

Kjøpt og betalt?

Legens rolle i forsikringsbransjen

Michael 2007;4:136–43.

Sammendrag

De siste 15 årene er det blitt ansatt leger på heltid i private forsikringselskaper i Norge. Hva gjør disse legene i de store kontorbygningene der forsikringselskapene holder til? Jeg vil prøve å beskrive legens rolle i forsikringsbransjen fra to synsvinkler: innenfra som rådgivende lege i forsikringselskap og utenfra som samfunnsmedisinsk forsker.

Hvem er forsikringsleger og hva gjør de?

De siste 15 årene er det blitt ansatt et tjuetalls leger i private forsikringselskaper i Norge. Disse er rekruttert med varierende spesialistbakgrunn som ortopedisk kirurgi, nevrologi, indremedisin, fysikalsk-medisin, samfunnsmedisin og allmennmedisin.

Forsikringselskapene bestiller en god del medisinske vurderinger i form av legeerklæringer og sakkyndige spesialisterklæringer fra leger som ikke er ansatt av forsikringselskapene. Sakkyndigrollen og arbeidet til disse legene (som ikke er forsikringsleger) med legeerklæringer er godt beskrevet av andre (1,2) og vil ikke bli nærmere omtalt her.

Noe forenklet kan man si at forsikringsleger har to hovedoppgaver, vurdering av medisinske opplysninger ved tegning av forsikring og vurdering ved oppgjør av forsikring. Andre oppgaver som undervisning, forebygging av uførhet eller produktutvikling omtales ikke nærmere.

Tegning av forsikring

Det er to hovedtyper av private forsikringsordninger, de lovbestemte og de frivillige. Eksempler på lovbestemte er bilansvarsforsikring og forsikring mot yrkesskade og yrkessykdom. De er obligatoriske og styrt av offentlige lover og regler, men administrert av private forsikringselskaper.

Eksempler på frivillige forsikringer er ulike typer livs- og pensjonsforsikringer, ulykkesforsikring og reiseforsikring. En frivillig forsikringsavtale

starter med at det inngås en avtale mellom en kunde og et forsikrings-selskap, det kalles tegning av forsikring. Et hovedprinsipp i forsikring er at en bare kan forsikre fremtidig og ukjent risiko. Man kan ikke forsikre noe som allerede har inntruffet (for eksempel sykdom eller uførhet) eller noe man kjenner til at vil inntreffe i fremtiden. Hvis en person ønsker å tegne forsikring mot død, uførhet eller sykefravær, vil forsikringsselskapet vurdere om eventuelle helseproblemer personen allerede har utgjør en vesentlig økt risiko for fremtidig død, uførhet eller økt sykefravær. Avhengig av hvordan risikoen vurderes gis det tilbud om forsikring på normale vilkår eller med høyere pris, forbehold om at forsikringen ikke dekker spesielle forhold (såkalte reservasjoner) eller det gis avslag.

De fleste risikovurderinger av helse ved tegning av forsikring er enkle og rutinemessige. Media har imidlertid et kritisk blikk på avslag og fokuserer på enkeltindividets rett til å kunne forsikre seg uansett helsetilstand. Hvis man er for «streng» i risikovurderingen og gir reservasjon eller avslag for hverdagsplager uten vesentlig betydning for fremtidig risiko for død og uførhet, vil man utelukke en stor del av befolkningen fra privat forsikring. Det er imidlertid bare den ene siden av saken. Hvis man er for «snill» og tar inn personer med betydelig økt risiko på normale forsikringsvilkår, betyr det at de som har normal risiko må betale vesentlig høyere pris på sin forsikring enn de ellers ville behøvd. Forsikring er et risikofelleskap der personer med omtrent samme risiko går sammen om å kompensere fremtidig uflaks (i dette tilfellet sykdom, uførhet og død) for dem som rammes. Medisinsk og epidemiologisk kunnskap er nødvendig og nyttig i denne balansegangen mellom rettferdig prissetting på individbasis og solidarisk inkludering.

Det finnes to ekstreme muligheter som kan gjøre medisinsk risikovurdering ved tegning av forsikring unødvendig. Begge disse alternativene vil gjøre privat forsikring overflødig. Hvis man omfatter alle innbyggere i en ordning, uansett risiko og allerede eksisterende sykdom, vil det være ensbetydende med at man gjør den aktuelle forsikringen til en offentlig og obligatorisk ordning. Hvis man på den annen side kunne klare å forutsi fremtidig risiko helt nøyaktig og dermed kunne gi helt riktig pris til hver enkelt, ville det ikke lønne seg å forsikre seg. Da ville det være bedre å ta den kjente risikoen selv og spare kostnadene som oppstår når forsikringsselskapet administrerer din risiko.

Hvordan forsikringsbransjen bør balansere i interessekonflikten mellom individets ønske om å komme i et gunstig risikofelleskap og samfunnets solidariske ønske om at flest mulig skal ha rett til å tegne private forsikringsavtaler, er etter min mening et verdispørsmål som kan være interessant i den politiske debatten.

Oppgjør av forsikring

Forsikringslegen undersøker ikke den som er skadd personlig, men baserer sine vurderinger på innhentet medisinsk informasjon. Dersom den eks-terne informasjonen hadde vært forutsigbar, ville behovet for selvstendig medisinsk vurdering i forsikringsselskapet blitt vesentlig redusert. Da ville samme skade gitt samme erstatning. Dessverre er det ikke slik. En del leger går langt i å være pasientens advokat (3) og dessuten er det store forskjeller på faglige og skjønnsmessige vurderinger blant ulike leger. Det kan medføre stor variasjon i erstatningen den enkelte får ved samme type skade avhengig av hvilken lege som uttaler seg.

Forsikringslegen har derfor en viktig oppgave i å kvalitetssikre innhentet medisinsk informasjon slik at lik skade gir lik erstatning. Det innebærer at invaliditetsgrader kan bli både økt og redusert, blant annet fordi det finnes både «streng» og «snille» spesialister. Det er en takknemlig oppgave å foreslå at invaliditetsgraden skal settes opp, men når invaliditetsgraden blir redusert etter forslag fra forsikringsselskapets lege, blir det ofte klager.

Ved oppgjør av personskader er medisinsk invaliditet et sentralt begrep. Medisinsk invaliditet vurderes ut fra Sosialdepartementets invaliditetstabell fra 1997 (4). Som forsikringslege er man bundet av denne tabellen, da forutsetningen for forsikringsavtalen som er inngått, er at invaliditetstabellen gjelder. En revisjon og utbedring av tabellen er ønskelig, men ikke enkelt.

Vurdering av uføregrad er også sentralt ved oppgjør av personskader. Sett fra en forsikringsleges synsvinkel er det forbausende hvor små skader som kan gi full og varig uførhet, samtidig som andre med svære skader klarer å komme tilbake i full jobb. Dette er forskjeller som ser ut til å være betinget i mange forhold, dels forhold ved enkeltindividet (valgmuligheter, ressurser, motivasjon), i arbeidsgivernes vekslende vilje og evne til å tilrettelegge for og inkludere sine ansatte etter skade og sykdom, og i vekslende innsats og ressursbruk fra attførings- og hjelpeapparatet.

Som regel følger forsikringsselskapene den vurdering av varig ervervsuførhet som gjøres i NAV (Folketrygden). De siste årene er det kommet mange saker der Folketrygden innvilger tidsbegrenset uførepensjon, men der forsikringsavtalen (blant annet ved gjeldsforsikring) krever varig uførhet før erstatning utbetales. Da får forsikringslegen i oppdrag å vurdere om det er sannsynlig at den forsikrede kan komme tilbake i jobb, eller om det mest sannsynlig er en varig uførhet som Folketrygden skyver foran seg.

Om å være lege på juristenes hjemmebane

En forsikringslege er en medisiner på bortebane. Det er juss, lovverk og forsikringsvilkår som gjelder som rammeverk for virksomheten. Det betyr at

man blir stilt spørsmål med juristenes språk, begreper og problemstillinger. Det er slett ikke alltid de spørsmålene man som lege ønsker seg. Når en lege blir spurt om sammenhengen mellom en hendelse og en sykdom, blir svaret ikke sjelden «en slik sammenheng kan ikke utelukkes». Det er et svar som virker direkte provoserende på en forsikringsjurist. Juristen vil vite om det er mer enn 50 % sannsynlig om sykdommen hadde vært til stede dersom hendelsen ikke hadde skjedd. Men det spørsmålet er som regel verken medisinske kunnskaper eller medisinsk tankegang spesielt egnet til å gi gode svar på.

En annen forskjell mellom jurister og medisinere er hva som oppfattes som «gjeldende sannhet» i faget. Man kan misunne juristene deres evne og mulighet til å samle seg om begrepet «gjeldende rett». En rettskraftig dom forholder man seg til inntil det eventuelt kommer en ny dom som endrer eller justerer gjeldende rett. På samme måte som medisinere diskuterer kvaliteten på tidskriftartikler, kan juristene diskutere kvaliteten og riktigheten av domsavgjørelser. Men den eneste måten man kan endre «gjeldende rett» er å føre en ny sak som gir en ny rettskraftig dom. Slik ser det ut som om juristene i større grad enn medisinere har en «fasit» de kan være enige om å forholde seg til.

De fleste erstatningssaker løses uten at det oppstår konflikt og uten at partene er representert ved advokater. I mange slike saker har forsikringslegen en rolle som «medisinsk takstmann» og bidrar til at saken kan løses raskt og mest mulig riktig uten at det oppstår konflikt eller misnøye. I en slik fase av en sak ønsker begge parter et faglig godt og nøytralt råd fra forsikringslegen. Jeg synes det er en forholdsvis uproblematisk rolle, som muligens utføres best dersom begge parter er litt misfornøyd med rådene, men ikke mer misfornøyd enn at vurderingene aksepteres.

I en del saker utvikler det seg imidlertid etter hvert konflikt mellom partene, og kommunikasjonen skjer stort sett mellom advokater. Jeg mener at forsikringslegen bør forsøke å unngå å bidra til at det oppstår konflikt i saker der samarbeidsklimaet er godt. Det kan legen gjøre gjennom å være løsningsorientert og saklig. Når det først er oppstått konflikt, bør forsikringslegen også unngå å argumentere ensidig med den hensikt å posisjonere forsikringsselskapet i forhandlingsøyemed. Men hvis motparten argumenterer på en måte som oppfattes ensidig og kanskje usaklig, mener jeg det vil være naturlig at legen som er ansatt av forsikringsselskapet bidrar med motargumenter for å balansere saken. Rollen som leverandør av motargumenter synes jeg er vanskelig, og har ingen annen rettesnor å foreslå enn at argumentasjonen styres av faglighet og kunnskap, slik at en ikke lar seg friste til å besvare usaklighet med usaklighet.

Ordet «objektivitet» brukes mye av både medisinere og jurister. Objektivitet er etter min oppfatning et udiskutabelt honnørord i forsikringsbransjen og begrepets innhold problematiseres ikke så ofte. Hans Magnus Solli har imidlertid beskrevet en rekke betydninger av begrepet objektivitet (5,6). Jeg synes begrepet «vitenskapsteoretisk objektivitet» er en god rettesnor for hvordan leger i forsikring bør utforme sin rolle – jeg oversetter det til en rolleposisjon der man forsøker å bruke sitt fag og sin kunnskap på beste måte i en nøytral posisjon i forhold til eventuelle parter i en interessekonflikt. Mener man derimot at man kan forvalte en «ontologisk objektivitet» i form av at man gjennom sin kompetanse vet hva som er riktig i erstatningssaker, havner man lett på ville veier. Vi er alle subjektive individer som tar med oss vår erfaring og dermed våre fordommer inn i det faglige skjønnet vi utøver. Det bør man være klar over.

Bruken av begrepet objektivitet i form av at noen skader og sykdommer kan påvises ved hjelp av undersøkelser (objektive funn) og dermed framstår mer troverdige enn skader og sykdommer som ikke kan vise til objektive funn, er også utbredt i forbindelse med erstatningssaker. Det ville vært enklere om bare skader og sykdommer som kunne påvises med sikkerhet gjennom undersøkelser, kunne gi erstatning. Men det er dessverre slik at selv veletablerte medisinske undersøkelser må tolkes, og det er ofte stor variasjon i konklusjonene avhengig av hvem som tolker undersøkelsene. Det er også nokså tilfeldig hvilke sykdommer og skader som det er utviklet medisinsk teknologi med rimelig sikre diagnostiske tester for. Intuitivt synes jeg det virker galt at det skal ha avgjørende betydning for erstatningsnivået hvor langt den medisinske utviklingen for en bestemt skade eller sykdom er kommet. Jeg er derfor negativ til å legge større vekt på såkalt objektive funn i forsikringsmedisinen, og tror ikke at en kan unngå skjønn og subjektivitet.

Jeg ønsker meg derfor en mer nyansert bruk og forståelse av begrepet objektivitet og dets muligheter og begrensninger. En diskusjon om begrepet objektivitet bør gå langt utover det spørsmålet media og partene i rettskonflikter synes å være mest opptatt av, nemlig spørsmålet om habilitet og om hvem som betaler hvem for en uttalelse.

Etikk – kjøpt og betalt?

Det er opplagt at forsikringslegen er «kjøpt og betalt» i den forstand at hun eller han er ansatt av forsikringsselskapet. Det at det har vært så sterkt fokus på nettopp dette, kan etter min erfaring ha hatt en paradoksalt effekt ved at man i forsikringsbransjen har respekt for den frie faglige posisjonen legene vil ha. Personlig har jeg følt at min faglige integritet sjelden har vært satt

under press i arbeide som forsikringslege. Slikt press har jeg oftere opplevd som offentlig ansatt lege i forhold til administrasjonens og politikernes ønsker og som allmennmedisiner i forhold til pasienters ønsker. Det som imidlertid lett kan skje når man er ansatt i et forsikringsselskap, er at man sosialiseres inn i organisasjonen, og dermed påvirkes slik at en ser verden med sin organisasjons «briller». Det er nok en mekanisme som gjelder i alle ansettelsesforhold, men det kunne løse noen problemer om deler av det forsikringsmedisinske arbeidet ble organisert uavhengig av partene, slik for eksempel Røsæg-utvalget har foreslått (7).

Forsikringslegen er som tidligere nevnt en «takstmann» som skal bidra til å sammenligne ulike skader og sykdommer etter alvorlighetsgrad eller «verdi». Men er det egentlig mulig å sette en «verdi» på skade eller sykdom på en rettferdig og fornuftig måte? Kan det være riktig at pianisten og sangeren får samme tabellariske medisinske invaliditet etter amputasjon av en finger? Det er fristende å si nei. Men konsekvensen av det er at det ikke er grunnlag for å forsikre personskader, verken privat eller offentlig (Folketrygden). Hvis ikke sykdommens eller skaders alvorlighetsgrad kan vurderes, kan det ikke beregnes en erstatning eller fastsettes en uføregrad. Så selv om forsikringslegen er del av et system som er ikke er fullkomment når det gjelder likebehandling og rettferdighet, så bygger sentrale trygghetsordninger i vårt velferdssamfunn på at skader og sykdom faktisk kan «takseres». Og da tror jeg det er en fordel at fagfolk er med på takseringen.

Forsikringsvirksomhetens virkning på folkehelsen

Når offentlige organisasjoner skal gjennomføre viktige samfunnstiltak lokalt eller sentralt, er det sett fra en samfunnsmedisinsk synsvinkel ønskelig at en systematisk utreder positive og negative effekter av tiltaket i forhold til effekter på helsen. Arbeidsformen kalles helsekonsekvensutredning (8). Hva er helsekonsekvensene av forsikringsbransjens produkter og virksomhet? Hvilke helsekonsekvenser vil det ha å innføre nye forsikringsprodukter? Dette er selvfølgelig ikke lette spørsmål å besvare, men jeg ser et behov for medisinsk kompetanse på dette feltet.

I dagens samfunn der individets frihet verdsettes høyt, vil nok de fleste mene at muligheten til å betale for å sikre seg bedre mot sykdom og uførhet enn sikkerhetsnettet det offentlige kan gi, er et gode. Man bør ha rett til å kjøpe seg økt sosial trygghet.

Men dagens forsikringsordninger har også negative effekter i forhold til folkehelsen. En bivirkning er tiden det tar å få avgjort erstatningssaker. Ventetiden oppleves av mange som en belastning, ofte i en periode av livet der de har det ekstra vanskelig. Belastningen og usikkerheten som erstat-

ningssaken medfører kan være en vedlikeholdende og forsterkende faktor i sykdoms- og uføreprosessen. Det er et godt argument for å forsøke å redusere saksbehandlingstiden. Men slike saker må nødvendigvis ta ganske lang tid. Før en skade kan vurderes i forhold til varig medisinsk invaliditet og ervervsmessig uføregrad, må den være stabil og ferdigbehandlet. Og det tar vanligvis 1-2 år eller mer.

En annen belastning er at en del føler seg mistrodd og «kikkert i kortene» gjennom informasjonsinnhentingen som skjer i saksbehandlingen. Det kan føre til at den enkelte som har en erstatningssak kan føle (trolig oftest ubevisst) et behov for å vise både sine omgivelser og forsikringsselskapet at man virkelig er alvorlig skadet eller syk. Det vil kunne gi økt fokus på symptomer og funksjonssvikt, og være en hindring for å orientere seg mot nye løsninger. Problemet med at man føler seg mistrodd under saksbehandlingen, kan reduseres gjennom god informasjon og kommunikasjon fra forsikringsselskapet. Problemet kan imidlertid ikke fjernes helt. For selv om jeg mener «folk flest» er både nøkterne og ærlige når de søker om erstatning, kan man ikke stole fullstendig på all informasjon som kommer inn. Man kan ikke innføre «selvbestemt erstatning». Det er nødvendig med noe kontroll for å unngå at erstatningsutbetalingene blir så store at prisene på forsikring for personskade og uførhet blir uakseptable for flertallet. Forsikringslegen kan bidra til kortere saksbehandlingstid og redusert konflikt-nivå i mange saker gjennom å være løsningsorientert. Men det at forsikringsoppgjøret kan ha uheldige effekter, er dessverre til en viss grad en uunngåelig bivirkning av systemet.

Forsikringsselskapene har en mulighet til å være nyttige i arbeidet for å bedre folkehelsen som jeg synes er dårlig utnyttet. De sitter inne med store mengder data som kunne vært brukt til forskning om skadeforebygging, trygdemedisin, yrkessykdommer eller uføreepidemiologi. Men dataene er dessverre ikke så lette å utnytte til forskning som man kunne ønske seg. Jeg tror forholdsvis små endringer i registreringsrutiner på sikt kunne åpne gode muligheter for nyttig forskning. Rollen som rådgiver og tilrettelegger av forsikringsbransjens data for forskning er en rolle de norske forsikringslegene foreløpig i liten grad har kommet inn i.

En spennende rolle

Legens rolle i forsikringsbransjen er en spennende rolle, i et faglig møtepunkt der medisinen møter juss og forsikringsfag. Alternativet til fortsatt legeengasjement i forsikringsbransjen slik den fungerer nå, er at man går tilbake til at jurister og forsikringskonsulenter vurderer kompliserte medisinske spørsmål på egen hånd. Forsikringsmedisin er et ungt fag som

trenger fagutvikling og forskning, både i forhold til praktiske arbeidsverktøy og etiske og samfunnsmedisinske problemstillinger.

Litteratur

1. Ødegaard JE. Forsikringsmedisin og spesialistdokumentasjon. I: Juel NG. *Norsk fysisk medisin*. Bergen: Fagbokforlaget 1999; s. 75-80
2. Mæland JG. *Veileder i trygdemedisin*. Oslo: Gyldendal 2003.
3. Gulbrandsen P, Aasland OG, Førde R. Legeattester for å hjelpe pasienten. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004;124:192-4.
4. <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-19970421-0373.html>
5. Solli HM. Medisinsk sakkyndighet, objektivitet og rettferdighet I uførepensjonssaker. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003;123:2072-5.
6. Solli HM, da Silva AB, Lie RK, Bruusgaard D. Biomedisinsk sykdomsmodell og rettferdig fordeling av uførepensjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005;125:3293-6.
7. Krogh M. Nøytral oppnevning av medisinsk sakkyndige vil gi raskere personskadeoppgjør. *Finansmagasinet* 2002; nr 4: 10-11.
8. Larsen Ø. (red.). Helsekonsekvensutredninger. *Michael* 2006;3, hefte 4 (s. 169-288).

Bård Natvig

Universitetet i Oslo

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin

Seksjon for arbeids- og trygdemedisin

Postboks 1130 Blindern, N-0318 Oslo

bard.natvig@medisin.uio.no

Om forfatteren

Bård Natvig (f. 1955) er postdoktorstipendiat ved Universitetet i Oslo, dr.med. og spesialist i samfunnsmedisin og allmennmedisin. Han forsker på muskelskjelettplager i befolkningen (Ullensakerundersøkelsen) og har vært distriktslege og allmennlege i Engerdal, Nittedal og Ullensaker. Han har vært rådgivende lege i Storebrand, If og KLP.