

Granskning av avtalsvillkor för vårdförsäkringar

1. Inledning

En vårdförsäkring¹, ibland även kallad sjukvårdsförsäkring, ersätter nödvändiga och skäligen kostnader för icke-akut vård som uppstår till följd av sjukdom eller olycksfall. En privat vårdförsäkring kan ses som ett komplement till det offentliga vårdsystemet och påverkar inte den grundläggande rätten till vård. Vårdförsäkring ger vanligtvis försäkringstagaren tillgång till rådgivning, vårdplanering och specialistvård. Försäkringen kan även omfatta förebyggande insatser, rehabilitering samt ersättning för vissa kostnader, exempelvis läkemedel och eftervård.

Vårdförsäkring kan tecknas antingen som gruppförsäkring eller som individuell försäkring. En gruppförsäkring upphandlas av en arbetsgivare, organisation eller förening och kan vara antingen obligatorisk eller frivillig för de personer som ingår i gruppen. Vårdförsäkringar kan delas in i tre huvudgrupper beroende på hur den tecknas och betalas. *Arbetsgivarbetalda vårdförsäkringar* där arbetsgivaren handlar upp, tecknar och betalar försäkringen. Arbetsgivaren är då försäkringstagare och de anställda är försäkrade. Denna omfattar normalt samtliga anställda vid en arbetsplats. Utöver sådana försäkringar kan en enskild individ teckna vårdförsäkring antingen som *individuell vårdförsäkring* eller inom ramen för en *gruppförsäkring*. Med individuell försäkring menas att den enskilde på egen hand begär in offert från ett försäkringsbolag och kan teckna försäkringen direkt hos försäkringsbolaget. Gruppförsäkringar tillhandahålls vanligen genom arbetsgivare eller genom det fackförbund eller yrkesförbund som individen är ansluten till.

Antalet vårdförsäkringar har under en längre period uppvisat en kontinuerlig ökning. Vid utgången av år 2024 omfattades drygt 800 000 personer av en vårdförsäkring. Totalt inbetalades under året premier om drygt 5,1 miljarder kronor avseende dessa försäkringar. För ungefär sex av tio försäkringstagare är det arbetsgivaren som tecknar försäkringen. Cirka tre av tio omfattas av vårdförsäkring inom ramen för en gruppförsäkring. Den återstående andelen,

¹ Det är vanligt att vårdförsäkring förväxlas med sjukförsäkring. Skillnaden är att vårdförsäkring ersätter kostnader för den vård som försäkringstagaren behöver vid sjukdom eller skada, såsom vid en operation. En sjukförsäkring ersätter däremot exempelvis inkomstbortfall vid sjukskrivning.

omkring en av tio försäkringstagare, har tecknat en individuell vårdförsäkring på egen hand.²

2. Syfte

Granskningen syftar till att kontrollera om avtalsvillkoren (försäkringsvillkoren) är skäligt utformade. Granskningen ska även ge en samlad översikt av marknaden för vårdförsäkringar och möjliggöra att de övergripande resultaten kommuniceras framför allt till branschaktörer men även till konsumenter. Konsumentverket har inte tidigare genomfört en samlad granskning av vårdförsäkringar, men har under senare år uppmärksammat en kontinuerlig ökning av sådana försäkringar på marknaden. Mot denna bakgrund är det angeläget att tillse att gällande regler efterföljs och att ett högt konsumentskydd upprätthålls.

3. Urval och avgränsningar

Granskningen omfattar åtta (8) försäkringsbolags avtalsvillkor. Bedömningarna har gjorts i förhållande till FAL och AVLK.³ Utanför granskningen faller därmed marknadsföring samt för- och efterköpsinformation om försäkringarna.

För att möjliggöra granskningen har Konsumentverket begärt in gällande avtalsvillkor för vårdförsäkringar, avseende såväl *gruppvårdförsäkringar* som *individuella vårdförsäkringar*. I det fall ett bolag endast tillhandahåller en av dessa produkttyper har enbart villkoren för den aktuella produkten lämnats in. För de bolag som erbjuder flera varianter av avtalsvillkor inom respektive produkttyp har bolagen ombetts att inkomma med ett representativt villkorshäfte per produkttyp.

Granskningen omfattar nedanstående försäkringsbolag. Enligt Konsumentverkets bedömning ger dessa bolag tillsammans en god bild av hur marknaden för vårdförsäkring ser ut i Sverige idag.

1. Bliwa Livförsäkring ömsesidigt
2. Euro Accident Livförsäkring AB
3. Folksam ömsesidig sakförsäkring
4. Försäkringsaktiebolaget Skandia (publ)
5. Gjensidige Forsikring ASA Norge, svensk filial
6. If Skadeförsäkring AB (publ)
7. Länsförsäkringar AB
8. Trygg-Hansa Försäkring filial

² Svensk Försäkrings publikation "Vårdförsäkring – Varför och hur?", sidan 5, <https://www.svenskforsakring.se/globalassets/publikationer/vardforsakring/vardforsakningar-2025.pdf/>.

³ Försäkringsavtalslagen (2005:104), FAL och lag (1994:1512) om avtalsvillkor i konsumentförhållanden, AVLK.

4. Resultat

4.1 Allmänna iakttagelser

Inför granskningen uppmanades bolagen att inkomma med avtalsvillkor för vårdförsäkringar, både för *gruppvårdförsäkringar* och *individuella vårdförsäkringar*. Konsumentverket kan konstatera att sex av åtta bolag erbjuder båda typerna av produkter, medan två bolag endast erbjuder vårdförsäkring som gruppförsäkring.

En vårdförsäkring kan tecknas med eller utan så kallade remisskrav. Om försäkringen tecknas med krav på remiss innebär det att en läkare inom primärvården ska ha utfärdat en remiss till specialistläkare innan vård eller kostnader kan ersättas från försäkringen. I det fall försäkringen tecknas utan remisskrav blir premien i normalfallet högre. Samtliga försäkringsbolag förbehåller sig rätten att godkänna vård och kostnader i förväg. Rätt till förnyad medicinsk bedömning, så kallad second opinion, erbjuds av majoriteten av försäkringsbolagen i det fall konsumenten står inför svåra medicinska ställningstaganden. Bedömningen utgår då från de redan befintliga medicinska underlagen.

I vårdförsäkringar ingår en så kallad vårdgaranti. Vårdgarantin innebär att konsumenter som har ett ersättningsbart försäkringsfall garanteras kontakt med specialistkompetens inom ett angivet antal vardagar. Garantin omfattar även en angiven tidsfrist för operation, där konsumenten ska erbjudas inskrivning för sjukhusvård eller operation inom ett visst antal vardagar. Om försäkringsbolaget inte uppfyller den angivna tidsfristen ersätts konsumenten med ett fastställt dagsbelopp under en bestämd period.

Hur länge försäkringen kan lämna ersättning för varje försäkringsfall varierar mellan bolagen. Vissa bolag lämnar ersättning under en begränsad tidsperiod, medan andra tillämpar ett takbelopp för hur mycket försäkringsersättning som kan utgå för varje skada. I de flesta fall medger dock villkoren att om konsumenten har varit symptom-, behandlings- och medicineringsfri under en viss period kan ersättning lämnas för en ny period. Det förekommer även försäkringsbolag som inte tillämpar någon begränsning vare sig i tid eller belopp, utan lämnar ersättning så länge sjukdomen inte har övergått i ett konstaterat kroniskt tillstånd.

I likhet med många andra försäkringar, innehåller vårdförsäkringar en viss slutålder som anger hur länge konsumenten kan vara försäkrad. Denna ålder varierar mellan bolagen men ligger normalt mellan cirka 65 och 75 år.⁴

4.2 Avtalsvillkor

AVLK är tillämplig på avtalsvillkor som inte har varit föremål för individuell

⁴ Det finns även vårdförsäkringar som, under vissa förutsättningar, kan behållas under hela livet.

förhandling (standardavtalsvillkor) och som används av näringsidkare gentemot konsumenter. Trots att vårdförsäkringar, i vissa fall, genom olika val kan anpassas individuellt för konsumenten samt att premien sätts utifrån den enskilda försäkringstagaren eller den grupp som denne tillhör, är villkoren för vårdförsäkringar att anse som standardavtalsvillkor.

Ett avtalsvillkor anses oskäligt enligt 3 § AVLK om det exempelvis strider mot tvingande rätt eller är oklart eller vilseledande utformat. I den så kallade grå listan⁵ finns exempel på villkor som typiskt sett är att anse som oskäliga.

Konsumentverket har uppmärksammat flertalet villkor i vårdförsäkringar som återfinns hos bolag i granskningen och vars skälighet kan ifrågasättas. Nedan lyfts fram några exempel på sådana villkor.

Otillåtna omfattningsvillkor

Vid granskningen har Konsumentverket uppmärksammat att vissa villkor har utformats som omfattningsvillkor trots att de är beroende av hur konsumenten har handlat eller underlåtit att handla. Detta medför att ersättning undantas enligt villkoret i stället för att, såsom borde ske, nedsättningsprövas efter vad som är skäligt, se 12 kap. 9 och 12 §§ FAL och 19 kap. 19 § FAL. Av prop. 2003/04:150 s. 534 framgår att dessa bestämmelser bland annat kan bli tillämpliga i situationer där försäkringsvillkor undantar skador som kan antas ha orsakats av att den försäkrade varit påverkad av alkohol eller narkotika. En sådan begränsning av försäkringsgivarens ansvar bör bedömas enligt reglerna om framkallande av försäkringsfall.

Ett exempel på ett otillåtet omfattningsvillkor som har noterats i granskningen är att försäkringen inte omfattar sjukdom eller olycksfallsskada till följd av att konsumenten nyttjat alkohol, andra berusningsmedel, sömnmedel eller narkotiska preparat. Ett annat exempel är att försäkringen inte ersätter försämring av hälsotillståndet som enligt medicinsk erfarenhet beror på missbruk i olika former, till exempel missbruk av alkohol, narkotiska medel, läkemedel, spelmissbruk eller liknande. Ytterligare ett exempel på ett otillåtet omfattningsvillkor är att försäkringen inte ersätter skada eller sjukdom som har förvärrats på grund av att den försäkrade inte följt bolagens eller vårdgivarens anvisningar. Konsumentverkets bedömning är att sådana villkor är oskäliga enligt 3 § AVLK då villkoren strider mot tvingande rättsregler, se 1 kap. 6 § FAL. Ersättningen ska därmed, i dessa fall, sättas ned efter vad som är skäligt istället för att helt undantas. Även om också en nedsättningsprövning skulle kunna leda till samma resultat som om ersättning undantogs, är det typiskt sett skillnad mellan att helt nekas ersättning och att få en nedsättningsprövad och skälig nedsatt försäkringsersättning i förhållande till handlingens eller underlåtenhetens påverkan på skadans inträffande och omfattning.

⁵ Bilaga till rådets direktiv 93/13/EEG om oskäliga villkor i konsumentavtal.

Graviditetsundantag

Konsumentverket har uppmärksammat att vissa försäkringsbolag tillämpar ett undantag som innebär att skador och sjukdomar som uppstår *under* eller *i samband med* en graviditet är undantagna från försäkringens omfattning.⁶ Huruvida försäkringen kan lämna ersättning för ett besvär beror således inte på om besväret i sig är ersättningsbart enligt försäkringens villkor, utan på om den försäkrade har varit gravid vid tidpunkten för, eller i samband med, att besväret uppkom. I 1 kap. 4 § DL⁷ anges att *direkt diskriminering* innebär att någon missgynnas genom att behandlas sämre än någon annan i en jämförbar situation, om missgynnandet har ett direkt samband med en diskrimineringsgrund, exempelvis personens kön. Enligt 2 kap. 12 § DL omfattas försäkringar som tillhandahålls till allmänheten av lagens bestämmelser. Vidare anges i 2 kap. 12 a § DL att det finns omständigheter som medför att det är tillåtet att låta en persons könstillhörighet påverka premiesättningen, under förutsättning att det finns ett berättigat syfte och att de medel som används är lämpliga och nödvändiga för att uppnå syftet. Könsspecifika försäkringar kan erbjudas när försäkringen kan kopplas till ett hälsotillstånd som vanligtvis bara drabbar det ena könet, exempelvis livmoderhals- eller bröstcancer. Vid premiesättningen kan försäkringsbolag ta hänsyn till konsumentens könstillhörighet, men det finns dock ingen möjlighet att göra skillnad i försäkringsomfattningen eller att göra undantag från försäkringsskyddet baserat på könstillhörighet. I likabehandlingsdirektivet⁸ framgår att en mindre förmånlig behandling av kvinnor på grund av graviditet bör anses vara en form av direkt könsdiskriminering, vilket är förbjudet i försäkringstjänster.

Eftersom det kan antas att komplikationer kan uppstå *under* eller *i samband med* en graviditet som skulle ha kunnat ersättas om en icke-gravid person hade drabbats av motsvarande besvär, bedöms undantaget ha ett direkt samband med kön och riskerar därmed att missgynna gravida kvinnor. Konsumentverket bedömer att undantaget utgör direkt diskriminering och därmed strider mot 2 kap. 12 § DL. Eftersom villkoret står i strid med tvingande rätt är det också oskäligt enligt 3 § AVLK.

Force majeure

Samtliga bolag i granskningen har villkorsdelar som berör force majeure kopplat till försening av utredning eller utbetalning vid försäkringsfall. Villkoren omfattar i huvudsak samma typer av händelser men skiljer sig något i exakta utformningar. Med force majeure avses enligt Svenska Akademiens ordlista *”övermäktiga omständigheter som gör det omöjligt att uppfylla ett avtal”*. Konsumentverket har uppmärksammat att flera bolag innehar force majeure-villkor som undantar *”fel i telefonnät eller annan teknisk utrustning som inte tillhör oss”*. I ett avgörande från tidigare Marknadsdomstolen, MD,

⁶ I en av Konsumentverkets tidigare granskningar gällande könsdiskriminerande villkor vid resor uppmärksammades liknande villkor (Dnr 2022/207).

⁷ Diskrimineringslagen (2008:567), DL.

⁸ Rådets direktiv 2004/113/EG om genomförande av principen om likabehandling av kvinnor och män när det gäller tillgång till och tillhandahållande av varor och tjänster.

framgår flertalet exempel på vad som inte är tillåtna ansvarsbefriande händelser. Domstolen konstaterade då att ”fel i annan operatörs nät” går utöver vad som normalt är att betrakta som en force majeure-händelse och detta skulle kunna medföra en skadeståndsskyldighet enligt gällande rätt, se MD 2005:10. Även i MD 2002:23 angavs att ”fel i extern tele-förbindelse” var att anse som en oskälig friskrivning. Sådana formuleringar är därmed också oskäliga enligt 3 § AVLK då det ger intrycket av att bolagens skadeståndsskyldighet är mer begränsad än vad som följer av gällande rätt vilket kan medföra att konsumenten kan komma att vilseledas om sina rättsliga möjligheter.

Friskrivning från skadeståndsansvar

Enligt flera försäkringsbolags villkor ska dröjsmålsränta enligt räntelagen utgå om en utbetalning fördröjs. Samtidigt anger vissa av bolagen att de, utöver denna ränta, inte ansvarar för den förlust som kan uppstå om utredningen av ett försäkringsfall eller själva utbetalningen fördröjs. Konsumentverket uppfattar formuleringarna som friskrivningar från skadeståndsansvar. Att en näringsidkare genom avtal begränsar sitt ansvar för skada strider mot grundläggande skadeståndsrättsliga principer, se MD 2002:23. Även om det sannolikt är i få situationer som bolagen skulle åläggas skadeståndsansvar, måste villkoren ändå korrigeras för att följa gällande rätt. Konsumenten ska således inte på avtalsrättslig grund fräntas möjligheten att rikta skadeståndskrav mot bolaget. Villkoren kan även ifrågasättas i förhållande till punkten 1b) i grå listan. Av punkten framgår att villkor vars mål eller konsekvens är att otillbörligt utesluta eller begränsa konsumentens lagliga rättigheter gentemot näringsidkaren eller någon annan part i händelse av att näringsidkaren bryter helt eller delvis mot någon avtalsförpliktelse normalt är att anse som oskäliga. Konsumentverket bedömer därför att avtalsvillkoren är oskäliga enligt 3 § AVLK.

Formkrav för uppsägning

Vid granskningen har Konsumentverket uppmärksammat att ett bolag tillämpar ett avtalsvillkor som innebär att konsumenten måste lämna en skriftlig uppsägning för att försäkringen ska upphöra. Även om det endast är ett bolag av åtta som använder det aktuella villkoret vill Konsumentverket, mot bakgrund av att det för försäkringar generellt inte är ett ovanligt förekommande villkor, understryka att det inte är tillåtet att uppställa formkrav vid uppsägning av försäkringsavtal. Av bland annat 19 kap. 12 § FAL framgår att en försäkrad gruppmedlem vid frivillig försäkring har rätt att när som helst säga upp försäkringen att genast upphöra. Vidare framgår av 11 kap. 3 § FAL att en försäkringstagare när som helst får säga upp en tidsbegränsad försäkring att upphöra vid försäkringstidens utgång. Av förarbetena följer att uppsägning kan ske både muntligen och skriftligen, se prop. 2003/04:150 s. 396, 505, 591 och 625. Konsumenter har därmed en oinskränkt rätt att själva välja hur de vill lämna sitt meddelande. Mot denna bakgrund anser Konsumentverket att avtalsvillkoret är oskäligt enligt 3 § AVLK då det strider mot tvingande rätt.

Kostnad vid sent avbokad vårdbesök

Konsumentverkets granskning visar att flera bolag har villkor som innebär att konsumenter kan debiteras vid uteblivet vårdbesök eller operation. Vissa bolags villkor anger att avbokning måste ske senast 24 timmar före den bokade behandlingstiden, medan andra villkor helt saknar tidsfrist och endast anger att bolaget har rätt till ersättning om avbokning sker "för sent". I vissa fall kopplas ersättningen till kostnader för vård eller behandling, medan andra bolag uppger att alla kostnader som uppstår till följd av det uteblivna eller för sent avbokade besöket kan debiteras. Det finns även exempel där bolag anger att en sen avbokning kan leda till att konsumenten förlorar rätten till fortsatt vård och ersättning.

Enligt Konsumentverkets bedömning är sådana villkor att anse som oskäliga enligt 3 § AVLK. Villkoren är otydligt utformade och gör det svårt för konsumenten att förutse vilka konsekvenser som kan följa. Villkoren tar heller inte hänsyn till särskilda skäl som kan finnas och som föranleder den sena avbokningen eller det uteblivna besöket, såsom akut sjukdom som kan påverka risken för komplikationer inför en operation. Det är dessutom oklart vilka kostnader konsumenten kan bli skyldig att betala. Formuleringarna kan ge intryck av att även omfattande kostnader för en operation kan belasta konsumenten om avbokning inte sker i tid, oavsett anledning. Detta skapar en betydande osäkerhet och medför därför att villkoret bedöms som oskäligt.

5. Uppföljning

Konsumentverkets sammantagna bedömning är att bolagens avtalsvillkor om vårdförsäkring kan förbättras om åtgärder vidtas. I de fall brister finns kommer riktade tillsynsärenden att inledas. Det innebär att berörda bolag kommer att få ta del av skrivelser som konkret redogör för vad bristerna består i. Bolagen ges därefter möjlighet att yttra sig till Konsumentverket och redogöra för vilka åtgärder som de kommer att vidta samt när dessa kommer att vara genomförda. Konsumentverket eftersträvar frivilliga rättelser. Samtliga bolag som har ingått i granskningen och berörda branschorganisationer får ta del av denna PM.

Martin Olsson

Johanna Persson

Mer information om Konsumentverkets tillsyn på försäkringsområdet och PM från tidigare granskningar finns på <https://www.konsumentverket.se/marknadsratt-foretag/forsakringar-regler-for-foretag/>.