

---

## Kollektivtanken med en fot i graven

---

REDAKSJONELT

PÅL GULBRANDSEN

*Pål Gulbrandsen (f. 1955) er medisinsk redaktør i Tidsskriftet og var blant initiativtakerne til prosessen som endte med at legeforsikringsutvalget ble oppnevnt.*

Email: [pal.gulbrandsen@legeforeningen.no](mailto:pal.gulbrandsen@legeforeningen.no)

Tidsskriftet

Postboks 1152 Sentrum

0107 Oslo

---

Som følge av et forslag fra tre stortingsrepresentanter i januar 1997 ble det nedsatt et utvalg som skulle legge frem forslag til lov som regulerer forsikringsselskapenes adgang til å innhente helseopplysninger. Dette såkalte lege-forsikringsutvalget ble oppnevnt i oktober 1998, og nedkom i juli 2000 med en utredning preget av betydelig dissens (1). Konklusjonene er tidstypiske. Det skapes inntrykk av at individet kommer styrket ut gjennom sterkere krav til informasjon fra forsikringsselskapene ved søknad om forsikring og ved at det må gis begrunnelse for avslag. Dessuten plikter selskapet å gi tilbud om forsikring hvis ikke avslagsbegrunnelsen er god nok, såkalt kontraheringsplikt. Kostnadene for individet i form av en utstrakt plikt til å gi fra seg helseopplysninger, er tilforlåtelig begrunnet med hensynet til kollektivet. Spørsmålet er imidlertid hvilket kollektiv som skal beskyttes mot hvilke individer.

Neppe noen privat virksomhet må i større grad enn forsikringsbransjen veie hensyn til individ og kollektiv mot hverandre. Flertallets prinsipielle syn er at forsikring (med unntak av folketrygden) er en privatrettslig avtale der forutsetningen må være at partene har tilgang til den samme informasjon. Forsikringsvirksomhetsloven pålegger da også selskapene å beregne personrisikoen ved tegning for å sikre at selskapene beholder sin solvens (2). Uten informasjonslikhet venter man at personer som kjenner egen forhøyet helserisiko vil være overrepresentert blant forsikringstakere, noe som kan føre til konkurs (3). Det er to grunner til ikke å akseptere denne argumentasjonen.

For det første skyldes ikke en ev. konkurs mangel på informasjon, men for lave premier. Om det innføres restriksjoner på hva forsikringsselskaper kan spørre om, vil dette være likt for alle selskaper. Man må ta høyde for den forventede atferd, at høyrisikopersoner oftere vil forsikre seg, i premieberegningen. Det er en usikkerhetsfaktor, men den vil kunne la seg estimere ved å se på hvor stor andel av befolkningen som forsikrer seg totalt. Naturligvis blir det en utfordring i konkurransen mellom forsikringsselskapene, og noen kan fristes til å sette premiene for lavt. Men Kredittilsynet er pålagt å kontrollere at selskapene drives forsvarlig. En del av konkurransen er ifølge utredningen «utviklingen av nye forsikringsprodukter». Hva skal vi med dem? Det vil være svært forbausende om ikke disse nye forsikringene vil vise seg å være rettet mot akademikere og velbeslåtte basert på individuelt beregnet helserisiko. De som taper på selskapenes konkurranse vil være syke og bli fattige.

For det annet betyr ikke lik tilgang på informasjon mellom selskap og søker dermed samme mulighet til å forutsi konsekvensene av informasjonen. Det er tvilsomt om en kvinne overskuer de finansielle følgene av å ha en BRCA-1-mutasjon like godt som et forsikringsselskap gjør det. Ikke er det heller formildende at selskapene pålegges å begrunne sine spørsmål og informere om konsekvensen av svarene. Store, skriftlige informasjonsmengder vil neppe favorisere de mest ressursvake søkerne, og vil sikkert bli utformet særlig med tanke på å beskytte forsikringsselskapet ved ev. tvist om forsikringssøker har oppfylt sin informasjonsplikt.

Et annet trusselbilde som er blitt anført mot restriktive norske regler for innhenting av helseopplysninger er det internasjonaliserte marked. Utredningen konkluderer imidlertid med at risikoen for lekkasje av personforsikringer for lavrisikogrupper til utenlandske selskaper er svært liten, fordi eventuelle tvistesaker likevel må avgjøres etter regler i landet der forsikringstakeren normalt bor.

Det er lett å la seg forføre av flertallets argumentasjon for folk flest, inkludert leger, fordi de fleste vil falle innenfor akseptabel risiko for normalpremie. Selskapene er avhengig av å ha mange forsikrede for å være lønnsomme (3). Vi må derfor legge oss på minne at de som i dag vil rammes av det foreslåtte regelverket, er de som har spesielt høy risiko. Disse vil nok måtte nøye seg med ytelser fra folketrygden eller ruinerende premier til private forsikringsselskaper. Men etter hvert vil kombinasjonen av medisinsk kunnskap og informasjonsteknologi øke muligheten for å tallfeste vår forventede levetid på individuelt nivå. Mer enn noensinne er det derfor behov for motkrefter, som ved hjelp av lover og regler forhindrer at kollektivtanken – og med den hensynet til de svakeste – gravlegges for godt. I denne situasjonen er det synd at Legeforeningens oppnevnte representanter i utvalget har vært mest opptatt av hva som er korrekt jus i privatretten. Hadde vi enda sett signaler om en styrket folketrygd som alene kunne vært tilstrekkelig ved alvorlig sykdom og tidlig død, men det motsatte er tilfelle. Det ville hjulpet på legenes profil om Legeforeningen hadde talt de sykes sak i dette utvalget.

Lege-forsikringsutvalgets flertall inkludert representantene oppnevnt av Legeforeningen mener at informasjon om arveegenskaper fra genteknologiske prøver er prinsipielt lik den man oppnår ved grundig slektsanamnese. Kan

dette være riktig? Mens de fleste mennesker har en kunnskapsportefølje om sin slekts helse som oppleves naturlig og meningsfull, der man tross alt har kunnet trøste seg med skjebne, tilfeldighet og stor usikkerhet, er det noe ganske annet med prediktive og presymptomatiske tester med tallfestet risiko. Riktignok foreslår utvalget at man ikke kan pålegges å ta prøver hvis man ikke alt har gjort det, unntatt hvis man ønsker å tegne en særlig høy forsikring. Men hvis din bror vil tegne en slik forsikring, kan han altså pålegges å innhente informasjon som kan være av vesentlig betydning for deg. Ville det ikke vært enklere ikke å tilby særlig høye forsikringer? Hvem trenger en dødsrisikoforsikring på over 1,4 – 2,3 millioner kroner, som foreslås som en rimelig beløpsgrense (1)? Utvalgets flertall ser heller ingen prinsipiell forskjell mellom opplysninger om arveegenskaper, livsstil og andre helserelevante opplysninger. I dette syn skiller de seg fra trenden i europeisk politikk (1). Med dagens medisinske teknologi kan vi ikke endre genetiske egenskaper. Forsikringssøkeren er altså avskåret fra å kunne gjøre noe med sin økede risiko og bundet til å ta imot dårlige tilbud. Opplysninger om livsstil, som søkeren kunne ha gjort noe med, og hvor gunstige forsikringsvilkår kanskje kunne fått betydelige samfunnsmessige konsekvenser i positiv retning, kan forsikringsselskapene også spørre om. Men denne kunnskaper er selskapene lite interessert i – den er for vanskelig å kontrollere.

---

## LITTERATUR

1. [http://odin.dep.no/archive/shdbilder/01/01/NOU\\_\\_022.pdf](http://odin.dep.no/archive/shdbilder/01/01/NOU__022.pdf) (4.8.2000).
2. Gulbrandsen P. Bruk av helseopplysninger i forsikringssaker Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2459.
3. Haakonsen S. Forsikring er solidaritet. VG 8.8.2000.

---

Publisert: 30. august 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.