



Legeattest til forsikringsselskap

REDAKSJONELT

LEIRA HL

Kva slag helseopplysningar kan ein lege gi til eit forsikringsselskap når ein pasient vil teikne forsikring eller når pasienten har vorte skada og krev erstatning? Kva slag opplysningar har forsikringsselskapa høve til å be om? Kor går grensa mellom den teieplikta ein har som lege og den opplysningsplikta ein har som sakkunnig?

Legar kan finne nokre retningsliner i dei etiske reglane. I kapitel IV, paragraf 4, heiter det: “En legeerklæring skal gi tilstrekkelig informasjon til å fylle sin hensikt og skal være objektiv og nøytral i sin form. Relevante opplysninger må ikke forties eller fordreies. Erklæringen skal ikke inneholde informasjon som går utover formålet. Når medisinske dokumenter laget for andre formål brukes som vedlegg, skal det i særlig grad tas hensyn til taushetsplikten” (1). Ein skal merke seg at det i alle høve er legen sitt ansvar å vurdere kva slag opplysningar ho kan gi og kva ho ikkje kan gi.

Forsikringsselskapa si verksemd er regulert mellom anna i forsikringsvirksomhetsloven og i forsikringsavtaleloven. Personvernloven skal sikre pasienten sine interesser, dessutan krev no Datatilsynet konsesjon frå livsforsikringsselskapa.

I tillegg til desse avgrensingane har så vel Helsetilsynet (i brev til Fylkeslegen i Østfold 5.11. 1993) som Forbrukarombodet synspunkt på kva som kan krevjast. Legeforeninga har o g vore aktiv. I fleire år har foreninga hatt eit samarbeid med forsikringsbransjen for å kome fram til ein høveleg måte å regulere dette feltet på, no sist i eit fagutval som Høverstad og medarbeidarar skriv om i ein artikkel i dette nummeret av Tidsskriftet (2).

Debatten om helseopplysningar i forsikring er ikkje særnorsk. I Europarådet har ei ekspertgruppe levert eit framlegg som no er til handsaming i rådet, om å regulere bruken av helseopplysningar mellom anna når ein teiknar forsikring (3).

Det at så mange ulike instansar i lang tid har arbeidd med desse spørsmåla, tyder på at det er sterke interesser som står mot einannan. Forsikringsselskapa snakkar om “riktig pris”, sjølv om alle skjønner at kvar krone selskapet ikkje betaler i erstatning, er med på å auke overskotet. Det er ofte snakk om store summar - det er ikkje til å undrast over at det vert usemje. Striden står mellom to partar med ulik styrke. Rettane til den svake parten må det vernast om.

I dei fleste høve er det å teikne ei forsikring ei frivillig sak. Innom visse rammer er det opp til selskapet og den som teiknar forsikring å bli samde om vilkåra. Ved teikning får forsikringsselskapa samtykke til å skaffe seg naudsynte helseopplysningar. Likevel hender det at dei ber om fleire opplysningar enn det fullmakta frå pasienten gir grunnlag for. Ved krav om erstatning kan selskapet be om kopi av heile journalen, medan fullmakta gjeld “det

som er naudsynt” for å kunne vurdere kravet. Om legen vegrar seg for å kopiere journalen og ber selskapet presisere kva det ønskjer å vite, kan ho oppleve at pasienten sjølv tek kontakt og ber om kopi av journalen, truleg etter påtrykk frå selskapet. I så fall er det eit åtak på pasienten sin autonomi. Selskapet har styrke til å vente, pasienten er ofte i eit økonomisk uføre og treng ei avgjerd raskt.

I nokre høve har forsikringa karakter av sosial trygd. Det framlegget som Europarådet handsamer, tek omsyn til det. I slike høve skal det ikkje krevjast helseopplysningar av noko slag. På den andre sida - når det er snakk om særskilte høge forsikringssummar, opnar framlegget for omfattande helseundersøkingar, så omfattande at ein i Noreg er skeptisk til å støtte framlegget slik det no står.

I Noreg har lov om yrkesskadeforsikring karakter av sosial trygd. Lova dekkjer alle arbeidstakarar, premien vert betalt av arbeidsgivaren og helseopplysningar vert først henta inn når skaden er skjedd. I slike saker, når forsikringsselskapa ikkje har nokre helseopplysningar frå før, kan det vere særskilte vanskeleg å skilje mellom det ein som lege kan opplyse og det ein skal teie om. Legen ønskjer det beste for pasienten, forsikringsselskapa ønskjer det beste for seg. I rolla som sakkunning vert legen utfordra både når det gjeld kunnskap og når det gjeld etikk.

Det fagutvalet som Høverstad og medarbeidarar skriv om, slår lakonisk fast at det er ein tillitssvikt mellom legane og forsikringsnæringa. Utvalet har difor drøfta “en rekke vanskelige avgrensningar mellom leger og forsikringsselskap” og har kome med eit framlegg som Legeforeninga og forsikringsselskapa slutta seg til. Kanskje vil dette vere nok til å fjerne tillitssvikten mellom legane og forsikringsbransjen, men desse spørsmåla er ikkje berre ei sak mellom desse partane. Mange andre samfunnsinstansar bryr seg, og semje mellom legane og forsikringsselskapa er neppe nok til å få tilhøva inn i former som alle vil kunne akseptere.

I 1998 bad familie-, kultur- og administrasjonskomiteen på Stortinget regjeringa om å leggje fram forslag til ei lov for å regulere forsikringsselskapa sin rett til å samle helseopplysningar før forsikring vert teikna. Dette initiativet kom på bakgrunn av ein debatt på Internett mellom norske legar som hadde sett seg leie på den praksisen som rår.

Sosialdepartementet har nyleg oppnemnt eit utval, der Legeforeninga er med, som skal vurdere dette og kome med framlegg til lovregulering (4). Dette er nok vegen å gå. Pasientar og forsikringsselskap har så ulike interesser at bruk av helseopplysningar i forsikring må regulerast i lov.

Håkon Lasse Leira

LITTERATUR:

1. Årbok for Den norske lægeforening 1998-1999. Oslo: Den norske lægeforening 1998: 50.
2. Høverstad T, Krohg M, Larsen EB, Ramstad G, Vigen T, Kjennvold S. Helseopplysninger fra leger i forsikringsøyemed. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 63-6.
3. Leira HL. The use of medical examinations for employment and insurance purposes. Ramazzini - Norsk tidsskrift for arbeidsmedisin 1997; 2: 18-9.
4. Pressemelding nr. 69/98. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1998.

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske lægeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no