

---

# Solidaritet og bruk av genetiske tester i forsikring

---

KOMMENTAR

KJETIL STIEN

TORGEIR HØVERSTAD

Storebrand Livsforsikring AS

Marit Krohg

If Skadeforsikring

Postboks 1691 Vika

0120 Oslo

---

Et offentlig utvalg som har vurdert forsikringsselskapenes innhenting, bruk og lagring av medisinske opplysninger, har nylig fremlagt sin innstilling. Det er blitt debatt rundt forslaget fra utvalget om at forsikringsselskapene skal få adgang til å bruke opplysninger om genetiske tester på lik linje med andre helseopplysninger. Mange mener at dagens lovforbud mot bruk av informasjon fra genetiske tester i forsikring må beholdes eller til og med skjerpes, for å beskytte svake grupper. Vi begrunner her hvorfor forsikringsselskapene må ha samme tilgang til informasjon som de som ønsker å tegne forsikring har. Dette bør etter vår mening også gjelde informasjon fra genetiske tester som søkeren allerede har utført.

---

Legeforsikringsutvalget ble oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet høsten 1998. Resultatet av utvalgets arbeid, en NOU med tittelen *Forsikringsselskapers innhenting, bruk og lagring av helseopplysninger*, ble lagt frem i juli 2000 (1). Innstillingen har vakt betydelig offentlig oppmerksomhet. Debatten har særlig handlet om hvorvidt forsikringsselskapene skal få adgang til å spørre om resultatet av genetiske tester. I dag har forsikringsselskapene etter bioteknologiloven ikke lov til å spørre om det er utført prediktive eller presymptomatiske genetiske tester eller hva resultatene av slike tester viser. Et knapt flertall i utvalget mener at det ikke er grunn til å behandle opplysninger fra genetiske tester på annen måte enn andre helseopplysninger. De foreslår derfor en lovendring slik at

forsikringsselskapene skal kunne bruke resultatet av genetiske tester på lik linje med andre relevante helseopplysninger. Legeforeningens to representanter i utvalget inngår i flertallet.

I en lederartikkel i Tidsskriftet hevder Pål Gulbrandsen (2) at dette ikke er forenlig med kravet som må stilles til leger om å sette kollektivt tanken og hensynet til de svakeste foran. I stedet for risikodifferensiering på grunnlag av opplysninger om genetiske tester foreslås det i lederartikkelen at forsikringsselskapene øker premiene slik at også høyrisikopersoner kan få forsikring på normale vilkår. I en annen artikkel i samme nummer av Tidsskriftet skriver Hans Petter Aarseth (3) at private forsikringsavtaler ikke kan danne grunnlaget for samfunnets sosiale sikkerhetsnett, men at dette må ligge i folketrygden.

Vi vil i denne artikkelen begrunne hvorfor forsikringsselskapene etter vår mening bør få samme tilgang til informasjon fra genetiske tester som de som ønsker å tegne forsikring har.

Privat forsikring er en solidarisk ordning der forsikringskollektivet bærer den samlede risikoen gjennom premien. I motsetning til folketrygden er forsikring frivillig. Den enkelte altså kan velge å tegne forsikring eller la det være. Av denne grunn må det være likevekt mellom forsikringstaker og den som bærer risikoen (forsikringsselskapet eller forsikringskollektivet) når det gjelder opplysninger om risiko. Dersom enkelte risikotilstander bare skal være kjent for den ene parten, vil dette føre til *antiseleksjon*: De som har størst risiko, tegner mest forsikring. Man kunne tenke seg dette løst ved å øke premien for alle slik at den dekker den økte risikoen. Dette vil imidlertid forsterke tendensen til antiseleksjon. Forsikringen blir så dyr at de med normal risiko lar være å tegne forsikring eller trekker seg fra ordningen, og premiene må økes ytterligere. Antiseleksjon er egentlig uttrykk for at befolkningens solidaritet ikke er ubegrenset.

At antiseleksjon ikke er noe teoretisk begrep, erfarte forsikringsnæringen gjennom gjeldsforsikringsordningen tidlig i 1980-årene. I starten ble det solgt gjeldsforsikring uten helsevurdering og med lik premie for kvinner og menn. Dette førte til en kraftig antiseleksjon med opphopning av høy risiko, og ordningen førte i løpet av få år til store tap for forsikringsnæringen. Da premiene ble økt, forlot de yngste og friskeste ordningen slik at risikoen ble ytterligere forverret og hele ordningen ble undergravd. Det samme erfarte Trygg-Hansa Forsikring da de for ca. ett år siden lanserte en bilforsikring uten premiedifferensiering i forhold til kjørelengde for OBOS-medlemmer. Unge bilførere med høy risiko strømmet til ordningen, Trygg-Hansa tapte i løpet av få måneder mer enn 100 millioner kroner, og ordningen måtte avvikles.

Etter forsikringsvirksomhetsloven er selskapene pliktige til å vurdere risikoen som forsikringssøkeren representerer, før det inngås avtale. Dette er for å sikre at ordningen fungerer betryggende for forsikringstakerne og at de betaler premier og har vilkår som er rimelige. Gjennom risikovurderingen forsøker selskapene å sette sammen grupper som ikke har for stort spenn i risikoprofil. Vurderingen er ganske romslig (4). Det godtas f.eks. en overdødelighet på 25 – 50 % før det beregnes tilleggspremie. Dette betyr en subsidiering av personer med noe ugunstige helseforhold. I en del land gis det fradrag i premien for dem med

ekstra gunstig risikoprofil (såkalt ”preferred life”). Denne utviklingen har man ikke ønsket i norsk forsikring – nettopp for å gjøre ordningen mest mulig inkluderende.

I debatten om legeforsikringsutvalget blir det hevdet at forsikringskollektivet må utvise særlig solidaritet overfor personer med arvelig betinget sykdomsrisiko. Følelsesmessig virker dette tiltalende. Det finnes imidlertid en del motargumenter:

- – Grunnlaget for forsikring er at man forsikrer seg mot en uventet hendelse. Dersom risikoen er kjent, faller dette grunnlaget bort.
- – Grensen for hva som er arvelig betinget sykdomsrisiko, er ikke lett å trekke. De fleste sykdommer er et resultat av samspill mellom arv, miljø og livsstil. Hva med hyperkolesterolemi eller hypertensjon?
- – Det virker urimelig å pålegge private forsikringsselskaper å dekke en risiko som det offentlige ikke vil dekke.
- – Det er ikke opplagt at det er etisk riktig at personer som kjenner sin egen risiko, får tegne forsikringer i millionklassen, med nesten sikker utbetaling, uten at forsikringsselskapene får ha samme kunnskap om risikoen. Utbetalingene må jo dekkes av de øvrige forsikrede.
- – Det er ikke åpenbart at opplysninger fra genetiske tester og familiehistorikk skal beskyttes særskilt. Hvis formålet er å gi økonomisk dekning til de svakeste, burde også HIV-positive, kreftpasienter og andre med alvorlige sykdommer ha krav på privat forsikring. Et slikt krav vil føre til at private forsikringsordninger bryter sammen.
- – Dagens bioteknologilov slår uheldig ut for en del personer. Vi har eksempler på at søkere fra familier med høy risiko er blitt nektet forsikring selv om de er testet negativt, fordi forsikringsselskapene ikke har lov til å vite om eller bruke informasjon fra slike tester.
- – Det er foreløpig bare noen få og sjeldne tilstander hvor det er meningsfullt å bruke resultatet fra genetiske tester ved tegning av forsikring. Utviklingen innen medisinsk genetikk går imidlertid raskt, og i løpet av få år må vi forvente at vesentlig flere personer har kunnskap om egen genetisk risiko.

Norge har i dag en av verdens strengeste lover når det gjelder bruk av genetiske opplysninger i forsikring. Mange land har ikke lovregulering, men en del land har bransjeavtaler hvor forsikringsselskapene forplikter seg til ikke å be om opplysninger om genetiske tester hvis forsikringssummen er under visse (ganske beskjedne) grenser. I Storbritannia har myndighetene nylig godkjent bruk av genetiske tester i forsikringsammenheng (5).

Et betydelig mindretall i legeforsikringsutvalget går imot flertallets forslag om endring. Mindretallets synspunkter har fått bred støtte fra politikere og i mediene. De fleste reaksjonene har trukket inn frykt for at forsikringsselskapene skal kreve full genetisk kartlegging før det inngås en forsikringsavtale. Flertallet foreslår imidlertid at det bare kan kreves nye undersøkelser ved søknad om særlig høye forsikringssummer. Som leger og medisinske rådgivere i forsikringsselskaper vurderer vi problemstillingen

knyttet til krav om nye genetiske tester som lite aktuell i overskuelig fremtid. Både Storebrand Livsforsikring og If Skadeforsikring har derfor besluttet at selv om loven blir endret, vil de inntil videre ikke pålegge noen søkere å gjennomføre nye genetiske tester. Vi har tatt initiativ overfor de andre forsikringsselskapene i Finansnæringens Hovedorganisasjon for å få etablert en bransjenorm på dette området. Det er imidlertid grunnleggende for forsikringsselskapene at forhold som forsikringstakeren er kjent med, må opplyses ved tegning. Dette bør etter vår mening også gjelde genetiske tester som søkeren allerede har tatt.

---

## LITTERATUR

1. Norges offentlige utredninger. Forsikringsselskapers innhenting, bruk og lagring av helseopplysninger. NOU 2000: 23. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, seksjon statens trykning, 2000.
2. Gulbrandsen P. Kollektivtanken med én fot i graven Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2379.
3. Aarseth HP. Ryddigere bruk av helseopplysninger i forsikringssaker Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2471.
4. Høverstad T. Risiko og bruk av helseopplysninger i forsikring. I: Swendsen E, red. Diagnose: risiko. Oslo: Universitetsforlaget, 2000: 124 – 36.
5. Mayor S. UK allows insurers to use gene test for Huntington's disease. BMJ 2000; 321: 977.

---

Publisert: 30. januar 2001. Tidsskr Nor Legeforen.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.