läkare. Väntetiden har i samtliga fall kunnat begränsas till två månader. Övriga bolag anlitar undantagsvis privata vårdgivare, det anses allmänt att behandlande läkare som har bäst kännedom om patienten bör utfärda intyg. Ett bolag anlitar Sophiahemmet vid oenighet. Vissa ombud anlitar regelmässigt privata vårdgivare för intygsskrivning för den skadelidande. Bortsett från det bolag som regelmässigt anlitar privata vårdgivare anser övriga bolag att det inte innebär någon positiv påverkan på handläggningstiden.

Att utarbeta riktlinjer för när läkarintyg inte behövs

Generellt sett finns det inga uttalade riktlinjer från bolagen, däremot utarbetades riktlinjer i försäkringsförbundets regi efter 1998 års rapport. Frågorna avgörs i regel från fall till fall. En bedömning utan intyg kan oftast ske utifrån journalanteckningar som omfattar hela tiden fram till bedömningstidpunkten.

Att öka schabloniseringen inom den nuvarande lagstiftningens ramar

Olika typer av schabloner och minskade krav på kvitto och dylikt gör att handläggningstiderna minskats, till exempel genom olika former av direktskadereglering för enklare skador.

Kommande åtgärder

Det är en generell uttalad målsättning att korta handläggningstiden. Det ska ske genom en aktiv skadereglering och genom att ytterligare bygga upp kompetensen inom företagen. Organisering i olika segment ger att varje handläggare får fokus på sitt specialistområde. Ökade utvecklingsmöjligheter bidrar till att minska personalomsättningen. Dessa aktiviteter ska minska antalet ärenden med lång handläggningstid.

Slutsatser

Av den information som FI fått från bolagen kan slutsatsen dras att utvecklingsarbete pågår i branschen när det gäller att höja kvaliteten på skaderegleringen. Emellertid har det inte för FI presenterats påvisbara resultat av detta arbete i form av kortare handläggningstider. Det kan vara så att det finns resultat, men att de inte har kunnat mätas på grund av att det saknats tillräckligt bra mätmetoder. Det kan också vara så att det nedlagda arbetet i delar varit resultatlöst, eller endast fått genomslag för vissa typer av ärenden. För att handläggningen ska utvecklas för alla typer av ärenden måste metodiken och systematiken utvecklas ytterligare mot ett medvetet kvalitets-systemtänkande för samtliga typer av ärenden. Mätmetoder måste också utvecklas för att kunna följa upp resultat på ett bättre sätt. Ett företag står dock, som tidigare nämnts, för ett nytänkande på området med en klar processinriktning och ett uttalat kvalitetstänkande.

För att komma vidare bör bolagen arbeta mer uttalat med en kund- och flödesorienterad helhetsbedömning av trafikskaderegleringen. Man måste bättre kunna identifiera vilka faktorer som styr genomströmningstiderna och andra kvalitetskomponenter. Man måste också kunna mäta och analysera

Medicinska rådgivare

SAMMANFATTNING

27

FI:s analys av de medicinska rådgivarnas oberoende visar att det finns skäl att informera om och tydliggöra de medicinska rådgivarnas roll samt att kvalitetssäkra vissa delar i den medicinska bedömningen.

Åtgärder

- bolagens medicinska bedömningar måste kvalitetssäkras i högre utsträckning än vad som sker idag,
- bolagen bör överväga intensifierade utbildningsinsatser i försäkringsmedicin.

Läkarbedömningar

En allvarlig trafikolycka kan resultera i ett antal läarkontakter. Den första kontakten sker vanligtvis direkt efter olyckstillfället då den skadade behandlas akut vid sjukhus/primärvård. Därefter följer i regel en period av behandling. Under behandlingstiden görs anteckningar i en journal. Om skadan ger någon form av men eller andra bestående besvär görs en medicinsk bedömning av besvären. Detta kan ske först när skadan stabiliserats och tar formen av ett läkarintyg. Den läkare som skriver intygen är i regel också den som behandlat patienten.

Det förekommer att behandlande läkare skriver flera intyg för en och samma skada. Det kan inträffa när den trafikskadade anser att skadan förändrats och därför behövs ett förnyat intyg.

De anteckningar som skrivs i journalen, och de eventuella intyg som upprättas, ska följa de kvalitetskrav som Socialstyrelsen ställer. Läkaren som behandlat patienten står dessutom under Socialstyrelsens tillsyn. Det innebär att om det föreligger fel eller försummelse av läkaren vid upprättande av journalanteckningar eller vid behandlingen av patienten kan läkarens åtgärder granskas. Vid konstaterat fel eller försummelse erhåller läkaren en adekvat påföljd.

Den behandlande läkarens roll kan sammanfattas enligt följande. Läkaren

- har kontakt med den trafikskadade,
- ansvarar för att den trafikskadade får adekvat vård,
- för journalanteckningar,
- utfärdar intyg i vissa situationer och
- står under Socialstyrelsens tillsyn.

Försäkringsbolagens medicinska rådgivare

I skadeärendet begär skaderegleraren att få tillgång till de journaler som upprättats efter och eventuellt före en trafikolycka. Också läkarintyg kan begäras in av skaderegleraren. När ärendet är klart för försäkringsmedicinsk bedömning kopplas försäkringsbolagets medicinska rådgivare in. Dessa är som regel läkare med specialistkompetens inom olika områden. Försäkringsbolagen anlitar ofta neurologer och ortopedier, men detta beror på vilken typ av skada som ska bedömas.

Den medicinska rådgivaren läser igenom det medicinska materialet och tar ställning till den medicinska invaliditetsgraden. Om det föreligger sambandsfrågor tar den medicinska rådgivaren också ställning i sådana frågor. Det är försäkringsbolaget som har ansvaret för de beslut som fattas. Besluten fattas därför i det reglerande bolagets namn. Någon fristående kår av medicinska rådgivare finns inte, men det finns en förening, Försäkringsmedicinska föreningen, som ser till att det finns viss utbildning inom försäkringsmedicin. De bedömningar som de medicinska rådgivarna gör grundas på den behandlande läkarens anteckningar och intyg. Det är därför av vikt att dessa handlingar uppfyller uppställda krav på kvalitet. De medicinska rådgivarna står inte under Socialstyrelsens tillsyn.

Försäkringsbolagens medicinska rådgivares roll kan sammanfattas enligt följande. Rådgivaren:

- gör en försäkringsmedicinsk bedömning,
- grundar den medicinska bedömningen på läkares utfärdade handlingar,
- arbetar på uppdrag åt försäkringsbolaget men
- står inte under tillsyn av Socialstyrelsen.

Trafikskadenämndens medicinska rådgivare

Trafikskadenämndens uppgift är att pröva vissa ärenden för att skapa en enhetlig bedömning i branschen. Detta gäller också för den medicinska bedömningen. Det innebär att nämnden har knutit till sig medicinska rådgivare på likartat sätt som försäkringsbolagen. Trafikskadenämndens medicinska rådgivare står inte heller under Socialstyrelsens tillsyn.

Trafikskadenämndens rådgivare deltar i beredningen av ärenden inför nämndens sammanträden och har samma roll som försäkringsbolagens rådgivare. Därtill kommer att nämndens rådgivare går igenom försäkringsbolagens medicinska bedömningar.

Oberoende och intressekonflikter

När det gäller frågan om oberoendet för de medicinska rådgivarna måste den analyseras med utgångspunkt i att ansvaret för skadereglering ligger på bolagen. FI har från denna utgångspunkt gjort följande överväganden.

Bedömningen av oberoendet beror av hur pass väl försäkringsbolagens medicinska rådgivare i sin professionella bedömning kan hantera intressekonflikter, och vilka möjligheter den trafikskadade har att få sin sak överprövad.

Skaderegleringen innebär att den skadade tas om hand och någon motpartsställning uppstår i regel inte. Det finns dock ärenden där den skadelidande inte är nöjd med till exempel den medicinska bedömningen. Därför är det särskilt viktigt, på sätt som sker i dag, att den trafikskadade får tydlig information om möjligheten att överklaga och överpröva försäkringsbolagets beslut. Men det är också viktigt att känna till hur och varför bolagen gör en försäkringsmedicinsk utredning.

29

Om den skadade är missnöjd med bolagets bedömning kan denne begära prövning hos Trafikskadenämnden. Därmed kan den skadedrabbade få sitt ärende bedömt ytterligare än gång. Målet för skaderegleringen är att den trafikskadade får en snabb och rättvis bedömning under rättssäkra former. I detta avseende skulle rollerna tydliggöras om Trafikskadenämnden blev ett renodlat överprövningsorgan.

Mot denna bakgrund finns det därför inget skäl att på annat sätt stärka de medicinska rådgivarnas oberoende. Däremot är det viktigt att synliggöra och kvalitetssäkra de medicinska bedömningar som görs. FI föreslår därför vissa kvalitetshöjande åtgärder när det gäller underlag och utlåtande.

FI har till uppgift att utöva tillsyn över försäkringsbolagen. Detta är, dels en finansiell tillsyn, dels en tillsyn av att deras verksamhet uppfyller de krav som ställs i lagen. Skaderegleringen ska uppfylla god försäkringsstandard. Det gäller alla delar i skaderegleringsprocessen. Ansvaret för att underlaget för att bedöma en skada är tillräckligt ligger uteslutande på bolaget.

FI kan dock inte ha ansvar för tillsynen av medicinsk expertis. Det faller utanför FI:s kompetensområde.

Socialstyrelsen har ansvar för tillsynen av medicinsk behandling. Om det uppstår en fråga om sanktioner vid överträdelse av lagar och föreskrifter för medicinsk verksamhet behandlas detta av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Det kan finnas anledning att överväga att ställa de medicinska rådgivarna under Socialstyrelsens tillsyn. Det är också möjligt att kvalitetskraven för rådgivarna bör skärpas. Genom de kontakter FI haft med Socialstyrelsen har det framkommit att den kommer att behandla dessa tillsynsaspekter. FI kommer därför inte ytterligare undersöka dessa frågeställningar.

Sammanfattningsvis är det viktigt att den skadade kan få försäkringsbolagets bedömning ytterligare prövad. Informationen kring försäkringsmedicinska bedömningar kan dessutom förbättras.

Förslag på kvalitetshöjande åtgärder

Den medicinska bedömningen görs av rådgivare till bolagen och grundas på bland annat journalanteckningar och läkarintyg. Det är viktigt att dessa anteckningar och intyg uppfyller vissa kvalitetskrav. Mot den bakgrunden har FI haft kontakter med Socialstyrelsen, som i sin tillsynsverksamhet satt upp sådana krav. Det är emellertid också ett ansvar för bolagen att se till att det inte görs bedömningar på medicinska underlag som är kvalitativt undermåliga. Försäkringsbolagen måste därför ställa kvalitetskrav på det medicinska underlaget (detta gäller för övrigt allt underlag i skaderegleringen). Bolagen bör som princip inte använda medicinskt underlag från sjukvården som inte uppfyller Socialstyrelsens kvalitetskrav.

Det är viktigt att det underlag som ligger till grund för den medicinska rådgivarens bedömning är komplett och fullständigt för att möjliggöra en kvalitetssäker bedömning.

Den medicinska bedömningen som görs av bolagens rådgivare bör kvalitetssäkras genom att bolagen skapar riktlinjer för detta. Av ett utlåtande bör det framgå, och vid avbötande av samband, ska det alltid framgå:

- vilka handlingar som yttrandet grundas på,
- vilka skäl som kan anses tala för respektive mot samband,
- i vilken grad det föreligger orsakssamband mellan skadan och nuvarande besvär, och om sambandet kan vara tidsbegränsat samt
- om det föreligger en försämring av sjukdom till följd av trafikolyckan.

I detta sammanhang bör det också övervägas om inte utbildnings- och andra kompetenskrav på medicinska rådgivare borde fastställas i skriftliga riktlinjer. Vidare bör det övervägas av bolagen att knyta en medicinsk expert med uppgift att främst ansvara för utbildnings- organisations- och kvalitetsfrågor för medicinska bedömningar.

Därutöver bör övervägas att införa ett renodlat överprövningsorgan. FI har tidigare föreslagit att Trafikskadenämnden skulle göras om till en reklamationnämnd.

Arbetsskada – en jämförelse

SAMMANFATTNING

31

Arbetsskadeförsäkringen handläggs och utreds av försäkringskassorna med ett system som liknar det som gäller för trafikförsäkringen. Den utredning som nyligen avslutats inom detta område har kommit fram till framförallt tre åtgärder:

- att skadehanteringen bör centraliseras till tre enheter istället för som nu till samtliga försäkringskassor
- att man gemensamt bygger upp kompetensen med handläggare i team och parallella aktiviteter
- att man utvecklar medicinska bedömningsunderlag

Arbetsskadeförsäkringen är en försäkring av offentligrättslig karaktär och hanteras av försäkringskassorna. Regeringen har gett Lars Baltzari i uppdrag att bland annat utreda handläggningen av arbetsskadade. Baltzari har lämnat över ett delbetänkande: *Koncentrerad arbetsskadehandläggning för likformighet och rättvisa* (SOU 2002:80).

Handläggningen av en arbetsskada är i delar likartad med trafikförsäkringsbolagens handläggning av en personskada. Det finns därför skäl att kort redogöra för vissa slutsatser som utredaren kommer fram till.

Vad som är särskilt intressant är frågor om:

- handläggningstid och antal ärenden,
- kompetens och
- beslutsunderlag.

Handläggningstid och antal ärenden

Den övergripande slutsatsen är att arbetsskadehanteringen bör centraliseras för att få större likformighet och rättvisa, men också för att skapa en effektiv skadeorganisation.

Utredaren bedömer att förmånerna i arbetsskadeförsäkringen kommer att ge upphov till 180 000–200 000 ansökningar och cirka 40 000 ersättningsfall per år. För att kunna bedöma organisationens storlek görs vissa beräkningar om antalet ärenden per handläggare, och här kom utredaren fram till 113 ärenden per handläggare och år.

Bedömningarna bygger på tillgängliga statistikuppgifter från den kassa som prövar flest ärenden. Vidare har man gjort processanalyser av handläggningen av arbetsskadelivräntor för försäkringskassan i Västra Götaland. Av dessa

analyser framgår att ett livränteärende tar 904 minuter i effektiv tid att handlägga.

Utredarens uppskattning var att det tog 30 minuter för en försäkringsläkare att bedöma ett ärende.

Kompetens

Arbetskadeförsäkringen är komplicerad och ställer krav på många och ibland vitt skilda kunskaper och kompetensområden, däribland juridik, arbetsmarknadskunskap, kunskap om lönekollektivavtal och arbetsmarknadsförsäkringar. Arbeten på en arbetsskadeenhet bör därför organiseras i grupper som inom sig har den kompetens som hela handläggningskedjan kräver. Genom att skilda kunskaper och erfarenheter finns representerade i en sådan arbetsgrupp underlättas också en gemensam kompetensuppbyggnad.

En sådan organisation underlättar också ett arbetssätt som innebär att olika moment i en utredning kan skötas parallellt.

Förutom renodlad försäkringskompetens och formell yrkeskompetens understryker utredaren att bemötandet är oerhört viktigt. Den försäkrade förväntar sig engagemang, förståelse, intresse för problemet och att tillräckligt med tid avsätts. Utgångspunkten måste vara att visa den enskilde respekt och att lita på de uppgifter som lämnas. Därför föreslår utredaren att diskussioner bör föras löpande som ett led i kompetensutveckling där vikten av en sådan medvetenhet uppmärksammas.

Beslutsunderlag

Det är viktigt att beslutsunderlaget håller hög kvalitet och utredaren pekar särskilt på kvalitetshöjande dokumentation i det medicinska underlaget.

Utredaren anser att arbetsskadeenheterna gemensamt bör utforma ett formulär med frågor som alltid bör besvaras av försäkringsläkaren. Det är inte försäkringsläkarens uppgift att ta ställning i frågan om rätten till ersättning i ett försäkringsärende. Försäkringsläkaren undersöker heller inte den försäkrade. Försäkringsläkarens yttrande i ett försäkringsärende grundar sig i stället på den behandlande läkarens uppgifter i intyg och utlåtande och andra handlingar. Åtskilliga försäkrade har en otydlig och ofta felaktig bild av försäkringsläkarens roll, man uppfattar försäkringsläkaren som en beslutsfattare. I vissa fall bidrar kassorna själva till att den försäkrade allmänhetens uppfattning om försäkringsläkarens roll blir felaktig. Det finns kassor som i sina beslutsmotiveringar, främst vid avslag, ofta mycket starkt betonar försäkringsläkarens uppfattning. I motiveringarna hänvisas inte sällan till exempel till ”medicinsk och annan utredning samt försäkringsläkarens bedömning”. Genom sådana formuleringar kan en försäkrad givetvis få den uppfattningen att det ytterst är försäkringsläkaren som avgör om ersättning ska lämnas eller inte.

Kvaliteten på försäkringsläkarens yttrande påverkas av det bedömda underlaget, men i lika hög grad av de frågor som den handläggande tjänstemannen ställer.

Det är viktigt att handläggaren i samband med genomgången av ett ärende träffar försäkringsläkaren och har en dialog med denne. Yttrandet ska vara skriftligt, men bör också diskuteras muntligt med handläggaren så att utrymme ges för följdfrågor och förtydliganden. Om dialogen leder till ytterligare förtydliganden eller ställningstaganden från försäkringsläkarens sida ska givetvis också dessa dokumenteras i akten. Ett sådant förfaringssätt har en rad fördelar anser utredaren och pekar på två. För det första får handläggaren möjlighet att omedelbart reda ut eventuella oklarheter med försäkringsläkaren, för det andra kan de återkommande konsultationerna ses som en viktig del i såväl handläggarnas som försäkringsläkarnas kompetensutveckling.

33

Utredaren anser att det i praktiken inte är möjligt att utforma en detaljerad och fullständig checklista för frågeställning till en försäkringsläkares yttrande i ett arbetssjukdomsärende. Vad ett yttrande i varje specifikt ärende bör innehålla varierar med avseende på förhållandena i ett enskilt fall. Vissa grundläggande krav ställs emellertid på ett yttrande. Det bör alltid framgå:

- vilka handlingar som yttrandet grundar sig på,
- ifall diagnosen är klarlagd,
- vilket stöd det finns inom medicinsk eller annan vetenskap för att den arbetsmiljöfaktor den försäkrade varit utsatt för har en sådan skadebringande effekt att den kan ge upphov till en sådan skada som den försäkrade har,
- de skäl som kan anses tala för respektive mot ett samband i de fall skadlig inverkan i arbetet funnits,
- om arbetsskadan är en försämring av en i grunden icke-arbetsrelaterad sjukdom bör försäkringsläkaren ange de skäl som kan anses tala för respektive mot ett samband i ett längre tidsperspektiv samt
- i de fall en arbetsskada bedöms föreligga och den försäkrade ansöker om livränta bör försäkringsläkaren yttra sig över hur varaktigt arbetsoförmågan kan anses vara nedsatt på grund av arbetsskadan.

I ett enskilt försäkringsärende kan det uppstå skiljaktigheter och dessa kan bland annat beror på att den läkare som yttrat sig tillhör en viss ”skola”. Då bör problemet lösas genom att de riktlinjer som finns i denna fråga tas fram och i de fall som en tillräckligt enhetlig medicinsk uppfattning saknas. Det är angeläget att arbetsskadeenheterna gemensamt diskuterar fram enhetliga uppfattningar i avvaktan på att praxis etableras i principiella frågor. Beroende på frågans art, till exempel förändringen av olycksfallsbegreppet, vad som ska kunna anses som skadlig inverkan i förhållande till en viss typ av sjukdom eller skada, vilka förhållanden som ska kunna ses som konkurrerande skadeorsaker (dvs. tala mot samband), bör varje arbetsskadeenhet presentera medicinskt eller annat underlag som belyser problemet. På så sätt kommer frågan att ges en allsidig belysning. I de fall man enas om en gemensam ståndpunkt bör denna givetvis motiveras, och ställningstagandet bör göras offentligt och på ett lämpligt sätt göras tillgängligt för externa intressenter.

FI:s tillsyn av skadereglering

SAMMANFATTNING

FI:s tillsyn av försäkringsbolagens personskadehantering har under en följd av år varit prioriterad. Tillsynen har bedrivits genom platsbesök och inriktats på bolagens organisation för skadereglering. Reservsättningen⁷ för trafikskadorna kontrolleras och metoderna för detta har utvecklats de senaste åren.

Åtgärder:

- ett bolag som ansöker om koncession måste garantera en tillfredsställande skadehantering,
- FI kommer att ändra rapporteringskraven på bolagen för att förbättra tillsynen,
- regeringen bör överväga ändrade former för överprövning av bolagens beslut genom att inrätta en reklamationsnämnd.

7. Reservering av pengar för oreglerade skador.

FI:s operativa tillsyn

FI följer kontinuerligt upp hur trafikskadebolagens organisation ser ut ifråga om kompetens och resurser. Syftet med tillsynen i denna del är att säkerställa en god försäkringsstandard. Uppföljning har skett genom besök, så kallade platsbesök. Besöken dokumenteras och kommuniceras med försäkringsbolaget, varefter det besökta bolaget erhåller en slutskrivelse med FI:s bedömning. Rent generellt kan man säga att bolagen under ett antal år utökat antalet skadereglerare. Det har därför uppstått en brist på kvalificerade handläggare. De större bolagen har försökt lösa detta genom olika former av trainee-program. Också genom att kategorisera skadorna i olika svårighetsgrader, och på så sätt dela upp enklare och svårare ärenden, har bristen på kvalificerade handläggare kunnat hanteras någorlunda.

FI har också undersökt äldre skadeakter för att kontrollera bolagens aktivitet i sådana ärenden. Undersökningar visar att aktiviteten varierar mellan såväl bolag som enskilda handläggare. Samtliga större bolag har en del äldre skador som kan betraktas som en form av ”ryggsäck”. Bolagen arbetar med att nedbringa dessa ryggsäckar vilket kan innebära att yngre skador blir lidande. Av den statistik som Trafikskadenämnden sammanställer går att utläsa att genomströmningstiderna på svårare ärenden tenderar att förlängas. Bolagens förklaring till detta har just varit att man försöker att arbeta bort äldre ärenden, varför dessa slår igenom i statistiken.

Platsbesök är resurskrävande och därför påbörjade FI under år 2001 att skriftligen begära vissa uppgifter. Därefter hölls ett enskilt möte på FI med respektive personskadechef för att diskutera och lämna förtydliganden och

kompletterande information. Genom dessa möten fångas förändringar och trender upp. FI kommer att fortsätta denna bevakning för att bygga upp ett material med en viss tidsserie.

Klagomålshantering

FI har regelbundna kontakter med Konsumenternas försäkringsbyrå. Genom dessa kontakter erhålls värdefull information om vad som kan vara problem rent generellt men också bolagsspecifika problem kan redovisas.

35

FI tar del av skriftliga klagomål och dessa följs upp övergripande. FI uttalar sig inte i ett enskilt ärende men använder klagomålen för att fånga upp problem i den allmänna tillsynen. Det kan innebära att FI öppnar upp ett tillsynsärende vid ett enstaka klagomål beroende på klagomålet. Den klaganden får dock i regel inte kännedom om detta. Ett stort antal klagomål mot ett bolag kan föranleda att ett tillsynsärende öppnas. I samband med detta får bolaget en beskrivning över vilket klagomålet är och uppmanas att komma in med en förklaring.

Tillsynen i framtiden

Tillsyn av hur bolagen hanterar personskador kommer också fortsättningsvis också vara en prioriterad fråga. Det finns anledning att överväga att rapporteringsvägen inhämta uppgifter i större utsträckning.

I 1998 års rapport föreslog FI att Trafikskadenämndens statistik skulle offentliggöras. Statistiken är numera offentlig men är svår att tolka, om man vill ha reda på hur lång genomströmningstiden är. Mot den bakgrunden har FI haft en diskussion med branschen om att ta fram genomsnittlig genomströmningstid för tre olika typer av ärenden, ärenden utan invaliditet, ärenden med invaliditet under tio procent och ärenden med invaliditet med tio procent och däröver. Möjligheterna att samla in dessa uppgifter kommer att utredas och de i denna rapport föreslagna kvalitetshöjande åtgärderna kommer att behöva följas upp.

Trafikskadenämnden har till uppgift att kontrollera likformigheten och skäligheten i försäkringsbolagens bedömningar. Detta sker i enskilda ärenden och på det sättet är nämnden ett praxisskapande organ. Denna roll skulle kunna renodlas genom att låta nämnden bli en reklamationsnämnd. För FI:s tillsyn skulle kontrollen av en god försäkringsstandard kunna underlättas.

Skaderegleringen kräver en särskild hög kompetens när det är fråga om personskador. Det är därför viktigt att det bolag som erhåller koncession verkligen har möjlighet att skapa förutsättningar för att skaderegleringen bedrivs på ett sätt som tryggar en god försäkringsstandard. När en koncessionsansökan, beståndsöverlåtelse eller annan åtgärd prövas av FI som innebär att försäkringsbolaget kommer att ansvara för personskador bör det särskilt prövas om organisationen för skadehanteringen är tillfredsställande.

Finansinspektionens rapporter

finns på www.fi.se

- 2002:9 Från konto till konto IV
- 2002:8 Riskmätning och kapitalkrav II
- 2002:7 Finanssektorns stabilitet 2002
- 2002:6 Från konto till konto III
- 2002:5 Vägar till en utvecklad e-service
- 2002:4 FI:s samverkan med granskningsmän
- 2002:3 Från konto till konto II – bankernas åtgärdsplaner
- 2002:2 Från konto till konto I – bankernas överföringstider
- 2002:1 Agenda för en ny marknadstillsyn
- 2001:8 Where to Go after the Lamfalussy Report
- 2001:7 Fondbolagens information och interna kontroll
- 2001:6 Finanssektorns stabilitet 2001
- 2001:5 Den finansiella infrastrukturens sårbarhet
- 2001:4 Internet, normer och marknad – en internationell utblick
- 2001:3 Aktiemarknad för alla – nya krav i ny miljö
- 2001:2 Missvisande kreditupplysningar – åtgärder och förslag
- 2001:1 Riskmätning och kapitalkrav



Finansinspektionen
Box 6750, 113 85 Stockholm
Tel 08-787 80 00
Fax 08-24 13 35
finansinspektionen@fi.se