

F&P

Forsikring i velfærdssamfundet

Forsikringserhvervets bidrag til velfærdsdebatten

Indhold

Forord	Side 3
Forsikring i velfærdssamfundet	Side 4
Sygdom og forsikring – stort potentiale	Side 8
Arbejdsløshedsforsikringer – stort behov for supplerende dækning	Side 13
Naturkatastrofer – offentlige erstatninger ved stormflod og stormfald	Side 17
Ejerskifteforsikringer – forbrugerbeskyttelse med (for) store forventninger	Side 20
Professionsansvarsforsikringer – statsgaranteret tillid gennem privat forsikring	Side 23
Supplerende pensioner – en succeshistorie	Side 24

Forord

Rige og veludviklede økonomier er bl.a. kendetegnet ved en god og bred forsikringsdækning for befolkningen. Sammen med offentlige ydelser danner private forsikringsydelser grundstammen i ethvert velfærdssamfund. Arbejdsdelingen mellem det offentlige og det private er ikke uforanderlig, heller ikke i Danmark. Til en vis grad er den endda tilfældig. Forsikringsydelser og offentlige ydelser supplerer hinanden i et aktivt samspil, der løbende er blevet tilpasset omskiftelige forhold. Det vil der også være behov for fremover.

Der er behov for reformer af velfærdssystemet, som kan sikre holdbarheden af velfærdssamfundet, når der bliver flere ældre uden for arbejdsmarkedet i forhold til antallet af personer på arbejdsmarkedet. Velfærdskommissionen har allerede slået fast, at ændringerne i befolkningens sammensætning indebærer, at der skal træffes nogle valg om, hvor og hvordan den danske velfærdsmodel bedst kan justeres for at sikre fremtidens velfærd uden at hæve skatterne eller stifte yderligere gæld.

Velfærdskommissionen har indbudt til en åben dialog om sit arbejde. Den invitation tager Forsikring & Pension gerne imod. Forsikrings- og pensionserhvervet har gennem mange år stået for væsentlige dele af den enkelte borgers velfærdssikring. Helt almindelige brandforsikringer er et af de ældste eksempler, og arbejdsmarkedspensionsordninger, der i dag er meget udbredte, er blandt de nyere eksempler. Private forsikringsløsninger vil utvivlsomt også komme til at spille en væsentlig rolle i forbindelse med de nødvendige justeringer af det danske velfærdssamfund.

I dette debatoplæg belyses gennem nogle konkrete, forsikringsrelevante velfærdsområder, hvordan private forsikringsløsninger i større eller mindre samspil med den offentlige sektor og det politiske system kan bidrage med alternativer og supplementer til offentlige velfærdsydelser. Der er lagt vægt på at beskrive, hvordan henholdsvis offentlige og private løsninger hver for sig har både svagheder og styrker. Desuden vises, at forsikringsløsninger kan komme på tale også på områder, hvor det traditionelt har været opfattelsen, at det ville være svært at involvere forsikringserhvervet. På de rette vilkår kan forsikringsløsninger spille en positiv rolle i udviklingen af velfærdssamfundet. Forsikring & Pension står parat til at drøfte partnerskabsaftaler med politikere og myndigheder om løsningen af konkrete velfærdsopgaver.

Af de beskrevne eksempler fremgår tillige, at der er grænser for de opgaver, som forsikringserhvervet kan løse. Det er vigtigt at være opmærksom på, når indretningen af fremtidens velfærdssamfund er til debat.

Forsikring & Pensions hensigt med dette bidrag til velfærdsdebatten er dermed at illustrere nogle af de centrale problemstillinger, der skal tages højde for i den vigtige debat om reformer af velfærdsydelserne og mulighederne for at overlade en større del af velfærdsopgaverne til privat base-rede forsikringsløsninger.

København, november 2004

*Direktør Steen Leth Jeppesen,
Forsikring & Pension*

Forsikring i velfærdssamfundet

Med nedsættelsen af Velfærdskommissionen har regeringen sat liv i debatten om, hvorledes den danske velfærd skal sikres over de kommende årtier, når andelen af ældre, der ikke længere er aktive på arbejdsmarkedet, stiger i forhold til den andel, der befinder sig i den erhvervsaktive alder. I kommissoriet for Velfærdskommissionen fremhæves det således som en af bevæggrundene for at nedsætte kommissionen, at antallet af ældre over 64 år frem til 2025 vil vokse med mere end 40 pct., mens antallet af personer i den erhvervsaktive alder mellem 18 og 64 år i samme periode vil falde med 5 pct.

Den udvikling indebærer i sig selv, at presset på de offentlige velfærdsydelser vil blive markant forøget. Hertil kommer som en følge af den almindelige velstandsudvikling, at kravene til velfærdsydelsernes indhold og omfang vil blive skærpet, fremgår det af kommissoriet.

Flere forhold bevirker derfor tilsammen, at de offentlige udgifter til velfærdsydelser vil vokse betragteligt og stille krav om større skatteudskrivning, medmindre der i god tid gennemføres reformer af velfærdsydelserne.

Velfærdskommissionen skal komme med forslag til, hvorledes sådanne reformer kan gennemføres, så det bliver muligt at opretholde gode velfærdsydelser for dem, der har behov for det, samtidig med at skatterne kan holdes i ro.

Regeringen har tilkendegivet, at den ønsker en bred og åben dialog med borgerne og Folketingets partier om velfærdsreformer. Regeringen ønsker derfor, at Velfærdskommissionen skal arbejde åbent med henblik på en løbende debat om kommissionens arbejde og temaer.

Forsikringserhvervet siger ja til dialogen

Denne invitation til en åben dialog og debat med Velfærdskommissionen, politikere og borgere om indretningen af fremtidens velfærdssystem tager Forsikring & Pension (F&P) meget gerne imod.

”Velfærdssamfundet” og ”velfærdssamfundets ydelser” består af andet og mere end efterløn, folkepension, hjemmehjælp, børnehaver og sygehuse, der alle i vidt omfang er offentligt finansierede. Private forsikringer som brand- og bilforsikringer er også velfærdsydelser.

Og de arbejdsmarkeds- og firmapensioner, der over en længere årrække er opbygget som led i aftaler på arbejdsmarkedet, er et væsentligt eksempel på, at udbygningen af en ellers offentlig velfærdsopgave med succes er blevet ”privatiseret” og overladt til livs-

forsikringsselskaber og pensionskasser. Disse pensionsordninger er i dag udbredt til næsten alle beskæftigede. I de kommende årtier – netop når de demografiske forskydninger når deres højdepunkt – vil udbetalinger fra disse pensionsordninger udgøre et meget væsentligt element i de kommende pensionisters indkomstgrundlag og vil dermed aflaste de offentlige ydelser.

Men betydningen af forsikring som leverandør af velfærd stopper ikke her. Forsikring løfter opgaver i relation til både mindre hjørner af velfærdssamfundet og i relation til store velfærdsopgaver.

Eksemplerne er mangeartede. For eksempel er der formentlig ikke mange, der kender til Dansk Forening for International Motorkøretøjsforsikring (DFIM). Men hvis en dansker bliver involveret i et biluheld i udlandet eller med en udenlandsk bil i Danmark, sørger DFIM for, at der – via bilens ansvars- og kaskoforsikring – udbetales erstatning. Tusindvis af danskere er blevet hjulpet af DFIM, når uheldet har været ude.

Ligeledes er der eksempler på, at der løbende introduceres nye forsikringsprodukter, der imødekommer konkrete behov og ønsker. Det gælder eksempelvis de såkaldte Kritisk Sygdom-forsikringer, der udløser et kontant beløb, såfremt en nærmere defineret livstruende sygdom konstateres. I løbet af en kortere årrække er flere hundrede tusinde danskere blevet omfattet af en sådan forsikring.

Yderligere udgør de ”almindelige” og velkendte forsikringsformer også en væsentlig del af velfærdssamfundet. Den enkelte borgers familieforsikring er eksempelvis en velfærdsordning, der yder økonomisk erstatning til den enkelte ved bl.a. indbrud.

Disse almindelige forsikringer er meget betydningsfulde i velfærdssamfundet. Da den kraftige storm i december 1999 hærgede landet i få timer, blev der anrettet skader på huse, landbrug, fabrikker, biler og løsøre for et tocifret milliardbeløb. For privatpersoner og erhvervsdrivende var der tale om skader, der kunne indebære betydelige økonomiske tab. Næppe nogen vil anfægte, at der i denne situation var behov for en velfærdsordning, der kunne yde de skadelidte erstatning. Det kunne have været en offentlig velfærdsordning, hvor landets skatteydere trådte til og udredte erstatningerne. Imidlertid kom erstatningerne på over 10 mia. kr. ikke fra skatteyderne, men fra forsikringsselskaberne.

Forsikring og velfærd hænger således uløseligt sammen. Det anerkendes da også af Velfærdskommissionen, der i sin første rapport kalder den offentlige, skattefinansierede velfærdsopgave for ”implicit” forsikring – fordi præmierne ikke betales direkte, men over skatterne. I rapporten sammenlignes offentlige

velfærdsydelser på en række områder med private forsikringsløsninger, der således kan betegnes som "eksplicit forsikring".

Forsikrings-Danmark

Velfærdscommissionen anerkender derfor, at offentlige velfærdsydelser og private forsikringsydelser supplerer hinanden og tilsammen øger den samlede velfærd. Det er en vigtig konklusion, der står i kontrast til den opfattelse, at det må undgås, at det danske velfærdssamfund udvikler sig til "Forsikrings-Danmark". Begrebet er næppe nogensinde blevet defineret, men i det ligger under alle omstændigheder en antagelse om, at fremvæksten af private forsikringer vil indebære et reduceret udbud af offentlige velfærdsydelser. Private forsikringsløsninger er en trussel mod den kollektive, solidariske velfærd, lyder parolen.

Tallenes tale afslører imidlertid en anden virkelighed. De offentlige udgifter til velfærdsydelser har aldrig været større, end de er i øjeblikket. Samtidig er de private velfærdsydelser i forsikringsregi over årene vokset og vokset i omfang. Indbetalingerne til pensionsordninger sætter rekord år for år, og nye forsikringsområder som arbejdsløshedsforsikringer og sundhedsforsikringer skyder frem. Offentlige og private velfærdsydelser lever side om side, supplerer hinanden og øger den samlede økonomiske velfærd.

Det er i øvrigt ikke entydigt, hvad politiske ønsker om, at centrale velfærdsydelser skal være offentlige, konkret indebærer. Det kan betyde, at ydelserne skal produceres (udføres) af den offentlige sektor. Men det kan også betyde, at ydelserne skal opfylde bestemte politiske krav, men leveres af private producenter, som det kendes fra hjemmehjælp, renovation og private skoler. Endelig kan betydningen være, at finansieringen af ydelserne skal være offentlig. Generelt kan et politisk krav om "offentlige ydelser" formentlig fortolkes således, at der fra offentligt hold skal fastsættes krav til ydelsernes indhold, og hvem der skal modtage ydelserne, men ikke nødvendigvis hvem der skal levere ydelserne.

Forsikring som leverandør af velfærdsydelser udelukker ikke offentlig styring og kontrol med ydelserne. Den offentlige sektor kan stille krav til forsikringernes indhold og kræve obligatorisk dækning, evt. for særlige grupper. Dermed kan effektiviteten i tilvejebringelsen af ydelserne fastholdes på baggrund af konkurrencen mellem udbydere.

Forsikring som leverandør af velfærdsydelser adskiller sig primært fra offentlige velfærdsydelser gennem finansieringsformen, der er et alternativ til

skattefinansiering. Flere velfærdsydelser kan leveres uden at øge skatterne. Men det kræver, at man ikke fra offentlig side fastlægger prisstrukturen. Eksempelvis vil en forsikring, der ved lov skal tegnes af alle, og hvor der ikke er nogen sammenhæng mellem den enkeltes risiko og prisen for forsikringen, i realiteten være finansieret via en "skjult skat".

Tilfældig grænsedragning

Mens offentlige og privat baserede forsikringsydelser således eksisterer samtidig og supplerer hinanden, er det mere uklart, hvorfor grænsedragningen mellem offentlige og private velfærdsydelser er trukket, som det er tilfældet.

Mange vil nok mene, at det er ret og rimeligt, at det er gratis – dvs. skattefinansieret – at modtage hospitalsbehandling. Sygdom kan ramme alle, og økonomisk formåen skal ikke være afgørende for, hvor hurtigt man kan modtage behandling.

Men hvis det er et politisk udgangspunkt, hvorfor accepteres der så en betydelig egenbetaling til medicin, kirurgpraktor, tandlæge og meget mere? En egenbetaling, der er så stor, at sygeforsikringen "danmark" i dag har 1,8 mio. medlemmer med forsikringer rettet mod præcis de områder inden for det samlede sundhedssystem, hvor brugerbetalingen er størst.

Ligeledes kan man spørge, hvorfor det skal være en offentlig opgave at fragte tilskadedkomne danske skiturister hjem fra Østrig eller Frankrig – med dækning over sygesikringsbeviset – men ikke fra Canada? Hvorfor skal den offentlige sektor i det hele taget yde forsikringsdækning i tilfælde af sygdom, når danskere tager på ferie i Europa, mens det er op til den enkelte selv at tegne en familieforsikring?

Grænsedragningen mellem de velfærdsopgaver, der varetages hhv. af den offentlige sektor og via markedsbaserede forsikringsløsninger, er mere eller mindre tilfældig. Og ser man på arbejdsdelingen mellem den offentlige sektor og forsikringserhvervet i andre lande, viser det sig da også, at der ikke er nogen entydig systematik i den måde, hvorpå man har tilrettelagt opgaveløsningen.

Grænser for hvad der kan forsikres

Når forsikringserhvervets mulige involvering i løsningen af velfærdsopgaver er til debat, fremhæves det ofte, at der er snævre rammer for, hvad der kan forsikres. Det er også et tema, som Velfærdscommissionen har berørt i sin første rapport. Det er proble-

matisk i private forsikringsløsninger, hvis den risiko, som forsikringstageren påfører de øvrige forsikrings-tagere og forsikringsselskabet, ikke kan estimeres nogenlunde korrekt. Og hvis forsikringstageren selv kan påvirke den begivenhed, der udløser erstatning, eller hvis der er stor forskel på den risiko, som forskellige forsikringstagere går ind med i et forsikrings-kollektiv, kan det være vanskeligt at fastsætte den rigtige præmie.

Det er imidlertid væsentligt, at de problemstillinger, der kan gøre det vanskeligt at etablere forsikringsordninger på markedsbaserede vilkår, også gør sig gældende i offentlige velfærdsløsninger.

Forestiller man sig eksempelvis, at en arbejdsløshedsforsikring yder fuld kompensation for tabt indkomst ved ledighed, vil der ud fra en økonomisk betragtning være et incitament for den enkelte til at gå ledig frem for at være beskæftiget. Mere generelt vil incitamentet til at vælge ledighed være større, jo større kompensationen er i forbindelse med arbejdsløshed. Det gælder, uanset om arbejdsløshedsforsikringen betales med offentlige midler eller af en privat forsikring.

I private forsikringsordninger træffer man forskellige forholdsregler – som selvrisiko og karenperioder m.v. – for at modvirke sådanne problemer. Det gør man også i en række offentlige velfærdsydelse, men alligevel vil tilskyndelsen til at dæmme op for sådanne incitamentsproblemer m.v. være mere udtalt i markedsbaserede forsikringsløsninger end i offentlige velfærdsordninger, hvor skatteyderne betaler regningen.

Det hævdes ofte som argument mod markedsbaserede forsikringsløsninger, at politiske ønsker om at omfordele indkomst vanskeligt kan håndteres på markedsvilkår. Forsikringsselskaber og pensionskasser er nødt til i deres prissætning at tage højde for, at eksempelvis ”gode og dårlige liv” i forsikringsmæssig henseende skal prissættes forskelligt. Ellers vil de gode liv fravælge forsikring, mens de dårlige liv vil strømme til.

Det er rigtigt, at der er grænser for den omfordeling, der kan håndteres af markedsbaserede forsikringsløsninger. At omfordele indkomst mellem ”rig og fattig” må ske over skattesystemet.

Men en vis omfordeling, der rækker ud over den almindelige forsikringstekniske omfordeling fra ”de, der ikke kommer til skade, til de, der gør”, kan håndteres i private forsikringsløsninger. Det er arbejdsmarkeds- og firmapensionerne et eksempel på. Her er der som led i overenskomsterne etableret pensionsordninger, hvor den enkelte er obligatorisk medlem. Og som et led i de solidariske aftaler omfattes i nogle tilfælde beskæftigede lønmodtagere uden at skulle afgive helbredsoplysninger, ligesom der bl.a. omfordeles mellem kvinder og mænd.

Solidariske forsikringsaftaler mellem arbejdsmarkedets parter og obligatorisk forsikringstegning er midler, der kan tages i anvendelse for at kunne varetage politiske ønsker om at omfordele indkomster i private forsikringsløsninger ud over den omfordeling, der følger af almindelige forsikringstekniske principper. Dermed bliver det muligt at oppebære konkurrencen mellem forsikringsselskaberne og høste fordelene heraf, samtidig med at politiske hensyn tilgodeses.

Forsikringsserhvervets rolle i velfærdssamfundet rækker derfor længere end blot til at varetage de opgaver, der kan dækkes på kommerciel basis, når en række teoretiske betingelser for markedets funktion er opfyldt. Forsikring dækker over et bredt spektrum af ordninger. De består i den ene ende af ydelser, der leveres på helt frie markedsvilkår, kun underlagt offentlig rammeregulering og tilsyn, hvor den enkelte forsikringstager selv bestemmer omfanget af den ønskede forsikring, og hvor selskaberne konkurrerer på forsikringsdækning, pris og service m.v.

I den anden ende af spektret findes lovbestemte ordninger, der opfylder politiske og samfundsmæssige ønsker om, at der skal etableres forsikringsdækning, eventuelt med lovmæssig regulering af forsikringsbetingelserne. Den lovpligtige ansvarsforsikring for motorkøretøjer er et eksempel.

Forsikringsserhvervets styrker i forhold til offentlig opgaveløsning

Markedsbaserede forsikringer kan bedre differentieres og tilpasses den enkelte borgers specifikke behov end offentlige standardydelser. Forsikring er bedre til at sikre sammenhæng med borgerens levestandard, før en forsikringsbegivenhed indtræder, uanset om denne begivenhed er en vis opnået alder eller en velfærdstruende begivenhed som for eksempel invaliditet. Den offentlige sektor kan ikke sikre denne sammenhæng med den tidligere levestandard og har svært ved at håndtere andet end at levere nogenlunde samme ydelse til alle, der opfylder bestemte kriterier.

Derfor er en oplagt model, som kendes fra pensionssystemet, at der fra offentlig side leveres en ensartet grundydelse til alle, mens privat forsikring yder en tillægsydelse, så det samlede velfærdssystem fungerer i sammenhæng med den enkeltes normale levestandard. Modellen kendes også fra arbejdsløshedsforsikringer og sygeforsikringer.

Befolkningens betalingsvilje kan være større i relation til forsikring, der giver individuelle rettigheder, end i forhold til (nye) offentligt finansierede velfærdsydelser, der kræver øgede skatter, og hvor

der ikke er sammenhæng mellem den enkeltes risiko og betaling.

Befolkningens tillid til individuelle forsikringsrettigheder kan være større end til politiske løfter, især hvis de politiske løfter knytter sig til begivenheder og ydelser, der ligger nogle år fremme i tiden. Forsikringstagernes økonomiske rettigheder i forsikringsordninger skal løbende være finansieret. Pensionsopsparernes fremtidige indkomster findes således som formuer i pensionselskaberne. Og hvis et forsikringselskab lover større ydelser i fremtiden, skal midlerne til at dække ydelserne være til stede, jf. lovgivningen og det løbende offentlige tilsyn.

En særlig problemstilling ved offentlige velfærdsydelse er, at en generation af politikere kan udstede løfter, som kommende generationer af politikere kan have vanskeligt ved at leve op til eller kan ønske at lave om på. Efterlønnen er et skoleeksempel på, at dagens politikere er bundet til en ordning, der blev indført under helt andre økonomiske vilkår end i dag, og som i dagens samfundsøkonomi trænger til et større eftersyn, som politisk er vanskeligt at gennemføre. Det er et politisk dilemma, at ændringer af efterlønsordningen risikerer at underminere vælgernes tillid til de offentlige velfærdsordninger. Dette dilemma opstår ikke i forsikringsordninger, hvor de økonomiske rettigheder er mere klart defineret og økonomisk afdækket.

Forsikring er bedre til at prissætte velfærdsydelse over for den enkelte borger. Det er derved nemmere at styre samfundets ressourceanvendelse, når velfærdsydelse ikke fremstår som gratisydelse for befolkningen.

Partnerskabsaftaler

I dette debatoplæg præsenteres en række eksempler på forsikringserhvervets nuværende og mulige rolle i velfærdssamfundet. Hensigten med eksemplerne er at illustrere, at forsikring kan spille en rolle også på områder, hvor det traditionelt opfattes som vanskeligt at finde plads til markedsbaserede forsikringsløsninger – både af politiske grunde som i forsikringer, der knytter sig til sundhedsområdet, og af mere forsikringstekniske grunde som inden for ejerskifteforsikring, der er kendetegnet ved, at det er skader, der allerede er opstået på tegningstidspunktet, der omfattes af forsikringen.

Samtidig illustrerer de udvalgte eksempler nogle af de vanskeligheder, der kan være forbundet med visse velfærdsordninger, der håndteres af det politiske system. Af eksemplet om stormflodsordningen fremgår det således, at tilkendelse af offentlige velfærdsydelse

ikke nødvendigvis kun sker, når objektive kriterier er opfyldt, men også når der opstår et politisk pres. Politiske krav om dækning imødekommes, også selv om betingelserne ikke er opfyldt, med det resultat, at betingelserne gradvist lempes.

Andre eksempler end de udvalgte kunne være præsenteret. De problemstillinger, der knytter sig til anvendelse af genteknologi eller til at etablere forsikringsløsninger på miljøområdet, kan tænkes at blive meget væsentlige i årene fremover. Forsikringserhvervet står parat til at drøfte også sådanne problemstillinger. De valgte eksempler illustrerer nogle vigtige forhold, der skal tages højde for, når vægtningen mellem offentlige ydelser og forsikringsydelse i velfærdssamfundet debatteres. Hensigten har ikke været at fremhæve alle de konkrete områder, hvor forsikringserhvervet kan tænkes at komme til at udfylde en større rolle end i dag.

Eksemplerne skal pege frem mod debatten om velfærdssamfundet og illustrere, at der er alternativer og supplement til offentlig velfærd. Men også, at der er grænser for de opgaver, som forsikringserhvervet kan løse.

Forsikringsløsninger skal introduceres under behørig hensyntagen til politiske ønsker om indretningen af velfærdssamfundet. Det er nødvendigt at afstemme de forventninger, der knytter sig til forsikringserhvervets involvering på nye velfærdsområder. Der er opgaver, forsikringserhvervet kan løse på givne vilkår, og der vil være opgaver, der ikke kan løses med forsikring. Det er vigtigt, at rammerne for forsikringserhvervets rolle præciseres og afgrænses, bl.a. således at de dyrekøbte erfaringer fra introduktionen af ejerskifteforsikringer ikke gentager sig.

En sådan forventningsafstemning kunne ske i regi af partnerskabsaftaler af mere eller mindre bindende karakter. Sådanne aftaler skulle involvere det politiske system, forsikringserhvervet og på nogle områder arbejdsmarkedets parter. Fordelen vil være, at der etableres et forum for drøftelse og afklaring af indholdet af givne forsikringsløsninger, således at risikoen for efterfølgende skuffede forventninger begrænses mest muligt.

Sygdom og forsikring – stort potentiale

Private sundhedsforsikringer øger den samlede finansieringskapacitet i hospitalsvæsenet og dermed behandlingsmulighederne. En udbredelse af sundhedsforsikringer vil gøre ventelisterne til offentlig behandling kortere og forøge sundhedsvæsenets samlede kapacitet. F&P skønner, at en udbredelse af sundhedsforsikringer i løbet af en relativt kort årrække kan tilføre 4-5 mia. kr. til hospitalsvæsenet. De privat baserede sundhedsløsninger vil dog i et velfærdssamfund som det danske altid være et supplement til og ikke en erstatning for det offentlige sundhedssystem.

Forsikringer, der har sygdom som den faktor, der udløser erstatning fra et forsikringsselskab, har ofte politisk været opfattet som kontroversielle. I modsætning til en lang række andre forsikringer som almindelige bil- og husforsikringer, arbejdsskadeforsikringer og erhvervslivets forsikringer mod driftstab, brand og meget mere, hersker der en vis politisk modvilje mod forsikringer, der yder erstatning eller giver ret til behandling, hvis man bliver syg.

Den almindelige velstandsudvikling har imidlertid skærpet borgernes krav dels til det samlede sundhedssystem og dels til den økonomiske kompensation ved sygdom. Det har betydet, at forskellige forsikringer, der knytter sig til sygdom, er blevet introduceret. Samtidig står det mere og mere klart, at den øgede og mere individuelt prægede efterspørgsel efter ydelser fra sundhedssystemet, der følger af den generelle velstandsudvikling, ikke kan imødekommes fuldt ud af den offentlige sektor. Den politiske holdning til forsikring som velfærdsleverandør også ved sygdom synes derfor at være blødt noget op i forhold til tidligere.

Når forsikring i forbindelse med sygdom kan være politisk kontroversiel, skyldes det formentlig mere det forhold, at der også på sundhedsområdet er grænser for, hvad der fra offentlig side er mulighed for og vilje til at finansiere, snarere end mod forsikringsløsningen i sig selv. Således er det en udbredt opfattelse, at det er den offentlige sektors pligt at sikre alle en gratis og lige ret til de sundhedsydelser, som den enkelte borger måtte få brug for. Egenbetaling for forbrug af sundhedsydelser – herunder i form af private forsikringsløsninger – opfattes som et udtryk for, at den offentlige sektor ikke løser sin opgave. Jo større det private engagement er på sundhedsområdet, jo mere har den offentlige sektor svigtet sin opgave, synes ræsonnementet at være.

Imidlertid er det danske sundhedsvæsen ikke karakteriseret ved fuld offentlig finansiering. På nogle områder er der en ganske høj grad af brugerbetaling.

Det gælder eksempelvis inden for tandlægeydelser, briller, medicin og kosmetiske operationer m.v.

Der er heller ikke helt fri og lige adgang til sundhedssystemets ydelser. Eksempelvis er der ventelister til en række operationer. Og uanset, at der er frit sygehusvalg, er der områder af landet, hvor ventetiderne er længere end i andre områder.

Brugerbetalingen på udvalgte områder og ventelisterne til visse sundhedstjenester afspejler, at aktiviteten i og udgifterne til sundhedssystemet ikke kan styres af efterspørgslen alene, givet at der som udgangspunkt skal være gratis adgang til sundhedsydelserne. Der er behov for at prioritere, dels hvilke sundhedsydelser der gratis skal stilles til rådighed for borgerne, og dels hvor mange offentlige midler der skal ofres på ydelserne. Brugerbetalingen på udvalgte områder og eksistensen af ventelisterne er et udtryk for en sådan prioritering af begrænsede offentlige midler. Det må imidlertid betvivles, om den prioritering, der således foretages, i alle tilfælde er udtryk for bevidste politiske valg. Eksempelvis kan det undre, at der accepteres en betydelig brugerbetaling på blandt andet tandlæge- og medicinområdet, mens behandling for barnløshed med visse begrænsninger finansieres fuldt ud af det offentlige.

Forsikrings rolle på sundhedsområdet

Den politiske tilbageholdenhed over for forsikringsløsninger på sundhedsområdet, der stadig i et vist omfang gør sig gældende, knytter sig primært til forsikringer, der giver ret til hospitalsbehandling. På andre områder, hvor der er en betydelig grad af brugerbetaling, er det accepteret, at forsikringsløsninger vinder indpas, når der er et tilstrækkeligt stort marked for det. Et eksempel er sygeforsikringen "danmark", der netop bl.a. yder medfinansiering på de områder, hvor der er udpræget brugerbetaling. Men også inden for rejsesygeforsikring er det anerkendt, at der er grænser for det offentliges ansvar, hvilket afspejles af, at der findes en række forsikringsselskaber i skarp konkurrence på dette felt.

At det netop er privat finansierede hospitalsbehandlinger, der giver anledning til politisk debat, illustreres af, at opbygningen af en række privathospitaler sammen med en stigende udbredelse af forsikringer, der dækker hospitalsophold, har ført til en politisk beslutning om at indføre en garanti mod ventetider over en given periode på udvalgte hospitalsbehandlinger.

Private løsninger spiller imidlertid kun en beskedne rolle på hospitalsområdet. I Danmark var der i

begyndelsen af 2003 omkring 165 private hospitalsenge mod ca. 20.000 offentlige, hvorved privathospitalerne sidder på mindre end 1 pct. af sengepladserne. Endvidere venter 86 pct. af patienterne mindre end tre måneder på behandling, ventelisterne har været fallende over de seneste år, og Danmark har de laveste ventetider sammenlignet med andre lande, der registrerer ventetider¹.

Antallet af forsikringer, der på nærmere vilkår og betingelser giver mulighed for hel eller delvis dækning af udgifter til et hospitalsophold, er steget i de seneste år. F&P skønner, at antallet af sundhedsforsikringer fra medio 2002 til 2003 steg fra ca. 120.000 til ca. 235.000 policer, og medio 2004 nåede man op på næsten 300.000 forsikringer. Hertil kommer, at "danmark" tilbyder visse former for operationsforsikringer. Her er der solgt omkring 10.000 policer svarende til de andre forsikringsselskabers sundhedsforsikringer, og der er tegnet over 500.000 policer i form af operationsforsikringer, som giver et begrænset tilskud til en række godkendte operationer på private hospitaler.

Det skal imidlertid tages i betragtning, at sundhedsforsikringer har et begrænset dækningsområde, jf. faktaboksen om sundhedsforsikring. Hertil kommer, at udbredelsen af forsikringerne i høj grad er sket som led i aftaler på arbejdsmarkedet. I takt med, at de erhvervsaktives pensionsopsparring gennem en længere årrække er blevet markant udbygget, har der vist sig ønske om at prioritere nye områder som bl.a. sundhedsforsikringer. Det vil imidlertid i et givet år kun være en relativt lav andel af forsikringstagerne, der faktisk gør brug af forsikringerne.

Hvad er en sundhedsforsikring?

Sundhedsforsikringer er primært udbredt gennem virksomhedsordninger, hvor de tegnes som gruppeordninger. Hvis forsikringen tilbydes alle virksomhedens medarbejdere, er der fuld skattefrihed for præmien, der kan fratrækkes som driftsudgift.

Skattefrihed i virksomhedsordningerne er betinget af, at der foreligger en lægefaglig begrundelse for behandling, hvorfor sundhedsforsikringer, der begrænser sig til kun at indeholde rutinemæssig helbreds kontrol, ikke er omfattet af skattefrihed. Dog gælder skattefriheden også for forebyggende behandling.

Prisen på sundhedsforsikringer tegnet i virksomhedsordninger ligger typisk på 1.500-

2.000 kr. årligt, afhængigt af antallet af medarbejdere, dækningsgrad m.v.

Prisen på sundhedsforsikringer tegnet individuelt er højere og afhænger af forsikringstagerens alder, hvor præmien hvert år bliver reguleret opad i takt med den stigende alder. Flere fagforbund er i gang med at tilbyde sundhedsforsikringer til deres medlemmer til en lavere pris end som privatkunde.

Uanset om en forsikring er en gruppeordning eller er individuelt tegnet, skal man typisk være mellem 18 og 64 år for at komme med i en ordning, og er man først med i en ordning, kan man blive, til man er 65-70 år.

Sundhedsforsikringerne er meget forskellige fra selskab til selskab mht. indhold og dækningsgrader. Den typiske minimale dækningsgrad er visse behandlinger på privathospital med dertil hørende forundersøgelse og kontrol af udført behandling. Er der ikke plads i Danmark, kan tilbydes behandling i udlandet.

Nogle sundhedsforsikringer er opdelt i forskellige "pakker", så der kan tilvælges yderligere behandlingsområder ud over hospitalsbehandlingen, f.eks. psykolog, fysioterapeutisk hjælp og alkoholafvænnning.

Andre sundhedsforsikringer dækker hele paletten, mens der også er nogle, der er begrænset til at dække decideret "health care" i form af forebyggende behandling, som primært er krisehjælp inden for forskellige områder, dvs. psykologisk hjælp.

Generelt dækkes sygdomme opstået før indtrædelse i forsikringsordningen også, når man har været i ordningen i minimum to år, forudsat at sygdommen ikke var kendt på tegningstidspunktet.

Sundhedsforsikringerne dækker f.eks. ikke ved kosmetiske operationer og alternativ behandling.

Der er som regel et loft over behandlingsperioden (seks måneder), antallet af ydelser (f.eks. 15 gange fysioterapi pr. sygdom årligt), samt den årlige udbetaling pr. skade (f.eks. 500.000 kr.).

Ønsket om at bevare sundhedsvæsenets velfærdsydelser i offentligt regi – både med hensyn til produktion og finansiering – bunder i et lighedsprincip, der giver sig udslag i et politisk ønske om at stille alle lige i forbindelse med sygdom. Den enkeltes økonomiske formåen må ikke få indflydelse på den behandling, der

¹ DSI, Institut for Sundhedsvæsen, "Helse" nr. 3 - marts 2003.

stilles til rådighed. Det er et særtræk ved sundhedsområdet, at dette lighedsprincip udstrækkes til at gælde den enkeltes adgang til den konkrete sundhedsydelse, herunder til den manglende mulighed for med egne midler eksempelvis at købe ophold på enestue, særlig forplejning og lignende.

På mange andre områder varetages ønsker om at udjævne forbrugsmulighederne over skatte- og udgiftspolitikken generelt, men ikke med konkret regulering af den enkeltes forbrug. Eksempelvis står det enhver frit for at købe en bil i stedet for at gøre brug af den offentlige transport, blot man vil betale for det og derigennem øge sin skattebetaling, eller at prioritere sit boligforbrug frem for andet forbrug.

Den reservation mod private sundhedsforsikringer, der stadig i et vist omfang gør sig gældende, er baseret på en antagelse om, at udbudet af de konkrete hospitalsydelser er nogenlunde konstant. Hvis Hansen ikke kan vente to måneder på at blive opereret i ryggen og i stedet får operationen finansieret via sin forsikringsordning, smutter Hansen foran Jensen i køen, er ræsonnementet.

Er udbudet af sundhedsydelser konstant?

Mængden af opgaver – som eksempelvis antallet af operationer – der kan udføres i sundhedssektoren i en given periode afhænger af, hvor mange produktionsfaktorer der er til rådighed. Noget forenklet vil aktiviteten i sektoren ikke blot være bestemt af den politiske vilje til at finde finansiering, men også af, hvor mange højt kvalificerede medarbejdere i form af læger og andet sundhedspersonale der er til rådighed, samt af mængden af apparatur. Hertil kommer naturligvis de gældende overenskomster, der bl.a. afgrænser arbejdstidens længde og faggrænserne.

På kort sigt beror mulighederne for at øge aktiviteten i sundhedsvæsenet – med et givet sundhedspersonale og en fast beholdning af apparatur – på, at det med forsikringsløsninger er muligt at få sundhedspersonalet til at arbejde længere, end tilfældet ville være uden forsikringsløsninger. Det må antages, at den yderligere tilgang af økonomiske midler til sundhedsområdet, som udbredelsen af forsikringsløsninger indebærer, vil gøre det muligt at øge udbudet af højt kvalificeret arbejdskraft også på relativt kort sigt. Der er ingen grund til at formode, at læger og andet sundhedspersonale reagerer anderledes på økonomiske incitamenter end alle andre.

Det trækker i retning af, at private forsikringsløsninger kan føre til større behandlingsskapacitet, således at det eksisterende apparatur også udnyttes mere

effektivt. Meget tyder på, at sygehussystemet ikke har et reelt kapacitetsproblem, men at systemet ikke udnyttes godt nok. Forsikringsløsninger kan være med til at sikre en bedre kapacitetsudnyttelse.

Hertil kommer, at der med en udbredelse af private forsikringsløsninger kan blive åbnet for større adgang til behandling i udlandet. Der er principielt intet til hinder for, at der også for offentlige midler købes sundhedsydelser i udlandet, men det er ikke en mulighed, der er stor vilje til at udnytte i de offentligt finansierede behandlingstilbud.

På det lidt længere sigt er der grund til at formode, at forsikringsløsninger, der supplerer de offentlige behandlingstilbud, øger den samlede behandlingsskapacitet mere end på kort sigt. Introduktionen af alternativer til det offentlige sundhedssystem skærper konkurrencen, hvilket er med til at øge effektiviteten i det samlede sundhedsudbud. Den effekt kan allerede spores i dag.

Desuden vil den øgede finansieringskapacitet, som forsikringsløsninger indebærer, kunne være med til at tiltrække kvalificeret personale fra udlandet. Yderligere vil det som en væsentlig effekt gælde, at der med forsikringsløsninger vil være bedre muligheder for at investere i det seneste og mest effektive apparatur, hvilket øger den samlede behandlingsskapacitet.

Så hvis Hansen ikke kan vente to måneder på at blive opereret i ryggen og i stedet får operationen finansieret via sin forsikringsordning, bliver der én mindre på ventelisten, og Jensen kommer dermed tidligere under behandling på det offentligt finansierede sygehus.

Forøgelse af finansieringskapaciteten ved udbredelse af private sundhedsforsikringer:

F&P skønner, at de danske forsikringsselskabers sundhedsforsikringer tilsammen har nået en udbredelse tæt ved 300.000 policer, som inden for en relativt kort årrække kan stige til 1 million.

Det skønnes endvidere, at der i dag sker udbetalinger på 5-8 pct. af policerne årligt, og dette tal ser ud til at være stigende. Derfor siger et forsigtigt bud, at andelen kan blive øget til 10-13 pct. i nær fremtid.

Skaderne, der dækkes af sundhedsforsikringen, kan groft opdeles i 3 kategorier:

- 1/3 af skaderne koster 50.000-150.000 kr. pr. skade (hospitalsindlæggelser)
- 1/3 af skaderne koster 10.000-30.000 kr. pr. skade (mindre, ambulante operationer)
- 1/3 af skaderne koster 1.500-2.000 kr. pr. skade (undersøgelser hos speciallæger).

På baggrund af de ovenstående oplysninger vil det betyde, at de private sundhedsforsikringer kan øge finansieringskapaciteten inden for hospitalsvæsenet med 4-5 mia. kr.

Til sammenligning udgjorde de offentlige udgifter til hospitalsvæsenet ca. 47 mia. kr. i 2002 (Jan Plovsing – Velfærdsstat og Socialpolitik, 2004).

Fordelingsproblemer

Private forsikringsløsninger på sundhedsområdet vil kunne øge den samlede finansieringskapacitet og effektiviteten i sundhedssektoren, især på det lidt længere sigt. Disse positive effekter fremkommer som følge af, at det offentlige monopol brydes, således at der opstår en vis form for konkurrence. Som på andre felter i samfundsøkonomien øger konkurrencen effektiviteten til gavn for borgerne.

For at kunne opnå så store positive effekter, at det gør en forskel i det samlede billede, vil det imidlertid være påkrævet, at forsikringsløsningerne opnår en vis udbredelse. For at føre til større investeringer i forbedret apparatur og for at kunne medvirke til at øge fleksibiliteten i det offentlige system, er det nødvendigt, at det private supplement til den offentlige sundhedsløs-

ning er af en vis størrelse. I det omfang private hospitaler skal udbygges, er der således nødt til at være en tiltro hos investorerne til, at den offentlige sektor tillader og eventuelt også gør brug af de privat baserede løsninger. Ellers vil der være for stor risiko forbundet med at foretage en udbygning af den private behandlingskapacitet.

Samtidig er der i et samfundssystem som det danske grænser for, hvor omfattende privat baserede sundhedsløsninger kan blive. De vil altid kun være et supplement til og ikke en erstatning for den offentlige grundløsning. De private løsninger på sundhedsområdet vil således ikke kunne tilbyde de basale funktioner, der stilles gratis til rådighed i det offentlige sundhedsvæsen.

De private løsninger vil primært kunne udbredes til at gælde operationer, der skal udføres i et givet antal, og som er nogenlunde velkendte og standardiserede. Det skyldes, at prisen på sådanne ydelser kan fastlægges nogenlunde præcist, således at der er grundlag for at beregne forsikringspræmier, der afspejler en given populations risiko. Samtidig skal det tages i betragtning, at der er grænser for betalingsvilligheden for de supplerende forsikringer, ikke mindst da de borgere, der omfattes af private sundhedsforsikringer, i forvejen bidrager til det offentlige sundhedsvæsen over skatterne.

En lang række opgaver som eksempelvis akutfunktioner og specialiserede, kostbare operationer, som man politisk ønsker at stille til rådighed, vil vanskeligere kunne finde indpas i et privat baseret sundhedssystem.

Politisk er det desuden en klar prioritering, at alle som udgangspunkt skal have lige adgang til sundhedsvæsenet. Det er et basalt fordelingspolitisk ønske. I et supplerende forsikringsbaseret system vil der skulle tages stilling til, hvorledes allerede konstateret sygdom og kroniske sygdomme håndteres. Det er vanskeligt at stille forsikringsydelser til rådighed til en overkommelig pris for personer, der enten allerede på tegningstidspunktet har fået konstateret en sygdom, der ellers er omfattet af forsikringens dækning, eller som er kronisk syge.

Problemerne med at håndtere allerede kendt sygdom m.v. knytter sig naturligvis ikke kun til private løsninger på forsikringsområdet. De gør sig også gældende i det offentligt finansierede sundhedssystem. Her har man imidlertid valgt, at adgangen til sundhedsvæsenet ikke skal underlægges de restriktioner, der ville være gældende i et markedssystem. Man har valgt den skattebaserede finansieringsform og foretager herefter den nødvendige prioritering gennem budgetlægningen og rammestyrelse samt ved at acceptere ventelister i et vist omfang.

I det supplerende forsikringssystem kan sådanne problemer i et vist omfang håndteres, såfremt forsikringerne er obligatoriske for den enkelte. Det kendes fra det supplerende arbejdsmarkedspensionssystem, hvor der inden for de enkelte ordninger i et vist omfang kan tilbydes eksempelvis invalidedækninger uden helbredsoplysninger.

En partnerskabsaftale?

Den langsigtede demografiske udvikling indebærer, at der gradvist bliver relativt flere ældre uden for arbejdsmarkedet i forhold til antallet af personer i den erhvervsaktive alder. Det skærper i sig selv kravene til den offentlige sektors udbud af bl.a. sundhedstjenester. Det må samtidig forventes, at de kommende generationer af ældre vil stille større og mere individuelle krav til de ydelser, de modtager fra sundhedsvæsenet. Den større individualitet i efterspørgslen efter sundhedsydelser har baggrund i stigende indkomster hos den ældre befolkningsgruppe. Det vil være vanskeligt for det offentlige sundhedssystem både at løfte den samlede finansieringsopgave og at tilfredsstille mere individuelle krav til den offentlige service.

Privat baserede forsikringsløsninger kan være med til at løfte den opgave, som bl.a. den demografiske udvikling i de kommende år stiller sundhedsvæsenet over for. Navnlig i det omfang, at forsikringsløsningerne aftales og etableres som et led i overenskomstaftalerne på arbejdsmarkedet, kan forsikringerne komme til at spille en reel og positiv rolle i det samlede sundhedssystem.

For at sikre, at forsikringsløsninger kan spille en positiv rolle i det samlede sundhedssystem, samtidig med at politiske ønsker om den samlede opgavevaretagelse, herunder med inddragelse af fordelingspolitiske ønsker, kan tilfredsstilles, kunne der etableres en

partnerskabsaftale mellem de involverede aktører. Det drejer sig om politikere, ejerkredsen bag private hospitaler (der kan være forsikringsselskaber) og forsikringsselskaberne. En partnerskabsaftale vil skulle vedrøre de grundlæggende vilkår for de supplerende private løsninger. Elementer i en partnerskabsaftale kunne være, at der indgås aftaler om:

- Varetagelse af fordelingspolitiske målsætninger i private sundhedsløsninger, der etableres som supplement til de offentlige tilbud
- Prisfastsættelse af privat udbudte sundhedsløsninger, som den offentlige sektor betaler for, samt vilkår i øvrigt for henvisning af patienter fra offentlige til private hospitaler
- Udformning af offentlige krav til de private forsikringsløsningers indhold med henblik på at sikre, at de offentlige og private løsninger supplerer hinanden bedst muligt
- Investeringer i og anvendelse af nyt apparatur, således at sektorens samlede investeringer og produktionskapacitet optimeres
- At søge forsikringsløsninger indbygget i overenskomstaftalerne
- At undersøge mulighederne for at udbrede forsikringsløsninger til plejeområdet i form af såkaldte Long Term Care-forsikringer. Det er plejeforsikringer, hvor forsikringsbegivenheden er, at der ud fra objektive konstaterbare kriterier afdækkes et bestemt behov for pleje. Sådanne forsikringer kan omfatte et konkret plejetilbud eller et beløb til at dække udgifter forbundet med pleje. Forsikringerne kendes fra bl.a. USA, Holland og Tyskland og forekommer også interessante i lyset af de kommende årtiers demografiske udvikling.

Arbejdsløshedsforsikringer – stort behov for supplerende dækning

Interessen for supplerende arbejdsløshedsforsikring er meget stor. Selv lønmodtagere med ganske almindelige indkomster oplever en stor indkomstnedgang ved arbejdsløshed. Mange a-kasser tilbyder sine medlemmer en supplerende arbejdsløshedsforsikring tegnet i private forsikringsselskaber. Men arbejdsløsheden er afhængig af den økonomiske udvikling, og præmien må derfor stige, når arbejdsløsheden stiger. Præmierne kan hyppigt justeres, og det bør lønmodtagerne være klar over. Med private tillægforsikringer vil omkostningerne ved ledighed i større grad og hurtigere end i den offentlige arbejdsløshedsforsikring blive båret af de erhvervsaktive, hvilket øger incitamentet til via løndannelsen at begrænse en eventuel vækst i ledigheden.

Arbejdsløshedsforsikringer er kendetegnet ved, at forsikringsbegivenheden er, at den forsikrede mister sit arbejde. Forsikringen yder i det tilfælde en vis økonomisk kompensation, afhængigt af det forsikringsomfang, der er tegnet.

Opindeligt blev arbejdsløshedsforsikringer introduceret i tilknytning til sikring af tilbagebetalingen af realkreditlån. Forsikringen indebar, at ydelserne på realkreditlån ville blive betalt i tilfælde af sygdom, arbejdsløshed el.lign. Siden blev produktet i midten af 1990'erne udbudt i form af en såkaldt låneforsikring i pengeinstitutter. Et forsikringsselskab udbød via et samarbejde med primært nogle lokale pengeinstitutter en forsikring, der i tilfælde af arbejdsløshed ville dække ydelserne på nærmere afgrænsede lån og kreditter i de pågældende pengeinstitutter. Forsikringerne var udformet således, at lånets ydelser kunne dækkes i en periode på op til to år. Forsikringerne opnåede imidlertid ikke stor udbredelse, men findes stadig på markedet.

De første forsikringer, der udløste dækning i tilfælde af arbejdsløshed, var således afgrænset til at dække konkrete ydelser på lån og ikke til at dække en forskel mellem indkomsten som beskæftiget og arbejdsløs.

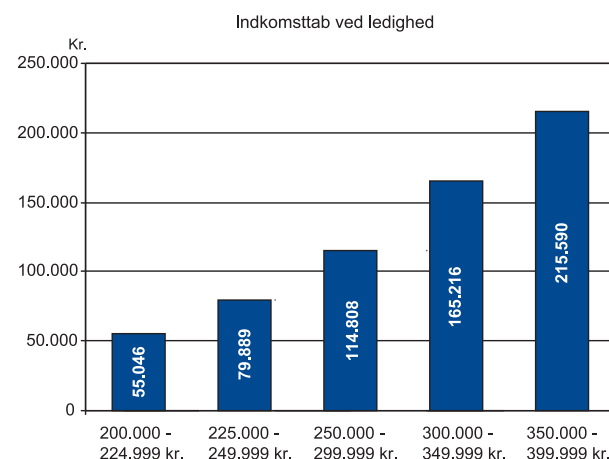
Et sådant produkt så dagens lys i 1997, hvor Civiløkonomernes Tillægforsikring lancerede tillægforsikringer til den offentlige arbejdsløshedsunderstøttelse til medlemmer af Civiløkonomernes Arbejdsløshedskasse. Ved ledighed var det muligt at få op til 50 pct. ekstra i indkomst i forhold til dagpenge.

Arbejdsløshed og forsikring

Det er karakteristisk, at det i en meget lang årrække har været en offentlig opgave at sikre opretholdelsen af en vis indkomst for dem, der af den ene eller den

anden årsag oplever arbejdsløshed i en kortere eller længere periode. Ganske vist kræver det medlemskab af en a-kasse at opnå ret til arbejdsløshedsdagpenge, men størsteparten af de ydelser (ca. 2/3), der hvert år udbetales i form af arbejdsløshedsdagpenge, finansieres over de generelle skatter. Sagt på en anden måde skulle de kontingenter, som a-kasserne opkræver, hæves betydeligt, såfremt de skulle dække de faktiske omkostninger til arbejdsløshedsdagpenge. Den offentligt finansierede andel er i øvrigt mindre end tidligere grundet den relativt lave arbejdsløshed.

Arbejdsløshedsdagpengene udgør op til 90 pct. af indkomsten efter fradrag af arbejdsmarkedsbidrag før ledighed. Men der kan maksimalt udbetales knap 14.000 kr. før skat om måneden. Det betyder, at den dækning, som den offentlige arbejdsløshedsunderstøttelse yder, bliver relativt mindre, jo større indkomsten er. Dette er illustreret i nedenstående figur.



Figuren viser det gennemsnitlige årlige indkomstab i forhold til den maksimale dagpengesats for forskellige indkomstintervaller beregnet på 2002 oplysninger. For eksempel vil en person, der tjener mellem 300.000 og 350.000 kr., have et gennemsnitligt årligt indkomstab på 165.216 kr. ved ledighed.

Kilde: Danmarks Statistik, Arbejdsdirektoratet og F&P's egne beregninger.

Figuren indikerer et meget stort behov for forsikringer, der supplerer den basale offentlige arbejdsløshedsunderstøttelse i tilfælde af ledighed. Det er naturligvis muligt at gardere sig økonomisk på andre måder end via forsikringstegning. Eksempelvis kan fri opsparing, friværdis i egen bolig eller et løbende forbrug i husstanden, der tager højde for risikoen for arbejdsløshed, være instrumenter til at håndtere de økonomiske konsekvenser af arbejdsløshed i en periode.

Ingen af disse instrumenter giver dog sikkerhed for indkomsten, når arbejdsløshed indtræder. For store grupper vedkommende må de pågældende instrumenter derfor betegnes som relativt ustabile mekanismer til at gardere sig mod de økonomiske følger af arbejdsløshed.

Udviklingen gennem de seneste år

I løbet af de seneste få år har det vist sig, at interessen for en supplerende arbejdsløshedsforsikring er meget stor. Medio 2004 var der 20 a-kasser med knap 1,7 mio. medlemmer, der – via en aftale med et forsikringsselskab – tilbød sin medlemskreds en supplerende arbejdsløshedsforsikring, mens 13 a-kasser med godt 700.000 medlemmer foreløbig ikke tilbyder en sådan forsikringsdækning². Hertil kommer, at et enkelt forsikringsselskab tilbyder supplerende arbejdsløshedsforsikringer uden krav om medlemskab af en a-kasse.

Disse oplysninger vedrører antallet af beskæftigede, der har mulighed for at tegne en arbejdsløshedsforsikring i tillæg til den basale offentlige ydelse. Der foreligger ikke oplysninger om, hvor mange der faktisk har udnyttet muligheden gennem tegning af en arbejdsløshedsforsikring. F&P skønner med betydelig usikkerhed, at der foreløbig er tegnet i størrelsesordenen 50.000 forsikringer, svarende til, at kun godt 3 pct. af de, der har mulighed for at tegne en tillægsforsikring, også har gjort det. Det kan lyde beskedent, men det er velkendt også fra udbredelsen af arbejdsmarkedspensionerne, at det tager tid at skabe opmærksomhed hos den enkelte om behovet for at prioritere supplerende tillægsforsikringer til de offentlige grundydelse.

Antallet af tegnede forsikringer er desuden i hastig vækst. Et forsigtigt skøn vil være, at 20 pct. af de potentielle forsikringstagere inden for en periode på 5-10 år vil udnytte muligheden for at tegne en supplerende dækning. Det vil i givet fald indebære, at ca. 350.000 lønmodtagere bliver omfattet. Hertil kommer, at en række af de a-kasser, der ikke i dag udbyder produktet, formentlig vil vælge at gøre det i løbet af de kommende år.

Kendetegnende for produktets udbredelse har således været et stort latent behov for supplerende arbejdsløshedsforsikringer. Men først efter, at en række a-kasser har taget initiativ til at få ordningerne etableret gennem separate aftaler med forskellige forsikringsselskaber, er interessen for produktet blevet registreret og har bredt sig. Der er næppe tvivl om, at udbredelsen til en stor kreds af potentielle forsikringstagere er en vigtig kilde til at holde omkostningerne nede, ligesom

mange lønmodtagere formentlig først erkender behovet for forsikringsproduktet, når det er til stede og ikke længere opfattes som et nyt og uprøvet produkt.

Er arbejdsløshed forsikringsbart?

Baggrunden for de senere års markante interesse for tillægsforsikringer til den offentlige grunddækning ved arbejdsløshed er åbenbar. De offentligt finansierede arbejdsløshedsdagpenge er relativt beskedne for en stor del af de beskæftigede, der således vil opleve en markant nedgang i indkomsten ved ledighed.

Men dette ret åbenbare behov for tillægsforsikringer til den offentlige grunddækning er ikke af ny dato. Det er et behov, der har gjort sig gældende i mange år og da særligt i perioder, hvor den generelle arbejdsløshed har været højere, end tilfældet er i dag.

Tillægsforsikringer ved arbejdsløshed har imidlertid været betragtet som et område, hvor det ville være svært at udbrede forsikringsløsninger på det private marked. Det er der flere årsager til.

a) Afhængighed

Hvis en lønmodtager ønsker en bilforsikring, kan forsikringsselskabet med stor sikkerhed gå ud fra, at Jensens risiko for at opleve skader er uafhængig af Hansens risiko for skader. Men således forholder det sig ikke i relation til risikoen for at blive arbejdsløs. Hvis den generelle ledighedsrisiko stiger, betyder det, at Hansens risiko for at blive arbejdsløs stiger, når Jensen bliver ledig. Det gør sig især gældende, hvis Hansen og Jensen arbejder inden for samme fag – eksempelvis svarende til at de har tegnet en tillægsforsikring via samme a-kasse.

I modsætning til risikoen for skader på bilen er risikoen for arbejdsløshed for de enkelte lønmodtagere ikke uafhængig af hinanden. Beskæftigelsesmulighederne afhænger af udviklingen i konjunkturerne. Behovet for arbejdsløshedsforsikring er størst i perioder med svage økonomiske konjunkturer og omvendt relativt mindre i perioder med fremgang i den overordnede økonomi. Dermed vil udgifterne til arbejdsløshedsforsikringer – og prisen for en forsikring – variere med konjunkturudviklingen.

b) Selektionsproblem

Hertil kommer, at den enkelte lønmodtager kan have en viden om risikoen for at blive arbejdsløs, som forsikringsselskabet ikke kan afdække. Hansen og Jensen er måske ansat i samme virksomhed,

² Arbejdsløshedsforsikringer kan i visse tilfælde også tegnes via en fagforening. Medlemskab af a-kassen er imidlertid en forudsætning, og der er ikke forskel på de forsikringer, der tegnes via fagforening og a-kasse.

somhed i nogenlunde samme funktion og til samme løn, men Hansen er noget mere produktiv end Jensen. Derfor vil Jensen blive afskediget først, når afsætningen svigter. Men det kan være meget vanskeligt for en ekstern part – forsikringsselskabet – at afdække, hvem der har høj hhv. lav risiko for at blive arbejdsløs. Præmien må derfor fastsættes ud fra den gennemsnitlige risiko med den konsekvens, at forsikringen primært er attraktiv for personer med høj ledighedsrisiko.

c) Moral hazard

Yderligere kan den enkelte beskæftigede selv øve indflydelse på risikoen for at blive ledig. Jensens lave produktivitet skyldes måske, at han synes, at arbejdet er uinteressant. Hvis den samlede understøttelse ved ledighed er tilpas høj, kan Jensen selv være med til at skubbe til sin afskedigelse. Hansen, derimod, finder måske arbejdet så interessant, at han vil møde hver dag, også selv om den økonomiske fordel ved at arbejde er beskeden i forhold til at gå ledig.

Hvis indkomsttabet ved ledighed er relativt beskeden, svækkes det økonomiske incitament til at være i beskæftigelse. Det betyder for allerede beskæftigede, at incitamentet til fortsat at være i beskæftigelse er mindre med forsikring end uden. Og for den ledige betyder det, at incitamentet til at komme i beskæftigelse svækkes.

De to sidstnævnte problemstillinger – selektionsproblemet og moral hazard – er velkendte fra andre forsikringsområder, for eksempel bilforsikringer. Bilisterne har forskellig risiko for at opleve skader, bl.a. er erfaringen som bilist af betydning. Forsikringsselskaberne benytter derfor bl.a. oplysninger om det hidtidige skadeforløb til at afdække den risiko, som den enkelte bilist har for at opleve en skade.

Ligeledes er det velkendt, at der næsten altid er knyttet en vis selvrisiko til en bilforsikring. Det skyldes bl.a., at der skal være et incitament til at køre fornuftigt og undgå skader. På tilsvarende vis er der i de nye arbejdsløshedsforsikringer indbygget bestemmelser om, at forsikringen skal afpasses indkomsten ved arbejde. Udbetalingerne fra forsikringen, arbejdsløshedsdagpenge og evt. indkomst fra deltidsarbejde, hvis det er tilladt, kan typisk ikke overstige 80-90 pct. af lønnen før ledighed.

Men den første problemstilling – at risikoen for arbejdsløshed er konjunkturafhængig og dermed ikke uafhængig mellem forsikringstagerne – er det vanskeligt at tage højde for i forsikringsbetingelserne. I perioder med stigende arbejdsløshed vil forsikringerne

være mest attraktive, og efterspørgslen vil øges. Det vil lægge et pres på udgifterne til forsikringerne. Det er formentlig netop denne problemstilling, der gør, at arbejdsløshedsforsikringer ikke tidligere, da ledigheden var højere, er blevet særligt udbredte. Ser man på den enkelte forsikringstagers hidtidige ledighedsforløb for at afdække selektionsproblemet, er det således også vanskeligt at skelne mellem ledighed grundet hhv. konjunkturerne og den risiko for ledighed, der ikke har baggrund i konjunkturudviklingen.

De seneste års markante stigning i den potentielle udbredelse af arbejdsløshedsforsikringer er sket i et relativt gunstigt økonomisk klima med forholdsvis lav arbejdsløshed – ikke mindst i forhold til de tidlige 1990'ere. Men en tilbagevenden til en situation med høj og stigende ledighed kan ikke udelukkes. Det er derfor vigtigt, at præmiefastsættelsen for arbejdsløshedsforsikringer enten afspejler den gennemsnitlige ledighedsrisiko i en konjunkturcyklus, eller at forsikringsbetingelserne rummer mulighed for hyppige præmieændringer, således at udsving i den faktiske ledighed kan indarbejdes i præmierne.

Ikke mindst er det helt afgørende, at de potentielle forsikringstageres forventninger til forsikringsproduktet afstemmes med de muligheder, der er for at udbyde arbejdsløshedsforsikringer på et økonomisk bæredygtigt fundament – givet at den omtalte konjunkturafhængighed gør sig gældende.

En fordel ved private tillæggsforsikringer vil være, at den økonomiske byrde ved stigende arbejdsløshed hurtigere bliver overvæltet på arbejdsstyrken, end tilfældet er ved den offentlige arbejdsløshedsforsikring. En stigning i arbejdsløsheden vil relativt hurtigt gøre det dyrere at være privat tillæggsforsikret mod ledighed. Det sker kun langsomt i den offentlige arbejdsløshedsforsikring, hvor stigende udgifter til arbejdsløshed finansieres over de generelle skatter og således ikke specifikt af arbejdstagerne. På den måde vil omkostningerne ved ledighed med private tillæggsforsikringer i større grad blive båret af de erhvervsaktive, hvilket øger incitamentet til via løndannelsen at begrænse en eventuel vækst i ledigheden.

Konklusion

De senere års udbredelse af muligheden for at tegne tillæggsforsikringer ved arbejdsløshed er et eksempel på, at forsikringserhvervet løbende udvikler og tilpasser forsikringsprodukter, der imødekommer efterspørgslen efter forsikringsdækning. Behovet for supplerende arbejdsløshedsforsikringer udspringer af, at de offentlige arbejdsløshedsdagpenge for en stor del af

arbejdsstyrken kun giver en relativt beskedent dækning i forhold til den tidligere lønindkomst.

Udbredelsen af arbejdsløshedsforsikringer er sket over en kort årrække, og det må forventes, at stadigt flere vil tegne forsikringerne. Det er især ved a-kasernes mellemkomst, at det er lykkedes at få produktet markedsført og udbredt relativt hurtigt.

Dermed er arbejdsløshedsforsikringer et eksempel på, at nye forsikringsbehov afdækkes og imødekommes. Der har ikke været nogen offentlig medvirken ved etableringen af forsikringerne, og det er frivilligt at tegne dem. Fra enkelte sider har der været udtrykt frygt for, at fremvæksten af privat etablerede arbejdsløshedsforsikringer kan underminere den offentligt finansierede dækning. Det er imidlertid en frygt, der ikke er baggrund for. Den offentlige arbejdsløshedsdækning er stadig dominerende, og de private ordninger udgør kun et supplement til den offentlige grunddækning.

Mere væsentlige spørgsmål i relation til de private arbejdsløshedsforsikringer vedrører den problematik, om forsikringstagerne er oplyste om, at forsikringsbetingelserne afspejler det grundlæggende problem, at arbejdsløsheden er konjunkturafhængig. Det betyder, at pris og dækning hurtigt må kunne justeres for at opfange ændringer i de grundlæggende samfundsvilkår, jf. faktaboksen om arbejdsløshedsforsikringer. Især i en periode med markant stigende arbejdsløshed er der en risiko for, at forsikringstagernes forventninger til produktet ikke harmonerer med, hvad produktet kan tilbyde. En udbredelse af private tillægsforsikringer kan imidlertid have positive effekter på incitamentet til via løndannelsen at holde ledigheden nede.

Typiske forsikringsbetingelser, vilkår og valgmuligheder i arbejdsløshedsforsikringer

De fleste selskaber tilbyder dækninger på op imod det dobbelte af dagpengene, og dækningsomfang er betinget af, hvor meget man er villig til at betale i præmie. Udbetalingerne fra forsikringen, dagpenge og evt. deltidsarbejde, hvis det er tilladt, kan typisk ikke overstige 80-90 pct. af lønnen før ledighed.

Der opereres med et relativt kort varsel af præmieændringer. Nogle selskaber opererer med helt ned til månedsvise varsler for præmieændringer.

Det er som regel en betingelse, at "man ikke ved eller har grund til at tro, at man bliver afskediget", og derfor er det også et krav at være i arbejde for overhovedet at kunne tegne forsikringen.

Der er krav om medlemskab af en a-kasse (et enkelt selskab stiller ikke dette krav).

Der kan være forskellige perioder for, hvor lang tid man skal have været i arbejde, fra forsikringen er tegnet, til den giver ret til dækning. Ofte er det også påkrævet, at arbejdet skal være af et vist antal timer om ugen.

Der er forskellige selvrisikoperioder (karensperioder), fra man er blevet arbejdsløs, til udbetaling kan ske.

Der skal træffes beslutning om, hvor lang udbetalingsperioden skal være. Typisk fungerer forsikringen som et klippekort, hvor udbetalingen i det valgte antal måneder gør, at forsikringen ophører, og der skal tegnes en ny.

Præmierne er fradragsberettigede, mens udbetalingerne er skattepligtige.

Naturkatastrofer – offentlige erstatninger ved stormflod og stormfald

Frivillige private forsikringer er ikke velegnede til risikodækning for de meget få, der risikerer at få hus og ejendele ødelagt ved stormflod. Den offentlige ordning for erstatning efter stormflod tilskynder de skaderamte til skadeforebyggende adfærd, men selve ordningen er udsat for et politisk pres dels om at yde erstatning, også når der ikke har været "rigtig" stormflod, og dels om at bruge de indbetalte penge til andre formål. Lovgivningen om offentligt finansieret erstatning efter såkaldt skovfald blev gennemført, uagtet at de skovejere, der blev ramt af orkanen i 1999, kunne have tegnet private forsikringer. En betingelse for at opnå offentligt tilskud efter fremtidige stormfald er dog, at der er tegnet en privat forsikring. Det er et eksempel på, at private forsikringer kan indgå som led i offentlige velfærdsordninger.

Stormflod

Stormflodsloven fra 1991 regulerer finansiering og erstatning i forbindelse med skader forårsaget af stormflod. Baggrunden for stormflodsloven var blandt andet, at en del skaderamte efter stormfloder i 1980'erne havde stået uden forsikringsdækning, fordi stormflod undtages i de fleste almindelige skadesforsikringer. Man ønskede derfor en permanent erstatningsordning for at undgå, at staten som tidligere i konkrete situationer skulle tage stilling til ad hoc base-rede kompensationsløsninger.

Stormflodsordningen finansieres ved en afgift, der opkræves på alle brandforsikringer i Danmark. Der er således ingen sammenhæng mellem risikoen for at få sine værdier ødelagt af stormflod og den afgift, der betales for risikodækningen. Stormrådet, der er en offentlig myndighed, afgør, hvornår betingelserne for, at en kraftig storm med højvande kan karakteriseres som en stormflod, er opfyldt. Heri ligger bl.a., at det vil være en naturmæssigt relativt sjælden hændelse, at der opstår stormflod.

Erstatningsbetingelserne fremgår af loven, herunder at der er en selvrisiko på minimum 10.000 kr. Loven indeholder desuden diverse erstatningsbegrænsninger og mulighed for, at der kan udstedes påbud om, at den skadelidte skal gennemføre skadeforebyggende foranstaltninger, hvis der skal kunne opnås erstatning ved næste stormflod. Stormflodsordningen sekretariatsbetjenes af F&P, og forsikringsselskabernes taksatorer forestår skadeopgørelserne efter instruks af Stormrådet.

Stormflodsskader er undtaget i de almindelige bygnings- og løsoreforsikringer, fordi sandsynligheden for stormflod er begrænset til ret små risikogrupper. Man kan derfor på forhånd afgøre, hvem der i særlig grad

vil lide skade under en stormflod, og forsikringsbegivenheden vil derfor ikke kunne ramme tilfældigt blandt alle forsikringstagere. En eventuel frivillig til-lægsdækning for stormflodsskader vil ikke kunne sprede risikoen tilstrækkeligt til, at der kan beregnes en præmie, som vil være attraktiv for de højrisiko-grupper, der vil have behov for dækningen.

Den politiske baggrund for etablering af stormflodsordningen var således, at nogle husejere havde lidt skade under en stormflod, og at der ikke var nogen forsikringsdækning. Fra politisk hold fandt man det utilfredsstillende, at de relevante risikogrupper ikke havde haft mulighed for på markedsvilkår at købe den nødvendige risikoafdækning. Med stormflodsloven blev beskyttelse af de stormflodstruede risikogrupper en offentlig opgave.

Stormflodsordningen er derfor en offentligt bestemt og (delvist) offentligt administreret, skattefi-nansieret kompensationsordning, hvor forsikringsselskabernes eneste opgaver er at forestå opkrævning af stormflodsafgiften, at modtage skadeanmeldelser fra de skadelidte og at bistå med ekspertise ved skadeop-gørelsen.

Stormflodsafgiften på 20 kr. pr. bygnings- og løso-rebrandforsikring opkræves én gang årligt og indbeta-les til en pulje, der p.t. udgør ca. 235 mio. kr. Puljens midler var oprindeligt øremærket til erstatninger og administration i forbindelse med stormflod. Dette er ved en lovændring i 2000 ændret, således at midler fra puljen tillige kan anvendes til andre formål (se neden-for om stormfald).

Konklusioner

- På risikoområder som for eksempel stormflod, hvor kun meget få borgere kan blive ramt af skader, er der begrænsede muligheder for risikoafdækning på frie markedsbaserede forsikringsvilkår
- Forsikringsselskaber baserer deres opgaveløsning på forsikrings- og forretningsmæssige vil-kår. Der ydes kun erstatning, når konkrete for-udsætninger er opfyldt. Forsikringsløsninger kan ikke opfylde politiske ønsker om at tilgodese bestemte grupper. Etableringen af stormflodsordningen viser, at det politisk kan være svært at modstå krav om hjælp – selv i tilfælde, hvor de skaderamte i et eller andet omfang selv har et ansvar for risikoen (in casu ved at bo i stormflodstruede områder)
- Stormflodslovens tilblivelse er et udtryk for, at private markedsbaserede ordninger ikke i sig selv nødvendigvis er velegnede til at løse sam-

fundsmæssige ønsker om omfordeling til fordel for stærkt afgrænsede risikogrupper. Private forsikringsløsninger omfordeler inden for nogenlunde ensartede risikogrupper mellem de, der rammes af skader og de, der ikke rammes. Mere omfattende omfordeling i forsikringsregi forudsætter offentligt/privat samspil om en forsikringsløsning

- Stormflodsordningens detaljerede lovregler og administration betyder, at skadebehandlingen er mere bureaukratisk og langsommelig, end skadebehandling normalt er i private forsikringsselskaber
- Der er en risiko for, at et offentligt organ som Stormrådet ved afgørelsen af, om der har fundet en forsikringsbegivenhed sted, er underlagt politiske forventninger eller direkte pres om at tildele erstatning, uden at de bagvedliggende betingelser er opfyldt. Dermed vil den egentligt påtænkte katastrofehjælp blive udvandet til en løbende erstatningsordning. Faktaboksen om stormflodsskader viser, at der i mange tilfælde er blevet "dømt" stormflod, også når der kun har været ret begrænsede skader. Det indikerer, at stormflodsordningen har skiftet karakter til ikke længere kun at være en katastrofehjælp. Dette skifte er sket uden en egentlig forudgående politisk beslutning
- Stormflodsordningens selvrisikobestemmelser, mulighed for udstedelse af påbud om skadebegrænsende foranstaltninger og regler om nedsettelse eller bortfald af erstatninger er et eksempel på, at offentlige implicite "forsikringsordninger" godt kan indeholde adfærdsregulerende mekanismer og stille krav om "sund fornuft" som forudsætning for erstatning.

Antal stormflodsskader og erstatninger siden stormflodslovens vedtagelse i 1991

Stormflod	Anmeldte skader	Erstatninger
1991	42	1,4 mio. kr.
1992	30	0,5 mio. kr.
1993	17	0,2 mio. kr.
1993	9	0,2 mio. kr.
1993	994	42,0 mio. kr.
1995	558	22,4 mio. kr.
1995	41	1,8 mio. kr.
1999	10	0,1 mio. kr.
1999	305	30,6 mio. kr.
2000	109	2,9 mio. kr.
2000	6	1,3 mio. kr.
2002	33	0,6 mio. kr.
2003	5	0,1 mio. kr.

Kilde: Stormrådet.

Stormfald

Med Lov om stormflod og stormfald fra 2000 blev stormflodsordningen udvidet til også at indeholde regler om tilskud til genplantning med ny skov på private skovarealer, der er ramt af stormfald. Baggrunden for lovændringen var den voldsomme orkan i december 1999 (og efterfølgende storm i januar 2000), der nedlagde betydelige skovarealer. De fleste private skov- og plantageejere havde ikke tegnet forsikring mod skovfald. Efter den daværende miljøministers besigtigelse af de nedlagte skove umiddelbart efter orkanen var der politisk tilslutning til at etablere en ordning om erstatning til de private skovejere og ejere af frugtplantager, der var ramt – og fremover rammes af stormfald.

Stormfaldsordningen finansieres af samme afgift som stormflodsordningen, der opkræves på alle bygnings- og løsørebrandforsikringer. Heller ikke her er der således sammenhæng mellem risiko og betaling. Det er Stormrådet, der træffer afgørelser om genplantningstilskud. Reglerne for Stormrådets tildeling af tilskud til genplantning er nøje defineret i lovgivningen, herunder at tilskud ydes efter indstilling fra Skov- og Naturstyrelsen.

I modsætning til de stormflodsramte, der ikke havde haft mulighed for forsikringsafdækning af stormflodsriskoen, havde de private skov- og frugtplantageejere inden orkanen i 1999 kunnet tegne stormfalds-

forsikringer, som det er almindeligt i flere andre EU-lande. De fleste havde imidlertid fravalgt sådanne forsikringer, fordi de blev betragtet som for dyre.

Det forhold, at der for de skadelidte havde været mulighed for at tegne forsikring, inden katastrofen indtraf, adskiller stormfaldsordningen fra stormflodsordningen. Det har også fået konsekvenser for den offentlige hjælpeordning, der blev etableret. Således er det en betingelse for at kunne opnå offentligt genplantningstilskud, at der skal være tegnet en privat basisforsikring mod stormfald.

Det ved lov fastlagte kompensationssystem i forbindelse med skovfald indeholder således både et offentligt afgiftsfinansieret tilskudselement vedrørende genplantning og et privat (delvist) markedsbaseret forsikringselement for kontanterstatning, hvor basisforsikringens minimumsbetingelser er formuleret i samarbejde mellem myndighederne og forsikringsselskaberne. Basisforsikringens kontanterstatning udløses, når Stormrådet har "dømt" stormfald, og der er fastsat en minimumsdækning pr. hektar, men risikobedømmelse og præmiefastsættelse sker i fri konkurrence mellem selskaberne.

Forhandlingerne om udformningen af stormfaldsordningen skal ikke omtales nærmere her. I relation til spørgsmålet om privat forsikring i forhold til offentlige og politiske interesser kan dog bemærkes, at den økonomiske kompensation til de skadelidte er kædet sammen med stærke "skovpolitiske" krav om genplantning med særligt ønskede robuste træarter.

Med omdannelsen af stormflodsloven til Lov om stormflod og stormfald blev det fastlagt, at midlerne fra den afgiftsfinansierede stormpulje ud over stormflods- og stormfaldserstatninger tillige kan anvendes til lagring af stormfældet træ fra statens skove og til udgifter i forbindelse med Kystinspektoratets og Danmarks Meteorologiske Instituts (DMI) stormflodsvarsling og bistand til Stormrådet.

Konklusioner

- Stormfaldsordningen, der blev vedtaget i 2000, skulle foruden fremtidige skader tillige kompensere for skaderne fra orkanen i 1999, og midlerne skulle tilmed dække driftsudgifter hos Kystinspektoratet og DMI. Offentlige skattefinansierede puljeordninger (in casu stormflodspuljen) indeholder således ingen garanti for, at de opsparede midler kun vil blive anvendt til de oprindelige formål
- Modsat vil der ved traditionel privat forsikringsafdækning ikke være tale om generel opsparring af midler, og der vil ikke være mulighed for

politiske beslutninger om anden anvendelse af de indbetalte præmier

- Stormskader er et klassisk eksempel på såkaldt aggregerede risici, hvor mange forsikringstagere bliver ramt af den samme forsikringshændelse. I privat forsikringsregi forudsættes et stort antal forsikringstagere for at sprede risikoen mest muligt. Som statslig, skattefinansieret "implicit forsikring" er stormfaldsordningens genplantningstilskud ikke underlagt sådanne aktuariemæssige og forretningsmæssige problemstillinger
- Etableringen af stormfaldsordningen illustrerer meget tydeligt, at det politiske system i nogle tilfælde vanskeligt kan stå imod pres om økonomisk kompensation til skaderamte grupper – uagtet at disse i et vist omfang selv kunne have påtaget sig et ansvar for risikoafdækning. Velfærdskommissionen har peget på netop stormfaldserstatningerne som et eksempel, hvor såkaldt "charity hazard" ("velgørenhedssvaghed") kan forlede det offentlige til ud fra politiske hensyn at kompensere grupper, der selv kunne have forsikret sig
- Før orkanen i 1999 havde de private skovejere ikke tilstrækkeligt incitament til at forsikringsafdække stormrisikoen – de udbudte forsikringer blev anset for at være for dyre. Med udsigten til at kunne modtage offentligt genplantningstilskud fra Stormrådet, hvis der er tegnet en privat basisforsikring, har langt de fleste skovejere i dag tegnet en sådan. Det er et åbent spørgsmål, om de omfattende 1999-orkanskader i sig selv – uden en offentlig stormfaldsordning – havde været incitament nok til tegning af private forsikringer
- Stormfaldsordningen er et eksempel på, at et politisk ønske om at tilgodese en bestemt risikogrupper behov kan løses ved at kombinere skattefinansierede tilskud med private forsikringsordninger som forudsætning for udbetaling af de offentlige tilskud
- Samlet set udgør stormflods- og stormfaldsordningen med meget detaljerede regler og mange instansers medvirken (Kystinspektoratet, DMI, Skov- og Naturstyrelsen, Stormrådet, Miljøministeriet, forsikringsselskaber m.fl.) et bureaukratisk og kompliceret erstatningssystem i forhold til målsætningen om at sikre skadeerstatning til nogle afgrænsede grupper
- Det henstår uafklaret, om ordningens målsætning kunne indfries ved mere enkle forsikringsordninger – eventuelt i poolsamarbejder mellem skadesforsikringsselskaberne og muligvis kombineret med obligatorisk forsikringsdækning.

Ejerskifteforsikringer – forbrugerbeskyttelse med (for) store forventninger

Det overordnede formål med loven om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom, nemlig at begrænse antallet af retstvister om hushandler, er nået, men ejerskifteforsikringens politisk definerede og uklare forsikringsvilkår betyder, at de forsikrede har alt for høje forventninger til dækningen. Forsikringsselskaberne har af politiske grunde ikke kunnet fastsætte forsikringsvilkår og præmier efter faktiske risiko- og markedsforhold og gik kun modvilligt med til at udbyde ejerskifteforsikringen. En lovændring i 2000 har dog afhjulpet de dyrekøbte forsikringserfaringer fra ordningens første år. Erfaringerne med ejerskifteforsikringen viser, hvor vigtig en ordentlig dialog mellem forsikringserhvervet og myndighederne er, når forsikring skal opfylde politiske formål.

Loven om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom trådte i kraft i 1996 for at nedbringe antallet af retlige tvister mellem private sælgere og købere af fast ejendom. Domstolene skulle aflastes, og forbrugerne skulle beskyttes mod indbyrdes langvarige konflikter og velfærdstruende erstatningskrav for fejl og mangler. Samtidig skulle der tilvejebringes bedre oplysninger om ejendommene, som dermed bedre kan handles til den "rigtige pris".

Forbrugerbeskyttelseslovens ene hovedelement er en ejerskifteforsikring, der dækker køber mod eksisterende skader på det nyerhvervede hus, som ikke fremgår af lovens andet hovedelement, en tilstandsrapport om husets fysiske tilstand (se faktabokse om ejerskifteforsikring og tilstandsrapport).

Ordnningen har været stærkt kritiseret. Det hævdes blandt andet, at ejerskifteforsikringerne dækker for lidt og er for dyre, at tilstandsrapporterne er for dårlige, at forbrugerne ikke informeres ordentligt, og at ordningen i det hele taget er besværlig og tidskrævende.

Dertil kommer, at ejerskifteforsikringerne ikke er udviklet på grundlag af et markedsbestemt behov. Reglerne og forsikringsdækningen søger at tilfredsstille nogle politiske forventninger om forbrugerbeskyttelse, hvilket indebærer, at ejerskifteforsikringen på en række områder er mere vanskelig end traditionelle forsikringer. I det følgende beskrives nogle af disse forsikringsrelevante problemstillinger.

Sælgers og købers incitamenter

Forbrugerbeskyttelseslovens instrumenter er frivillige for forbrugerne. Sælger er ikke tvunget til at få udarbejdet en tilstandsrapport, og køber er ikke tvunget til at tegne en ejerskifteforsikring.

Sælger har et betragteligt incitament til at benytte ordningen, idet han ved at få udarbejdet en tilstands-

rapport for ca. 6.000 kr., ved at indhente et tilbud på en ejerskifteforsikring og ved at erklære sig villig til at betale halvdelen af præmien for denne kan frigøre sig fra det i alle andre erstatningsretlige sammenhænge almindelige 20-årige mangelansvar. Når sælger præsenterer køber for en tilstandsrapport og et forsikringstilbud – og det gør næsten alle sælgere – står køber derimod over for en stort set ansvarsfri sælger og skal beslutte, om der skal tegnes en ikke helt billig og ikke let forståelig forsikring.

Hvis drømmehuset købes mere med hjertet end med hjernen, er køber ikke altid modtagelig for rådgivning hverken fra egen advokat eller fra forsikringsselskabet om ejerskifteforsikringens indhold. Forsikringsselskabets mulighed for at rådgive om ejerskifteforsikringen vanskeliggøres af, at huskøberen kan vælge eller fravælge forsikringen uden dialog med forsikringsselskabet. I ordningens første år fravalgte mange købere ejerskifteforsikringen, og frem til 2000 tegnede køberne kun forsikring i mindre end 10 pct. af de afgivne forsikringstilbud.

Når en ejendom sættes til salg, er det sælger, der tager initiativ til at anvende forbrugerbeskyttelseslovens første instrument, tilstandsrapporten. Sælger vælger at fraskrive sig mangelansvaret og har dermed umiddelbart størst fordel af ordningen. Derfor burde det måske være sælger selv, der skulle betale for lovens andet instrument, ejerskifteforsikringen. Politisk vilje til delvist at udjævne misforholdet mellem sælgers og købers incitamenter betød, at loven blev ændret i 2000, hvorefter sælger skal betale halvdelen af præmien, hvis køber vælger at tegne ejerskifteforsikringen. Resultatet heraf har været, at omkring 2/3 af køberne i dag tegner ejerskifteforsikring.

Sælger kan frigøre sig fra 20-års mangelansvar ved:

- At præsentere køber for en tilstandsrapport om huset
- At afgive en sælgererklæring om husets tilstand
- At forelægge køber et tilbud på ejerskifteforsikring
- At give tilsagn om at betale halvdelen af forsikringspræmien (indtil 2000 betalte køber hele præmien).

Informationsproblem

Ejerskifteforsikringen var i de første år hårdt ramt af, at der blev anmeldt skader på en meget stor del af de tegnede forsikringer. Det var således helt åbenbart, at

stort set kun de huskøbere, der "fornemme", at huset kunne rumme fejl og mangler, tegnede ejerskifteforsikring. Forsikringsselskaberne havde over for lovgiver forpligtet sig til at udbyde forsikringen i overensstemmelse med lovens minimumsbetingelser og til præmier og selvriskobeløb, som var helt utilstrækkelige i forhold til at forhindre spekulation mod forsikringsordningen.

Forsikringsselskaberne har ikke kunnet differentiere præmier og selvriskobeløb tilstrækkeligt efter de faktiske risici for de forskellige ejendomsstyper – dels af politiske grunde, dels fordi det enkelte forsikringsselskab ikke selv kan bestemme, hvilke informationer der skal indhentes til brug for præmieberegning og afgivelse af forsikringstilbud.

Forsikringsselskaberne er bundet til den offentligt definerede tilstandsrapport, som det enkelte selskab ikke har indflydelse på, og som kun beskriver ejendommens tilstand i forhold til tilsvarende ejendomme og kun beskriver de fejl og mangler, den bygningssagkyndige umiddelbart kan se.

Forsikringsselskaberne har været nødt til at udbyde en forsikring, som i de første år kun kunne sælges til såkaldte højrisikogrupper – på de givne politiske vilkår og til almindelige priser – og som stort set ikke blev solgt til lavrisikogrupper. Antageligvis kan det kun tilskrives forbrugerbeskyttelseslovens politiske bevågenhed, at forsikringsselskaberne ikke fjernede ejerskifteforsikringen fra produktsortimentet.

Efter lovændringen i 2000, hvor sælger betaler halvdelen af forsikringspræmien, begyndte flere huskøbere at tegne ejerskifteforsikringer, og forsikringsrisikoen er nu spredt mere tilfredsstillende mellem risikogrupperne.

Køber kan tegne en ejerskifteforsikring, der dækker:

- Skader som ikke fremgår af tilstandsrapporten
- Skader som den bygningssagkyndige ved en fejl ikke har angivet i tilstandsrapporten
- Typiske skader
 - Skader på gulv
 - Skader på fundament
 - Skader på tag og tagkonstruktion
 - Sætningsskader
- Ejerskifteforsikringen dækker ikke
 - Bagatelskader
 - Almindeligt slid og ælde
 - Udskiftning af bygningsdele, hvis levetid er udløbet.

Forsikringsbarhed

Mens de fleste skadesforsikringer dækker skader, der sker efter forsikringens ikrafttræden, dækker ejerskifteforsikringen skader, som allerede findes, når forsikringen tegnes, altså med tilbagevirkende kraft. Forsikringsteknisk er det i princippet ikke umuligt at dække skader, der er sket, og som først bliver konstateret i forsikringsperioden, men det forudsætter, at ingen – hverken forsikringstager eller forsikringsselskab – før forsikringen tegnes, har kendskab til konkrete skader. Den manglende forsikringstegning og de mange skader i de første år på de forsikringer, der blev tegnet, indikerer kraftigt, at denne forudsætning ikke har været overholdt.

Normalt vil sælger af en ejendom have bedre kendskab til ejendommen end både køber og forsikringsselskab. Dette er der dog taget højde for, ved at sælger ikke frigøres fuldstændigt for mangelansvaret, hvis han fortier oplysninger om ejendommens tilstand.

Tilstandsrapporten

- Koster omkring 6.000 kr.
- Beskriver de punkter, hvor ejendommens tilstand afviger fra andre ejendomme af samme type og alder
- Skal udarbejdes af en bygningssagkyndig, der er beskikket og har en ansvarsforsikring
- Indeholder en erklæring fra sælger om ejendommens tilstand
- Skal opfylde en række specifikke myndighedskrav.

Frivillig vs. obligatorisk forsikringsordning

Tilstandsrapporter og ejerskifteforsikringer er som nævnt frivillige for både køber og sælger. Huskøberens reelle valgfrihed er dog tvivlsom, når han står over for en stort set ansvarsfri sælger. Hvis forsikringen havde været obligatorisk for eksempel i de tilfælde, hvor sælger har valgt at præsentere køber for tilstandsrapport og forsikringstilbud, ville risiko og finansiering blive fordelt på de fleste købere og risikogrupper. Det nævnte spekulationsproblem kunne have været undgået, men i sin tid blev der lagt vægt på, at der skulle være tale om en frivillig ordning.

Forsikringsbetingelserne

Ejerskifteforsikringen skal mindst opfylde lovens minimumsbetingelser. Disse betingelser er udarbejdet på

baggrund af politiske og ikke helt entydige udmeldinger om, at forsikringen skal dække købers skuffede forventninger, enten fordi huset ikke svarer til beskrivelsen i tilstandsrapport og sælgererklæring, eller fordi huset ikke er i en tilstand, som må forventes i forhold til andre huse af samme type og alder.

Den slags skuffede forventninger er vanskelige at formulere i konkrete og operationelle forsikringsbetingelser. Mange huskøbere har større forventninger til ejerskifteforsikringens dækning, end der er belæg for i forsikringsbetingelserne, hvis der opdages fejl og mangler ved huset. For eksempel er mange huskøbere ikke klar over, at forsikringen kun skal dække skader, der nedsætter husets værdi eller brugbarhed i forhold til tilsvarende huse af samme type og alder. For ejerskifteforsikringerne er problemer med for store forventninger langt mere udtalt end for de fleste andre forbrugerforsikringer.

Behandlingen af klagesager over ejerskifteforsikringens dækning viser, at forsikringsselskaberne lever godt op til minimumsbetingelsernes ordlyd (og dermed til lovgivers intentioner). Forsikringsbetingelserne kan formentlig gøres noget mere tydelige, og huskøbernes rådgivere, dvs. advokat og ejendomsmægler, kan blive bedre til at informere om forsikringen. Sådanne forbedringer vil dog ikke eliminere det grundlæggende problem, nemlig at forsikringen er defineret ud fra politiske forventninger snarere end de mere objektive skadekriterier, forsikringer normalt baseres på.

Ejerskifteforsikringen

- Koster 10-15.000 kr. alt efter ejendommens type, størrelse og alder
- Har en selvrisiko på 5-10.000 kr. pr. skade, dog maksimalt ca. 30.000 kr.
- Dækker i mindst 5 år efter overtagelse af ejendommen
- Skal mindst dække som lovens minimumsbetingelser.

Konklusioner

Forbrugerbeskyttelseslovens overordnede formål med at nedbringe antallet af private retstvister om mangler ved køb af fast ejendom er indfriet, og sælger og køber har i dag et noget bedre informationsgrundlag til at kunne handle ejendommen til "den rigtige pris". Dermed kan det konstateres, at det trods megen kritik og uro om ordningen er lykkedes:

- At anvende en privat forsikringsordning til løsning af et samfundsproblem, således,
- At risikoen for velfærdstruende erstatningskrav er fjernet fra at skulle håndteres som tvister mellem de enkelte hussælgere og huskøbere til at være spredt på alle forsikringstagere.

Forbrugerbeskyttelseslovens forsikringselement er problematisk, fordi forsikringsselskaberne ikke har kunnet etablere og udbyde ejerskifteforsikringerne efter almindelige forsikringsprincipper på normale markedsvilkår:

- Forsikringsselskaberne gik kun modvilligt med til at udbyde den af lovgiver definerede ejerskifteforsikring
- Forsikringsselskaberne var nødsaget til at sælge forsikringen til politisk acceptable priser uanset faktiske risikoforhold og uanset behov for større differentiering mellem "gode og dårlige" ejendomme
- Forsikringen tegnes ikke og betales ikke fuldt ud af den, der umiddelbart har størst interesse i ordningens forbrugerbeskyttelse, nemlig hussælger
- Forsikringsselskaberne bestemmer ikke selv, hvilke informationer der skal anvendes til risikovurdering og tilbudsgivning, men må basere forsikringen på den myndighedsbestemte – utilstrækkelige – tilstandsrapport
- Forsikringsselskaberne udarbejder ikke deres forsikringsbetingelser efter almindelige forsikringstekniske principper, men skal mindst følge lovens (uklare) minimumsbetingelser.
- De uklare og svært forståelige minimumsforsikringsbetingelser betyder, at de fleste forsikringstagere har større forventninger om erstatningsmuligheder, end betingelserne reelt giver mulighed for.

Professionsansvarsforsikringer – statsgaranteret tillid gennem privat forsikring

Med lovpligtige ansvarsforsikringer for eksempel for advokater har staten sikret klienternes tillid til advokatinstitutionen, fordi man kan være sikker på, at økonomiske tab ved eventuelle fejl er dækket ind af en forsikring. Forsikringsvilkår, risikovurdering og prisfastsættelse overlades i vidt omfang til det frie forsikringsmarked. Sådanne forsikringer kan udbredes til mange andre områder. Ligeledes vil der være mulighed for med lovpligtige ansvarsforsikringer at understøtte tilliden til privatisering af offentlige opgaver, hvor myndighedsfunktioner eller rådgivning udlægges til private virksomheder.

Ved udførelse af mange liberale erhverv er der risiko for, at fejl og udeladelser kan påføre andre økonomisk tab. Derfor tegner de erhvervsdrivende forsikringer, der dækker ansvaret for sådanne tab – rådgiverforsikring eller professionsansvarsforsikring.

For særlige erhverv, hvor det er af væsentlig samfundsmæssig betydning, at der er fuld tillid til de erhvervsdrivendes korrekte udførelse af deres arbejde, har man gjort sådanne ansvarsforsikringer lovpligtige. For eksempel skal advokater og revisorer have tegnet en professionsansvarsforsikring for at kunne udøve deres erhverv. Med lovkrav om ansvarsforsikring har staten sikret, at advokatens klienter kan stole på advokatvirksomheden, idet de kan være helt sikre på, at hvis advokaten begår fejl, så er der en forsikring til at dække et eventuelt tab.

De lovpligtige ansvarsforsikringer udbydes på markedsvilkår i fri konkurrence mellem de forskellige forsikringsselskaber. Som følge af det typisk begrænsede antal forsikringstagere tegnes forsikringen ofte i et enkelt eller to selskaber, og der er gerne tale om gruppeordninger, der tegnes af medlemmerne af de pågældende erhvervsorganisationer, for eksempel gennem Advokatsamfundet. Lovgiver stiller ikke nødvendigvis detaljerede krav til disse forsikringer, idet de pågældende erhvervsgrupper har en betydelig egeninteresse i, at tilliden til erhvervet opretholdes og derfor sikrer, at ansvarsforsikringerne dækker, som de skal.

Forsikringsmæssigt er det nødvendigt, at den enkelte forsikringstager bevarer incitamentet til at undgå fejl og udeladelser, selv om der er tegnet en ansvarsforsikring. Derfor er der ofte knyttet en ret høj selvrisiko til forsikringen, så forsikringstageren selv skal betale en væsentlig del af erstatningen. Ligeledes ved forsikringstageren, at forsikringsselskabets eventuelle opsigelse af forsikringen efter en skade medfører øjeblikkelig inddragelse af erhvervstilladelsen.

I takt med den generelle velstandsstigning øges omfanget af de tab, rådgiveren kan påføre andre, og

der vil være en voksende samfundsmæssig interesse i at sikre tilliden til udøvelse af flere liberale erhverv end i dag.

Centrale lovpligtige professionsansvarsforsikringer:

- Advokatansvar
- Revisoransvar
- Ejendomsformidleransvar
- Forsikringsformidleransvar
- Ansvar for beskikkede bygningssagkyndige
- Ansvar for energi- og energiledelseskonsulenter.

Ligesom lovpligtige ansvarsforsikringer kan benyttes til at skabe tillid i forbindelse med forbrugerbeskyttende lovgivning som i tilfældet med de lovpligtige ansvarsforsikringer for beskikkede bygningssagkyndige, kan lovpligtige ansvarsforsikringer anvendes for at skabe tillid til privatisering af offentlige opgaver – for eksempel Statens Bilinspektion.

Hvis borgernes og samfundets interesser skal beskyttes på flere erhvervsområder end i dag, og dette skal ske uden skattefinansiering, uden opbygning af garantifonde og uden etablering af administrativt tunge garantiordninger m.v., kan obligatoriske professionsansvarsforsikringer være et redskab. Dog bør det, jf. ovenstående, sikres:

- At forsikringsvilkår, risikovurdering og prisfastsættelse i videst muligt omfang overlades til det frie forsikringsmarked
- At de forsikredes incitament til at undgå fejl og udeladelser bevares – eller forøges
- At der er tilstrækkeligt mange forsikringstagere til at sikre den nødvendige risikospredning.

Supplerende pensioner – en succeshistorie

Opbygningen af arbejdsmarkedspensioner som supplement til folkepensionen er en succeshistorie. Danmark er 15 år længere fremme end mange andre lande i forhold til at etablere et bæredygtigt pensionssystem. At der politisk og til dels fra kunderne rejses ønsker om større valgfrihed i disse år ændrer ikke herpå. De gode erfaringer fra udbygningen af det danske pensionssystem illustrerer, at en model for fremtidens velfærdssamfund er et system med en offentlig grundydelse og private tillægssikringer. Det er vigtigt, at der også i forbindelse med kommende drøftelser om velfærdssamfundets indretning dels bliver gennemført gradvise ændringer og dels skabes ro om og tillid til de offentlige grunddydelser.

Det danske velfærdssystem er som bekendt baseret på, at den offentlige sektor har et stort ansvar for at tilvejebringe velfærdsydelser på et relativt højt niveau, hvilket afspejler sig i det danske skattetryk. Det er et træk ved velfærdssamfundet, der kendes fra de øvrige nordiske lande.

Men det danske velfærdssystem adskiller sig på ét punkt på bemærkelsesværdig vis fra de fleste andre velfærdssystemer i højt udviklede lande, inkl. de nordiske. Det gælder i relation til den måde, hvorpå ansvaret for at tilvejebringe pensionsdækning er delt mellem den offentlige og den private sektor. Det danske pensionssystem er et eksempel på, at der er etableret en arbejdsdeling, hvorefter den offentlige sektor leverer en skattefinansieret basisyndelse til alle (folkepensionen), mens der via aftaler på arbejdsmarkedet er etableret supplerende pensionsordninger, der sikrer arbejdstagerne en passende indkomst som pensionister i forhold til den indkomst, de har haft som erhvervsaktive. Hertil kommer, at der i tilknytning til pensionsopsparingen er etableret forsikringsordninger, der sikrer indkomsten ved invaliditet og død.

I Danmark er næsten alle lønmodtagere omfattet af pensionsaftaler, som er en del af ansættelsesforholdet. Aftalerne indebærer som oftest, at der som et led i de senest afsluttede overenskomstaftaler eller aftaler med den enkelte virksomhed indbetales mindst 10 pct. for lavtlønnede og for højtlønnede ofte op til 20 pct. af lønnen til en pensionsordning i et livsforsikringselskab eller en pensionskasse.

Den skattefinansierede grundydelse er uafhængig af den enkeltes tidligere indkomst og skal sikre den basale forsørgelse for den, der forlader arbejdsmarkedet. Samme rolle har ATP, der bl.a. supplerer den sociale pension for personer med tilknytning til arbejdsmarkedet. Men denne pensionsdækning sikrer ikke en passende levestandard i forhold til indkomsten som erhvervsaktiv. Den supplerende pensionsdækning tilve-

bringes via private arbejdsmarkedspensioner – overenskomstdordninger og firmapensioner – der er baseret på forudgående opsparing. Endvidere findes der individuelle pensionsordninger, ligesom naturligvis fri opsparing i bl.a. bolig og værdipapirer m.v. kan tilfredsstille individuelle ønsker om opsparing til alderdommen.

Det danske pensionssystem består derfor af en række forskellige ordninger. Særligt karakteristisk er imidlertid udbredelsen af private arbejdsmarkedspensioner som supplement til folkepensionen. Systemet blev for alvor udvidet til brede kredse på arbejdsmarkedet i slutningen af 1980'erne og begyndelsen af 1990'erne, hvor arbejdsmarkedets parter i forståelse med den daværende regering indgik aftaler om at etablere supplerende pensionsordninger også for "almindelige" lønmodtagere på det private arbejdsmarked. De pensionsbidrag, der blev indbetalt i starten, var relativt beskedne, men er løbende blevet udbygget til det nuværende niveau, jf. ovenfor.

Et unikt system

Den arbejdsdeling mellem den offentlige og den private sektor, der kendetegner pensionssystemet, må betegnes som unik. I stort set samtlige højt udviklede lande, både i Europa og andre steder, står man over for en økonomisk udfordring i retning af, at antallet af ældre uden for arbejdsstyrken vil blive forøget i forhold til antallet af personer i arbejdsstyrken over de kommende årtier. I de fleste andre lande er man mere afhængig af enten offentligt finansierede pensioner eller af pensionstilsagn fra arbejdsgivere, der ikke er fuldt baseret på forudgående opsparing.

En af de anbefalinger, der går igen fra toneangivende økonomiske organisationer som OECD, Den Internationale Valutafond og Europa-Kommissionen er at møde de demografiske udfordringer bl.a. gennem opbygningen af et supplerende opsparingsbaseret pensionssystem som det danske. Men hvor en lang række andre lande endnu ikke for alvor er kommet i gang, har danskerne påbegyndt reformen af pensionssystemet for ca. 15 år siden. Det gør, at det danske udgangspunkt for at møde de demografiske udfordringer er langt bedre end i en række andre lande.

Da man i sin tid mellem regeringen og arbejdsmarkedets parter drøftede en udbygning af pensionssystemet, tænkte man næppe på partnerskabsaftaler. Men set i bakspejlet må etableringen af de supplerende pensionsordninger betegnes som et eksempel på en partnerskabsaftale, der blev indgået med succes.

Opbygningen af arbejdsmarkedspensionerne er sket som en overbygning på folkepensionen. Netop det

forhold, at de privat baserede pensioner gradvist er blevet etableret og udbygget, uden at det har betydet en reduktion af den offentlige grundydelse, har formentlig været med til at skabe opbakning til arbejdsmarkedspensionerne. Såfremt udbygningen af de privat baserede pensionsordninger som led i overenskomstaftalerne var blevet mødt med nedskæringer i den offentlige pension, ville det i udpræget grad have mindsket tiltroen til værdien af at reservere en del af lønstigningerne til pensionsformål.

På den baggrund er det vigtigt, at der også i forbindelse med kommende drøftelser om velfærdssamfundets indretning dels gennemføres gradvise ændringer og dels skabes ro om og tillid til de offentlige grundydelse. Helt konkret indebærer det på pensionsområdet, at man også fremover bør signalere, at folkepensionens grundbeløb fastholdes som en basal dækning.

Arbejdsmarkedspensioner under forandring

Netop i disse år gennemgår arbejdsmarkedspensionerne en gradvis forandring. Fra politisk side rejses der ønske om større valgfrihed for den enkelte, og i et vist omfang afspejles samme holdning i kundernes krav.

En langvarig trend, der giver den enkelte kunde valg mellem forskellige pensionsdækninger, f.eks. ægtefællepension og størrelsen af invalidepension i forhold til alderspension m.v., er fortsat under udvikling.

I stadig flere arbejdsmarkedspensioner introduceres individuelle investeringsvalg, f.eks. som såkaldte unit link-forsikringer, der er karakteriseret ved, at den enkelte har en vis indflydelse på sammensætningen af aktiverne, samtidig med at man bærer en større del af investeringsrisikoen selv. Også den individuelle pensionsopsparing foregår i stigende grad med individuelle valg mellem forskellige investeringsmuligheder.

Denne udvikling illustrerer, at private velfærdsordninger er i stand til – inden for givne rammer – at tilpasse sig individuelle og skiftende behov på en måde, som skattefinansierede løsninger ville have sværere ved.

På det seneste har der også været fremsat synspunkter i den offentlige debat om, at pensionsordningernes obligatoriske karakter for den enkelte bør blødes op. Det ene perspektiv i denne debat er, om den enkelte lønmodtager selv skal kunne sammensætte sin aflønning på elementerne løn, fritid og pensionsbidrag. Det andet perspektiv er, om den enkelte pensionskunde selv skal have frihed til at vælge sin pensionsleverandør – også for arbejdsmarkedspensionen.

Denne diskussion berører et centralt element i velfærdsdebatten. Det, der er det optimale valg for den enkelte, er ikke nødvendigvis det optimale valg for fæl-

lesskabet. Velfærd handler om fællesskabets valg, og hensynet til velfærden kan begrunde en begrænsning i den individuelle valgfrihed.

Hvad angår sammensætningen mellem løn, fritid og pensionsbidrag, kan der givetvis fremstilles eksempler, der viser, at en anden pensionsopsparingsprofil ville være det optimale for den enkelte. For eksempel således, at pensionsopsparingen mindskes i de yngre år, så der bliver bedre plads til en hurtigere afvikling af boliggyld. Ingen vil hævde, at systemet med samme bidragsprocent gennem hele livet er den eneste praktiske model. Med tiden kan det derfor heller ikke udelukkes, at der udvikles en ny praksis.

For det private pensionssystem som en del af velfærdssamfundet kan en sådan valgfrihed imidlertid give problemer. For hvad skal man stille op med personer, som vælger hverken at spare op i bolig eller til pension i de yngre år? Skal de samles op af fællesskabet, eller skal de bære konsekvenserne af egne valg? Ingen af disse alternativer er i overensstemmelse med de almene krav til et velfærdssamfund. Og i denne sammenhæng nævnes slet ikke de langt tungere konsekvenser for de skattefinansierede velfærdsydelser, der vil opstå, hvis lønmodtagere over en bred kam vælger fritid frem for arbejde.

Også hvad angår kollektivt valg af pensionsleverandør må det private pensionssystemets rolle i velfærdssystemet erindres. Kollektivt valg – dvs. obligatorisk medlemskab for den enkelte – giver mulighed for en vis solidaritet mellem kollektivets medlemmer, f.eks. i forhold til helbreds-vilkår og kønsspecifikke risici. For rent individuelle forsikringer gælder det, at risikoen for de enkelte forsikringstagere skal være tilnærmelsesvis den samme. Ellers vil en konkurrerende leverandør kunne levere en bedre pris til de kunder, der har den laveste risiko. Derfor må forsikrings-selskabet sikre sig ensartet risiko hos alle kunder og/eller differentiere pris eller dækning for kunder med forøget risiko. Obligatorisk medlemskab overflødig-gør denne proces, fordi selskabet i sin prissætning kan operere med en gennemsnitlig risiko for hele bestanden. Det kollektive leverandørvalg kan således begrundes i en velfærdsbetragtning om, at der skal gælde ens vilkår for alle medlemmer af kollektivet.

Naturligvis kan der tænkes andre løsninger end obligatorisk medlemskab for den enkelte af en overenskomstbaseret eller firmabaseret ordning. Men hvis pensionsordningernes rolle i velfærdssystemet skal opretholdes, vil alternativet til aftalesystemet formentlig blive lovgivning, der afstikker rammerne for den enkeltes valg og bidrag til fællesskabet. Et system, hvor alt overlades til den enkeltes frie valg, vil ikke være foreneligt med velfærdstankegangen.

Udbygning af systemet

Selv om pensionsbidragene til de supplerende arbejdsmarkedspensioner har nået et pænt niveau, er der ikke grund til at forvente, at udbygningen af systemet stopper. Ønskerne og kravene til levestandarden som pensionist stiger med indkomsterne i samfundet, og den udvikling vil fortsætte.

Det er muligt, at en udbygning af pensionsordningerne til at dække yderligere velfærdsopgaver vil føre til en større rolle til forsikringserhvervet i velfærdssamfundet. Det er i hvert fald kendetegnende, at flere af de "nye" forsikringsprodukter, der er omtalt i denne rapport, er blevet integreret i en række arbejdsmarkeds- og firmapensioner. Det gælder Kritisk Sygdom-forsikringer og sundhedsforsikringer.

Det er en udvikling, som baseres på kundernes efterspørgsel, og som F&P gerne både understøtter og medvirker til at skabe rammerne for.

F&P *Forsikring & Pension*

*Erhvervsorganisation
for forsikringselskaber
og pensionskasser*

Forsikringens Hus
Amaliegade 10
1256 København K

Tlf. 3343 5500
Fax 3343 5501

fp@ForsikringensHus.dk
www.ForsikringensHus.dk