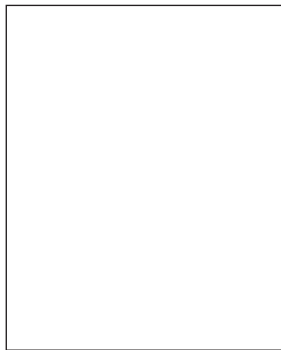


Livsforsikring og risikovurdering

— enkelte problemfokuserede områder i det norske markedet

av underdirektør **Øyvind Flatner**, Norges Forsikringsforbund



Fra en relativt rolig og lite fokusert tilværelse er risikovurdering – og grunnlaget for den – fra mange hold bragt frem i søkelyset. Mange aktører bidrar til økt fokus på problemstillingen. Sentralt står spørsmålene; hvilke opplysninger skal selskapene kunne innhente og få legge til grunn i risikovurderingen, og hvor "fin"- eller "grov"-kornet skal den være?

Øyvind Flatner

1. Innledning

Formålet med denne artikkelen er å gi et lite situasjonsbilde av noen problemstillinger i området livsforsikring, risikovurdering og personinformasjon, som for tiden er fokuserte og aktuelle i Norge. Noen grundig behandling blir det ikke anledning til. Jeg avgrensner mot aktuariske og medisinske problemstillinger, og velger en mer oversiktlig og tildels juridisk vinkling. Flere av problemstillingene har sammenheng med følgende faktum. På den ene siden får man bedret medisinsk kunnskap og et bredere grunnlag for dokumentasjon av opplysninger f.eks. i form av forskjellige institusjoners personregistre, slik at muligheten til å få et "riktigere" og bedre bilde av den risikoen den enkelte person representerer øker. Potensia-

let for presis risikovurdering øker. På den annen side er det et spørsmål om hvor langt dette potensialet skal, kan og bør utnyttes. Bidragsyterne til denne grensedragnings er mange, noe jeg kommer tilbake til. Stikkordsmessig nevnes; forsikringsselskapene, personvernmyndighetene, markeds- og konkurransemyndighetene, interesseorganisasjoner, politiske myndigheter m.fl.

Satt på spissen kan det i sin ytterste konsekvens spørres om man bør sette grense for hvor god risikovurderingen bør være, fordi ytterligere forbedring vil gå på personvernet løs, fjerne solidariteten i forsikring, eller gå på kryss av andre hensyn.

På sett og vis er det et spørsmål om markedet, regulerende myndigheter eller andre skal bestemme hvor langt de konkurrerende forsikringsselskapene skal gå i individualisert og

differensiert risikovurdering.

Jeg skal videre kort peke på regelverket, noen konkrete fokuserte problemstillinger, noen trekk i utviklingen, litt om "samarbeidssystemet" i Norge, samt gå litt dypere på temaet "Livsforsikring og høyrisikogrupper", – et tema som spesielt har fått en del oppmerksomhet de siste par årene.

2. Fokus fra ...

Før problemstillinger reises skal jeg kort se på hvordan de reises og av hvem. Foruten Norges Forsikringsforbund og forsikringsselskapene selv som særlig ut fra konkurranse-situasjonen arbeider med å utvikle produkter og i sin videreutvikling av risikovurderingen naturlig nok påvirker situasjonen, kan andre "interessenter" grovt sett grupperes i tre.

Det er for det første interesseorganisasjoner som mener å ha berettiget mening om at den aktuelle risikovurdering av sin gruppe (f.eks. diabetes) ikke er god nok.

Det er for det andre regulerende myndigheter som har synspunkter på selskapenes drift, risikohåndtering og soliditet (Kredittilsynet), hvilke personopplysninger man skal ha adgang til å benytte (Datatilsynet) og hva man skal kunne kreve av kunden i markeds-situasjonen (Forbrukermyndighetene).

Det er for det tredje mediene som gjerne setter aktuelle spørsmål på dagsorden på bakgrunn av enkeltsaker vedrørende personers opplevelser eller møte med "forsikringsgigantene", eller konkrete utslag av urimeligheter i f.eks. selskapenes regler eller praksis.

En fjerde gruppe som i Norge har engasjert seg er Stortingspolitikere. Det gjelder særlig forholdet til "høyrisikogruppernes" situasjon – som vi skal komme nærmere tilbake til.

Det kan fra tid til annen synes som om enkelte politikeres reaksjoner baserer seg på det syn, at forsikringsselskapene har en slags mellomrolle mellom ordinær kommersiell forretningsdrift og det å være en samfunns-

institusjon med utvidet fordelings- og sosial-politisk oppgave.

3. Kort om det relevante lovgrunnlag

For oversiktens skyld skal relevante lover stikkordsmessig skisseres.

- Lov om forsikringsvirksomhet slår i § 7-6 fast det selvfølgelige og grunnleggende, at det skal være et rimelig forhold mellom premien og den risiko som overtas.
- Lov om forsikringsavtaler begrenser sterkt muligheten for såkalte objektive helseklausuler. Dvs. klausuler om at død/sykdom som skyldes forhold som var til stede på tegningstidspunktet er gyldig avslagsgrunn. For at helseforbehold skal være gyldige må de være tatt på bakgrunn av den konkrete risikovurderingen.
- Konkurranseretten begrenser adgangen til avtaler og samarbeid. Gjeldende samarbeid om Nevnden for helsebedømmelse er derfor basert på en dispensasjon. (Se avsnitt 6).
- Lov om personregistre regulerer EDB-baserte registre samt manuelle registre der som de inneholder personsensitive opplysninger. Livsforsikringsselskapenes registre er p.t. i forskrifter unntatt fra konsesjonsplikt.
- Bioteknologiloven forbyr som nevnt bruk av genetiske opplysninger i forbindelse med risikovurdering og tegning av forsikring.
- Markedsføringsloven forbyr i § 9A bruk av avtalevilkår som er urimelige overfor forbrukerne.

I tillegg skal det nevnes at selskapene ikke har noen rettslig kontraheringsplikt.

4. Noen problemstillinger

Først skal det pekes på at kjernen i og fellesnevneren for de fleste problemstillinger generelt sagt er ønsket om å påvirke/regulere

den utvikling risikovurderingen etter markedskreftene og konkurransen ellers ville bli gjenstand for.

I hovedsak er det et spørsmål om hvilke grenser det skal settes for forsikringsselskaperes individualiserte risikovurdering, hvilke opplysninger og parametre man skal kunne innhente hvor, og hvordan dette skal settes i system (f.eks. m.h.t. rettslig bindende fullmakter fra potensielle kunder).

Når det er sagt, må det imidlertid pekes på at det ikke alltid er selskapene som er pådriveren m.h.t. utviklet og individualisert risikovurdering. Man har i hvert fall tidligere sett utslag av "grovkornet" risikoovertaking fra selskaperes side av et omfang som det i ettertid kan være grunn til å stille spørsmål ved.

Et eksempel på dette er at man ved lanseringen av gjeldsforsikring (både ved død og uførhet) ikke foretok helsevurdering.

Grunnlaget for dette var antagelig både en (feilaktig) tro på risikoutjevning som følge av stor tilslutning, og at man i en markedsføringsammenheng ønsket enklest mulige vilkår og tilgjengelighet for raskt å få mange kunder.

Senere resultater og problemer har tegnet et noe mer negativt bilde enn forventet.

Disse erfaringene har nok, sammen med sterkere fokus på lønnsomhet og risiko, resultert i den trend vi nå ser, med langt sterkere prioritering av og fokus på risikovurdering.

En prinsipiell problemstilling er spørsmålet om hvor langt man skal differensiere og individualisere risikovurderingen, kontra hvor generelt forsikringskollektivet skal vurderes. Flere har gitt uttrykk for at forsikringsselskaperne er samfunnsinstitusjoner som nærmest plikter å legge til rette for stor grad av solidaritet mellom lav- og høyrisikogrupper og individer på den måte at man begrenser den individuelle risikovurdering og aksepterer at lavrisikogrupperne viser solidaritet med høyrisikogrupperne og at de tas inn i forsikringskollektivet på like vilkår. Eksponenter

for denne vinkling har vært interesseorganisasjoner som Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Norges Handikapforbund, Den norske Kreftforening, Diabetesforbundet og Landsforningen for Hjerter- og Lungesyke. Parallelt med synspunktet om at "solidaritetsstrikken" blant forsikringskundene må kunne strekkes lengre enn idag, er det også fremført synspunkter av en annen karakter, nemlig at grunnlaget for å vurdere disse gruppene til å ha "høy" risiko ikke alltid er riktig og godt. Dette er et spørsmål som ikke skal drøftes her, da det først og fremst er et medisinsk risikofaglig spørsmål. Jeg kommer imidlertid litt tilbake til visse sider av det i avsnitt nr 7.

Debatten om høyrisikogruppernes stilling har også reist spørsmålet om man bør kunne legge opp til sterkere solidaritet med ("kryss-subsidiering" av) høyrisikogrupper hvor den forhøyde risikoen ikke er selvpåført (f.eks. medfødte faktorer) enn hvor den er selvpåført (livsstilsrisikofaktorer). Bl.a. er denne vinkling blitt fokusert på av flere interesseorganisasjoner og politikere. Jeg skal nøye meg med å bemerke at en differensiering av "solidaritet" i risikovurderingen i større eller mindre grad basert på medfødt eller selvpåført risiko-forhøyelse, synes å være en både vanskelig og mer politisk enn en forsikringsrisikofaglig vinkling. Skulle man gå i den retning antas det å måtte skje på basis av eksplisitte lovreguleringer, da det ville avvike fra den sentrale bestemmelse om et rimelig forhold mellom risiko og premie. Slike pålegg anses lite ønskelig, da det eventuelt medfører et klart inngrep i selskaperes forretningsmessige baserte risikovurdering og prissetting.

Når dette er sagt må det dog allikevel være tillatt å henlede oppmerksomheten på at forsikringsselskaperne vel etter gjeldende praksis idag ikke tillegger alle kjente risikofaktorer betydning i prissettingen av en risiko. Eksempelvis er varierende dødelighet i forskjellige deler av Norge ikke en faktor som tillegges vekt i form av geografisk differensierte pre-

mier. Også enkelte livsstilsrisikofaktorer er kjente, uten at selskapene (av flere grunner) ennå tillegger disse vekt.

Et annet forhold som av noen er påpekt som en problemstilling, er forsikringsnæringens avtalebaserte system og samarbeid når det gjelder felles retningslinjer og felles nevnd for helsebedømmelse, samt at man opererer med et felles register i forsikringsbransjen hvor forsikringssøkerne med avslag og reservasjoner føres opp. Dette systemet blir skissert nedenfor, og enkelte forhold behandlet i avsnittet om "Livsforsikring og høyrisikogrupper". Prinsipielt sett går kritikken på to forhold: For det første at det i det hele tatt er samarbeid mellom konkurrerende markedsaktører, dernest at innsyn, åpenhet og dialog om oppdatering har vært for sterkt begrenset.

En tredje fokuserte problemstilling er forholdet til personvernet, dvs. den enkelte (potensielle) kundes kunnskap om, begrensning av og styring på hvor individets personopplysninger lagres, flyter og brukes. Dette er en svært vid og omfattende problemstilling som bl.a. knytter seg til selskaps- og konsernbruk av kunderegistre m.v. I denne sammenheng dreier det seg konkret om forsikringsselskapenes adgang til og grunnlag for å hente inn og benytte relevante opplysninger om den person hvis helse og risiko skal bedømmes.

Et fjerde forhold som har fått noe fokus selv om det neppe kan sies å være så prinsipielt, er kvaliteten av de søknads- og egenerklærings skjemaer som benyttes ved bestilling av livsforsikring. Forbrukerombudet har i oppgave å påse at de vilkår en forbruker blir stillet overfor er rimelige. I dette ligger krav til klarhet og balanse i kontraktforholdet. Et sentralt punkt i denne diskusjonen har vært utformingen og bruken av den (general)fullmakt som forsikringssøkeren underskriver og som forsikringsselskapet benytter for å innhente relevante person/helseopplysninger fra f.eks. leger, behandlingsinstitusjoner og andre forsikringsselskap. Kjernen i denne

problemstillingen er rimeligheten av å benytte en relativt vidt formulert generalfullmakt som en rasjonell løsning fremfor en langt mer krevende rutine hvor forsikringsselskapet innhenter avgrensede fullmakter fra forsikringssøkeren når supplerende helseopplysninger skal innhentes fra nye kilder. På sett og vis er det spørsmål om å finne et rasjonelt konsept for at forsikringssøkers opplysningsplikt i henhold til forsikringsavtaleloven (kontrollert) kan oppfylles, og at selskapene skal få et best mulig og mest mulig fullstendig grunnlag for sin risikovurdering.

Dette målet er rimelig klart. Når det gjelder veien for å komme dit, blir det en avveining mellom hva som er rasjonelt og kostnadseffektivt, og hvor mye man skal redusere på dette for å la kunden underveis i selskapets kartleggingsprosess kunne styre informasjonsinnhentingen, – med de fordeler, ulemper og farer det kan ha.

I forlengelsen av denne diskusjonen har det også vært en debatt om hvilke person- og helseopplysninger denne fullmakten gir forsikringsselskapene rett til å få til bruk i sin risikovurdering. Dette er et spørsmål om det er i selskapets rett å innhente alle opplysninger for så å vurdere og å bruke de som er relevante for risikobedømmelsen, eller om det er den (lege) som sitter med opplysningene som skal kunne vurdere hvilke som er relevante for risikobedømmelsen og som forsikringsselskapet dermed skal få. Rettslig sett er det et spørsmål om å fortolke fullmakten både ut fra formulering, formål og utgangspunktet om den enkeltes herredømme over egne personopplysninger.

Det er her neppe overraskende at forsikringsnæringen mener at det må være det risikobedømmende forsikringsselskap som også må foreta relevansvurderinger. Bl.a. har dette bakgrunn i at opplysningenes relevans og vekt kan variere med hvilke andre opplysninger forsikringsselskapet har fra andre kilder.

Legestanden har gitt uttrykk for at dette kan

støtte an mot legens taushetsplikt og arbeid for å ivareta sin rolle overfor pasienten på en best mulig måte.

Et femte problemområde som – i hvert fall hittil – er blitt ofret relativt liten oppmerksomhet og diskusjon selv om det i fremtiden vil bli sentralt og viktig, er forholdet til opplysninger om og risikovurdering av genetiske forhold. I en relativt nylig vedtatt lov om medisinsk bruk av bioteknologi (i kraft fra 1.9.94) er det (i lovens § 6-7) slått fast at: "Det er forbudt å be om, motta, besitte, eller bruke opplysninger om en annen person som er fremkommet ved genetiske undersøkelser." Det slås videre fast at: "Det er forbudt å spørre om genetiske undersøkelser har vært utført."

I lovens forarbeider uttrykkes det eksplisitt at bestemmelsen innebærer et totalforbud mot all bruk av opplysninger om en persons arveanlegg når det bla. gjelder forsikringsselskapenes ønske om å få utlevert helseopplysninger.

Denne beskranking i mulighet til å vurdere risikoen har relativt lite å bety idag slik at det så langt er uproblematisk for forsikring i leve med denne regelen. Hvis man derimot tenker seg en situasjon frem i tid hvor den enkelte potensielle forsikringssøker sitter med genetiske opplysninger som forsikringsselskapet ikke får adgang til, blir situasjonen en helt annen. Likeledes hvis utenlandske konkurrenter får anledning til å ta slike forhold med i sin risikovurdering, og dermed bl.a. blir i stand til å "plukke" ut de gode risiki, og la de dårlige bli igjen til de markedsaktører som ikke får anledning til å avdekke slike forhold ved sin risikovurdering.

Mulighetene for slike situasjoner gjør det interessant å spørre om og eventuelt når gjeldende lovbestemmelse blir moden for endring, og hvilke hensyn som må avveies i en slik vurdering. Selv om det kan hevdes å være et forsikringsfaglig spørsmål, må det sies også å ha relativt sentrale politiske aspekter.

5. Noe skjer

Enkelte forhold skal kort nevnes. Når det gjelder de sentrale problemstillingene knyttet til høyrisikogrupper og samarbeidet i forsikringsbransjen, vises det til de neste avsnittene.

Når det gjelder person- og helseopplysninger i livsforsikringsnæringen er situasjonen idag at livselskapenes registre er unntatt fra konsesjonsplikt gitt at de ikke inneholder andre opplysninger enn det forskriftene tillater.

Imidlertid er det et arbeid på gang med endring av personregisterloven. Det forventes da at det blir foreslått å innføre konsesjonsplikt på livsforsikringsselskapenes registre. Det betyr bl.a. at Datatilsynet i konsesjonsvilkår kan gi regler om hvilke opplysninger som kan registreres og hvordan disse skal behandles.

Et eksempel på slik reell begrensning av grunnlaget for risikovurderingen, kan være at man ikke får adgang til å be om opplysninger som mer enn 10 år gamle.

Lovforslaget er ventet på høring nå høsten 1995.

Når det gjelder dokumentasjonen som brukes overfor en forsikringssøker, dvs. skjema for egne helseopplysninger med tilhørende fullmakt, er det nylig gjennomført en omfattende prosess hvor forsikringsnæringen har vært i dialog med Forbrukerombudet og hvor målsettingen har vært økt kvalitet og forbrukervennlighet, hvor man samtidig har lagt til rette for et godt grunnlag for risikobedømmelsen. Det er utarbeidet et standardisert søknadsskjema til disposisjon for hel eller delvis bruk av de enkelte forsikringsselskap.

Det er også blitt reist spørsmål om å implementere standardisert vurdering av tobakksrøyking i risikobedømmelsen. Arbeidet er i skrivende stund ikke sluttført, hensyn vurderes og aspekter og alternativer utredes. Om det skulle bli aktuelt, vil det i så fall måtte

begrense seg til å bli et best mulig vurdering av risikoen. Hvorvidt dette så blir benyttet i den premiebetingede risikovurderingen, vil det bli opp til det enkelte konkurrerende forsikringsselskap å avgjøre.

Videre skal det nevnes at vi i det norske markedet ser utvikling av mer spesifikke forsikringsprodukter som fordrer en noe annen risikovurdering og noe andre opplysninger enn det man har sett i tilknytning til mer tradisjonelle livsforsikringsprodukter. Vi har sett et "kritisk-sykdoms"-produkt hvor f.eks. opplysninger om slektingers helse kan være av vital betydning for risikovurderingen, som i slike produkter blir innrettet spesielt mot visse sykdommer.

Flere forhold gjør at det er grunn til å tro at risikovurderingens betydning videre ikke vil avta, men snarere tvert imot tilta. Stikkordmessig nevnes:

- Sterkere fokusering på risikoresultater.
- Klarere skille mellom risiko og sparing inkludert respektive kostnader.
- Erfaringer med dårlige utførelsesresultater.
- Uførhet som delvis politisk betont risiko (uførheten kan skjule arbeidsledighet).
- Forventet utvikling av mer sektorielle utførelse- og sykeforsikringsprodukter.
- M.m.

Det synes, bl.a. på bakgrunn av sterkere konkurranse, grunn til å forvente økt fokus på livsforsikringsnæringens risikovurdering. Begynnende tegn har vi sett i selskapenes sterkere fokus bl.a. på kompetanseoppbygging og tettere samarbeid mellom risikovurderer og de medarbeidere og miljøer som foretar oppgjør/utbetaling.

6. Samarbeidssystemet

Samarbeidet omfatter de livselskap som er medlemmer av Norges Forsikringsforbund. For øyeblikket er det tre livselskap som står utenfor.

Som nevnt har konkurransemyndighetene gitt dispensasjoner fra reglene om forbud mot samarbeid mellom markedsaktører på tilbydersiden. Dette er bl.a. begrunnet med at samarbeidet totalt sett er en rasjonell og kvalitetsforøkende løsning som er til fordel for kunden. I parentes skal det imidlertid bemerkes at det ikke er til fordel for den kunde som har noe å skjule – og forsøker seg med søknader i forskjellige selskaper (eventuelt også ved å "justere" noe på de helseopplysninger vedkommende avgir ved sin søknad).

Grovt sett kan samarbeidet deles i to:

- a. Det er opprettet et felles forsikrings søkerregister hvor avslag og risikobetingede premietillegg samt navn og selskapsopplysninger blir notert. Det ligger ikke andre opplysninger i registeret. Et selskap som får en søknad om livsforsikring kan sjekke om søkeren har søkt i et annet selskap før og fått avslag/tillegg. Ytterligere opplysninger må i så fall innhentes hos dette selskap. Det rettslige grunnlag er den fullmakt søkeren gir et selskap for at dette skal kunne innhente opplysninger ut over søkerens egne.
- b. Det er videre etablert en Nevnd for helsebedømmelse. Organisatorisk er den underlagt Norges Forsikringsforbund, og administrativt er den plassert i et livsforsikrings-selskap. Nevnden er sammensatt av de forskjellige forsikringsselskapenes hovedleger og forsikringsrisikofaglig kompetanse.

Hovedhensikten med Nevnden er å oppnå en best mulig faglig kompetent vurdering av forholdet mellom medisinsk tilstand og risiko. Det norske marked er så vidt lite at det ikke ville være mulig å etablere en slik kompetanse i enkeltstående livselskap.

Nevnden har hovedsaklig to arbeidsoppgaver. Den utarbeider og ajourfører retningslinjer for risikomessig bedømmelse av diagnoser, sykdommer og forskjellige typer helse-tilstander. Dette gjøres både løpende og gjen-

nom større konferanser annet hvert år, hvor bl.a. nye forskningsresultater vurderes.

Videre foretar Nevnden konkret risikovurdering av enkelttilfeller i saker den får seg forelagt fra enkelte forsikringsselskap. For noen år siden var det 2.500 saker pr. år, idag er det ca. 700.

På bakgrunn av at noen søkere representerer en risiko som er så høy at norske selskap ikke har villet ta risikoen, er det etablert en forbindelse til et utenlandsk selskap hvor Nevnden så inneholder forsikringstilbud på disse avslagsrisikoer, automatisk og nærmest på kundenes vegne. Dette gjør at en som ellers ville fått avslag i Norge, nå får et tilbud vedkommende uten dette samarbeidet ikke ville ha fått.

7. "Livsforsikring og høyrisikogrupper"

Enkelte forhold som det kunne vært naturlig å si noe om under de andre overskriftene tas allikevel her, da denne overskriften representerer en slags prosess som har pågått i Norge et par år, og som her må refereres svært komprimert. Innledningsvis skal presisseres at "høyrisikogrupper" ikke er noe entydig begrep rent risikomessig, men heller et arbeidsbegrep på visse grupper i praksis representert ved organisasjonene som nevnt i avsnitt 4 foran.

Prosessen begynte for alvor å ta fart i 1993, da både organisasjoner og politikere på Stortinget rettet sterkt og kritisk søkelys på det de mente var uriktig utestengning av høyrisikogrupper når det gjaldt muligheten til å få etablert behovsrelatert livsforsikring. Konkret gjaldt det i første omgang gjeldsforsikring hvor man hadde en relativt "grovkornet" risikovurdering (ikke aldersrelatert) og med avslagsgrense på T100.

Videre ble fokus og kritikk delvis berettiget, delvis uberettiget, reist på:

- Samarbeidet som sådan, dets eksistens og

form.

- Manglende åpenhet og innsyn i prosessen og retningslinjene.
- Ikke god nok oppfølging av medisinsk utvikling og dertil ajourføring av retningslinjene for risikobedømmelsen av en diagnose
- For "grovkornet" og lite nyansert vurdering av forskjellige diagnosekategorier.
- For liten "solidaritet" (grovkornethet) (kritikk fra andre grupper).

Nøkternt sagt må man nok konstatere at noe av det som ble hevdet både fra organisasjoner, presse og politikere vitner om tildels lav kunnskap både om hva forsikring egentlig er, hvordan markedet fungerer og hvordan tilstanden egentlig var. Bedre informasjon og kunnskap ble vurdert som klart nødvendig.

Under enhver omstendighet tok i hvert fall forsikringsnæringen seriøsttak i den kritikken og de problemstillinger som var reist.

Norges Forsikringsforbund nedsatte høsten 1993 et utvalg for å vurdere mulige forbedringer. Utvalget avga en rapport 1. juni 1994. Den ble så undergitt behandling i Forsikringsforbundets organer. Rapportens forslag supplert med en begrenset tilleggsvurdering ble så vedtatt av styret.

Rapporten vurderer og konkluderer med at bibehold av et samarbeid basert på samlet kompetanse slik den ble utnyttet i gjeldende Nevndssystem også videre var den beste løsning både kvalitativt og rasjonelt. Imidlertid ble det pekt på flere forbedringsfaktorer.

Utredningen konkluderte med tre mulige kategorier forbedringer sett i relasjon til de problemstillinger som var reist. Den første ble ansett uaktuell, de to neste er langt på vei gjennomført.

For det første pekte man på at dersom "solidaritetsstrikken" skulle strekkes ut over forretningsmessige og forsikringstekniske prinsipper (bl.a. om forholdet mellom risiko og pris), tilsier dette at det måtte skje ved bidrag/subsidiering utenfra i form av en eller

annen form for subsidiering, økonomisk bidrag eller premiestøtte, eventuelt en pool med garantistillelse til høyrisikogrupperne. Dette ble ikke sett på som noen aktuell og praktisk løsning, ut over at man på en god måte fikk illustrert (grensen for) hvilke behov som kan imøtekommes gjennom forretningsmessige forsikringsløsninger.

For det andre ble det fokusert på forbedringspotensialer innenfor gjeldende samarbeid. (Beslutningsbare forhold på felles basis i forsikringsnæringen.) Som følge av dette er det nå bl.a. etablert:

- Full innsynsrett for forsikringssøkeren i retningslinjer og vurderinger
- Begrunnelsesplikt for selskapet
- Innsynsrett for representative organisasjoner
- Etablert samarbeid mellom forsikringsnæringen og organisasjonene om informasjon
- Etablert dialog mellom Nevnden og organisasjoner med sikte på best mulig videreutvikling av retningslinjene for helsebedømmelse, m.a.o. dialog om medisinsk-risikofaglige aspekter
- Ingen felles avslagsgrense

Viktigst er allikevel det at retningslinjene ikke lenger er bindende for det enkelte forsikringsselskap. Det står fritt til å støtte seg på Nevndens avgjørelse og/eller retningslinjer, eller å foreta en avvikende individuell og selvstendig risikovurdering av en potensiell kunde. Eksempelvis kan det gi "mildere" bedømmelse av en person som har en svært godt regulert sykdomstilstand.

I forlengelsen av dette skal det også nevnes at Nevnden er pålagt å vurdere en ytterligere differensiering av sine retningslinjer for å oppnå en riktigere bedømmelse av den konkrete risiko og person som skal helsebedømmes.

For det tredje pekte rapporten på potensielle forbedringer i de konkurrerende enkelt-

selskapers arbeid i markedet. Dette dreier seg grovt sagt om enten produktutvikling eller mer avtalebaserte konsepter overfor organisasjoner, hvor både obligatorisk medlemskap (for riskoutjevning) og erfaringstariffbaserte ordninger kan være aktuelle konsepter.

Selv om det fortsatt er et stykke vei å gå, våger jeg den påstand at denne prosessen har vært nyttig både for de forskjellige høyrisiko-grupper/organisasjoner og for forsikringsnæringen. Sentrale faktorer har vært å kombinere evne til selvkritisk vurdering og vilje til konstruktiv og formålstjenlig videreutvikling, samt det viktige for en næring som forsikring, å "lytte" både til markedet og myndigheter.

Vi er delvis i målet "bedre enn før", men har langt igjen til målet "en optimal løsning". Kjernen i utfordringen er å finne den riktige graden av "riktig" og diversifisert risikovurdering.

8. Avsluttende merknad

Jeg nøyer meg til slutt med å reise spørsmålet om hvor langt livsforsikringsbransjen vil og får adgang til å (eller vil arbeide for å få adgang til) foreta en individualisert risikovurdering på bakgrunn av all den kvalitative risikorelevante informasjon som etterhvert totalt sett vil være tilgjengelig.

Hvem blir den som reelt sett trekkes grensene for de relevante faktorer, og hvor bør den trekkes?

Går det en grense mellom "riktig" risikovurdering og det forhold at man kan stå i fare for å forlate selve forsikringsprinsippet, og er det noen reell fare for at grensen tilnærmes?

Det motsatt vinklede spørsmål, nemlig hvor langt kan man gå i riskoutjevning og grovkornet risikovurdering, tror jeg ikke blir særlig aktuelt og relevant i fremtiden, selv om det kan bli en rasjonell løsning for spesielle produktkonsepter/avtalebaserte ordninger.