

Den 20. december 2007

J.nr. ER 2005-3.2-349 dok.: 6

Tidligere formand for udvalget vedrørende Det Etske Råd, Preben Rudiengaard, har anmodet rådet om at forholde sig til emnet gentest og forsikringer.

Rudiengaards anmodning var foranlediget af en konkret sag om en landmand, hvor to forsikringsselskaber afviste at tegne en livsforsikring på grund af hans disposition for tarmkræft. Det fremgår af Justitsministerens besvarelse af spørgsmål nr. 772 stillet den 28. september 2007, at forsikringsselskaberne utvivlsomt handlede i modstrid med loven, idet selskaberne ikke må lægge prædiktive gentest til grund for de forsikringsaftaler, der indgås. Dette er Forsikringsselskabernes brancheorganisation, Forsikring & Pension, indforstået med, og organisationen har for nyligt givet udtryk for denne holdning i et nyhedsbrev på organisationens hjemmeside (jævnfør Justitsministerens besvarelse af spørgsmål nr. 772).

Selv om den juridiske side af sagen således er fuldt afklaret, vil Det Etske Råd gerne knytte nogle principielle kommentarer til problemstillingen, som rådet på ingen måde finder enkel. Selve sagsforløbet viser, at der begås fejl – til skade for enkeltindivider – i dette system trods forholdsvis klare regler.

Efter rådets opfattelse er det et åbent spørgsmål, hvordan det fremover vil være mest hensigtsmæssigt at indrette forsikringsystemet.

Som det fremgår af forarbejderne til bestemmelserne om gentest i forsikringsaftaleloven (lov nr. 413 af 10/061997), er bestemmelserne primært udformet med henblik på at sikre forsikringstagerens ret til ikke-viden. Forsikringsselskabet må således gerne anvende oplysninger, som forsikringstageren må forventes at være bekendt med i forvejen, nemlig oplysninger om "den pågældendes eller andre personers nuværende eller tidligere helbredstilstand" (§ 3 a). Derimod må forsikringsselskabet ikke "indhente eller modtage og bruge oplysninger, der kan belyse en persons arveanlæg og risiko for at udvikle eller pådrage sig sygdomme, herunder kræve undersøgelser, som er nødvendige for at tilvejebringe sådanne oplysninger" (§ 3 a).

Hvis man primært fokuserer på retten til ikke-viden, forekommer disse bestemmelser særdeles velvalgte. For hvis forsikringsselskabet måtte anvende prædiktive gentest i forbindelse med indgåelsen af aftaler, kunne dette presse nogle personer til at få foretaget en sådan test med henblik på at skulle betale en mindre forsikringspræmie, selv om de egentlig ikke ønskede at få kendskab til eventuelle dispositioner for sygdomme mv. Det skal omvendt bemærkes, at reglen også beskytter en "ret til viden" forstået på den måde, at en kommende forsikringstager kan lade sig teste, uden at dette burde få indflydelse på hans eller hendes muligheder for at tegne forsikring. En sådan "ret til viden" kan være værdifuld, fordi man kan anvende visse

typer af gentest til at opspore forstadier til sygdomme, som kan forebygges, hvis de opdages i tide. Dette gælder for eksempel for nogle genetisk betingede former for kræft - blandt andet tyktarmskræft - hvor man kan fjerne forstadier til sygdommen og dermed forhindre, at den bryder ud.

Medlemmerne af Det Ethiske Råd kan tilslutte sig bestemmelseens bestræbelse for at sikre forsikringstagerens ret til selv at bestemme, om man ønsker at få foretaget en gentest. Rådet ønsker imidlertid at gøre opmærksom på, at der også kan være problemer knyttet til at forpligte et privatejet forsikringsystem til at påtage sig forsikringsopgaven. Problemet er blandt andet, at private forsikringsordninger normalt bygger på et princip om, at de mange, der *tilfældigvis* ikke rammes (det er de heldige) støtter de få, som *tilfældigvis* rammes (det er de uheldige). Men det er netop en forudsætning, at der er tale om tilfældigheder, således at de, der på forhånd har en kendt stor risiko, enten udelukkes fra ordningen eller indgår på særlige (begrænsede eller dyrere) vilkår. Med adgang til gentest kunne forsikringsordningerne derved i en vis forstand gøres mere tidssvarende.

Den eksisterende ordning i Danmark kan efter rådets opfattelse have nogle uhensigtsmæssige og/eller urimelige konsekvenser, for eksempel de følgende:

- 1) Forsikringstageren har en viden, som forsikringselskabet enten ikke har eller ikke må gøre brug af, hvilket gør det muligt for forsikringstageren at tegne en væsentligt mere favorabel forsikring, end han eller hun ville eller kunne have gjort uden denne asymmetri i forhold til viden. Forsikringstageren kan nemlig udnytte sin viden til at "overforsikre" sig ved at tegne flere forsikringer eller forsikringer med højere forsikringsbeløb, end han eller hun ellers ville have gjort. På den måde opnår forsikringstageren en fordel, som ikke forekommer rimelig.
- 2) Hvis forsikringselskaberne ikke må benytte nogen former for viden, selv om forsikringstageren godt må, kan det skabe problemer for forsikringselskabets funktionsduelighed. For det første kan det ødelægge konkurrenceevnen globalt betragtet. De danske forsikringselskaber er underlagt vilkår, som ikke gælder internationalt. Derfor kan det være nærliggende for forsikringstagere med "gode gener" at få en forsikring i udlandet, fordi de her kan betale en lavere præmie, hvis de kan fremlægge en genetisk test. Men selv om man ser bort fra denne internationale problematik, kan der opstå et andet problem. Hvis danske forsikringer generelt bliver for dyre på grund af, at nogle personer overforsikrer sig, vil det formodentlig på et tidspunkt føre til, at nogle personer undlader at tegne forsikring. Det kan få priserne til at stige yderligere med et forøget frafald af forsikringstagere til følge etc.
- 3) Det må heldigvis konstateres, at ingen af de problemer, der er beskrevet under punkt 2, synes at være aktuelle på det danske forsikringsmarked endnu. Men det er væsentligt at være opmærksom på, at problemerne måske først viser sig på længere sigt. Det skyldes for det første, at der typisk går

adskillige år imellem det tidspunkt, hvor en person overforsikrer sig og det tidspunkt, hvor forsikringsselskabet eventuelt skal udbetale penge til personen eller dennes efterladte. Det kan derfor ikke udelukkes, at forsikringsselskaberne i fremtiden kommer til at udbetale større beløb end forudset. For det andet kan problemerne forstærkes af, at der udvikles billigere og mere effektive gentest, som giver forbrugerne bedre muligheder for at anvende viden om deres genetiske udrustning i forsikringsøjemed. Overforsikring kan derfor blive mere almindeligt i fremtiden, end det er nu. Det skal i den sammenhæng bemærkes, at det kan være vanskeligt for forsikringsselskaberne at overskue den fremtidige udvikling både hvad angår udbetalinger fra selskabet og antallet af personer, som overforsikrer sig. Det kan derfor ikke tages for givet, at forsikringsselskaberne på et givent tidspunkt opererer med en hensigtsmæssig ratio mellem forsikringspræmier og kommende udbetalinger.

- 4) Som forsikringssystemet i Danmark er indrettet nu, er forsikringsvæsenet som beskrevet blevet pålagt at undlade at tage bestemte oplysninger i betragtning ved forsikringsindgåelsen. Dette skaber forøgede udgifter (jævnfør punkt 1), som i sidste ende dækkes af de øvrige forsikringstagere. Man kan diskutere, om det er rimeligt, at de øvrige forsikringstagere pålægges at dække disse udgifter, når der er tale om statslig regulering og dermed altså en slags fælles beslutning. Hvis der er tale om andet end ubetydelige beløb, forekommer det mere rimeligt, at samfundet som helhed dækker de ekstra udgifter, som overforsikring medfører.
- 5) Som nævnt må forsikringsselskaberne lægge nogle typer af helbredsoplysninger til grund for indgåelsen af forsikringsaftalen, men ikke andre. For eksempel må forsikringsselskaberne indhente helbredsoplysninger, som kan fastslå den forsikringsmæssige risiko ud fra sædvanligt anerkendte helbredsoplysninger som diabetes, sukkersyge, sygdomme i familien, "body mass index", blod-kolesterol mv. Derimod må forsikringsselskaberne ikke indhente eller anvende oplysninger, der stammer fra genetiske test. Man kan hævde, at der ikke er nogen principiel forskel på de aktuarmæssige sandsynlighedsberegninger, der bygger på oplysninger om familiært (genetisk!) forekommende lidelser, og på gentest, der jo i reglen også højst giver oplysninger om en vis sandsynlighed, hvormed en lidelse opstår. Opdelingen mellem typerne af information kan derfor synes uretfærdig, fordi den uden tilstrækkelig begrundelse stiller kommende forsikringstagere fra den ene gruppe væsentligt dårligere end dem fra den anden gruppe. Som illustration kan nævnes, at en person med disposition for at udvikle Chorea Huntington¹ ville kunne tegne en normal forsikring, hvis man kun kendte til dispositionen på grund af en genetisk test. Hvis man derimod kendte til den ud fra slægtshistorien, ville forsikringsselskabet fuldt berettiget kunne anvende oplysningen. Men behovet for at kunne tegne forsikring er naturligvis uafhængigt af, om man kender til risikoen for at udvikle Chorea Huntington af den ene eller den anden grund. Det samme kan man sige i forbindelse med andre typer af dispositioner for at udvikle sygdomme, hvor behovet for at kunne tegne forsikring igen er uafhængigt af, hvorfra man har sin viden om dispositionen.

¹ Ved Chorea Huntington er sandsynligheden for udvikling af sygdom nær 100 %, hvis genet forekommer, mens dette ikke er tilfældet ved de fleste andre kendte genetiske dispositioner for sygdom.

I forlængelse af disse overvejelser kunne man forestille sig et system, hvor forsikringselskaber enten slet ikke måtte indhente og benytte helbredsoplysninger eller i det mindste ikke måtte indhente oplysninger om helbredsforhold, som personen ikke selv har indflydelse på – om dette sidste er tilfældet, er dog ofte umuligt at afgøre i praksis. Ud fra en sådan tankegang burde en person med dårligt helbred eller uforskyldt dårlig helbred altså ikke have ringere mulighed for at forsikre sig end en person med normalt eller godt helbred. Man kan begrunde opfattelsen med, at det enkelte menneske i vid udstrækning ikke selv er skyld i og dermed heller ikke har noget ansvar for, hvilket helbred det er udstyret med, det er primært et spørgsmål om held eller uheld. Under alle omstændigheder er en person med dårligt helbred naturligvis stillet dårligere end en person med et godt helbred. Men hvis man ikke udviser solidaritet og i fællesskab forsøger at afbøde de negative konsekvenser, som det kan få at have et dårligt helbred, risikerer personen at blive ramt dobbelt. Han eller hun er ikke blot stillet ringere som en direkte følge af det dårlige helbredsmæssige udgangspunkt, som måske forøger risikoen for alvorlig sygdom eller tidlig død. Han eller hun stilles oven i købet også dårligere på grund af den måde, forsikringsmarkedet er indrettet på. Der synes derfor at være god grund til at give alle lige muligheder for at få en forsikring uafhængigt af det helbredsmæssige udgangspunkt, da en forsikring i nogle situationer kan være en betingelse for at føre en normal tilværelse. Eksemplet med landmanden, der ikke kunne få en livsforsikring, illustrerer netop dette. Han skulle bruge forsikringen til at stille garanti for et lån, som han skulle oprette i forbindelse med udøvelsen af sit erhverv. I forhold til den konkrete sag ønsker Det Ethiske Råd i øvrigt at påpege, at man i en vis forstand bedes om at anvende sit eget liv eller sin egen krop som pant for et lån – og at dette pant så endda afvises, hvis det ikke skønnes at være i tilstrækkeligt god stand rent helbredsmæssigt. Det kan helt overordnet overvejes, om denne praksis er etisk acceptabel.

Flere af punkterne ovenfor – ikke mindst punkt 4 og 5 – kunne tale for, at det burde være en offentlig opgave enten helt gennemgribende at sikre et solidarisk system (alle har en eller anden genetisk disposition for et eller andet – og viden herom kan kun forventes at stige de kommende år) eller at udbyde forsikringer til personer i særlige risikogrupper. Dette stemmer overens med, at man også på andre områder i det danske samfund lader det offentlige løse de opgaver, som udtrykker solidaritet over for dårligt stillede. Princippet på disse områder er, at alle borgere har lige adgang til væsentlige kerneydelser, selv om nogle personer i højere grad har fordel af det end andre. Det offentlige sundhedsvæsen udgør en af de centrale kerneydelser i dette solidariske system, og et offentligt drevet forsikringssystem for personer i særlige risikogrupper, ville på mange måder udgøre en parallel til sundhedsvæsenet. Begge systemer ville være rettet mod at afhjælpe problemer, der er foranlediget af sundhedsmæssige forhold.

Det er imidlertid ikke uden problemer at lade det offentlige overtage opgaven med at udbyde forsikringer til personer i særlige risikogrupper. For det første ville det ikke være muligt at afklare, hvem der var i særlig

risikogruppe, uden at krænke forsikringstagernes ret til ikke-viden ved at pålægge alle at få udført en genetisk test. For det andet ville det også i det offentlige system være et åbent spørgsmål, hvordan betingelserne for at forsikre sig skulle være for at kunne kaldes rimelige for alle parter. Problemet med, at forsikringstagerne overforsikrer sig, løses naturligvis ikke uden videre ved, at ordningen flyttes til det offentlige system. Og også inden for dette system forekommer det urimeligt, hvis en forsikringstager kan udnytte sin viden om egne sygdomsdispositioner til at sikre sig selv eller sine efterkommere meget store udbetalinger fra den offentlige forsikringsordning.

Det Ethiske Råd finder det rimeligt, at alle borgere gives mulighed for at tegne væsentlige forsikringer som for eksempel livsforsikringer. Ikke mindst gælder dette, hvis en forsikring fortsat skal være en nødvendig betingelse for, at en borger kan drive sit erhverv. Medlemmerne finder det imidlertid ikke muligt på det nuværende grundlag at udpege den ordning, der vil være mest rimelig. En løsning kunne være at kopiere den ordning, som er gennemført flere steder, hvor der lægges et loft over, hvor meget man kan forsikre sig for uden at skulle fremvise en gentest (som forsikringsselskabet i så fald måtte anvende til at fastlægge forsikringspræmien). Dette kunne formodentlig forhindre de mest grelle eksempler på overforsikring. Efter rådets opfattelse er spørgsmålet imidlertid, om forsikringssystemet kan bibeholdes i rent privat regi, når der efterhånden udvikles lettilgængelige genetiske undersøgelser, som kan vise langt mere om det enkelte menneskes anlæg for sygdomme, end de nuværende mere simple gentest. Hvis sådanne metoder bliver almindelige, vil det formodentlig være vanskeligt – og måske heller ikke rimeligt – at opretholde et forbud mod, at forsikringsselskaberne anvender testresultaterne ved fastlæggelsen af forsikringspræmien. Men hvis dette forbud ophæves, vil det være oplagt at supplere det private forsikringssystem med et system, som er offentligt drevet og i højere grad end det private system er udtryk for en solidarisk løsning, så alle kan få bestemte typer af forsikringer uafhængigt af, hvilke sygdomsdispositioner de har.

Under alle omstændigheder finder rådet det væsentligt, at udviklingerne inden for forsikringsvæsenet følges nøje i fremtiden med henblik på at gribe ind, hvis det udvikler sig i en uheldig retning, for eksempel fordi præmierne bliver urimeligt høje, eller fordi de danske forsikringsselskabers konkurrenceevne i betydelig grad undermineres globalt betragtet.