

Eli Feiring

Helseopplysninger og privat forsikring

En kartlegging av reguleringspraksis i
fem europeiske land

Eli Feiring

Helseopplysninger og privat forsikring
En kartlegging av reguleringspraksis i fem
europeiske land

© Forskningsstiftelsen Fafo 2000
ISSN 0804-5135

Innhold

Forord	5
1 Innledning	6
2 Problemstillinger og metode	7
2.1 Problemstillinger	7
2.2 Metode	8
3 Debattens bakgrunn	9
3.1 Helseopplysninger og privat forsikring	9
3.2 Overnasjonale anbefalinger	12
3.3 Reguleringspraksis i Norge – en kort oversikt	13
4 Danmark	16
4.1 Offentlige velferdsordninger	16
4.2 Privat forsikring: regulering av tilgang til helseopplysninger	19
4.3 Oppsummerende tabell	21
5 Sverige	22
5.1 Offentlige velferdsordninger	22
5.2 Private forsikringer: regulering av tilgang til helseopplysninger	24
5.3 Oppsummerende tabell	27
6 Storbritannia	28
6.1 Offentlige velferdsordninger	28
6.2 Privat forsikring: regulering av tilgang til helseopplysninger ¹³	30
6.3 Oppsummerende tabell	34
7 Tyskland	35
7.1 Offentlige velferdsordninger	35
7.2 Private forsikringer: regulering av tilgang til helseopplysninger	38
7.3 Oppsummerende tabell	39
8 Nederland	40
8.1 Offentlige velferdsordninger ¹⁸	40
8.2 Privat forsikring: regulering av tilgang til helseopplysninger	44
8.3 Oppsummerende tabell	46
9 Sammenfatning	47
Kilder	51
Vedlegg: Spørreskjema	53

Forord

I dette notatet rapporteres funn fra prosjektet Innhenting og bruk av helseopplysninger ved tegning av individuell livs- og helseforsikring i fem europeiske land. Prosjektet er finansiert av Finansnæringens Hovedorganisasjon (FNH).

Takk til Sissel Rødevand og Øyvind Flater fra FNH, samt Axel West Pedersen fra Fafo, for gode og nyttige samtaler og kommentarer. Takk til FNHs referansegruppe for person- og helseopplysninger, som har lest tidligere utkast – Torgeir Høverstad (Storebrand), Marit Krohg (Storebrand), Gerd Mary Brekken (Storebrand), Tor Olav Langeland (Vesta), Kjell Saastad (Gjensidige NOR), Kjell Sofus Nielsen (Gjensidige NOR), Stein Kjennvold (Gjensidige NOR), Bengt Lasse Lund (Gjensidige NOR), Stig Vangsnes (Vital), Fred Elsheim (Vital) Trond Johansen (VÅR), Mette Knutsen (Norske Liv) og Johnny Fjellviksås (Sparebank I Liv).

Fafo, 31. mai 2000

Eli Feiring

1 Innledning

Bør forsikringsselskapenes innhenting, bruk og lagring av helseopplysninger om den enkelte forsikringssøker begrenses – og i så fall på hvilken måte? Problemstillingen har vært debattert i en rekke europeiske land i de senere årene, også i Norge. I 1997 ble et norsk offentlig utvalg nedsatt for blant annet å gi forslag til lovregulering av selskapenes tilgang til og bruk av helseopplysninger ved tegning av individuelle forsikringer. Utvalget skal avgi sin innstilling i løpet av sommeren 2000.

Forsikringsnæringen har vært representert i utvalget, og våren 2000 engasjerte Finansnæringens hovedorganisasjon (FNH) Forskningsstiftelsen Fafo for å kartlegge reguleringen av tilgang til helseopplysninger ved tegning av individuell livs- og helseforsikring i fem europeiske land: Danmark, Sverige, Storbritannia, Tyskland og Nederland. Formålet med kartleggingen var dels å samle informasjon om andre lands reguleringspraksis, dels å gi en kortfattet framstilling av landenes offentlige velferdsordninger. Kartleggingen ble foretatt med utgangspunkt i litteraturstudier av foreliggende materiale,¹ i tillegg til svar fra en enkel surveyundersøkelse som ble sendt de respektive landenes forsikringsforbund.² Funnene rapporteres i form av dette notatet.

Det kan konkluderes med at informasjonsbeskrankingene som finnes i de enkelte landene i hovedsak er selvpålagte gjennom forsikringsbransjens egenregulering. Reguleringen varierer fra uformelle normer via veiledende retningslinjer til kvasi-legalt bindende overenskomster. Reguleringene gjelder i første rekke informasjon om og bruk av HIV-test, genetiske tester og familieopplysninger.

Notatet er disponert på følgende måte: først beskrives prosjektets problemstillinger og metode i kapittel 2. Deretter skisseres hovedtrekkene i debatten om regulering av tilgang til helseopplysninger, og begrepene antiseleksjon (negativ utvelgelse) og atferdsrisiko (moralsk hasard) gjennomgås (3.1). Overnasjonale anbefalinger for reguleringspraksis gjennomgås i 3.2, og norsk praksis presenteres kort i 3.3 I kapittel 4 til 8 gis det en oversikt over offentlige velferdsordninger og regulering av forsikringsselskapenes tilgang til helseopplysninger i henholdsvis Danmark, Sverige, Storbritannia, Tyskland og Nederland. I kapittel 9 oppsummeres funnene.

¹ Dessverre mottok vi ikke litteratur som ble bestilt fra Comité Européen des Assurances før oppdraget ble sluttført.

² Association of British Insurers (ABI) besvarte ikke surveyundersøkelsen, men sendte imidlertid informasjonsbrosjyrer.

2 Problemstillinger og metode

2.1 Problemstillinger

I et notat fra FNH til Fafo ble det gitt en rekke stikkord for hva kartleggingen burde omfatte: forsikringsavtalelovene, personvernlovgivningen, datatilsynenes krav og rolle, konsekvenser, omfanget av innhenting av helseopplysninger, bruk av helseopplysninger, felles retningslinjer og nemnder for risikovurdering og helseopplysninger i bransjen, felles dataregistre på forskjellige områder innen bransjen, andre særregler for forsikring og offentlige ordninger. Med utgangspunkt i en samtale mellom FNH og Fafo ble det utarbeidet en skisse for kartleggingen av reguleringen av tilgang til helseopplysninger ved tegning av individuell livs- og helseforsikring i fem europeiske land (Danmark, Sverige, Storbritannia, Tyskland og Nederland). Det ble lagt vekt på at prosjektet skulle sikte mot å gi svar på følgende spørsmål:

1. Hvilke offentlige forsikringsordninger finnes i det enkelte land?
2. På hvilken måte reguleres innhenting og bruk av helseopplysninger av forsikringsavtalelover og personvernlovgiving?
3. Hva slags rolle har de respektive lands datatilsyn?
4. Hva slags opplysninger innhentes, fra hvem, i hvilken form og, i den grad det finnes tilgjengelig informasjon, i hvilket omfang skjer dette?
5. Brukes helseopplysningene til reservasjon av forsikringstakere og/eller til endring av premie?

I tillegg var det ønskelig at kartleggingen kunne gi svar på om det finnes felles retningslinjer eller liknende for risikovurdering/helseopplysning (6), samt felles dataregistre (7). Også særregler for forsikring kunne det være aktuelt å kartlegge (8).

Det har ikke vært mulig å besvare alle disse spørsmålene ut fra de opplysningene som har vært tilgjengelig og innen den tiden som har vært til rådighet. Notatet tar sikte på å beskrive bakgrunnen for debatten om forsikringsselskapenes tilgang til helseopplysninger. Videre gis en kort og skjematisk oversikt over landenes offentlige velferdsordninger (jfr 1). Deretter kartlegges hva slags reguleringspraksis som finnes i de ulike land ut fra følgende variabler og kategorier (jfr 4, 5, 6, og 7):

- Informasjonstype: finnes regulering av forsikringsselskapenes tilgang til
 1. generelle helseopplysninger?
 2. livsstilsopplysninger?
 3. opplysninger om HIV-smitte?
 4. genetisk informasjon (herunder familieopplysninger)?

- Reguleringstype: er reguleringen bransje- eller myndighetspålagt?
- Produktavhengighet: varierer regulering avhengig av produkt?
- Forsikringssumavhengighet: varierer regulering avhengig av forsikringssum?

Det er dessuten gjort forsøk på å finne om det eksisterer samarbeid om risikovurdering, register for søknader med anmerkninger og klageordninger for forsikringssøkere.

For hvert land gis en kort innledning der det pekes på om det pågår en offentlig debatt om hvorvidt og eventuelt hvordan tilgang til helseopplysninger bør reguleres.

2.2 Metode

Kartleggingen er komparativ, og i utvelgelsen av land ble det siktet mot å sammenlikne like heller enn ulike tilfeller. I samarbeid med oppdragsgiver ble følgende land valgt: Danmark, Sverige, Storbritannia, Tyskland og Nederland. Landene er alle nordeuropeiske og relativt like hva angår demokratiske institusjoner og politiske prosesser, dominerende sosiale verdier, økonomiske systemer, grad av økonomisk utvikling og offentlig politikk. Det var ønskelig å finne land med offentlige velferdsordninger omtrent som de norske, og Danmark og Sverige var derfor naturlige valg. Storbritannia ble valgt fordi det her har pågått en omfattende debatt om tilgang til opplysninger om genetisk disposisjon. Tyskland er interessant fordi det foreløpig ikke finnes noen formaliserte reguleringer av forsikringsselskapenes tilgang til helseinformasjon. Den nederlandske modellen har i flere sammenhenger vært framsatt som et eksempel til etterfølgelse (for eksempel Sandberg 1996), og oppdragsgiver ønsket fokusering på denne modellen.

Metoden er beskrivende. Det har vært lagt vekt på informasjon fra samtaler med oppdragsgiver. Kartleggingen har tatt utgangspunkt i litteratur som dels forelå hos oppdragsgiver, dels er innhentet: informasjonsmateriell og utredninger fra de respektive lands forsikringsforbund, fra CEA (Comité Européen des Assurances) og Europarådet, samt i litteratur som beskriver offentlige velferdsordninger i landene.

I tillegg ble det utarbeidet et enkelt spørreskjema med utgangspunkt i problemstillingene for prosjektet og CEAs spørreskjemaundersøkelse om medisinske undersøkelser og livsforsikring fra 1998 (CEA 1998: Medical Examinations and Life Insurance) (se vedlegg). Skjemaet ble sendt forsikringsforbundene i de respektive landene per e-mail. Etter svarfristens utløp, ble det sendt opptil fire påminnelser til tre av forbundene.³ I tillegg ble det sendt en oppfølgingshenvendelse til Danmark og Sverige. Fafo anser opplysningene som er framkommet å være tilstrekkelig kvalitetssikret gjennom kryssjekking mot foreliggende litteratur.

³ Fafo mottok svar på spørreskjema fra forsikringsforbundene i Danmark, Sverige, Tyskland og Nederland. Det britiske forsikringsforbundet besvarte henvendelsen med å sende informasjonsbrosjyrer.

3 Debattens bakgrunn

3.1 Helseopplysninger og privat forsikring

3.1.1 Hensynet til personvern og sosial rettferdighet

Borgernes krav på vern av sensitive personopplysninger er i økende grad debattert som følge av de senere års medisinskteknologiske og informasjonsteknologiske utvikling. Flere og bedre diagnostiserings- og behandlingsmuligheter har gitt betydelig større informasjonsmengde om hver enkelt pasient, og moderne informasjonsteknologi har gitt økte muligheter til å behandle og registrere informasjonen. Én av utfordringene knyttet til utviklingen, er spørsmålet om hvordan hensiktsmessige personvernrutiner skal etableres slik at hensynet til retten til personlig integritet sikres.

Dette gjelder ikke minst i forhold til innhenting og bruk av helseopplysninger for å vurdere risiko, sette riktig premie og ta korrekte forbehold ved tegning av individuelle livs- og helseforsikringer. I den offentlige debatt har det vært stilt spørsmål om personvernet krenkes hvis forsikringsselskapene ber om informasjon utover hva forsikringssøkeren finner relevant og nødvendig. Samtidig har det vært argumentert for at søkeren ikke har kontroll over hvilken helseinformasjon som gis forsikringsselskapene, eller hvordan disse opplysningene behandles. Forsikringsbransjen og publikum synes med andre ord ikke alltid enige om hva som er relevant informasjon, eller hvem som eventuelt skal ha myndighet til å avgjøre hvilken informasjon om søkeren som skal foreligge og hvordan opplysningene skal kunne brukes: bør legen delegeres dette ansvaret på pasientens vegne, er det forsikringsselskapet som bør definere relevans og begrepets omfang – eller er dette et spørsmål for offentlige myndigheter?

En annen utfordring knyttet til spørsmålet om hvilken informasjon forsikringsselskapet skal ha tilgang til, er hensynet til likebehandling og sosial rettferdighet. Dette aksentueres spesielt i forhold til spørsmål om livsstil, HIV-smitte, familiens sykdomshistorikk og prediktive genetiske tester. Informasjon om slike forhold er særlig sensitiv. Livsstilsopplysninger og informasjon om HIV-smitte berører den enkeltes autonomi, og for mange vil muligheten for spredning av denne informasjonen innebære en frykt for sosial stigmatisering. Prediktive genetiske tester vedrører ikke aktuell helsetilstand, men har som formål å belyse arvelig betinget risiko for senere sykdom. Det kan argumenteres for at den enkelte har rett til ikke å vite sin risiko. I den grad forsikringssøkeren mener seg presset til å gjennomføre en genetisk test, trues søkerens personlige integritet. Opplysninger om familiens sykdomshistorikk og søkerens genetiske disposisjoner berører dessuten ikke bare den enkelte forsikringssøker, men også dennes slektninger, samt framtidige generasjoner.

Det kan være vanskelig å opprettholde ordninger som gir alle samme mulighet til å forsikre liv og helse hvis for eksempel genetisk informasjon kan brukes til å forutsi sykdom og livslengde. Dessuten vil frykt for at forsikringsselskapene skal bruke informasjon om for eksempel HIV-smitte eller genetiske disposisjoner til å øke pris eller redusere tilgjengelighet,

kunne føre til at enkelte lar være å ta en slik test. Dermed mister de muligheten til å få adekvat medisinsk behandling.

Fra myndighetenes side har det vært ønske om å vurdere regulering av forsikringsselskapenes tilgang til helseopplysninger (Dok nr 8: 32 (1996–97) Om regulering av forsikringsselskapenes adgang til innhenting av helseopplysninger om forsikringssøkere). I 1997 ba Stortinget regjeringen om en slik vurdering med utgangspunkt i argumentet om at forsikringsselskapenes mulighet til å innhente all tilgjengelig helseinformasjon og fullstendige pasientjournaler, i tillegg til å registrere avslåtte søknader, kunne innebære utilstrekkelig vern for forsikringssøkeren generelt og for svake grupper spesielt. Også solidaritetsaspektet ble trukket fram:

«Komiteen meiner eksisterende lovverk ikkje gir tilstrekkelig vern for svake grupper. Denne saka handlar i tillegg til personvern og rettstryggleik, også om solidaritet. Det er etter komiteen sitt syn i strid med overordna prinsipp om likeverd å godta ei slik utvikling der berre dei friskaste av oss har høve til utan spesielle vilkår å teikna forsikring» (Innst S nr 161 (1996–97)).

3.1.2 Grunnleggende prinsipper for privat forsikring

Hensynet til pasientens krav på vern av sensitive helseopplysninger tilsier restriksjoner på utlevering av helseopplysninger. Samtidig har forsikringsselskapene behov for fullstendige opplysninger for å gi riktig pris og omfang ved tegning av forsikring.

Forsikring skal dekke risiko for inntektstap som følge av at visse framtidige begivenheter – som sykdom – inntreffer. Mens offentlige trygdeordninger er basert på obligatorisk deltakelse uavhengig av behov, er grunnlaget for private forsikringsordninger den enkeltes (frivillige) beslutning om å inngå en kontrakt med et forsikringsselskap. Det er i forsikringssøkerens interesse å oppnå beste garanti og beskyttelse mot sin risiko til den mest fordelaktige pris. Forsikringens pris og utforming skal reflektere den risiko forsikringsselskapet overtar. Høy risiko kan derfor innebære tilleggspremie, reservasjoner eller begrenset forsikringstid. I Norge er prinsippet om at pris skal reflektere risiko nedfelt i forsikringsvirksomhetsloven.

Risiko for framtidig inntektstap kan deles mellom forsikringstakere som antas å ha lik risiko vurdert ut fra dagens situasjon, ellers vil risikoutjevningen gi systematisk skjev belastning og feil prissetting. Dermed er det hver risikogruppe, og ikke den enkelte søker, som i prinsippet skal bære sine egne omkostninger.

En korrekt risikovurdering (og dermed prissetting) avhenger av informasjonstilgang. Forsikringssystemet bygger på manglende viten om for eksempel hvilke sykdommer den enkelte vil få eller når disse vil inntreffe. Helseopplysninger innhentes med henblikk på at selskapet skal vurdere risiko for sykdom eller død innen en bestemt alder. Utvikling av medisinsk teknologi har ført til sikrere risikovurdering. Mindre feilmargin skal i prinsippet føre til en mer rimelig kontrakt og lavere premier. Risikovurdering og opplysningsbehov varierer for ulike produkter og for risikokategorier.

Det er med andre ord en forutsetning for private forsikringsordninger at pris differensieres avhengig av risiko. Informasjonsbegrensninger er igjen til hinder for optimal risikovurdering. En streng regulering av tilgang på helseopplysninger kan innebære at selskapet

vil forsøke å finne sekundære kjennetegn for å fastsette risiko. Dette kan gi vilkårlige utslag.

Forsikringsbransjen har uttrykt bekymring for at forsikringsordningene vil utvannes hvis informasjonstilgang begrenses ut fra sosiale hensyn. Spissformulert spørres det hva som vil skje hvis alle skal ha rett til privat forsikring – og til samme pris. Det argumenteres for at det da ikke lenger er tale om forsikring, men en ny type trygdeordning.

3.1.3 Antiseleksjon og atferdsrisiko (moralsk hasard)

I utgangspunktet foreligger en asymmetri i forholdet mellom forsikringssøker og forsikrings-selskap – søker har større informasjon om sin helsetilstand enn selskapet. Dette gir opphav til to dysfunksjonelle eller «perverse» mekanismer: negativ utvelgelse ved antiseleksjonsmekanismer og atferdsrisiko (moralsk hasard).

Med antiseleksjon (negativ utvelgelse) menes at søkere med kunnskap om høy risiko vil forsikre seg for en lavere pris (høyere sum/mer omfattende dekningsgrad) enn sykdomsrisiko skulle tilsi. Søkere med lav risiko vil søke dekning til lavere (og for seg riktigere) pris i et annet selskap/marked.

Begrensninger på selskapenes informasjonstilgang vil kunne innebære økt risiko for antiseleksjonsmekanismer, fordi alle risikogrupper vil prises likt for å kompensere for manglende informasjon. I prinsippet vil søkere med lav risiko kunne trekke seg ut, prisen vil stige og høyrisikogrupper vil fortrenge det som for forsikringsselskapene er gode kunder.

I en slik situasjon vil også selskaper som ikke er omfattet av informasjonsbegrensninger kunne få et konkurransefortrinn. Store begrensninger på selskapenes informasjonstilgang vil favorisere høyrisikogrupper, hvilket kan resultere i en lekkasje av såkalte «gode liv» til selskaper som er underlagt mindre restriktiv begrensning. Disse selskapene kan gi tilbud om å tegne forsikring med meget høye summer mot å kreve detaljerte helseopplysninger. I den grad reguleringene gjelder alle landets egne selskaper, vil utenlandske selskaper uten tilsvarende regulering kunne fange opp gode kunder.

For eksempel vil et forbud mot å innhente eller bruke genetisk informasjon kunne medføre at søkere som er testet og bestemt som bærere av høy risiko, «overforsikrer» seg med høy sum. En slik praksis kan resultere i høyere premier for alle, og gode kunder vil kunne velge et forsikringsselskap som gir et bedre tilbud, og kanskje også vektlegger informasjon om heldige genetiske disposisjoner. Imidlertid er det grunn til å tro at omfanget av denne typen spekulasjon neppe vil være særlig stort, gitt usikkerheten som vanligvis er knyttet til testresultatene. Et generelt forbud vil dessuten spre risiko for spekulasjon på alle forsikringstakere.

Atferdsrisiko (moralsk hasard) betegner en situasjon der forsikringstakere tar mindre hensyn til risiko for hendelser som gir forsikringsutbetaling, enn om de ikke var forsikret. Dette kan resultere i flere krav på forsikringsselskapet enn forventet, og forsikringspremien må økes. Forsikringsselskapet vil ha insitamenter til å iverksette tiltak som motvirker slik atferd. Det er imidlertid rimelig å anta at problemet ikke er særlig relevant for livsforsikring (Sandberg 1996).

3.2 Overnasjonale anbefalinger

Prinsipielt kan regulering oppnås på (minst) tre ulike måter:

- Bransjens egenregulering (på nasjonalt eller overnasjonalt nivå) i form av for eksempel felles retningslinjer for god praksis.
- Markedsregulering ved at kundene for eksempel ikke etterspør forsikring hos selskaper som stiller for nærgående spørsmål eller spørsmål som oppfattes som stigmatiserende eller irrelevante.
- Myndighetsregulering (på nasjonalt eller overnasjonalt nivå) gjennom for eksempel avtaler med bransjen, eller lovregulering.⁴

Forsikringsbransjens felles europeiske forening, Comité Européen des Assurances (CEA), konkluderte i 1998 med at majoriteten av foreningene i medlemslandene mente bransjens selvregulering gav tilstrekkelig beskyttelse for individet hva gjaldt selskapenes tilgang til og bruk av helseopplysninger (Summary Report on Medical Examinations and Life Insurance, CEA 1998).

Det har likevel vært gjort forsøk fra offentlige myndigheters side å gi overnasjonale retningslinjer for innhenting og bruk av sensitive helseopplysninger. I 1991 anbefalte Nordisk Råd at de nordiske land skulle innlede et samarbeid om ensartet lovgivning med hensyn til blant annet beskyttelse av personlig integritet i forbindelse med genetisk test (Rekommandation nr 9/1991).

Europarådet gav retningslinjer for håndtering av informasjon om HIV-smitte i 1989 (Recommendation No. R(89) 14). I 1992 ble det anbefalt at det ikke skulle være tillatt å be om eller bruke verken tidligere eller nye genetiske tester i forbindelse med inngåelse eller endring av individuell forsikring⁵ (Recommendation No. R (92) 3). I konvensjon for menneskerettigheter og biomedisin fra 1996 ble det foreslått at prediktive tester bare skulle være tillatt for helsemessige formål og medisinsk forskning:

«[T]ests which are predictive of genetic diseases or which serve either to identify the subject as a carrier of a gene responsible for a disease or to detect a genetic predisposition or susceptibility to a disease may be performed only for health purposes or for scientific research linked to health purposes, and subject to appropriate genetic counselling» (Convention on Human Rights and Biomedicine, Art. 12).

I 1997 vedtok Europarådet retningslinjer for en utvidet beskyttelse av personlige data, blant annet vedrørende informasjon om atferd, sexliv, livsstil, alkohol-, medikament- og tobakkbruk og genetiske data (Recommendation No. R (97) 5). Imidlertid ble det åpnet for at forsikringsselskapet kunne be om resultatet av genetisk test som allerede var foretatt, gitt at forsikringssummen var høy og forsikringen var frivillig, og hvis landets lovverk tillot dette og regulerte beskyttelse av data generelt.

⁴ Alle landene i undersøkelsen har for eksempel nasjonal lovgivning som regulerer datainnhenting og databehandling generelt.

⁵ EU hadde allerede tatt et tilsvarende standpunkt i 1989.

I 1999 fulgte så en rapport til Europarådet om europeiske retningslinjer for medisinsk undersøkelse (herunder bruk av spørreskjema) og privat forsikring (European Health Committee (99)8). En ekspertkomite hadde opprinnelig utarbeidet et forslag til europeiske standarder. Forslaget ble gjort om til en rapport med den begrunnelse at regulering av praksis var i rask utvikling i de fleste europeiske land.

I rapporten ble det blant annet foreslått forbud mot:

- Krav om ny genetisk test ved tegning av privat forsikring.
- Krav om utlevering av tidligere genetiske tester eller annen genetisk informasjon, unntatt for svært høye summer.
- Krav om test for å oppdage tilstedeværelse av en ennå latent, alvorlig og uhelbredelig sykdom, unntatt ved ny risiko som kan gi betydelige ekstra utgifter for forsikringselskapene (som for eksempel risiko for AIDS).
- Krav om medisinske undersøkelser for privat helseforsikring som skal sikre tilgang til grunnleggende helsetjenester.

Fafo har ikke hatt mulighet til å gå nærmere inn på hvordan de overnasjonale anbefalingene er fulgt opp av offentlige myndigheter og forsikringsbransjen i de ulike landene.

3.3 Reguleringspraksis i Norge – en kort oversikt

3.3.1 Tilgang til helseopplysninger

Forsikringsselskapene er pålagt å fastsette premie på grunnlag av risiko (jfr. forsikringsvirksomhetsloven). Ifølge forsikringsavtalelovens §13-1 plikter forsikringssøker å utlevere opplysninger selskapet finner relevant for slik risikovurdering. Opplysningene skal behandles konfidensielt (jfr. forsikringsvirksomhetsloven).

Ikke alle produkter krever informasjon om søkerens helse. I den grad slike opplysninger er nødvendig, kan forsikringsselskapene få informasjon om søkers helse på to måter: ved spørreskjema eller ved medisinske undersøkelser. I de europeiske landene er det mest vanlig å be søker fylle ut et spørreskjema vedrørende sykdommer som vedkommende har eller har hatt, så vel som medisinsk behandling eller gjennomgatte undersøkelser. En annen måte å få informasjon på, er å be søker om å foreta egne medisinske tester. Dette er en kostnads-krevende framgangsmåte, og fordelaktigheten vil avhenge av risiko involvert, forsikringssum, forsikringens omfang, medisinskteknologiske framskritt, graden av frivillighet og så videre.

I Norge skal det alltid leveres egenerklæring for de produkter der helseopplysninger er nødvendig. Tall fra FNH viser at det i om lag 20–25 prosent av tilfellene er behov for ekstra opplysninger fra lege. Det finnes få begrensninger etter opplysningens art. De eneste helseopplysninger det er forbud mot å etterspørre og bruke, er genetisk informasjon (jfr. bioteknologiloven) (se for øvrig 4.2). Imidlertid gir helsepersonelloven og pasientrettighetsloven begrensninger på hva slags informasjon helsearbeidere kan utlevere, og pasientrettighetsloven pålegger at en pasientjournal aldri skal utleveres til andre enn pasienten/tilsynsmyndighet.

Pasienten kan eventuelt gi samtykke til utlevering av nødvendige helseopplysninger. Samtykkekompetanse gjelder både i forhold til leger og annet helsepersonell som fysioterapeuter, kiropraktorer, trygdekontorer og andre forsikringsselskaper. I tillegg er helseprofesjonene bundet av en profesjonsbestemt taushetsplikt, som går lenger enn den forvaltningsmessige.

Spørsmål om egne medisinske tester er kun relevant for produkter som krever informasjon om søkerens helse, og kun der vedkommende ønsker en meget høy forsikringssum. HIV-test kan kreves for sum over om lag 2,5 mill NKR. Det er enda høyere grenser for enkelte andre tester, som arbeids-EKG (jfr. Retningslinjer for Nemnden for helsebedømmelse).

Selskapene har mulighet til et begrenset samarbeid om risikovurdering. Nemnden for helsebedømmelse har utarbeidet veiledende retningslinjer for medisinsk- og risikofaglige vurderinger av overdødelighet og forhøyet risiko for uførhet.

I Register over forsikringssøkere og forsikrede registreres blant annet søkere som har fått anmerkning ved sin søknad om forsikring. Registeret inneholder imidlertid ingen opplysninger om helse eller liknende. Opplysningene blir slettet senest etter ti år.

Bransjen har utarbeidet felles fullmaktserklæringer, både ved tegning og erstatningsoppgjør, for innhenting av helseopplysningene. Disse er arbeidet fram i samråd med Forbrukerombudet. Fra 1.1.1997 har Datatilsynet krevet konsesjon for livsforsikringsselskapene.

Stortinget har til behandling Ot prp nr 5 (1999–2000) Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger. Hovedformålet med lovforslaget er å sikre at helseopplysninger blir behandlet på en betryggende måte, samtidig som anonyme data kan benyttes i forskning og planlegging, slik at samfunnet får et bedre kunnskapsgrunnlag for helseplanlegging (Bjørn Henrichsen, Aftenposten 29.5.2000).

3.3.2 Forbud mot innhenting og bruk av genetisk informasjon

Det er i dag mulig å belyse hvorvidt en frisk person har særlige anlegg for eller risiko for å utvikle eller pådra seg en bestemt sykdom gjennom undersøkelser som gir opplysninger om vedkommendes arvemasse. Resultatene av genetiske undersøkelser kan få betydning for personen selv, så vel som dennes friske slektninger (som vil kunne få opplysninger om anlegg og risiko for sykdom gjennom undersøkelsen). Genetiske undersøkelser kan ha betydning for forebyggende behandling og medisinsk forskning.

Det er i de senere år utviklet nye metoder for å kartlegge arveanlegg i et hittil ukjent omfang. DNA-analyser brukes for å analysere det kjemiske arvestoffet, mens RNA-analyser gir informasjon om arvestoffet gjennom gjengivelse av karakteristiske mønstre av DNA. Det finnes en rekke genetiske tester for visse monogenetiske tilstander, men multifaktor genetiske tester er fremdeles lite pålitelige og nyttige. Fortolkningen av genetiske testresultater er kompleks, og forekomst av patologisk genetisk mutasjon hos et friskt individ behøver ikke uunngåelig indikere at genetisk sykdom vil oppstå. Dårlig diagnose kan i noen tilfeller endres ved forebyggende behandling. Resultater kan med andre ord si noe om risiko, men sjelden noe sikkert om hvorvidt sykdommen vil bryte ut, eller i tilfelle når. Dette innebærer en mulighet for at det festes for stor tillit til undersøkelsen.

Bioteknologiloven gir forbud mot å be om, motta, besitte og bruke informasjon framkommet ved genetiske undersøkelser ved tegning av forsikring. Videre er det ikke lov å spørre om slike undersøkelser har vært utført.

I den danske debatten har det vært hevdet at det gir liten mening å forby gentiske tester i seg selv, fordi slike tester også brukes som ledd i diagnostisering, behandling og etterkontroll av blant annet visse kreftsykdommer (jfr. 4.2.4). Informasjon om vevstyper, blodtyper eller tidligere sykdommer i slekten kan også belyse risiko for framtidig sykdom.

FNH har påpekt eksempler på uheldige utfall av forbudet mot å bruke genetiske tester, for eksempel ved at en person som positivt vet at han ikke er bærer av Huntingtons sykdom likevel vil få forhøyet premie/avslag på forsikringen.

I Norge finnes ingen felles klageinstans for personer som mener at deres helse er feilbedømt ved tegning. Ifølge FNH vil det imidlertid nesten alltid følge med tilbud om forsikring i et utenlandsk selskap som har spesialisert seg på høyere risiko enn de norske selskaperne, hvis en person får avslag på en livsforsikring på grunn av helsevurdering.

4 Danmark

Tabell 4.1 Danmark: statistisk informasjon

Populasjon (millioner)	5,3
Forventet livslengde (år)	75,6
Andel av befolkningen over 65 år (prosent)	15
Andel yrkesaktive kvinner (prosent)	75,1
Arbeidsledige (prosent)	6,0
Lønnskostnader ⁶ for industriarbeidere (NKR. Indeks Norge=100)	96

Kilder: WHO Health in Europe 1997, OECD Statistics on the Member Countries 1999, NOU 1999:12 Om grunnlaget for inntektsoppgjørene 1999.

4.1 Offentlige velferdsordninger⁷

Den danske velferdsstatsmodellen er karakterisert av åpenhet med universell tilgang til ytelser for alle relevante grupper. Ordningene er i hovedsak skattefinansierte, men fra 1994 har arbeidstakerne betalt en prosentandel av inntekten i sosiale bidrag. Andelen var åtte prosent i 1997. Dette bidraget finansierer blant annet ytelser ved sykdom.

4.1.1 Generelle bemerkninger

Den danske velferdsstatsmodellen ble etablert for om lag 100 år siden som et motstykke til de ordninger som omtrent samtidig ble utviklet i Tyskland (jfr. 9.1). Mens de tyske overføringsordningene besto av obligatoriske «sosialforsikringer» for lønnsinntakere, hvilte den danske modellen på to prinsipper som senere ble karakteristiske for den skandinaviske velferdsstatsmodellen: universalitet og skattefinansiering. Ytelsene skulle omfatte alle borgere,

⁶ Dette viser lønnskostnader per time for industriarbeidere i forhold til tilsvarende arbeidstakere for konkurrentlandene, målt i felles valuta. Lønnskostnadene består av lønn per faktisk arbeidet time, lønn for ikke-arbeidet tid (f.eks. lønn under sykdom, feriepenge osv.) og andre indirekte personalkostnader som arbeidsgiveravgifter, pensjonsutgifter osv. og som knytter seg til bruken av arbeidskraft. Lønnskostnadstallene er i hovedsak sammenstilt av BLS (Bureau of Labor Statistics) i USA, men 1998-tall er også bygd på anslag fra OECD og enkeltland. Innholdet i lønnsbegrepene kan være ulikt mellom land, og man må være oppmerksom på usikkerheten for enkeltland. Beregningsutvalget mener likevel at de relative lønnskostnadstallene «grovt sett» vil gi relevante indikasjoner på lønnsforskjellene landene. Nivåsammenligningen er basert på gjennomsnitt for industriarbeidere og er ikke representativ for alle deler av industrien. Det er fortsatt bare for arbeidere i industri at det kan foretas internasjonale sammenligninger av totale lønnskostnader per time av tilstrekkelig kvalitet, basert på harmonisert statistikk mellom landene (NOU 1999:12 Om grunnlaget for inntektsoppgjørene 1999).

⁷ Beskrivelsen bygger på Ploug og Kvist 1994, Hansen 1999 og SSA 1999.

ikke bare lønsmottakere, og være finansiert gjennom generelle skatter heller enn i form av øremerkede bidrag.

Den danske modellen er forankret i det kommunale system. Ytelsene ivaretas stort sett av primærkommunene, samt av sosiale kasser og fond. Mens kommunene har hovedansvar for utbetalinger og service, har staten hovedansvar for den finansielle byrde.

Utmåling av ytelsene er i liten grad avhengig av tidligere inntekt, hvilket er enestående både i europeisk og skandinavisk sammenheng. I tilfelle inntektsavhengige ytelser, anvendes et tak. For eksempel ytes sosiale pensjoner (førtidspensjon og folkepensjon) i form av et grunnbeløp og et inntektsavhengig pensjonstillegg. Fra pensjonsalder (67 år) har alle rett til folkepensjon. I tillegg har yrkesaktive rett til tilleggspensjon (ATP). Videre finnes avtalefestede tjenestepensjonsordninger.

Delpensjon kan gis ved ønske om gradvis tilbaketrekking fra arbeidsmarkedet. Etterlønsordninger gir 60–66-åringene mulighet til å trekke seg tilbake innen pensjonsalderen. Pensjonister som ikke har inntekt utover grunnpensjon, gis pensjonstillegg. Det kan også gis kommunal støtte som personlig tillegg.

4.1.2 Ytelser ved sykdom, skade og invaliditet

Alle arbeidsaktive er sikret dagpenger ved sykdom. Lønsmottakere mottar sykepenger fra første sykedag, selvstendig næringsdrivende fra den fjerde uke. Selvstendig næringsdrivende kan tegne frivillig forsikring hos kommunen, slik at sykepenger fra første dag sikres. Ytelsene gis inntil ett år for samme sykdom innenfor det siste 1,5 år. Retten til sykepenger kan bortfalle dersom den syke nekter å motta legebehandling eller trekker ut behandlingsprosessen.

Funksjonærer og tjenestemenn får utbetalt full lønn under sykdom. Øvrige lønsmottakere og selvstendige har rett til sykepenger fra bopelskommunen. Ytelsesnivå er relativt til forutgående inntekt. Sykepengene skal utgjøre 80 prosent av tidligere inntekt, dog med et tak. Fra 1992 har store grupper på det private arbeidsmarkedet sikret seg rett til full lønn under sykdom som en del av overenskomstavtalene.

Det gis gratis behandling hos lege med kommunal avtale, samt for sykehusbehandling. Det er egenandel på psykologhjelp, kiropraktikk, fysioterapi og tannhelsetjeneste.

Ved uførhet kan det gis førtidspensjon til personer som har mistet arbeidsevnen, eller arbeidsskadeerstatning til personer som har mistet arbeidsevnen i forbindelse med arbeidsskade. Førtidspensjon varer som hovedregel til pensjonsalder, og omfatter alle borgere som har mistet minst 50 prosent av arbeidsevnen på grunn av fysiske, mentale eller sosiale forhold. Førtidspensjon gis uten krav om medlemskap, bidrag eller annet. Imidlertid stilles flere krav om bopels varighet. Danmark har egne bopelsregler for arbeidstakere og selvstendige fra andre EU-land og de nordiske land, Tyrkia og Pakistan.

Arbeidsskadeerstatning dekker arbeidsrelaterte ulykkestilfeller, samt arbeidsskader i form av arbeidservervede sykdommer. Ytelsen er den eneste danske ordningen som er rent inntektsrelatert. Den finansieres av arbeidsgiverne gjennom obligatoriske forsikringer hos private forsikringsselskaper. Arbeidsgiverne mottar imidlertid en økonomisk kompensasjon fra staten fastsatt på bakgrunn av samtlige virksomheters utgifter til arbeidsskadeforsikring.

Ved permanent og full uførhet dekkes 80 prosent av siste års inntekt, med et tak på 322 000 DKR per år (1999). Ved mindre grad av uførhet gis det relative prosenter av full pensjon.

Det eksisterer ingen generell pensjonsordning for etterlatte, men ATP og de supplerende arbeidsmarkeds pensjonene, samt arbeidsskade forsikringen, omfatter ordninger for etterlatte i tilfelle den forsikredes død. Omfanget avhenger dels av den etterlattes mulighet til å forsørge seg selv. Ytelsene kan utbetales som pensjon eller engangsbeløp. De samlede årlige ytelser til barn og etterlatte (ektefelle/samboer) kan høyst utgjøre 70 prosent av avdødes tidligere årslønn. ATP til etterlatte utbetales som engangsbeløp tilsvarende 35 prosent av den avdødes pensjon kapitalisert på bakgrunn av den forventede restlevetid. Hvis etterlatte er barn under 18 år, utbetales hele pensjonen som et kapitalisert engangsbeløp. Arbeidsskade som medfører død kan utløse et engangsbeløp utbetalt til etterlatte, eller 30 prosent av den forsikredes tidligere lønn i ti år.

Tabell 4.2 Danmark: Offentlig kompensasjon for sykdom 1997

Arbeidsgiversupplement	Ja, vanligvis 2 uker med full lønn
Karensperiode	Nei
Maksimal ytelsesperiode	52 uker
Grupper omfattet	Arbeidstakere og selvstendige
Ytelsesgrunnlag	Inntektsrelatert
Spesielle regler	Funksjonærer mottar lønn

Kilde: The Danish National Institute of Social Research 1999: Elements of Social Security.

Tabell 4.3 Danmark: Uføretrygd 1997

Minimum alder	18 år
Maksimum alder	66 år
Fortsetter som alderspensjon	Nei
Grupper omfattet	Alle
Inntektsavhengig	Nei
Avhengig av tap av inntekt	Ja
Aldersavhengig	Ja
Avhengig av sivilstatus	Ja
Behovstesting	Ja
Offentlig tilleggsordning	Nei

Kilde: The Danish National Institute of Social Research 1999: Elements of Social Security.

4.2 Privat forsikring: Regulering av tilgang til helseopplysninger

4.2.1 Generelle bemerkninger

Det danske forsikringsforbundet opplyser at det ikke er begrensninger med hensyn til å be om og å bruke opplysninger om forsikringssøkerens eller hennes slektningers tidligere og nåværende helsetilstand ved tegning av individuell forsikring. Det er uten betydning hvordan disse opplysningene er framskaffet. Det er imidlertid ikke tillatt å be om eller bruke genetiske eller andre tester som kan vise risiko for utvikling av sykdom senere (jfr. 4.2.4).

Ifølge forsikringsforbundet kan forsikringssøkeren klage på en avgjørelse om pris, omfang eller avslag til et pasientombud eller til et appellorgan som finansieres av forsikringsbransjen og forbrukerorganisasjoner. Ankenemnden behandler tvister mellom selskaper tilsluttet nemnden og en forsikringstaker vedrørende dennes forsikringer. Ifølge det danske forsikringsforbundet dreier det seg i overveiende grad om ingen eller lav erstatning, og i meget få tilfeller om premie, polise, oppsigelse eller annet. Selskapene gir avkall på å bestrikt riktigheten av en ankenemndavgjørelse, med mindre selskapet innen 30 dager etter avgjørelsen skriftlig meddeler nemnden at det ikke ønsker å være bundet av avgjørelsen. Det er dermed opp til selskapene om de vil følge ankenemndens avgjørelse eller ikke. Det bemerkes at det ikke er uvanlig at de gjør det, hvis saken ikke er prinsipiell.

Det pågår en offentlig debatt om forsikringsselskapenes adgang til helseopplysninger. Ifølge det danske forsikringsforbundet er opinionen kritisk til å avgi slike opplysninger. Forsikringsforbundet opplyser at det har en velfungerende avtale med den danske legeforening om en rekke blanketter til bruk ved innhenting av helseopplysninger, men at legene synes tilbakeholdende med å utlevere journalkopier selv om pasienten gir selskapet fullmakt til innsyn.

Ifølge forsikringsforbundet synes det foreløpig ikke aktuelt fra offentlige myndigheters side å begrense muligheten for å innhente helseopplysninger ved tegning av individuell forsikring. Det er imidlertid nedsatt et offentlig utvalg under det danske Justisdepartementet som skal vurdere revisjon av den danske forsikringsavtaleloven. Bakgrunnen var en enkelt-sak om helseforsikring og ikke-opplyst sklerose, der forsikringssøker tapte saken ved domstolene.

4.2.2 Helsetilstand og livsstil

Som tidligere nevnt, er det ingen begrensninger på forsikringsselskapenes tilgang til opplysninger om søkerens eller hennes slektningers generelle helse. Det samme er tilfellet for livsstilsopplysninger. Forsikringsforbundet har utarbeidet en veileder om innhenting og håndtering av helseopplysninger. Denne omfatter blant annet kundeveiledning og assurandørveiledning, samt krav om databeskyttelse. Forsikringsforbundets oppfatning er at denne veiledningen har medført større oppmerksomhet med hensyn til viktigheten av å gi korrekte helseopplysninger.

Vanligvis kreves bare bruk av spørreskjema for å finne søkers helsestatus og familiehistorie. I forbindelse med helseopplysninger til bruk ved tegning av livsforsikring, opplyser

det danske forsikringsforbundet at det deles inn i fem grupper med fallende grenser og dermed krav om omfanget av helseopplysninger. Grensene gjelder størrelsen av forsikringens risikosum, som gjøres opp som forsikringsytelsen på den pågjeldende forsikring med fradrag av premiereserven. Er det snakk om løpende ytelse, er risikobeløpet ti ganger den årlige ytelse. Den mest «krevende» gruppe er den med privattegnede forsikringer (samt bedriftsforsikringer uten obligatorisk opptakelse og obligatoriske ordninger med færre enn fem forsikringer). For individuell forsikring skulle man i 1997 avgi helseattest hvis beløpsgrensen var over 1 080 000 DKR og hvis man var under 51 år. Det er mindre beløpsgrenser ved høyere alder (for eksempel 540 000 DKR for personer mellom 51–60 år). Beløpets størrelse reguleres i forhold til konsumprisindeksen.

Ifølge CEAs undersøkelse fra 1998 kan selskapene be om medisinsk undersøkelse først ved søknad om høy forsikringssum (CEA 1998: Medical Examinations and Life Insurance). Undersøkelsen omfatter indikasjoner på sykkelighet som test av blodtrykk, HIV og urinprøver. Den medisinske undersøkelsen foretas av en uavhengig lege som selskapet betaler (Nordisk Forsikring nr 4 /97).

4.2.3 HIV/AIDS

Det danske forsikringsforbundet opplyser at det ikke er myndighetsregulert begrensning på adgang til å be om eller bruke informasjon om framtidig sykdom ut fra symptomer i dag. Det er derfor tillatt å be om HIV-test. Fra 1990 påla imidlertid bransjen å be om HIV-test kun for summer over 2 millioner DKR. Grensebeløpet reguleres ikke automatisk og er besluttet av selskapene.

4.2.4 Familieopplysninger og genetisk informasjon

Som allerede nevnt, er det ingen begrensninger på å samle opplysninger om tidligere eller nåværende helsestatus hos søker eller dennes familie.

Fra 1997 er det lovpålagt forbud mot å anskaffe og bruke opplysninger som ikke vedrører aktuelle eller tidligere sykdommer (jfr Lov om ændring af lov om forsikringsaftaler og lov om tilsyn med firmapensionskasser av 10. juni 1997). Det er ikke lov å be om, anskaffe eller bruke informasjon om arveanlegg og risiko for å utvikle eller pådra seg sykdommer i framtiden – hvilket ikke bare omfatter genetisk test for prediktive formål, men også vevstype- og blodtypeundersøkelser. Dette innebærer også forbud mot å anskaffe eller bruke opplysninger som viser arvelig motstandsdyktighet. Det er heller ikke lov å kreve undersøkelser som kan brukes til å anskaffe slik informasjon.

I diskusjonen knyttet til lovendringen ble det anført at det opprinnelige forslag om å forby DNA-tester ikke var meningsfullt (jfr. «Forslag til Lov om ændring av lov om forsikringsaftaler og lov om tilsyn med firmapensionskasser, Bemærkninger til lovforslaget 1997»). En metoderegulering, hvor det etableres forbud mot opplysninger som er innhentet ved spesielle undersøkelsesmetoder, ble ansett lite hensiktsmessig, fordi arveanlegg kan belyses på en rekke ulike måter. Opplysninger om arveanlegg, og dermed mulighet til å dra slutninger om framtidig helsetilstand, kan framskaffes både ved DNA- og RNA-analyser, samt vevstype- og blodtypeundersøkelser. Også opplysninger om nåværende og tidligere sykdommer hos søkeren og i familien vil gi indikasjoner. Det kan dessuten være aktuelt å avsløre

nåværende sykdom ved genetisk test, og en generell metoderegulering ville også frata muligheten til å bruke genetisk test på denne måten, ble det argumentert.

Det danske forbudet mot informasjon om arveanlegg ble begrunnet dels i usikkerheten knyttet til hvor god prediktor genetiske tester er, men først og fremst for å imøtegå en utvikling hvor personer forskjellsbehandles på grunnlag av søkers eller slektingers arveanlegg. Det ble vektlagt at retten til ikke å vite sin risiko for framtidig sykdom ikke skulle kunne medføre forskjellsbehandling ved forsikringstegning. Dette ble oppfattet å kunne innebære en trussel mot søkerens integritet (jfr. «Forslag til Lov om ændring av lov om forsikring-saftaler og lov om tilsyn med firmapensjonskasser, Bemærkninger til lovforslaget 1997»).

4.2.5 Samarbeid om risikovurdering og felles register for søknader med anmerkninger

I Danmark foregår det et utstrakt samarbeid om risikovurdering (Nordisk forsikring 4/97). Foreningen for bedømmelse av forsikringsvirksomhet, der de fleste livselskaper er medlemmer, gir skriftlige retningslinjer for risikovurdering i selskapene og fastsettelse av antakelsesvilkår. Foreningen foretar statistikkundersøkelser av dødelighet basert på eget register og erfaringer fra livs- og pensjonsforsikringsselskaper. Videre ajourføres og videreutvikles informasjonsbasen som ligger til grunn for uttalelsene gjennom prognosestudier (Det danske forsikringsforbundet). Etter kritikk fra forbrukerorganisasjonene har foreningens arbeid blitt stadig mer uavhengig av de enkelte selskaper (Nordisk forsikring 4/97).

Ifølge det danske forsikringsforbundet fører Bedømmelsesforeningen register over personer med forhøyet risiko som har vært til vurdering. De registrerte opplysninger i Bedømmelsesforeningen benyttes blant annet til å sikre seg mot spekulasjon, slik at man ikke kan få forsikring ved å avgi uriktige helseopplysninger til andre selskaper. Opplysningene anvendes også i situasjoner der en risikovurdering blir endret som følge av nytegning/ending av forsikring eller revurdering.

Registeret er klassifisert som advarselsregister, og er anmeldt til Registertilsynet og dermed underlagt en rekke særlige vilkår.

4.3 Oppsummerende tabell

Nedenfor gis en oppsummering i form av en tabell. I kapittel 9 følger den generelle oppsummeringen.

Tabell 4.4 Danmark: Regulering av tilgang til helseopplysninger ved tegning av livs- og helseforsikring

	Regulering	Reguleringstype	Sumavhengighet
Generelle helseopplysninger	Nei (bransjeveiledning)	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt
Familieopplysninger	Nei	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt
Livsstilsopplysninger	Nei	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt
HIV	Ja	Bransjepålagt	Ikke HIV-test for sum < 2 mill. DKR
Genetisk informasjon	Ja	Lovpålagt	Ikke aktuelt

5 Sverige

Tabell 5.1 Sverige: Statistisk informasjon

Populasjon (millioner)	8,8
Forventet livslengde (år)	79,1
Andel av befolkningen over 65 år (prosent)	17,4
Andel yrkesaktive kvinner (prosent)	74,5
Arbeidsledige (prosent)	10,0
Lønnskostnader ⁸ for industriarbeidere (NKR. Indeks Norge=100)	95

Kilder: WHO Health in Europe 1997, OECD Statistics on the Member Countries 1999, NOU 1999:12 Om grunnlaget for inntektsoppgjørene 1999.

5.1 Offentlige velferdsordninger⁹

Den svenske velferdsstatsmodellen er karakterisert av åpenhet med universell tilgang til ytelser for alle relevante grupper. Modellen ble særlig utviklet etter den annen verdenskrig. Overføringssystemet administreres av en rekke såkalte forsikringskasser, som i praksis fungerer som en del av den statlige sektor. Disse finansieres primært av sosiale bidrag som pålegges arbeidsgiver. Sosialhjelppliktende ytelser er skattefinansierte.

Selv om velferdsordningene hittil hovedsakelig har vært finansiert av arbeidsgiverne, er dette i ferd med å endres i retning av at arbeidstakernes rolle økes.

5.1.1 Generelle bemerkninger

Sverige innførte statlige bidrag til eksisterende sykekasser på 1890-tallet, og på begynnelsen av 1900-tallet ble det innført ulykkestrygd og alderspensjon. Etter annen verdenskrig ble Sverige det førende land i utviklingen av den skandinaviske velferdsstatsmodellen. Det ble lagt vekt på å etablere et system av velferdsordninger som skulle dekke alle innbyggere med like ytelser. Samtidig ble det bygget ut et omfattende skattefinansiert system av serivicytelser.

I dag skilles det mellom offentlige velferdsordninger, ordninger etablert ved kollektive avtaler og sosialhjelp. Inntil 1999 har velferdsordningene dekket folkepensjon og tilleggspensjon, samt syketrygd.

Tidligere gav folkepensjonen ytelser ved alderdom, uførhet og bortfall av forsørger. Alderspensjon ble gitt alle borgere avhengig av alder og lengde på opphold i landet. Denne ordningen er fra 1999 erstattet av en bidragsplan finansiert som en pay-as-you-go-ordning

⁸ Se fotnote 6.

⁹ Beskrivelsen bygger på Ploug og Kvist 1994, Hansen 1999, SSA 1999 og Sund 2000.

med et fondsbasert element, som dekker alle innbyggere. Pensjonsalder er fleksibel fra 61 år, med full forsikringsteknisk avkorting. Lønnsinntektpensjon erstatter opptjent inntektsrelatert pensjon. Bidrag er 18,5 prosent av lønnsinntekt. For personer med lav eller ingen lønnsinntekt, ytes en garantert minsteinntekt. I tillegg kommer en tilleggspensjon som omfatter alle arbeidstakere. Denne er bygget på avtaler mellom arbeidsmarkedsorganisasjonene.

Alminnelig barnebidrag gis barn inntil 16 år.

Sosialhjelpssystemet utgjør et sikkerhetsnett i forhold til de øvrige ytelsene. Ytelsene utbetales som et standardbeløp og finansieres av kommunene gjennom generelle skatter. Sosialhjelpssystemet skal sikre alle et visst inntektsnivå, og selvstendig næringsdrivende er dekket på linje med lønnsinntakere for de fleste sosiale hendelser.

5.1.2 Ytelser ved sykdom, skade og uførhet

Syketrygden yter kompensasjon ved sykdom til alle arbeidstakere avhengig av tidligere arbeidsinntekt. Utmåling av ytelsene er knyttet til det såkalte basisbeløp, som reguleres etter utviklingen i konsumprisindeksen. I 2000 er dette beløpet 36 600 SEK. For arbeidstakere med inntekt over 7,5 gang basisbeløpet, er det innført et syketrygdsbidrag på 0,95 prosent av inntekten. Resten er finansiert av sosiale bidrag fra arbeidsgivere og selvstendig næringsdrivende.

Syketrygden dekker sykepenger med inntil 80 prosent av tidligere inntekt, med et tak på 7,5 gang basisbeløpet. Ytelsens størrelse avhenger av arbeidsuførhetsgrad, samt sykdommens varighet. Arbeidsgiver betaler de første to uker. Etter ett år vil man normalt gå over til en annen ytelse, for eksempel førtidspensjon. Arbeidsgivere kan tegne en forsikring som kompenserer for ti prosent av lønnen for den enkelte ansatte i tilfelle sykdom.

For helsetjenester betales egenandel både for første- og annenlinjetjenester (280 SKR for allmennlege/80 SKR per dag for sykehusinnleggelse).

Ved uførhet ytes koordinert støtte gjennom pensjonssystemet og arbeidsskadetrygdens ytelser. Fram til 1999 og som en overgangsordning, dekker førtidspensjonen alle borgere med et grunnbeløp avhengig av resterende arbeidsevne, samt et pensjonstilskudd på 104 prosent av basisbeløpet. Det gis tilleggspensjon for arbeidstakere med pensjongivende inntekt. Beløpet beregnes av forventet inntekt hvis uførhet ikke var inntruffet.

Uførhet forårsaket av arbeidsskade dekkes av arbeidsskadetrygden. Det er strenge kriterier for definisjonen av arbeidsskade, og det er krav om minimum 1/15 varig nedsatt arbeidsevne. Kompensasjonen beregnes i forhold til tap av inntekt (ikke uførhetsgrad). Denne må utgjøre minimum en fjerdedel av basisbeløpet. Tapte inntekt dekkes fullt ut inntil 7,5 gang basisbeløpet.

Etterlatte ytes omstillingspensjon, samt særskilt pensjon til voksne etterlatte og barne-trygd til etterlatte barn. Omstillingspensjonen tilsvare alderspensjon i ett år. Deretter kan det søkes om særskilt pensjon. Fram til 1999 og som en overgangsordning gis det tilleggspensjon til etterlatte av arbeidstakere. Denne pensjonen utgjør 40 prosent av den avdødes opptjente tilleggspensjon i ett år. Arbeidsskadetrygdens pensjoner til etterlatte utbetales etter samme kriterier som omstillingspensjonen og den særskilte pensjonen.

Tabell 5.2 Sverige: Offentlig kompensasjon for sykdom 1997

Arbeidsgiversupplement	Ja, evt. avtale i arbeidskontrakt
Karensperiode	Ja, 1 dag
Maksimal ytelsesperiode	Ingen begrensning
Grupper omfattet	Arbeidstakere og selvstendige
Ytelsesgrunnlag	Inntektsrelatert
Spesielle regler	Ingen

Kilde: The Danish National Institute of Social Research 1999: Elements of Social Security.

Tabell 5.3 Sverige: Uføretrygd 1997

Minimum alder	16 år
Maksimum alder	64 år
Fortsetter som alderspensjon	Nei
Grupper omfattet	Alle
Inntektsavhengig	Nei
Avhengig av tap av inntekt	Ja
Aldersavhengig	Nei
Avhengig av sivilstatus	Ja
Behovstesting	Ja
Offentlig tilleggsordning	Ja, inntektsavhengig

Kilde: The Danish National Institute of Social Research 1999: Elements of Social Security.

5.2 Private forsikringer: Regulering av tilgang til helseopplysninger

5.2.1 Generelle bemerkninger

Ifølge det svenske forsikringsforbundet er det ingen begrensninger med hensyn til å be om eller bruke helseopplysninger om forsikringssøkers tidligere eller nåværende helsetilstand ved tegning av individuell forsikring. En avtale mellom det svenske forsikringsforbundet og staten regulerer innhenting og bruk av helseinformasjon om familie, samt informasjon fra genetiske tester (se for øvrig 5.2.4)

Det svenske forsikringsforbundet opplyser at det har vært liten debatt om forsikrings-selskapenes generelle tilgang til helseopplysninger i Sverige. Imidlertid har flere partier diskutert forbud mot å etterspørre eller anvende resultatet av genetisk test. Det ble utarbeidet forslag til lovregulering av gjennomføring, anmodning om og bruk av genetiske tester i 1997, men lovforslaget ble ikke vedtatt. Såkalt genetisk integritet skal utredes offentlig, men komiteen er foreløpig ikke nedsatt (april 2000).

En nemnd nedsatt av forsikringsforbundet vurderer klager vedrørende selskapenes håndtering av genetisk informasjon (jfr 5.2.4).

5.2.2 Helsetilstand og livsstil

Som tidligere nevnt, er det ingen begrensninger med hensyn til å bruke helseopplysninger om tidligere eller nåværende helsetilstand. Vanligvis kreves bare spørreskjema for å finne søkers helsestatus. Ved søknad om høy forsikringssum – over 2 millioner SKR – kan selskapene be om medisinsk undersøkelse som omfatter alle typer spørsmål, ifølge CEAs undersøkelse fra 1998.

Det er heller ingen begrensninger på livsstilsspørsmål, men det opplyses fra forsikringsforbundet at spørsmål om livsstil ikke forekommer. Det spørres imidlertid om røykevaner og forhold mellom høyde og vekt (Ansökan Liv-, Pension- och Sjukförsäkring, Länsförsäkringar Liv).

5.2.3 HIV/AIDS

Det svenske forsikringsforbundet opplyser at det ikke er myndighetsregulert begrensning på adgang til å be om eller bruke informasjon om HIV-smitte. Svenske forsikringsselskaper spør alltid om hvorvidt HIV-test er gjennomgått og resultat av denne ved tegning av livsforsikring og helseforsikring. Ved forsikringsbeløp over 60 basis-beløp (2,2 millioner SKR) kreves HIV-test. Premieforhøyelse, avslag eller forkorting av forsikringstid kan være aktuelt hvis søker er HIV-positiv eller har utviklet AIDS.

5.2.4 Familieopplysninger og genetisk informasjon

En avtale fra 1999 mellom staten og bransjen – gjennom det svenske forsikringsforbundet – regulerer anvendelse av familiehistorie, samt resultatet av utført gendiagnostikk, ved medisinsk risikobedømmelse (Gendiagnostik och medicinsk riskbedömning – en vägledning, 1999). Avtalen omfatter livs- og helseforsikring.

Søkes det om forsikringsbeløp under 15 basisbeløp (omlag 550 000 SKR) ved engangsutbetaling og 1 basisbeløp (36 600 SKR) per år ved periodisk utbetaling, skal tilgang til genetisk betingede helseopplysninger reguleres på følgende måte:

- Forsikringsselskapene skal ikke be om eller bruke informasjon om familiehistorie, heller ikke opplysninger om dette som måtte framgå av journal. Med familieopplysninger menes informasjon om forekomst av arvelig sykdom i slekten. Dette omfatter også spørsmål om helse og for tidlig død for nære slektninger.
- Selskapene kan ikke be om eller bruke informasjon fra genetiske tester, eller kreve nye genetiske tester. Genetisk undersøkelse defineres som presymptomatisk genetisk undersøkelse, prediktiv genetisk undersøkelse og genetisk undersøkelse for å påvise eller avkrefte at en person bærer anlegg for en arvelig sykdom (som først viser seg i senere generasjoner).

Dette betyr at hvis søkeren er symptomfri, men har fått påvist anlegg for sykdom gjennom genetisk test, kan forsikringssøker søke om beløp inntil grensen uten at det skal tas hensyn til disse opplysningene. Avtalen gjelder ut 2002.

Hvis forsikringssummen går utover det angitte beløp, skal det foretas en risikobedømming av forsikringssøkere som har foretatt en genetisk test. I 1999 utarbeidet det svenske

forsikringsforbundet en veileder med utgangspunkt i ovennevnte avtale (Gendiagnostik och medicinsk riskbedömning – en vägledning, 1999). Her ble det anbefalt at svensk praksis bør følge det britiske forsikringsforbundets (ABI) veiledning for hvilke genetiske sykdomstilstander som skal vurderes ved risikobedømming av symptomfrie personer, men der genetisk undersøkelse viser risiko for at sykdom kan brytes ut senere i livet (jfr 8.2.4). Risiko for syv sykdommer skal i så fall vurderes:

- Huntingtons sykdom
- Familiær kolonpolypose
- Medfødt myotoni
- Alzheimers sykdom
- Multipel endokrin neoplasi
- Arvelig motorisk og sensorisk nevropati
- Arvelig bryst- og ovariekreft.

For disse sykdommene er det gitt tabeller der følgende opplysninger angis:

- Vanlig debutalder
- Hvorvidt gen er lokalisert
- Hvorvidt gen er karakterisert
- Hvilke relevante genetiske tester som finnes
- Hvor mange prosent av dem som bærer sykdommen som har hatt sykdomsgjennombrudd ved 50-årsalder
- Relevans av sykdommen for ulike forsikringsprodukter.

Det anbefales at selskapets lege alltid konsulteres ved risikobedømming av disse sykdommene. Tolkning av resultatet er avhengig av sannsynlighet for arvelighet, forsikringsprodukt og årsak til at den genetiske testen utføres.

Indikasjoner på sykdommene kan føre til premieforhøyelse, avslag eller forkorting av forsikringstid.

Forsikringsforbundet har nedsatt en nemnd for håndtering av genetisk informasjon. Forbundet er økonomisk ansvarlig for nemnden, og oppretter virksomhetsplan og budsjett. Er forsikringssøker misfornøyd med forsikringsselskapets risikobedømmelse, skal klagen behandles av nemnden. Nemnden skal gi anbefalinger om omprøving i tilfeller der søker er misfornøyd med selskapets håndtering av genetisk informasjon. Nemnden kan tilkalle sakkyndig. Selskapene plikter å opplyse om nemnden.

5.2.5 Samarbeid om risikovurderinger og felles register for søknader med anmerkning

Det svenske forsikringsforbundet opplyser at det ikke finnes samarbeid mellom selskapene om medisinsk risikovurdering. Selskapene samarbeidet om risikovurdering fram til slutten av 1980-tallet. Dette begrenset konkurransen selskapene imellom, og samarbeidet opphørte.

Den svenske personoppgiftslagen fra 1998 følger Europaparlamentets og rådets direktiv 95/46/EG av 24. oktober 1995 om beskyttelse av enkeltindivider med hensyn til behandling av personopplysninger. Loven skal beskytte den enkelte mot krenkelse av personlig integritet, og gir retningslinjer angående behandling av personopplysninger, informasjon til de registrerte, korrigering av opplysninger og sikkerhet ved behandling. Prinsippet om samtykke står sentralt. Som hovedregel skal samtykke gis før behandlingen av personopplysninger påbegynnes. Samtykke må være individuelt og uttrykkelig.

Det går ikke fram av foreliggende informasjon om det er opprettet et svikregister.¹⁰

5.3 Oppsummerende tabell

Nedenfor gis en oppsummering i form av en tabell. I kapittel 9 følger den generelle oppsummeringen.

Tabell 5.4 Sverige: Regulering av tilgang til helseopplysninger ved tegning av livs- og helseforsikring

	Regulering	Reguleringstype	Sumavhengighet
Generelle helseopplysninger	Nei	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt
Familieopplysninger	Ja	Avtale bransje-myndighet	Ikke tillatt for sum<550 000 SKR
Livsstilsopplysninger	Nei	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt
HIV			
Tidligere test	Nei	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt
Ny test	Ja	Bransjepålagt	Ikke tillatt for sum<2,2 mill SKR
Genetisk informasjon	Ja	Avtale bransje-myndighet	Ikke tillatt for sum<550 000 SKR

¹⁰ Vi mottok dessverre ikke svar på en oppfølgingshenvendelse vedrørende blant annet spørsmål om svikregister før oppdraget var sluttført.

6 Storbritannia

Tabell 6.1 Storbritannia: Statistisk informasjon

Populasjon (millioner)	58,6
Forventet livslengde (år)	76,9
Andel av befolkningen over 65 år (prosent)	15,7
Andel yrkesaktive kvinner (prosent)	66,8
Arbeidsledige (prosent)	8,2
Lønnskostnader ¹¹ for industriarbeidere (NKR. Indeks Norge=100)	70

Kilder: WHO Health in Europe 1997, OECD Statistics on the Member Countries 1999, NOU 1999:12 Om grunnlaget for inntektsoppgjørene 1999.

6.1 Offentlige velferdsordninger¹²

Velferdsordningene i Storbritannia er organisert i form av et trygdesystem som gir bidragsfinansierte rettigheter til faste ytelser, og et sosialhjelpssystem som gir behovsbestemte ytelser. Trygdeordningene er i hovedsak finansiert av sosiale bidrag fra arbeidsgivere og arbeidstakere. Ordningene er kun obligatorisk for arbeidsaktive med lønn over et visst nivå. Sosialhjelpssystemet er skattefinansiert. De siste årene har det vært økt bruk av behovsbestemte ytelser i et forsøk på å målrette ytelsene. Det er imidlertid et mindre skarpt skille mellom trygdesystemet og sosialhjelpssystemet enn i andre vestlige land, fordi ytelsene fra trygdeordningene er lave, og fordi det ikke eksisterer minstelønn. Overføringene er familiebaserte, og hovedforsørger søker om hjelp på vegne av hele familien. Fordi yrkesdeltakelsen er lavere for kvinner enn for menn, samtidig som kvinnenes lønninger i gjennomsnitt er lavere og pensjonsalder er lavere, er kvinnens rettigheter ofte avledet av mannens.

Overføringene utbetales i form av faste beløp heller enn avhengig av tidligere lønn. Dette medfører høyere kompensasjonsgrad for lavinntektsgrupper enn for andre grupper. Mellom- og høyinntektsgruppene har derfor insitamenter til å sikre seg gjennom supplerende (private) forsikringsordninger.

6.1.1 Generelle bemerkninger

I Storbritannia dominerte fattigloven fra 1834 langt inn i det 20. århundre, og den industrielle revolusjon resulterte ikke i vesentlige velferdsordninger. I 1911 ble det innført en obligatorisk trygdeordning for sykdom og arbeidsledighet. Mellomkrigstidens depresjon resulterte i et skifte i tankegangen rundt velferdssystemet. Fra å bestå av ytelser rettet mot

¹¹ Se fotnote 6.

¹² Beskrivelsen bygger på Ploug og Kvist 1994, Hansen 1999 og SSA 1999.

fattige og utsatte grupper, omfattet velferdsordningene stadig større deler av befolkningen. I 1942 foreslo W.H. Beveridge å sammenfatte eksisterende lover i et sammenhengende, nasjonalt overføringssystem som dekket alle sosiale begivenheter. Alle arbeidstakere skulle bidra til systemet og motta faste ytelser. Beveridges modell ble i all hovedsak vedtatt. På 70-tallet ble bidragene gjort lønnsavhengige. Da thatcherismen gjorde sitt inntog tidlig på 80-tallet, ble det foretatt en rekke mindre endringer. Blant annet ble ansvaret for sykepengeordningen i større grad overført til arbeidsgiverne. Den statlige, lønnsavhengige tilleggspensjonen ble redusert, og sosialhjelpssystemet ble i større grad behovsprøvet.

6.1.2 Ytelser ved sykdom, skade og uførhet

Ved sykdom kan alle lønsmottakere motta sykepenger fra arbeidsgiver. Selvstendig næringsdrivende, arbeidsledige eller andre uten rett til sykepenger kan motta ytelse fra sosialkontoret. Sykepengeordningen er bestemt ved lovgivning og utgjør et minimumsnivå (fra £50 til 60 per uke, om lag 675–810 NKR (1999)). Ytelsen kan gis inntil et halvt år. Deretter vil mottakeren måtte gå over på uføretrygd. Utover disse ytelsene er det ofte nedfelt spesielle avtaler om sykepenger i arbeidskontrakten mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Ytelsen utgjør som regel et høyere beløp over en lengre periode enn hva som er tilfelle gjennom den nasjonale sykepengeordningen.

Medisinske tjenester tilbudt av leger og tannleger med avtale betales direkte av National Health Service og av de offentlige sykehusene. Både helsetjenester og tannhelsetjenester er inkludert, med en egenandel for tannhelsetjeneste opp til £340 i 1999 (om lag 4590 NKR), og for resepter. Lavinntektsgrupper er unntatt kravet om egenandel.

Privat medisinsk forsikring omfattet i 1997 over 6 millioner mennesker, og de fem største selskapene omfattet 85 prosent av markedet. Slik forsikring omfatter utgifter til konsultasjon hos allmennlege, sykehusbehandling, spesialistbehandling og hjemmebasert pleie. Det er en tendens til at bedriften betaler forsikring. I 1997 ble om lag 60 prosent av forsikringene kjøpt av bedrifter på vegne av de ansatte. Gjennomsnittlig premie var £583 per år i 1997 (om lag 7870 NKR).

I tilfelle uførhet kan en rekke forskjellige ytelser komme til utbetaling: uføretrygd, ytelse til svært arbeidsudyktige, ytelse til svært uføre og ytelse ved arbeidsulykke. Hvilken ytelse man har krav på, avhenger av uførhetens årsak og omfang, og av hvorvidt man er dekket av det nasjonale trygdesystemet eller arbeidsskadetrygd. Uføretrygd avhenger av årsaken til og omfanget av uførhet. Det nasjonale trygdesystemet yter uføretrygd til personer som ikke kan gå tilbake til arbeid etter at sykepengeperioden er utløpt. Ytelsen er ikke behovsprøvet. Den består av uførepensjon (£67 per uke i 1999, om lag 905 NKR) og alders tillegg hvis søkeren er yngre enn 45 år. Yngre får større tillegg enn eldre. Ytelsen starter etter ett års uførhet eller etter et halvt år ved terminal sykdom. Ytelsen til svært arbeidsudyktige gis dem som ikke har rett til uføretrygd på grunn av utilstrekkelig betaling av bidrag. Forutsetningen er at man er under 20 år eller minimum 80 prosent ufør. Ytelser til svært uføre gir et tilskudd til omsorg (behovsprøvet) og ett til mobilitet (behovsprøvet).

Arbeidsskadeerstatning dekker lønsmottakere som har varig mén etter arbeidsulykke eller arbeidsrelatert sykdom. Satsen avhenger av uføregrad (som må være over 14 prosent) og forsørgerforpliktelser. For 100 prosent uførhet utbetales £108 per uke i 1999 (om lag 1460 NKR). I tillegg kan man søke om supplement ved alvorlig uførhet.

For å stimulere uføre til (gjen)inntreden i arbeidsmarkedet, ble det i 1992 innført en ny behovsprøvet ordning for uføre lønsmottakere med lav formue (£16 000, om lag 216 000 NKR) og inntekt.

Etterlatte kan motta både statlige og private ytelser. Statlig enkepensjon utbetales til kvinner mellom 45 og 65 år (£67 per uke i 1999, om lag 905 NKR). Både enker og enke-menn kan være berettiget til alderspensjon. I tillegg kan etterlatte motta halvparten av av-dødes opptjente lønnsrelaterede pensjon.

Tabell 6.2 Storbritannia: Offentlig kompensasjon for sykdom 1997

Arbeidsgiversupplement	Ja
Karensperiode	Ja, 3 dager
Maksimal ytelsesperiode	28 uker
Grupper omfattet	Arbeidstakere og selvstendige
Ytelsesgrunnlag	Flat rate
Spesielle regler	Ingen

Kilde: The Danish National Institute of Social Research 1999: Elements of Social Security.

Tabell 6.3 Storbritannia: Uføretrygd 1997

Minimum alder	Ingen
Maksimum alder	64/59 år
Fortsetter som alderspensjon	Nei
Grupper omfattet	Arbeidstakere og selvstendige
Inntektsavhengig	Nei
Avhengig av tap av inntekt	Nei
Aldersavhengig	Ja
Avhengig av sivilstatus	Nei
Behovstesting	Nei
Offentlig tilleggsordning	Nei

Kilde: The Danish National Institute of Social Research 1999: Elements of Social Security.

6.2 Privat forsikring: Regulering av tilgang til helseopplysninger¹³

6.2.1 Generelle bemerkninger

I Storbritannia er det ingen begrensninger med hensyn til å be om og bruke helseopplysninger om forsikrings søkerens tidligere eller nåværende helsetilstand ved tegning av individuell forsikring (CEA 1998). Det er imidlertid begrensninger på tilgang til informasjon om søkerens familie, og et bransjevedtatt moratorium regulerer tilgang til og bruk av familie- og genetisk informasjon (jfr. punkt 6.2.4).

¹³ Association of British Insurers (ABI) besvarte ikke surveyundersøkelsen, men sendte imidlertid informasjonsbrosjyrer.

Beskyttelse av personlig og sensitiv informasjon, herunder medisinske opplysninger, er regulert av The Data Protecting Act 1998 (som implementerer EUs Data Protection Directive), samt av ABIs retningslinjer for konfidensialitet. Disse omfatter behandling av sensitiv informasjon som medisinsk informasjon innhentet i forbindelse med ansettelse, familiehistorie, seksuell orientering, HIV-test og genetiske tester.

ABI og den britiske legeföreningen har utarbeidet en såkalt «Blue Book» som omfatter diskusjon av relevante undersøkelser, databeskyttelse og HIV/AIDS-test (CEA 1998).

Det finnes ingen nemnd søkeren kan henvende seg til ved en eventuell klage angående medisinsk undersøkelse eller beslutninger foretatt av forsikringsselskapets rådgivere (CEA 1998). Imidlertid kan søkeren henvende seg til en uavhengig Genetic Testing Code of Practice Adjudication Tribunal hvis klage angående bruk av genetisk test ikke løses av selskapet (Genetic Test and Insurance Information Sheet).

6.2.2 Helsetilstand og livsstil

Som tidligere nevnt, er det ingen begrensninger på selskapenes adgang til å be om generelle helseopplysninger eller livsstilsopplysninger. Vanligvis kreves bare bruk av spørreskjema for å finne søkers helsestatus. Ved søknad om høy forsikringssum kan selskapene be om medisinsk undersøkelse. Undersøkelse kan også kreves hvis det i det besvarte spørreskjemaet er indikasjoner på økt risiko for sykdom (CEA 1998).

Også informasjon om seksuell orientering og narkotikamisbruk kan innhentes ved spørreskjemaets livsstilsspørsmål. I et søknadsskjema fra Lincoln Financial Group spørres det for eksempel om følgende:

«Which sexual group do you place yourself in now? Have you always been in this sexual group? If No, which other group have you been in? Are you, or have you ever been, an intravenous drug user. Or have you taken drugs, other than as medication under medical supervision?» (Application for your Protection and Savings plans, Lincoln Financial Group).

Informasjon om seksuell orientering skal behandles som sensitiv informasjon. Dette innebærer blant annet at informasjonen ikke skal utleveres til tredjepart (jfr the Data Protecting Act 1998).

6.2.3 HIV og AIDS

Fram til 1994 var det vanlig at forsikringsselskapene spurte om HIV-test var utført eller ikke, og om søkeren hadde fått medisinsk rådgiving i forbindelse med AIDS (ABI Statement of Practice – Underwriting Life Insurance for HIV/AIDS, 1994).

På grunnlag av erfaring med HIV-epidemien og den forventede utviklingen, utarbeidet ABI nye retningslinjer for forsikringsselskapenes praksis i forbindelse med spørsmål om HIV/AIDS ved tegning av livsforsikring. Det anbefales at det kun skal stilles spørsmål¹⁴ om søkeren er HIV-positiv og spørsmål som kan gi indikasjon på risiko etter følgende forslag:

¹⁴ Forsikringssøkerens svar omfattes av ABIs retningslinjer for konfidensialitet og skal sendes i lukket konvolutt til forsikringsselskapets Chief Medical Officer eller Senior Medical Adviser:

«Have you tested positive for HIV/AIDS or Hepatitis B or C, or have you been tested/treated for other sexually transmitted diseases or are you awaiting the result of such a test?» (ABI Statement of Practice – Underwriting Life Insurance for HIV/AIDS, 1994)

Det åpnes imidlertid for å be om HIV-test i spesielle tilfeller:

«However, for large policies, or where factors affecting the risk need clarification, a questionnaire containing more detailed questions may be sent and an HIV test may be required» (ABI Statement of Practice – Underwriting Life Insurance for HIV/AIDS, 1994).

Det stilles samtidig følgende krav til forsikringsselskapet:

- Søkeren skal være informert om testprosedyre.
- Søkeren skal ha gitt skriftlig samtykke.
- Søkeren skal tildeles lege eller sykehus i tilfelle resultatet av testen er positiv.
- Søkeren skal gis rådgiving før testen er tatt. Alle kostnader forbundet med test og rådgiving skal dekkes av forsikringsselskapet.
- Er testen positiv, skal den medisinske rådgiver sette opp time for rådgiving før søkeren er informert om søknadens anmerkninger/avslag.

Klage skal tas direkte til selskapet. Eksisterende livsforsikring skal ikke påvirkes på noen måte av en HIV-test, selv om testen er positiv.

6.2.4 Familieopplysninger og genetisk informasjon

I 1997 utarbeidet bransjen retningslinjer for innhenting og bruk av genetisk informasjon. Selskapene ble enige om ikke å kreve ny genetisk test med sikte på å undersøke DNA-mønstre for å finne avvik fra normalpopulasjonen.

I 1998 fulgte en evalueringsrapport (Human Genetics Advisory Commission's Report on the Implications of Genetic Testing for Insurance). Erfaringene med retningslinjene viste at de fremmet konsumentvernet. Ingen nye tester ble avkrevet, og de fleste tidligere tester ble sett bort fra, eller falt til søkerens fordel hvis den viste at søkeren ikke var bærer av et gen som ellers ville vært forutsatt. I rapporten ble det foreslått å etablere en uavhengig evalueringsmekanisme og appellprosedyre. I 1999 ble The Government's Genetics and Insurance Committee (GAIC) opprettet. Denne skal sikre evaluering av validitet av genetiske testresultater for forsikringsbruk.

I 1999 ble retningslinjene fra 1997 revidert (ABI's Revised Genetic Testing Code of Practice on Genetic Testing). Retningslinjene regulerer i dag alle relevante forsikringer – liv, uførhet, kritisk sykdom, langtidspleie, privat medisinsk forsikring og reiseforsikring. Hovedtrekkene i avtalen er følgende:

- Generelt spørres det ikke om familiens sykdomshistorie, men ved høy sum kan det tas hensyn til denne (CEA 1998). Søker må samtykke i utlevering av informasjon om familie og at denne informasjonen bare kan benyttes ved behandling av den aktuelle søknad (jfr. ABI, Confidentiality Guidelines 1999).

- Søkeren skal ikke bli bedt om å foreta ny genetisk test.
- Ved søknad om livs- og helseforsikring skal tidligere tester gis til selskapet, unntatt hvis selskapet opplyser at slik informasjon er unødvendig. Selskapets Chief Medical Officer skal konsulteres før det tas en beslutning om å gjøre bruk av foreliggende genetiske tester. Det skal i framtiden kun tas hensyn til tester GAIC har besluttet er relevante. Inntil GAIC er blitt fullt ut funksjonell, gjelder ABIs retningslinjer.
- Det gjelder spesielle ordninger for lånsrelatert livsforsikring. Tidligere test behøver ikke å oppgis for søknader for livsforsikring opptil £100 000 (om lag 1,3 mill NKR) som er direkte lenket til et nytt huslån. Har søkeren lagt ved test, skal den ses bort fra med mindre den er til fordel for søkeren.
- Testresultater skal ikke brukes til å gi mer gunstig premie.
- Søkeren må på forhånd gi eksplisitt og informert samtykke til at forsikringsselskapet bruker genetisk informasjon. Informasjon skal behandles og lagres etter ABIs retningslinjer.
- Genetisk informasjon kan ikke brukes til å vurdere en annen persons forsikringsøknad, og søkeren kan ikke bes om å oppgi resultatet av genetisk test en annen person har tatt.
- Klageadgang skal opplyses.

ABI har utarbeidet en veiledning for vurdering av genetisk test for syv sykdommer (Genetics Adviser's Guidance 1999):

- Huntingtons sykdom
- Familiær kolonpolypose
- Medfødt myotoni
- Alzheimers sykdom
- Multipel endokrin neoplasi
- Arvelig motorisk og sensorisk nevropati
- Arvelig bryst- og ovariekreft.

For disse sykdommene er det gitt tabeller der følgende opplysninger angis:

- Vanlig debutalder
- Hvorvidt gen er lokalisert
- Hvorvidt gen er karakterisert
- Hvilke relevante genetiske tester som finnes
- Hvor mange prosent av dem som bærer sykdommen som har hatt sykdomsgjennombrudd ved 50 års alder
- Relevans av sykdommen for ulike forsikringsprodukter.

6.2.5 Samarbeid om risikovurdering og felles register over søknader med anmerkninger

ABI opplyser at det ikke kjenner til felles dataregister. Ut fra foreliggende materiale har vi ikke opplysninger om det pågår samarbeid om risikovurdering mellom selskapene.

6.3 Oppsummerende tabell

Nedenfor gis en oppsummering i form av en tabell. I kapittel 9 følger den generelle oppsummeringen.

Tabell 6.4 Storbritannia: Regulering av tilgang til helseopplysninger ved tegning av livs- og helseforsikring

	Regulering	Reguleringstype	Sumavhengighet
Generelle helseopplysninger	Nei	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt
Familieopplysninger	Ja	Bransjepålagt	Ikke tillatt unntatt ved høy sum
Livsstilsopplysninger	Nei	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt
HIV	Ja	Bransjepålagt	Ny test bare ved høy sum
Genetisk informasjon	Ja	Bransjepålagt forbud mot ny test	Tidligere test ikke tillatt brukt ved livsforsikring < £100 000 knyttet til huslån

7 Tyskland

Tabell 7.1 Tyskland: Statistisk informasjon

Populasjon (millioner)	81,7
Forventet livslengde (år)	76,8
Andel av befolkningen over 65 år (prosent)	16,2
Andel yrkesaktive kvinner (prosent)	61,8
Arbeidsledige (prosent)	9,0
Lønnskostnader ¹⁵ for industriarbeidere (NKR. Indeks Norge=100)	120

Kilder: WHO Health in Europe 1997, OECD Statistics on the Member Countries 1999, NOU 1999:12 Om grunnlaget for inntektsoppgjørene 1999.

7.1 Offentlige velferdsordninger¹⁶

Det tyske velferdssystemet er karakterisert av at ordningene gjelder for arbeidstakere, og at den generelle tilgangen til ordningene dermed er begrenset. I hovedsak er overføringssystemet bidragsfinansiert av arbeidstaker og arbeidsgiver. Generelt ytes støtte kun til dem som allerede har bidratt, selv om skattefinansierte ytelser har fått økt betydning. Stønadene er inntektsrelaterte og avspeiler inntektsforskjellene i arbeidsmarkedet. Det er separate systemer for ansatte i privat sektor, offentlig sektor og selvstendig næringsdrivende. Ansatte i privat sektor deltar i ulike ordninger for sykdom, uførhet, arbeidsledighet, alderspensjoner og så videre. Det er separate systemer for ulike profesjonsgrupper. For ansatte i offentlig sektor er sosial sikkerhet inkludert i arbeidsbetingelsene. Selvstendig næringsdrivende har egne ordninger.

Det bidragsfinansierte systemet bygger på selvforvaltningsprinsippet, hvor administrasjon er overlatt til en rekke selvstendige organisasjoner eller kasser styrt av arbeidstakere og arbeidsgivere og med tilsyn av staten. Systemet bygger på obligatorisk tilslutning fra alle lønsmottakere. Bidraget regnes som en prosentandel av bruttolønn innenfor et tak. Dette gjelder imidlertid ikke for syketrygd, hvor bidrag bare er obligatorisk for lavinntektsgrupper.

7.1.1 Generelle bemerkninger

Tyskland regnes som det første land hvor staten sørget for at det ble etablert et bidragsfinansiert overføringssystem som sikret arbeiderne i tilfelle bortfall av inntekt. Det ble allerede

¹⁵ Tallet gjelder tidligere Vest-Tyskland. Se for øvrig fotnote 6.

¹⁶ Beskrivelsen bygger på Ploug og Kvist 1994, Hansen 1999 og SSA 1999.

fra starten av vektlagt at utbetalte ytelser skulle avspeile de inntektsforskjeller arbeidsmarkedet skapte. Den tyske velferdsstaten regnes som regel tilbake til 1880-årene. Parlamentet vedtok lov om sykepenger i 1883, lov om arbeidsskadetrygd i 1884 og i 1889 lov om uføre- og alderspensjon. Administrasjonen av lovene ble overlatt til selvstendige organisasjoner, såkalte forsikringskasser, som ble styrt av arbeidstakere og arbeidsgivere i fellesskap. Staten førte tilsyn med de enkelte forsikringskassene. Ytelsene ble finansiert av arbeidsgivere og arbeidstakere, med staten som tilskuddsyter.

Disse grunntrekkene kjennetegner også dagens system, som ble videreutviklet fra 1954. I 1957 ble det gjennomført en reform i pensjonssystemet. Lønnsavhengig pensjonsberegning ble videreført. I samme periode ble sosialhjelpsordningen og arbeidsskadetrygden reformert. Siden 1975 har overføringssystemet vært under press som følge av arbeidsledighet og stigende andel pensjonister i befolkningen. Fra 1992 ble de tidligere vesttyske velferdsordningene gjeldende for hele det forente Tyskland.

Pensjonsordningen for lønsmottakere dekker alle arbeidere og funksjonærer fra 65 år (i noen tilfeller fra 60 år). Denne finansieres dels ved obligatoriske bidrag fra arbeidsgivere og arbeidstakere, dels fra staten, og dels fra frivillige bidrag fra grupper. Videre finnes tilleggspensjonsordninger for privat ansatte og for offentlig ansatte. Disse skal utlikne forskjellen mellom seneste inntekt og den ordinære pensjonen. Selvstendig næringsdrivende kan frivillig betale inn bidrag.

7.1.2 Ytelser ved sykdom, skade og uførhet

Syketrygdordningen omfatter alle i lønnet arbeid, arbeidsledige, pensjonister og ikke-forsikrede ektefeller, samt barn. I 1992 var om lag 90 prosent av (den vesttyske) befolkningen omfattet av syketrygdordningen. Resten var i hovedsak dekket av (indirekte obligatoriske) private forsikringer.

Syketrygdordningen er administrert i 1200 selvstendige kasser. «Ersatzkrankenkassen» på føderalt nivå og «Betriebs- und Innungskrankenkassen» og «Ortskrankenkassen» på regionalt nivå omfatter 94 prosent av medlemmene i den obligatoriske syketrygdordningen. Kassene inngår selvstendige kontrakter med tjenesteprodusentenes (leger, tannleger, sykehus) organisasjoner. De finansieres av like store obligatoriske bidrag fra arbeidsgiver og arbeidstaker. Bidragsprosent fastlegges av den enkelte kasse. Samlet gjennomsnittlig bidragsprosent var om lag 12,4 prosent i 1992. Åttifem prosent av midlene gikk til behandling, og sykepengene utgjorde under ti prosent av samlede forbruk.

Innenfor hver kasse gjelder et solidaritetsprinsipp: alle får samme ytelse uavhengig av bidrag. Dermed finner det sted en omfordeling innenfor kassen fra personer med lav risiko til personer med høy risiko, fra yngre til eldre og fra høyinntektsgrupper til lavinntektsgrupper. Det antas at det over tid vil finne sted en utjevning mellom kassene.

Det gis stønad til medisinsk behandling og tannbehandling, samt til hjemmebaserte omsorgs- og pleietjenester. Institusjonspleie dekkes delvis, men den forsikrede betaler selv for rom og tjenestekostnader.

Sykepengene utbetales inntil 78 uker i en treårsperiode for samme sykdom. Ytelsen utgjør om lag 70 prosent lønnskompensasjon. Arbeidsgiver betaler 80 prosent av tidligere inntekt de første seks uker.

Personer som tjener mer enn 75 600 DM per år (omlag 302 400 NKR (1999)), kan velge (indirekte obligatorisk) privat sykeforsikring i stedet for den obligatoriske syketrygdordningen. I 1991 var 6,8 millioner vesttyskere fullt forsikret gjennom (indirekte obligatoriske) private forsikringer. Bidrag til privat forsikring utmåles individuelt avhengig av en rekke objektive kriterier som alder, kjønn og helsetilstand. I tillegg var 5,3 millioner dekket av bedriftsbetalt eller (frivillig) privat tilleggforsikring.

Uførhet kan utløse ytelse fra det generelle pensjonssystemet og fra arbeidsulykkeordningen. Yrkesuføretrygd gis hvis den uføre forventes en arbeidsinntekt halvparten av normalinntekt for tilsvarende utdannelse og erfaring. Har den uføre mistet evnen til å forsørge seg selv, gis en mer omfattende uføretrygd. Ved pensjonsalder går uføreordningen over i alderspensjon. De to ordningene skal erstattes av en enhetlig ordning fra 2000.

Arbeidsskade- og ulykkesordningen er en obligatorisk trygdeordning som finansieres av arbeidsgiverne. Bidrag avhenger av lønn og ulykkesrisiko innen bransjen. Ytelse utbetales ved uføregrad på minimum 20 prosent. Ytelsen regnes ut på bakgrunn av tidligere arbeidsinntekt innenfor en grense på 42 000 DM (om lag 160 000 NKR (1992)) per år.

Etterlatte kan få pensjon fra det generelle pensjonssystemet og fra arbeidsskade- og ulykkesordningen, gitt at den etterlatte var økonomisk avhengig av avdøde. Etterlatte over 45 år, etterlatte som er arbeidsudyktige eller har barn under 18 år/funksjonshemmet barn, får 60 prosent av den pensjon avdøde var berettiget til. Andre får 25 prosent. Avhengig av alder, omsorgsansvar og arbeidsdyktighet, ytes 30 til 40 prosent av avdødes tidligere inntekt innenfor grensen på 42 000 DM (om lag 160 000 NKR (1992)) gjennom arbeidsskade- og ulykkesordningen. Maksimalt kan etterlatte gis 80 prosent av den avdødes pensjonsinntekt.

Tabell 7.2 Tyskland: Offentlig kompensasjon for sykdom 1997

Arbeidsgiversupplement	Ja, vanligvis 6 uker med full lønn
Karensperiode	Nei
Maksimal ytelsesperiode	78 uker
Grupper omfattet	Arbeidstakere
Ytelsesgrunnlag	Inntektsrelatert
Spesielle regler	Høyinntektsgrupper kan gå ut av ordningen

Kilde: The Danish National Institute of Social Research 1999: Elements of Social Security.

Tabell 7.3 Tyskland: Uføretrygd 1997

Minimum alder	Nei
Maksimum alder	59 år
Fortsetter som alderspensjon	Ja
Grupper omfattet	Arbeidstakere, enkelte selvstendige
Inntektsavhengig	Ja
Avhengig av tap av inntekt	Nei
Aldersavhengig	Ja
Avhengig av sivilstatus	Nei
Behovstesting	Nei
Offentlig tilleggsordning	Nei

Kilde: The Danish National Institute of Social Research 1999: Elements of Social Security.

7.2 Private forsikringer: Regulering av tilgang til helseopplysninger

7.2.1 Generelle bemerkninger

Det tyske forsikringsforbundet opplyser at det ikke er begrensninger med hensyn til å be om og bruke helseopplysninger om forsikringssøkers tidligere eller nåværende helsetilstand ved tegning av individuell forsikring. Det finnes ingen nasjonale retningslinjer vedrørende innhenting eller bruk av medisinsk informasjon. Hvert enkelt selskap bestemmer selv hvilke spørsmål som kan stilles.

Statistisk informasjon om premiekalkulering er samlet på selskapsnivå.

Søkeren kan klage til en offentlig instans, BAV.

Ifølge det tyske forsikringsforbundet pågår det en offentlig debatt om hvorvidt genetisk informasjon skal kunne etterspørres eller kreves. Debatten blir beskrevet som «very emotional».

7.2.2 Helsetilstand og livsstil

Opplysninger om søkerens helse framkommer i hovedsak fra spørreskjema. Det er ingen begrensninger på spørsmål vedrørende livsstilssykdommer, men ifølge det tyske forsikringsforbundet bes det vanligvis ikke om slike opplysninger. Imidlertid kan medisinsk undersøkelse kreves ved søknad om høy forsikringssum (over 250 000 DM, om lag 1 mill NKR) eller ved høy alder. Undersøkelsen omfatter fysisk undersøkelse og blodprøver, EKG og ergometri (CEA Medical Examinations and Life Insurance 1998).

7.2.3 HIV/AIDS

Det tyske forsikringsforbundet opplyser at det heller ikke er begrensning på spørsmål om HIV-test. Vanligvis spørres det om en slik test er foretatt og eventuelt hva resultatet var. Ved søknad om forsikringssum over 250 000 DM (om lag 1 mill NKR) der det kreves medisinsk undersøkelse, vil denne også omfatte HIV-test (CEA 1998).

7.2.4 Familieopplysninger og genetisk informasjon

Det er ingen myndighetspålagte restriksjoner om innhenting eller bruk av familieopplysninger eller genetisk test. Imidlertid finnes en selvpålagt norm om ikke å kreve informasjon fra genetisk test (CEA 1998), men det er ingen formelle restriksjoner som hindrer forsikringsselskapet i å be om resultatet av tidligere test eller å be om nye test. Ifølge det tyske forsikringsforbundet kjenner man ikke til at noen selskaper har bedt om nye tester foreløpig.

7.2.5 Samarbeid om risikovurdering og felles register for søknader med anmerkninger

Det tyske forsikringsforbundet opplyser at statistiske data vedrørende premiekalkulering samles på selskapsnivå. Det går ikke fram av foreliggende materiale om det finnes felles register for søknader med anmerkninger.

7.3 Oppsummerende tabell

Nedenfor gis en oppsummering i form av en tabell. I kapittel 9 følger den generelle oppsummeringen.

Tabell 7.4 Tyskland: Regulering av tilgang til helseopplysninger ved tegning av livs- og helseforsikring

	Regulering	Reguleringstype	Sumavhengighet
Generelle helseopplysninger	Nei	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt
Familieopplysninger	Nei	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt
Livsstilsopplysninger	Nei	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt
HIV	Ja	Bransjenorm	Ikke ny HIV-test for sum<250000 DM
Genetisk informasjon	Ja	Bransjenorm: Det spørres ikke etter ny test	

8 Nederland

Tabell 8.1 Nederland: Statistisk informasjon

Populasjon (millioner)	15,5
Forventet livslengde (år)	77,7
Andel av befolkningen over 65 år (prosent)	13,4
Andel yrkesaktive kvinner (prosent)	62,2
Arbeidsledige (prosent)	6,6
Lønnskostnader ¹⁷ for industriarbeidere (NKR. Indeks Norge=100)	89

Kilder: WHO Health in Europe 1997, OECD Statistics on the Member Countries 1999, NOU 1999:12 Om grunnlaget for inntektsoppgjørene 1999.

8.1 Offentlige velferdsordninger¹⁸

Det nederlandske velferdssystemet består av en generell trygdeordning for alle, som i hovedsak består av faste ytelser ut fra en flat rate, og en separat ordning for arbeidstakere, der ytelsene i hovedsak er inntektsbaserte. Systemet bygger på overenskomster mellom arbeidsgiverne, fagforeningene og offentlige myndigheter, og finansieres primært av sosiale bidrag fra arbeidsgivere og lønsmottakere. Utviklingen de siste årene har vært karakterisert av to tendenser: desentralisering og deregulering. Avtaler på nasjonalt nivå har fått en mindre rolle, idet forhandlinger mellom parter på bransjenivå er blitt viktigere. Privat sektor har fått større ansvar. For eksempel er sykelønnen privatisert. Dette har medført at hver arbeidsgiver må betale for egen risiko eller tegne forsikring.

Folketrygdsystemet og de komplementerende sosiale ordningene tildeler ytelser bestemt som en prosentandel av den lovbestemte minstelønn på arbeidsmarkedet, regulert etter sivilstand og forsørgelsesforpliktelser.

Over 80 prosent av alle lønsmottakere er dekket av overenskomster som supplerer offentlige ordninger.

Alle borgere har rett til alderspensjon under folketrygdsystemet (som gir samme ytelse til alle). I tillegg kommer supplerende pensjonsordninger, og hovedparten av lønsmottakerne er dekket av slike. Størrelsen avhenger av tidligere arbeidsinntekt og antall yrkesaktive år. Disse supplerende pensjonene er fondsfinansierte og finansiert av sosiale bidrag. Noen av pensjonsordningene er frivillige og andre obligatoriske, organisert som et kollektivt pensjonsfond for en hel bransje.

¹⁷ Se fotnote 6.

¹⁸ Beskrivelsen bygger på Ploug og Kvist 1994, OECD Economic Studies 1998, van Oorschot 1997, Eirerhand 1997, Hansen 1999 og SSA 1999.

De siste årenes endringer har ført til økt individuelt ansvar for alle aktører. Arbeidsgivere har ansvar for sykelønn og forebygging av uførhet. Sosialhjelpsordningene er desentralisert til lokale myndigheter. Reduksjonen i borgernes sosiale beskyttelse har likevel ikke rammet alle i samme grad, og fagforeningspress har ført til økt oppmerksomhet rundt arbeidsgivers ansvar.

8.1.1 Generelle bemerkninger

Den nederlandske velferdsstatsmodellen ble utviklet før annen verdenskrig med obligatoriske trygdeordninger for arbeidstakere etter tysk modell (7.1). Etter annen verdenskrig ble det i større grad lagt vekt på å etablere universelle ordninger etter inspirasjon fra utviklingen i Storbritannia (6.1). Dagens modell er derfor kjennetegnet ved et universelt element og et selektivt element som består av lønnsrelaterte ytelser til arbeidstakerne.

Den første obligatoriske trygdeordningen for lønnsinntakere kom i 1901 i form av loven om arbeidsulykkestrygd. Ti år senere fulgte ordninger for uførhet og alderdom. Misnøye med at bare lønnsinntakere var dekket av ordningene, førte til at det ble innført en universell frivillig alderspensjon i 1919. I 1929 trådte lov om syketrygd i kraft.

Etter annen verdenskrig ble sosiallovgivningen revidert og fikk større likhetstrekk med den britiske modellen, selv om arbeidsmarkedets parter beholdt en sentral rolle i sosialpolitikken. I 1957 ble alderspensjon som inneholdt en grunnpensjon innført, og deretter fulgte blant annet en uførepensjon som gav rett til ytelse også som følge av uførhet forårsaket av sosiale forhold, en bistandslov og både obligatorisk og frivillig syketrygd.

Diskusjonen om velferdsstatens krise kom for fullt i 1980-årene. I 1970-årene og tidlig på 80-tallet var den nederlandske økonomien vesentlig dårligere enn i resten av Europa. I 1982 ble det foretatt en reorientering i den økonomiske politikken basert på budsjettinnstramming. Et viktig element i denne nyorienteringen var enighet mellom arbeidsgivere og fagbevegelse om lønnsmoderasjon og redusert arbeidstid. Sent på 80-tallet ble oppfatningen om sosial beskyttelse gradvis endret. Endringen var ikke først og fremst begrunnet med utgangspunkt i behovet for økonomisk innstramming, men i et behov for en prinsipiell endring av modellens karakter. Risikoatferd (moral hazard) ble ansett som et kjerneproblem i modellen for kollektiv solidaritet. Det offentliges rolle skulle begrenses til å være garantist for minimumsinntekt. Den enkelte, samt sosiale grupper, skulle organisere supplerende beskyttelse på individuelt eller semikollektivt nivå.

I 1990 ble det foretatt et skifte i finansieringen av overføringsinntektene med økt vekt på inntektsmottakernes sosiale bidrag, og mindre vekt på arbeidsgivernes bidrag. Dette førte til en utgiftsøkning. På begynnelsen av 90-tallet hadde Nederland et svært høyt antall mottakere av uførepensjon (nesten hver syvende voksen) og sykepengesammenliknet med andre land. Dette førte blant annet til innstramming av tildelingskriterier og lavere ytelser i kortere perioder. I 1998 ble det innført en ny lov som skulle gi arbeidsgiverne incentiver til å forebygge sykdom og uførhet. Loven skulle også sikre at uføre i større grad ble ført tilbake til arbeidslivet. Bedriftene ble klassifisert etter relativ hyppighet av uførhet blant arbeidstakerne. Bedriftene fikk mulighet til å melde seg ut av de offentlige uføreordningene, og alternativt tegne privat forsikring og bære risikoen selv.

I dag skiller det mellom obligatoriske trygdeordninger, komplementerende trygdeordninger, ordninger for tjenestemenn og ordninger gjennom kollektive avtaler:

- Systemet for de obligatoriske trygdeordningene er todelt. Den ene delen dekker arbeidstakere. Ytelsene tildeles ved arbeidsløshet, arbeidsuførhet, sykdom og barsel. Administrasjonen av denne er tillagt de ulike bransjene. Disse ytelsene er lønnsavhengige. Den andre delen dekker hele befolkningen (folketrygden). Folketrygden omfatter blant annet pensjoner, etterlattepensjoner, uførepensjon og særlige utgifter ved sykdom. Det finnes ingen separat ordning for arbeidsskader, og arbeidsskadede vil dekkes gjennom syketrygd og uførepensjon.
- Komplementerende trygdeordninger er finansiert gjennom skatt, og sikrer minimumsinntekt. Ordningene er administrert av kommunene.
- Ordninger oppnådd gjennom kollektive avtaler spiller en viktig rolle. For eksempel finnes kollektive avtaler om syketrygd.

8.1.2 Ytelser ved sykdom, skade og uførhet

Sykelønnsordningen ble privatisert i 1996. Arbeidsgivere overtok dermed ansvaret for og finansieringen av ordningen. Sykelønnsordningen blir finansiert av sosiale bidrag som varierer mellom ulike bransjer, blant annet avhengig av ulykkesrisiko. Arbeidsgiver kan tegne forsikring mot risiko hos private forsikringsselskaper, der premien er basert på tidligere hyppighet av sykdom i bedriften.

Privatiseringen av sykelønnsordningen førte til en substansiell reduksjon i sykefraværets hyppighet, og til tettere oppfølging av sykmeldte. Ferie og bonus ble imidlertid i noen tilfeller redusert for syke ansatte, og ansettelsespolitikken ble i noen tilfeller endret. Hvis den kollektive avtale gav rom for det, tillot man i enkelte bransjer å redusere sykelønn, samt øke bruken av midlertidige kontrakter. For å unngå risikoseleksjon i ansettelsen og hindre at uføres og eldres posisjon på arbeidsmarkedet skulle svekkes, ble det i 1998 innført begrenset mulighet til å be om medisinske undersøkelser i forbindelse med ansettelse. Det er heller ikke lov å be om opplysninger vedrørende helsestatus eller sykehistorie.

Alle arbeidstakere er dekket mot tap av inntekt ved sykdom i form av dagpenger inntil ett år. Dagpengene utgjør 70 prosent av lønn opptil 310 NLG daglig (om lag 1160 NKR (1999)). I tillegg kommer de kollektive avtaler som kan toppe dagpengene til 100 prosent av tidligere lønn.

Sykefond dekker medisinske utgifter. Her bidrar arbeidstaker, arbeidsgiver og offentlige myndigheter. I 1964 fikk nederlenderne en lov som sikret medisinsk stønad, og i 1968 ble denne utvidet til å gjelde dekning av eksepsjonelle medisinske kostnader.

I dag gis arbeidstakere som tjener mindre enn 64 300 NLG per år (om lag 220 000 NKR (1999)), samt pensjonister, støtte til medisinske utgifter, gitt at de er registrert i et sykefond. I noen tilfeller kan dette utvides også til å omfatte partner og barn. Støtten omfatter tjenester utført av leger og sykehus som har avtale med et sykefond. Dette inkluderer både konsultasjon hos allmennpraktiker og spesialist, og også rehabilitering, transport og tannhelse-tjeneste. Alle borgere får dekket særskilt høye utgifter, definert som sykehusutgifter etter 365 dager.

Arbeidstakere over denne lønnskelen skal melde seg ut av arbeidstakernes syketrygdeordning og i stedet tegne en (indirekte obligatorisk) privat forsikring. I tillegg bidrar de fleste bedrifter til utgifter til helsetjenester, ved for eksempel å gjøre egne avtaler med et sykehus.

Alle borgere mellom 18 og 65 år kan motta en generell uførepensjon fra folketrygdordningen ved mer enn 25 prosent uførhet. Tilgangen til uførepensjon er strammet til de senere årene både med hensyn til pensjonens størrelse og antall år. Uføredefinisjonen er nå en kombinasjon av medisinske og lønnsrelaterte opplysninger, der den forventede arbeidsinntekt vurderes i forhold til den uføres tidligere inntekt. Uførepensjonen blir finansiert av sosiale bidrag gjennom skattesystemet. Det gis inntil 70 prosent av tidligere inntekt ved minst 80 prosent uførhet, og 14–50 prosent av tidligere inntekt ved 25 til 80 prosent uførhet. Maksimum støtte er 81 000 NLG (om lag 308 700 NKR) per år for arbeidstakere (1999). For arbeidsledige er maksimum inntekt lik minimumslønn 2 350 NLG (om lag 8 700 NKR) per måned.

Samtidig har alle lønsmottakere rett til trygd ved uførhet. Denne retten gjelder ved minimum 15 prosent uførhet. Ytelsens størrelse avhenger av tidligere inntekt opptil et visst nivå. Ytelsen ses i sammenheng med den generelle uførepensjonen og reduseres i henhold til denne. For omtrent halvparten av arbeidsstyrken blir uførepensjonen forhøyet opptil 100 prosent av tidligere inntekt under de to første år som resultat av kollektive avtaler. Om lag 90 prosent har rett til 70 prosent av tidligere inntekt. Etter disse to årene får arbeidsgiver bonus hvis den uføre får videre arbeid.

Fram til 1994 hadde både menn og kvinner rett til enkepensjon ved partnerens død fram til pensjonsalder, der pensjonens størrelse var bestemt av en prosentatsats av minstelønnen og avhengig av familiestatus og forsørgerforpliktelser. I 1994 fikk også samboende person av samme kjønn rett til enkepensjon. Stønaden reduseres hvis den etterlattes inntekt er over 1220 NLG per måned (om lag 4515 NKR). Offentlige myndigheter dekker barnetrygd for barn under 18 år, samt støtte for foreldrelose.

Tabell 8.2 Nederland: Kompensasjon for sykdom 1997

Arbeidsgiversupplement	Ja
Karensperiode	Ja, 2 dager
Maksimal ytelsesperiode	52 uker
Grupper omfattet	Arbeidstakere
Ytelsesgrunnlag	Inntektsrelatert
Spesielle regler	Nei

Kilde: The Danish National Institute of Social Research 1999: Elements of Social Security.

Tabell 8.3 Nederland: Uføretrygd 1997

Minimum alder	Ingen
Maksimum alder	64 år
Fortsetter som alderspensjon	Nei
Grupper omfattet	Arbeidstakere og selvstendige fra 1998
Inntektsavhengig	Ja
Avhengig av tap av inntekt	Ja
Aldersavhengig	Ja
Avhengig av sivilstatus	Nei
Behovstesting	Nei
Offentlig tilleggsordning	Nei

Kilde: The Danish National Institute of Social Research 1999: Elements of Social Security.

8.2 Privat forsikring: Regulering av tilgang til helseopplysninger

8.2.1 Generelle bemerkninger

I Nederland er det innført begrensning på forsikringsøkers tilgang til generelle helseopplysninger ved privat pensjon-/livsforsikring og uføreforsikring ved loven om medisinske undersøkelser fra 1998 (The Medical Examination Act). Loven regulerer bruk av både spørreskjema og undersøkelser, og begrenser hvilke spørsmål som kan stilles og hvilke tester som kan utføres. I 1995 ble pasientrettigheter nedfelt i The Dutch Civil Code. Rettighetene omfatter blant annet retten til informasjon, samtykke, konfidensialitet og tilgang til journal.

Et bransjepålagt moratorium fra 1991 tillater ikke at selskapene ber om genetisk test (jfr 8.2.4).

Det finnes ingen nemnd for klage på medisinsk undersøkelse eller forsikringsselskapets rådgivere (CEA 1998).

Det nederlandske forsikringsforbundet opplyser at det pågår en debatt om hvorvidt loven om medisinske undersøkelser begrenser forsikringsselskapenes tilgang til informasjon, slik at det oppstår antiseleksjonsmekanismer. For å unngå dette, har bransjen pålagt seg selv å implementere premieforhøyelse, introdusere venteperioder, sette tak på utbetalingene og så videre.

Videre opplyses det at det pågår en debatt i parlamentet om innhenting og bruk av HIV-test ved forsikringstegning.

8.2.2 Helsetilstand og livsstil

Tilgang til generell helseinformasjon om forsikrings søker er regulert av loven om medisinske undersøkelser (Medical Examination Act, 1998). Det er ingen begrensninger for helse- eller skadeforsikring, men for privat liv- og pensjonsforsikring er ingen spørsmål om helse-tilstand tillatt.¹⁹ Loven omfatter også bruk av spørreskjema.

Ifølge loven om medisinske undersøkelser er det ikke tillatt å be om:

- Informasjon som vil resultere i disproporsjonal krenkelse av søkerens privatliv.
- Informasjon om risiko for alvorlig sykdom som ikke kan behandles, eller hvis utvikling ikke kan forhindres eller holdes i sjakk ved medisinsk intervensjon.
- Informasjon om eksisterende eller alvorlig sykdom man vet vil oppstå senere i livet og som ikke kan behandles.

Det er gjort unntak for HIV/AIDS (jfr 8.2.3).

¹⁹ Loven om medisinske undersøkelser forbyr også medisinske undersøkelser ved individuell pensjonsplan med relatert uføretrygd som er regulert av loven om pensjoner og sparefond. Medisinske undersøkelser er også forbudt ved supplerende uføreforsikring som tegnes i forbindelse med inngåelse av arbeidskontrakt. Spesifikke unntak basert på sykdom eller funksjonshemming er ikke tillatt (for eksempel for å ekskludere arbeidstakere med ryggproblemer i bygg- og anleggsbransjen).

Ifølge det nederlandske forsikringsforbundet finnes ikke begrensninger på spørsmål om livsstil.²⁰

8.2.3 HIV/AIDS

Bransjen har utarbeidet retningslinjer for bruk av HIV-test i forbindelse med privat liv-/pensjons- og uføreforsikring (HIV Code of Conduct). Det skal bes om HIV-test kun i følgende tilfeller:

- Ved høy sum: 300 000 NLG (om lag 1,1 mill NKR) for livsforsikring og 60 000/40 000 NLG (om lag 220 000/148 000 NKR) første år/påfølgende år for uføreforsikring.
- Ved spesielt høy risiko. Det nederlandske forsikringsforbundet opplyser følgende vedrørende dette: «[...] HIV test is permitted if the answers to a number of justified questions (pursuant to article 2 of the Act) regarding the risk of HIV infection give rise to such. Which questions are justified to assess this risk must be determined by self-regulation».

Dette må ses på bakgrunn av den forholdsvis høye raten AIDS-tilfeller man fremdeles står overfor i Nederland. For 1998 var raten AIDS-tilfeller per 100 000 innbyggere (absolutte tall i parentes) følgende for landene i undersøkelsen:

Tabell 8.4 AIDS-tilfeller per 100 000 innbyggere

	AIDS-tilfeller per 100 000 innbyggere	Absolutte tall
Danmark	1,3	71
Sverige	0,7	63
Storbritannia	1,6	964
Tyskland	1,1	922
Nederland	1,9	291

Kilde: WHO Statistical Information 1998, Global Reports on HIV/AIDS.

I det nederlandske forsikringsforbundets årsrapport for 1999 heter det at en foreløpig rapport fra en arbeidsgruppe for AIDS og forsikring har konkludert med at livsforsikring bør tilbys en spesifikk gruppe HIV-positive til en rimelig pris. Imidlertid er det foreløpig ikke mulig å identifisere denne gruppen (Summary Annual Report 1999 – Dutch Association of Insurers).

8.2.4 Famileopplysninger og genetisk informasjon

Forsikringsselskapenes tilgang til genetisk informasjon er regulert ved et bransjepålagt moratorium som har vært i kraft fra 1991. Moratoriet er del av bransjens selvregulering, og er kommet i stand etter konsultasjon mellom pasientorganisasjoner og helsedepartementet.

²⁰ Fafo er ikke kjent med hva slags opplysninger det spørres om.

Ifølge moratoriet gjelder følgende:

- Nye genetiske tester kan ikke kreves ved privat livs-/pensjons- eller uføreforsikring.
- Resultat av tidligere test skal bare forevises ved høye summer. For livs- /pensjonsforsikring gjelder dette forsikringssum høyere enn 300 000 NLG (om lag 1,1 mill NKR). For uføreforsikring gjelder det forsikringssum høyere enn 60 000 NLG (om lag 222 000 NKR) for første års risiko og 40 000 (om lag 148 000 NKR) for de etterfølgende år.
- Dette gjelder også genetiske tester andre familiemedlemmer må ha tatt.

Det nederlandske forsikringsforbundet hevder at slike tester sjelden leder til avslag på søknad om forsikring.

8.2.5 Samarbeid om risikovurdering og felles register for søknader med anmerkninger

Det foreliggende materiale gir ikke opplysninger om hvorvidt det pågår samarbeid om risikovurdering, eller om det finnes felles register for søknader med anmerkninger. Imidlertid går det fram av det nederlandske forsikringsforbundets årsrapport fra 1999 at det er kommet i stand en avtale mellom forsikringsbransjen, pasientorganisasjonene og legeforsikringen om at bransjen kan rapportere forsøk på forsikringssvindel til vurdering av en kommisjon (Review Commission). Denne ordningen er foreløpig en prøveordning (Summary Annual Report 1999 – Dutch Association of Insurers).

8.3 Oppsummerende tabell

Nedenfor gis en oppsummering i form av tabell. I kapittel 9 følger den generelle oppsummeringen.

Tabell 8.5 Nederland: Regulering av tilgang til helseopplysninger ved tegning av privat livs-/pensjonsforsikring og uføreforsikring²¹

	Regulering	Reguleringstype	Sumavhengighet
Generelle helseopplysninger	Ja	Lovpålagt	Ikke aktuelt
Familieopplysninger	Ja	Bransjepålagt	Gjelder kun sum < 300 000 NLG
Livsstilsopplysninger	Nei	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt
HIV-test	Ja	Bransjepålagt	Ny HIV-test kun ved sum > 300 000 NLG
Genetisk informasjon	Ja	Bransjepålagt forbud mot krav om ny og tidligere test	Tidligere test kun ved sum > 300 000 NLG

²¹ Reguleringene gjelder livs-/pensjonsforsikring og uføreforsikring. Helseforsikring er ikke omfattet.

9 Sammenfatning

Det er sentralt prinsipp ved tegning av forsikring at forsikringsselskapet skal ha samme tilgang til all risikorelevant informasjon om søkeren som søkeren har selv. Dette er nødvendig for å finne riktig pris og omfang for forsikringen. Norske offentlige myndigheter har ønsket å vurdere om det er grunn til å begrense forsikringsselskapenes tilgang til helseopplysninger ved tegning av individuelle livs- og helseforsikringer ut fra hensyn til personlig integritet og sosial rettferdighet. Bransjen har påpekt faren for at regulering resulterer i antiseleksjon (negativ utvelgelse) og konkurransevridning, og argumenterer for at bransjens selvregulering er tilstrekkelig.

Med bakgrunn i FNHs deltakelse i et pågående NOU-arbeid om regulering av forsikringsselskapenes tilgang til innhenting, bruk og lagring av helseopplysninger, ble Fafo bedt om å kartlegge andre lands praksis.

I mange land har befolkningens tilgang til livs- og uføreforsikring, og også helseforsikring, en sentral rolle i debatten om sosial sikkerhet. Hensynet til prinsipper som ikke-diskriminering, retten til grunnleggende helsetjenester og sosial velferd, samt beskyttelse av personlig integritet, skal balanseres mot forsikringsselskapenes behov for tilgang til relevant informasjon. Internasjonalt er det spesielt AIDS-krisen og økende bruk av genetiske tester som har vært pådrivere i debatten om forsikringsselskapenes innhenting og bruk av helseopplysninger.

Dette notatets formål har vært å kartlegge regulering av tilgang til helseopplysninger ved tegning av individuell livs- og helseforsikring i fem europeiske land: Danmark, Sverige, Storbritannia, Tyskland og Nederland. Dels er det gitt en kortfattet framstilling av landenes offentlige velferdsordninger.²² Dels er det samlet informasjon om landenes reguleringspraksis ut fra følgende spørsmål:

1. Finnes regulering av forsikringsselskapenes tilgang til
 - generelle helseopplysninger?
 - familieopplysninger?
 - livsstilsopplysninger?
 - opplysninger om HIV-smitte?
 - genetisk informasjon?
2. Er reguleringen bransje- eller myndighetspålagt?
3. Varierer regulering avhengig av produkt og/eller av sum?

²² FNH ønsket denne type informasjon ut fra en antakelse om at behovet for individuell forsikring er relativt til landets offentlige velferdsordninger og at regulering av forsikringsbransjen må ses i sammenheng med dette.

4. Finnes klageordninger for forsikringssøker?
5. Finnes samarbeid om risikovurdering?
6. Finnes felles registre for søknader med anmerkninger?
7. Pågår det en offentlig debatt om hvorvidt og eventuelt hvordan tilgang til helseopplysninger bør reguleres?

Funnene bygger på litteraturstudier av foreliggende materiale,²³ i tillegg til svar fra en enkel surveyundersøkelse som ble sendt de respektive landenes forsikringsforbund.²⁴

Funnene kan oppsummeres som følger:

- Som *hovedkonklusjon* framheves at informasjonsbeskrankingene som finnes i de enkelte landene i hovedsak er selvpålagt gjennom forsikringsbransjens egenregulering. Reguleringen varierer fra uformelle normer via veiledende retningslinjer til kvasi-legalt bindende overenskomster. Reguleringene gjelder i første rekke informasjon om og bruk av HIV-test, genetiske tester og familieopplysninger.
- Det bes ikke om *ny genetisk test* ved tegning av livs- og helseforsikring,²⁵ i noen av landene. I Danmark er det lovforbud mot å be om og bruke opplysninger om arveanlegg og risiko for å utvikle framtidig sykdom. I Sverige reguleres innhenting og bruk av genetisk informasjon av en avtale mellom myndighetene og bransjen. I Storbritannia og Nederland reguleres innhenting av genetisk informasjon av en bransjepålagt overenskomst. I Tyskland finnes en uformell norm om ikke å be om ny genetisk test.
- Heller ikke resultater fra *tidligere genetiske tester* kan benyttes i Danmark. I Sverige reguleres slik informasjon av en avtale mellom myndighetene og bransjen. For beløp under 550 000 SKR skal slik informasjon ikke benyttes. For høyere beløp kan resultatet av tidligere tester benyttes ved indikasjoner på syv ulike sykdommer. I Storbritannia og Nederland reguleres slik informasjon av en bransjepålagt overenskomst. Forsikringsselskaper i Storbritannia kan ikke benytte tidligere test ved livsforsikring opptil £100 000 knyttet til huslån. For alle andre (relevante) forsikringer skal resultat av tidligere test alltid gis selskapet, og det er utarbeidet en veiledning for vurdering av genetisk test av syv ulike sykdommer. I Nederland kan tidligere tester ikke benyttes ved livs-/pensjonsforsikring under 300 000 NGL og for uføreforsikring under 60 000 NLG. I Tyskland finnes ingen formelle begrensninger på å bruke resultat av tidligere genetiske tester.
- Opplysninger om *familiemedlemmers helse* kan ikke benyttes i Sverige for forsikringssum under 550 000 SKR. Tilgangen til slike opplysninger reguleres av en avtale mellom myndighetene og bransjen. I Storbritannia og Nederland har bransjen pålagt seg selv ikke

²³ Dessverre mottok vi ikke litteratur som ble bestilt fra Comité Européen des Assurances før oppdraget ble slutført.

²⁴ Association of British Insurers (ABI) besvarte ikke surveyundersøkelsen, men sendte imidlertid informasjonsbrosjyrer.

²⁵ I Nederland reguleres tilgang til helseopplysninger for livs-/pensjonsforsikring og uføreforsikring.

å spørre om slik informasjon. I Storbritannia er det unntak fra denne regelen for høy sum. Genetiske tester som familiemedlemmer har tatt, kan ikke brukes her. I Nederland skal ikke resultatet av familiemedlemmers genetiske tester benyttes for livs-/pensjonsforsikring under 300 000 NGL og for uføreforsikring under 60 000 NLG. I Danmark og Tyskland er det ingen begrensninger på spørsmål om familiehistorie, men i Danmark er det lovforbud mot å be om resultat av genetisk test et familiemedlem har tatt.

- Det er vanlig ikke å be om *HIV-test* for annet enn høye summer eller hvis svar på spørsmål i medisinsk spørreskjema indikerer økt risiko. I Danmark har bransjen pålagt ikke å be om HIV-test for sum under 2 mill DKR. I Sverige har bransjen pålagt ikke å spørre om HIV-test for sum under 2,2 mill SKR. I Storbritannia har bransjen pålagt kun å be om opplysninger om hvorvidt søkeren er HIV-positiv, og kun be om HIV-test ved høy sum eller ved indikasjon på høy risiko. I Nederland har bransjen pålagt ikke å be om HIV-test for livs-/pensjonsforsikring under 300 000 NGL og for uføreforsikring under 60 000 NLG. Ved indikasjon på høy risiko, kan det imidlertid bes om test. I Tyskland bes det om HIV-test vanligvis bare ved sum over 250 000 DM, uten at dette spørsmålet har vært gjenstand for formalisert begrensning.
- Ingen av landene oppgir begrensninger på *livsstilsspørsmål*.
- Bare i Nederland er generelle spørsmål om søkerens *helsetilstand* regulert. Lov om medisinske undersøkelser begrenser hvilke spørsmål som kan stilles og hvilke tester som kan utføres ved tegning av privat livs-/pensjonsforsikring og uføreforsikring.
- Informasjon om *samarbeid om risikovurdering* er kun innhentet for Danmark og Sverige. Det er generelt påpekt en utvikling i retning av stadig mindre samarbeid om risikovurdering i Norden (Røinesdal 1997). I Danmark koordineres risikovurdering i stort omgang gjennom Foreningen for bedømmelse av forsikringsvirksomhet. I Sverige finnes ikke (lenger) samarbeid om risikovurdering.
- Det danske forsikringsforbundet oppgir å ha *register*,²⁶ for søknader med anmerkninger. Registeret føres av Foreningen for bedømmelse av forsikringsvirksomhet, og er klassifisert som advarselsregister.
- Forsikringssøker kan i Danmark *klage* til en ankenemnd som er finansiert av forsikringsbransjen og forbrukerorganisasjoner. I Sverige har forsikringsforbundet nedsatt en nemnd for vurdering av klager vedrørende selskapenes håndtering av genetisk informasjon. I Storbritannia kan søker henvende seg til et uavhengig råd dersom tvist angående selskapets håndtering av genetisk informasjon ikke løses på selskapsnivå. I Tyskland kan søker klage til en offentlig instans (BAV). I Nederland finnes ingen felles klagemnd.
- I Danmark pågår en *offentlig debatt* om forsikringsselskapenes adgang til helseopplysninger. Det er satt ned et offentlig utvalg som skal vurdere revisjon av den danske forsikringsavtaleloven. I Sverige har det vært liten debatt om forsikringsselskapenes generelle tilgang til helseopplysninger. Imidlertid skal genetisk integritet utredes offentlig i

²⁶ For de andre landene foreligger ikke informasjon om slikt register.

nær framtid. I Tyskland pågår det en offentlig debatt om hvorvidt genetisk informasjon skal etterspørres eller kreves. I Nederland pågår det en debatt om loven for medisinske undersøkelser. Videre debatteres innhenting og bruk av HIV-test ved forsikringstegning i parlamentet.

Tabell 9.1 Oppsummering

	Ingen regulering	Bransjeregulering	Avtale myndighet-bransje	Myndighetsregulering
Generelle helseopplysninger	Danmark Sverige Storbritannia Tyskland			Nederland
Familieopplysninger	Danmark Tyskland	Storbritannia Nederland	Sverige	
Livsstilsopplysninger	Danmark Sverige Storbritannia Tyskland Nederland			
Tidligere HIV-test	Danmark Sverige Tyskland Nederland	Storbritannia		
Ny HIV-test		Danmark Sverige Storbritannia Tyskland Nederland		
Tidligere gentest	Tyskland	Storbritannia Nederland	Sverige	Danmark
Ny gentest		Tyskland Storbritannia Nederland	Sverige	Danmark

Kilder

ABI (1999): *Code of Practice on Genetic Testing*.

ABI (1999): *Genetic Adviser's Guidance*.

ABI (1999): *Code of Practice – Confidentiality Guidelines*.

ABI (1997): *Statement of Practice – Underwriting Life Insurance for HIV/AIDS*.

ABI Information Sheet – Private Medical Insurance.

ABI Information Sheet – Genetic Tests and Insurance.

ABI Information Sheet – Life Insurance.

ABI Information Sheet – Endowment Mortgages.

CEA (1998): *Summary Report on Medical Examinations and Life Insurance*. VIE 8007 (01/98).

Dok nr 8:32 (1996–97) *Om regulering av forsikringsselskaperes adgang til innhenting av helseopplysninger om forsikringsøkere*.

Dutch Association of Insurers (1998): Annual Report 1998.

Einerhand, M (1997): *Social Responsibility of Enterprises. Country report for the Netherlands*. Working Paper no 9. Copenhagen: The Danish National Institute of Social Research.

Europarådet (1989): Recommendation No. R (89)14. *On the Ethical Issues of HIV Infection in the Health Care and Social Settings*.

Europarådet (1992): Recommendation No.R (92)3. *On Genetic Screening*.

Europarådet (1997): Recommendation No.R (97)5. *On the Protection of Medical Data*.

European Health Committee (Europarådet): *Medical Examinations proceeding employment or private insurance: A proposal for european standards*. CDSP (99)8. Strasbourg, June 1999.

Försikrings Förbundet (1999). *Gendiagnostik ock medicinsk riskbedömning – en vägledning*.

Hansen, H (1999): *Elements of Social Security*. Report 99:14. Copenhagen: The Danish National Institute of Social Research.

Henrichsen, B (2000) «Helseopplysninger og lovregulert personvern.» Kronikk i *Aftenposten*, 29.5.2000.

Innst S nr 161 (1996–97) *Om regulering av forsikringsselskaperes adgang til innhenting av helseopplysninger om forsikringsøkere*.

- Langeland, O et al (1999): *Mellom frihet og fellesskap*. Oslo: Fafo-Tiden.
- OECD Economic Surveys (1998): *Special Features: The Dutch Model*. Frankrike: OECD.
- OECD (2000): *Statistics on the Member Countries 1999*. Frankrike: OECD.
- Nordisk Råd (1991): *Rekommendation nr 9/1991*.
- NOU 1999:12 *Om grunnlaget for inntektsoppgjørene 1999*. Arbeids- og administrasjonsdepartementet.
- Ploug, N og J Kvist (1994): «Overførselsinndømster i Europa. Systemene i grundtræk.» *Social tregghed i Europa 2*. København: Socialforsikringsinstituttet.
- Røinesdal, O (1997): «Tema: Opplysninger om liv og helse.» *Nordisk Forsikring* nr 4 /97.
- Sandberg, P (1996): *Genetic Information and Life Insurance: A Proposal for an Ethical European Policy*. Dr. Ing. Thesis. Norwegian University of Science and Technology.
- Social Security Programs Throughout the World – 1999. Social Security Administration, SSA Publication No 13 – 11805.
- Sund, A (2000): *How Will Sweden's New Pension System Work? An issue in brief*, No 3/2000. Boston: Center for Retirement Research, Boston College.
- van Oorschot, W (1997): «From solidarity to selectivity: the reconstruction of the Dutch social security system 1980–2000.» *Social Policy Review* 10-1997.
- WHO (1998): *Health in Europe 1997*.
- WHO (1999): *Statistical Information 1998*, Global Reports on HIV/AIDS.

Vedlegg: Spørreskjema

1. MEDICAL INFORMATION / EXAMINATIONS

Are there any restrictions on what medical information can be gathered in connection with life/pension/health insurance contracts ?

How is this regulated ?

By whom ?

b. Are there any restrictions on the execution of medical examinations for life/pension/health insurance contracts ?

2. SPECIFIC RESTRICTIONS

Are there any restrictions on what genetic information can be gathered in connection with life/pension/health insurance contracts ?

How is this regulated ?

By whom ?

Are there any restrictions on gathering medical information about or performing examinations to discover the presence of HIV/AIDS in connection with life/pension/health insurance contracts ?

How is this regulated ?

By whom ?

Are there any restrictions on gathering medical information about or performing examinations to discover the potential of lifestyle illnesses in connection with life/pension/health insurance contracts ?

How is this regulated ?

By whom ?

3. USE OF INFORMATION

Genetic information:

What is the purpose of such inquiries ? Reservation ? Premium ?

b. HIV/AIDS:

What is the purpose of such inquiries ? Reservation ? Premium ?

c. Lifestyle:

What is the purpose of such inquiries ? Reservation ? Premium ?

4. GUIDELINES / DATABASES

a. National guidelines ?

b. National databases ?

5. PUBLIC DEBATE

Associations, government bodies, medical associations and/or interest groups - do they have official/informal standpoints and opinions on restrictions on medical information/examinations ?

COMMENTS?

Helseopplysninger og privat forsikring

Bør forsikringsselskaperes innhenting, bruk og lagring av helseopplysninger om den enkelte forsikrings søker begrenses – og i så fall på hvilken måte? Problemstillingen er blitt stadig mer aktuell som følge av at flere og bedre diagnostiserings- og behandlingsmuligheter har gitt betydelig større informasjonsmengde om hver enkelt pasient, samtidig som moderne informasjonsteknologi har økt mulighetene for å registrere og bearbeide informasjonen.

Det er et sentralt prinsipp ved tegning av forsikring at forsikringsselskapet skal ha samme tilgang til risikorelevant informasjon om søkeren som søkeren har selv. Dette er nødvendig for å finne riktig pris og omfang for forsikringen. Norske offentlige myndigheter har ønsket å vurdere om det er grunn til å begrense forsikringsselskaperes tilgang til helseopplysninger ved tegning av individuelle livs- og helseforsikringer ut fra hensyn til personlig integritet og sosial rettferdighet. Forsikringsbransjen har påpekt faren for at regulering resulterer i antiseleksjon (negativ utvelgelse) og konkurransevridning, og argumenter for at bransjens selvregulering er tilstrekkelig.

Debatten er ikke særnorsk. Internasjonalt er det spesielt AIDS-epidemien og økende bruk av genetiske tester som har vært pådrivere i debatten. Våren 2000 engasjerte Finansnæringens Hovedorganisasjon (FNH) Forskningsstiftelsen Fafo for å kartlegge reguleringen av tilgang til helseopplysninger ved tegning av individuell livs- og helseforsikring i fem europeiske land: Danmark, Sverige, Storbritannia, Tyskland og Nederland. Formålet med kartleggingen var dels å samle informasjon om andre lands reguleringspraksis, dels å gi en kortfattet framstilling av landenes offentlige velferdsordninger.

I dette notatet oppsummeres funnene fra kartleggingen. Blant annet diskuteres følgende spørsmål: Finnes regulering av forsikringsselskaperes tilgang til opplysninger om generell helse, familie, livsstil, HIV-smitte og genetisk informasjon? Er reguleringen bransje- eller myndighetspålagt? Varierer regulering avhengig av forsikringsprodukt og/eller av forsikringssum? Finnes klageordninger for forsikrings søker, samarbeid om risikovurdering eller felles registre for søknader med anmerkninger? Pågår det en offentlig debatt om hvorvidt og eventuelt hvordan tilgang til helseopplysninger bør reguleres?

Som hovedkonklusjon framheves at informasjonsbeskrankningene som finnes i de enkelte landene i hovedsak er selvpålagte gjennom forsikringsbransjens egenregulering. Reguleringen varierer fra uformelle normer via veiledende retningslinjer til kvasi-legalt bindende overenskomster. Reguleringen gjelder i første rekke informasjon om og bruk av HIV-test, genetiske tester og familieopplysninger.

