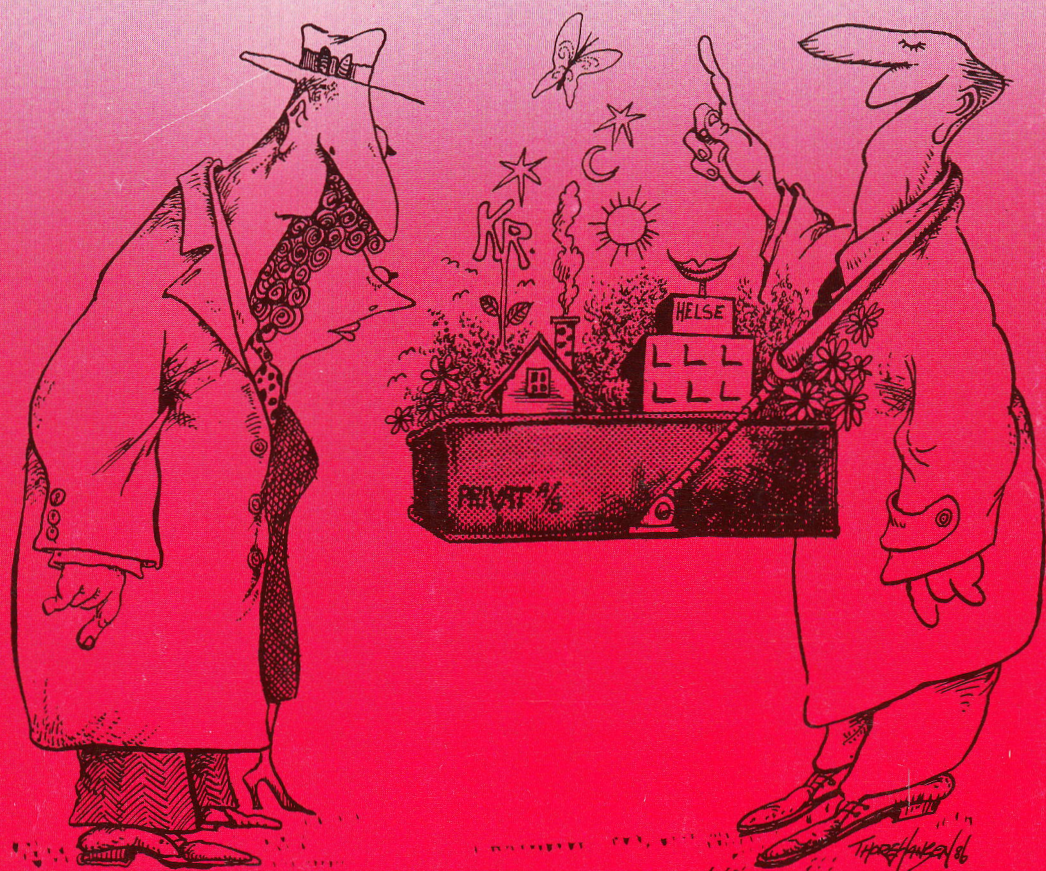


Jon M. Hippe & Axel W. Pedersen:

# VELFERD TIL SALGS



FAFO



**FAFO-RAPPORT NR. 065**

**Jon Mathias Hippe & Axel West Pedersen:**

# **VELFERD TIL SALGS**

**En undersøkelse av de private innslag  
i helse- og sosialpolitikken**

**FAFO desember 1986**

**Fagbevegelsens senter for forskning,  
utredning og dokumentasjon.**

**Lilletorget 1, 0184 Oslo I.**

**Tlf. 02/40 14 20**

© Fagbevegelsens senter for forskning, utredning og dokumentasjon  
ISBN 82-7422-004-8

Omslagsillustrasjon: Thore Hansen

Produksjon: Bergersens Trykkeri, Oslo

## **FORORD**

Denne rapporten er den andre hovedrapporten fra FAFOs "Dokumentasjonsprosjekt". Dette prosjektet har som målsetting å foreta en fortløpende og systematisk dokumentasjon og analyse av sentrale dimensjoner i den norske velferdsstatens utvikling.

Prosjektet er i sin helhet finansiert av Landsorganisasjonen. Valg av problemstilling og gjennomføring av arbeidet er FAFOs og forfatterens fulle ansvar.

Data-grunnlaget for denne rapporten stammer fra en rekke ulike kilder. Uten velvillig hjelp fra Forsikringsselskapenes Statistiske Kontor, Helsedirektoratet, Kommunal Landspensjonskasse, Kredittilsynet, Rikstrygdeverket, Sosialdepartementet, Statens Pensjonskasse og Statistisk Sentralbyrå hadde det ikke vært mulig å gjennomføre dette arbeidet.

En takk skal også rettes til alle som har gitt oss nyttige kommentarer: Erik Fjell (Helsedirektoratet), Jan Grund (Sosialdepartementet), Magnus Aarbakke (Institutt for Offentlig Rett). Og på FAFO: Halvor Fauske, Kåre Hagen og Tore Hansen.

Takk også til Inger Lise Husøy, Dag Odnes og Kirsti Rudolfsen for korrekturlesing og diverse praktisk assistanse under en hektisk innspurt.

Oslo 29/11-86

Jon Mathias Hippe og Axel West Pedersen



## INNHold

### FORORD

#### KAPITTEL 1: DEN PRIVATE VELFERDSPRODUKSJONEN

1.1	Innledning.....	s.	1
1.2	Privat eller offentlig?.....	s.	4
1.2.1	Organisering av produksjonen: styring og eierforhold....	s.	5
1.2.2	Finansiering.....	s.	7
1.3	Hva er privatisering?.....	s.	10

#### KAPITTEL 2: DE PRIVATE PENSJONSYSTEMENE

2.1	Innledning.....	s.	15
2.2	Hva er private pensjonssystemer?.....	s.	17
2.2.1	Hvilken sosialpolitisk rolle spiller de private pensjonssystemene?.....	s.	20
2.3	Oversikt over institusjoner og ordninger.....	s.	21
2.3.1	Privillig livs- og pensjonsforsikring.....	s.	21
2.3.2	Offentlig tjenestepensjon.....	s.	24
2.3.3	Privat tjenestepensjon.....	s.	26
2.4	De private pensjonssystemenes finansielle omfang.....	s.	28
2.4.1	Utbetalingssiden.....	s.	29
2.4.2	Finansieringssiden.....	s.	32
2.5	Fordelingen av pensjoner og rettigheter.....	s.	35
2.5.1	Hvem mottar pensjonene?.....	s.	36
2.5.2	Hvem opptjener rettigheter?.....	s.	39
2.5.3	Sammenfatning.....	s.	47
2.6	Skatteregler og skatteutgifter.....	s.	48
2.6.1	Hva er "normal" beskatning og hva er særregler?.....	s.	50
2.6.2	Størrelsen på skatteutgiftene i 1982 og 1984.....	s.	55
2.6.3	Sammenligning med andre offentlige utgifter.....	s.	57
2.6.4	Fordelingsvirkninger.....	s.	59
2.7	En todelt pensjonspolitikkk.....	s.	61

### KAPITTEL 3: DEN PRIVATE HELSEPOLITIKKEN

3.1	Innledning.....	s.	63
3.2	Det private helsetilbudets formelle rammer.....	s.	65
3.3	Det private innslaget i institusjonssektoren.....	s.	67
3.3.1	Private institusjoner innenfor offentlige helseplaner...	s.	68
3.3.2	Privat-finansierte institusjoner.....	s.	70
3.4	Private tilbud utenfor institusjon.....	s.	74
3.4.1	Privat betaling for helsetjenester utenfor institusjon..	s.	77
3.4.1.1	Egenandeler.....	s.	80
3.4.1.2	Full privat finansiering.....	s.	84
3.4.2	Offentlig styring av private helsetjenester utenfor institusjon.....	s.	88
3.5	Privatisering av helsevesenet?.....	s.	94

### KAPITTEL 4: PRIVAT ELLER OFFENTLIG VELFERD

4.1	Innledning.....	s.	99
4.2	Privat velferdsproduksjon og fordelingspolitikk.....	s.	100
4.3	Styring av den samlede ressursinnsats.....	s.	103
4.4	Privatisering og den realøkonomiske forsørgelsesbyrden..	s.	106
4.5	Privatisering og politisk oppslutning om velferdsstaten.	s.	109

#### VEDLEGG:

Beregning av skatteutgiften i forbindelse med livsforsikring og pensjonsordninger utenom Folketrygden.....	s.	111
--	----	-----

REFERANSELISTE.....	s.	121
---------------------	----	-----



## 1. DEN PRIVATE VELFERDSPRODUKSJONEN

### 1.1 INNLEDNING

Det er i Norge en omfattende produksjon av private velferdsytelser. Alt fra legekontroller til mer avanserte operasjoner kan kjøpes i det private helsemarked. På det sosialpolitiske området kan alderspensjon, uføretrygd, etterlattepensjon m.v. kjøpes av den enkelte i et privat livsforsikringsselskap eller man kan være med i slike ordninger på arbeidsplassen. De private løsninger har gjennom disse ordninger fått økt aktualitet innenfor velferdsstatens kjerneområde: helse- og sosialpolitikken.

I helsesektoren har "privatisering" vært et sentralt debatttema det siste året. På kort tid har det vokst fram private helsesentra drevet på kommersiell basis, det er gitt tillatelse til drift av privat sykehus utenfor den offentlige helseplanleggingen og det er innenfor den offentlige helsetjenesten innført egenandeler på en rekke ytelser.

De politiske signalene tyder imidlertid på at de private velferdsløsningenes plass i det norske samfunnet fortsatt ikke er avklart. I motsetning til Arbeiderparti-regjeringen uttrykte den borgerlige regjering et generelt positivt syn på fremveksten av private tilbud i helsesektoren:

"Selv med reell vekst i offentlige helsetjenester og bedret effektivitet, må en regne med at det i årene framover vil bli tatt initiativ til økte private tilbud utover de offentlige tilbudene. Regjeringen vil ikke hindre privat virksomhet som kan fungere som et supplement til den offentlige helsetjenesten" (Stortingsmelding 83 1984/85 s.288).

På det trygdepolitiske området er situasjonen en annen. Her eksisterer det allerede et helt privat tilbud i form av livs- og pensjonsforsikring, som myndighetene aktivt støtter gjennom gunstige skatteregler. Enkelte forslag om en ytterligere utvidelse av den private sosialpolitikken har vært fremmet. Blant annet ble det i mandatet til det såkalte "trygdefinansieringsutvalget" (NOU 1984:10) bedt om en utredning av mulighetene for en overføring av deler av Folketrygdens oppgaver til privat forsikring. En politisk debatt om forholdet mellom offentlige og private løsninger på dette området har likevel ikke kommet i gang.

Folketrygdens finansielle problemer og en voksende skepsis til de framtidige pensjoner, ser imidlertid ut til å føre med seg en økende interesse for privat livs- og pensjonsforsikring - i hvert fall hos forsikringsselskaperes kunder.

Vi skal i denne rapporten ta opp de private pensjonssystemenes og den private helsetjenestens omfang, fordeling og betydning for den offentlige økonomi og politikk. Det er ikke hensikten å lansere et bestemt syn på den rolle et privat tilbud kan og bør spille innenfor helse- og sosialpolitikken. Vi ønsker derimot å bidra til en nødvendig helse- og sosialpolitisk debatt ved å undersøke de private innslagene som finnes på dette området.

På mange måter står vi i dag ved en sosialpolitisk skillevei. Det må tas et politisk valg om de private velferdsløsningenes plass i den framtidige helse- og sosialpolitikken. Hvordan skal koblingen mellom private og offentlige ordninger være i årene framover ?

Kunnskap om de private velferdsordningene er vesentlig ikke bare for den enkelte mottaker, men er av avgjørende betydning som

beslutningspremiss for utformingen av den offentlige helse- og sosialpolitikken og for fagbevegelsen. Gjennom offentlig regulering og subsidiering av de private velferdsordningene påvirkes fordelingen av goder i samfunnet. Ikke minst har subsidieringen av de private pensjonsordningene fordelingsvirkninger som står i kontrast til de målsettinger som ellers gjør seg gjeldende i den offentlige sosialpolitikken.

For fagbevegelsen har utviklingen av det private velferdsmarkedet både prinsipiell og praktisk betydning. På det prinsipielle plan må fagbevegelsen ta stilling til spørsmålet om velferdsproduksjon skal være et offentlig ansvar eller om velferdsordninger i større grad skal være knyttet til avtaler i arbeidslivet. I den offentlige sektor er alle kategorier av ansatte omfattet av tjenestepensjonsordninger og reguleringen av pensjonene er et sentralt forhandlingstema. På det private arbeidsmarkedet er imidlertid bare en del av lønnstakerne dekket av en pensjonsordning i forbindelse med sitt arbeid. Spørsmålet er om fagbevegelsen skal gjøre opprettelsen av pensjonsordninger til et tariffspørsmål og hvordan arbeidstakerne sikres innflytelse på de eksisterende ordninger m.h.t. regulering av pensjonene, kapitalforvaltning o.l.

En vurdering av det private innslaget i velferdsproduksjonen er en problematisk oppgave. For det første er det uklart hva som skal legges i begrepet private velferdsytelser og hvor skillet mellom offentlig og privat innsats går. Helt offentlige og helt private tilbud er snarere unntaket enn regelen i det norske velferdssamfunnet. Dette gjelder særlig innenfor helsesektoren. For det andre er den tilgjengelige statistikken over private velferdsytelser svært mangelfull. "Produsentene av offentlig statistikk og deres oppdragsgivere har inntil nylig ikke vært særlig opptatt av den private sektors plass i helse- og sosialpolitikken" (Sosialdep. 1985). Denne mangelen på empiri avspeiler en manglende politisk interesse for virkningen av de private velferdsordninger.

Før vi foretar en nærmere beskrivelse av det private innslaget i sosialsektoren og i helsesektoren, skal vi i dette kapitlet drøfte

skillet mellom privat og offentlig velferdsproduksjon og hvordan vi kan definere privatisering.

## 1.2 PRIVAT ELLER OFFENTLIG ?

Innenfor helse- og sosialpolitikken, som innenfor de fleste andre områder av samfunnslivet, er skillet mellom privat og offentlig en over-forenkling (Judge&Knapp 1984). Etterkrigstiden kjennetegnes av en stadig sterkere sammenbinding av den offentlige og private sektor. Gjennom sterk vekst i offentlige reguleringer, overføringer og tjenesteproduksjon har skillet mellom offentlige og private løsninger blitt utvisket. Ikke minst har framveksten av folketrygdens ulike refusjonsordninger og den offentlige helseplanleggingen, knyttet den private og offentlige sfære sammen. Det kan derfor være uklart hvilke endringer som medfører mer, eller mindre offentlig innsats. Representerer feks. opphevelsen av etableringsloven for leger og innføringen av kommunale driftsavtaler en privatisering? Beslutningen om lokalisering har i større grad blitt privat, men legen må etablere sin praksis innenfor rammene av den kommunale helseplanen for å motta kommunale tilskudd. Kommunene har dermed større innflytelse over almenpraksisens innhold. Avtale-legen får fortsatt den samme andelen av sine inntekter fra det offentlige. Samtidig medfører dette systemet at leger uten avtale med kommunen må basere seg på større inntekter direkte fra pasientene (to-prissystemet). Den nye ordningen gir dermed en sterkere kommunal styring av de som blir avtaleleger, samtidig som utviklingen av to-prissystemet kan betraktes som en privatisering.

Problemene med å trekke skillet mellom offentlige og private løsninger går til en viss grad igjen også innenfor sosialpolitikken. Private forsikringsordninger som representerer alternativer til offentlige ordninger styres direkte gjennom regulering av det private forsikringsmarkedet, og indirekte gjennom skatteregler (feks. inndrag for premieinnbetalinger) som påvirker den enkelte forsikringstakers

disposisjoner. Disse skattereglene påfører det offentlige et betydelig skattetape, og betyr i realiteten en omfordeling fra de som står utenfor til de som omfattes av de private ordninger. Man kan derfor også innenfor sosialpolitikken stille spørsmål om hvor skillet går mellom privat og offentlig aktivitet.

Det finnes en rekke måter å tilnærme seg begrepene offentlig og privat. Den vanligste er å skille mellom tre ulike dimensjoner (Kristensen 1984, Lorentzen 1986, Killand 1986):

- \* Hvem utfører produksjonen(eierforhold) ?
- \* Hvem styrer eller kontrollerer virksomheten ?
- \* Hvem finansierer ytelsene ?

Ut fra disse dimensjonene kan vi tenke oss en tradisjonell oppdeling mellom to organisasjonsformer. På den ene siden en "markedsorganisering" hvor brukeren betaler, ytelsen produseres privat og fordeling og pris fastsettes i et fritt marked. På den andre siden "offentlige gratisytelser" hvor finansiering, produksjon og styring ivaretas av offentlige institusjoner.

Slike rendyrkede organisasjonsformer finner vi i liten grad i dag. Overgangen mellom offentlige og private ordninger er flytende, og graden av private løsninger avhenger av kombinasjonen av eierforhold, styring og finansiering. I det følgende skal vi nærmere på disse dimensjonene i forhold til helse- og sosialpolitikken.

### 1.2.1 ORGANISERING AV PRODUKSJONEN: STYRING OG EIERFORHOLD

Formell eiendomsrett gir i vårt samfunn tradisjonelt eieren en vesentlig innflytelse over selve produksjonen. Innenfor helse- og sosialsektoren må man imidlertid legge vekt på i hvilken grad offentlige myndigheter styrer den private tjenesteproduksjonen. Et

privateid sykehus som inngår i offentlige helseplaner og er offentlig finansiert gir eieren få reelle styringsmuligheter, og den private eiendomsretten kan i realiteten bli en formalitet.

Tilsvarende finner vi en sterk offentlig styring av forsikringsbransjen. De private forsikringsselskaperes virksomhet reguleres ved hjelp av konsesjonsordninger, regler for kapitalforvaltning, krav om at overskudd skal tilbakeføres til forsikringstakerne, skatteregler osv.

Vi har påpekt at den private eiendomsrett i realiteten kan begrenses gjennom offentlig reguleringer. Man må imidlertid også være oppmerksom på at begrepet privat kan omfatte svært ulike virksomheter.

En rekke private velferdsytelser produseres ut fra privatkapitalistiske hensyn om fortjeneste. I Norge finner vi dette i de private sosialforsikringer, og i den senere tid også innenfor helsesektoren i form av helsesentra drevet ut fra rent kommersielle hensyn. Fra andre land vet vi at helsetjenester er en voksende kommersiell bransje. I USA er det særlig sterk vekst innenfor den såkalte "for-profit" delen av helsebransjen i motsetning til de såkalte "non-profit" selskapene (LO 1986).

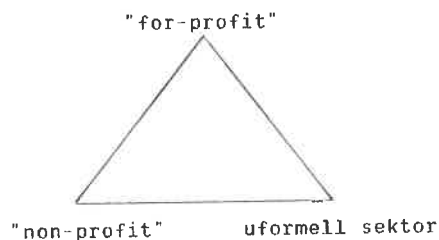
Privat eiendomsrett er imidlertid ikke nødvendigvis ensbetydende med virksomhet drevet ut fra profittenssyn. Framveksten av mange av våre private helse- og sosialtiltak har skjedd uten målsettinger om fortjeneste til eierne. Humanitære organisasjoner var de typiske grunnleggere av private helsetilbud i Norge: helsesøstertjenester, kontrollstasjoner for spebarn, tuberkuloseanstalter, behandlingsinstitusjoner for revmatisme og kreft og alminnelige somatiske sykehus (Evang 1955). "De private eiere hadde ikke helsefremmede, men utelukkende helsefremmende mål, og spørsmålet om eierrettigheter ble aldri mer enn en formalitet (Sosialdepartementet 1985).

Privat velferdsproduksjon kan også foregå i den uformelle sektor. Familie, venner og bekjente yter hverandre ulike velferdstjenester uten

at dette har karakter av institusjonaliserte ytelser. Undersøkelser i Norge har vist at det innenfor familien utføres et betydelig omsorgsarbeid (Lingsom 1985).

De ulike former for privat velferdsproduksjon kan illustreres som en trekant hvor profittbasert, ideell virksomhet, og uformelle tjenester utgjør trekantens hjørner.

Figur 1: Ulike former for privat velferdsproduksjon.



Disse ulike private aktivitetene kan i prinsippet finansieres helt eller delevis av offentlige myndigheter.

### 1.2.2 FINANSIERING

Helse- og sosialtjenester er ikke rene kollektive goder (som f.eks. forsvar), men lar seg prissette og selge i et marked. Det finnes derfor en rekke mulige finansieringsmåter for disse tjenestene. Grovt sett kan vi skille mellom tre typer:

- \* obligatorisk skattefinansiering
- \* private forsikringsordninger
- \* direkte privat betaling

Mens offentlige trygdeordninger og offentlige sykehus i sin helhet er skattefinansiert, er poliklinisk behandling belagt med en egen-andel.

Enkelte ytelser er i sin helhet direkte privat betalt, feks. tradisjonell tannbehandling for voksne.

I prinsippet kan alt fra alderspensjon til betaling for privat helsebehandling finansieres ved ulike forsikringsordninger. Disse ordningene baseres på individuell premieinnbetaling hvor premien avhenger av kjennetegn ved mottakeren (risikodifferensiering), eller på kollektive ordninger hvor alle betaler samme premie og hvor ytelsen er den samme for alle mottakere. Hel eller delvis arbeidsgiverfinansiering av forsikringspremier er et vanlig fenomen. I Norge kjenner vi dette innenfor pensjons- og livsforsikringsordningene. I USA og i en rekke europeiske land er det vanlig at private helse- og sosialforsikringer er et forhandlingsspørsmål mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. De private forsikringsordninger har dermed likhetstrekk med offentlig velferdsfinansiering basert på arbeidsgiveravgift: de representerer begge en ekstra kostnad på arbeidskraft (NAF 1985).

Private helseforsikringer er et relativt ukjent fenomen i Norge. Oppbygging av private sykehus og helsesentra vil imidlertid kunne åpne for et betydelig privat forsikringsmarked.

Samlet kan vi si at graden av privat innslag bestemmes i kombinasjonen av eiendomsrett, styring og finansiering. Det er først ved privat kontroll over alle disse sidene ved tjenesteproduksjonen vi kan snakke om en fullt ut privat velferdstjeneste. Selv om en almenpraktiserende lege formelt er selvstendig næringsdrivende, vil vedkommende være underlagt direkte offentlig styring og motta offentlige tilskudd gjennom refusjoner fra folketrygden og kommunal driftsavtale. I den grad privatpraktiserende helsepersonell ikke har driftsavtale reduseres det offentlige innslaget.

I skjemaet på neste side illustreres ulike kombinasjoner av de forskjellige dimensjoner ved offentlig og privat velferdsproduksjon. Graden av private løsninger avhenger av hvor langt vi beveger oss utover på de to aksene. Det private innslaget kan ta form av egen-andeler for offentlige tjenester, eller som individuelle premieinnbetalinger til private pensjonsforsikringer. Den uformelle



sektor, hvor tjenester ytes uten formell betaling, representerer et ytterpunkt i skjemaet.

Skjemaet er for oversiktens skyld gjort to-dimensjonalt. Dette er selvsagt en forenkling. De ulike kategorier omfattes av ulike former for offentlig styring.

Vi har satt inn eksempler på kombinasjoner av private og offentlige velferdsløsninger som finnes i Norge. Andre kombinasjoner er også mulige, og finnes i en rekke land.

OVERSIKT OVER ULIKE KOMBINASJONER AV OFFENTLIG OG PRIVAT  
VELFERDSPRODUKSJON:

Finansiering:	Produksjon (eiendomsrett)			Uformell sektor
	Offentlig	Privat/ ideelt	Privat/ "for-profit"	
Offentlig	1	2	3	4
Privat, individuell	5	6	7	
Privat, forsikring			8	
Ingen finansiell utveksling				9

- 1 Folketrygden, regionsykehus, kommunalt ansatte leger osv.
- 2 Offentlige tilskudd til Blå-kors, Røde-kors-sykehus, Frelsesarmeens matstasjoner osv.
- 3 Privatpraktis med kommunal driftsavtale, trygderefusjoner til ikke-avtale praksis/private helsesentra.
- 4 Omsorgslønn
- 5 Egen-andeler for offentlige ytelser
- 6 Gaver, medlemsinnbetalinger o.l. til ideelle organisasjoner
- 7 Direkte betalinger, medlemspremier til private institusjoner som privat legevakt, leger uten driftstilskudd osv.
- 8 Pensjons- og livsforsikringsordninger, tjenestepensjoner, private helseforsikringer osv.
- 9 Nabohjelp, familieomsorg o.l.

### 1.3 HVA ER PRIVATISERING ?

Det er en viss forvirring knyttet til hva som legges i begrepet privatisering. Det er enighet om at privatisering ikke er en tilstand, men en prosess. Problemet er å klargjøre hvilke endringer som kreves for at vi skal kunne snakke om en privatisering. Hvorfor blir feks. opprettelse av et privat sykehus betegnet som privatisering mens et økende omfang av private pensjonsforsikringer tradisjonelt ikke blir det ?

Privatiseringsbegrepet er drøftet av en rekke forfattere den senere tid (Iversen 1985, Killand 1986, Lorentzen 1986). De tre dimensjonene, finansiering, eiendomsrett og styring, tas som utgangspunkt også for en definering av privatisering. Privatisering er endringer langs en eller flere av de overnevnte dimensjoner. Privatisering betegnes dermed som en prosess hvor graden av offentlig finansiering, eiendomsrett eller styring endres. "En forutsetning for å kalle en ytelse privatisert, er at den en gang har vært offentlig"(Lorentzen 1986 s. 15). Ut fra dette perspektivet skisseres en rekke ulike privatiseringsprosesser avhengig av hvilken dimensjon som endres. De vanligste eksempler på slike typer av privatisering er:

- |                                   |                                 |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| * Kostnadsovervelting             | * Privatisering av offentlige   |
| * Anbudsprivatisering             | forvaltningsoppgaver            |
| * Innkjøp av private tjenester    | * Offentlig virksomhet overført |
| * Individualisering av offentlige | til markedsløsninger            |
| ytelser                           |                                 |

Disse privatiseringsformer representerer alle endring av den offentlige finansiering, styring eller eiendomsrett. Privatisering i helse- og sosialsektoren kjenner vi først og fremst i form av kostnadsovervelting på private (egen-andeler), innkjøp av private tjenester til offentlige institusjoner (vaskeri, renhold, kjøkken), og individualisering

(omsorgslønn). Ren markedsprivatisering hvor offentlig virksomhet overføres til private har forløpig ikke vært særlig aktuell, selv om en fylkeskommune nylig truet med å selge et fylkessykehus til private interesser i mangel på offentlige driftsmidler.

Brukes privatiseringsbegrepet på denne måten oppstår det et problem: hvis privatisering bare er endringer i eierforhold, finansiering og styring i en ytelsesproduksjon, som i utgangspunktet er offentlig, fanges ikke en stor del av de aktuelle problemstillinger innen helse- og sosialpolitikken opp av dette begrepet.

Begrepet privatisering bør også betegne en prosess hvor private ytelser vokser frem ved siden av den offentlige ytelsesproduksjon (tilbudsprivatisering). Endring av balansen mellom offentlige og private tilbud hvor disse dekker tilnærmet samme behov kan defineres som en særlig privatiseringsdimensjon. Dermed betegner ikke privatisering bare endring i sider ved den offentlige ytelsesproduksjon, men også endringer i forholdet mellom det offentlige og private ytelsetilbudet (O'Higgins, 1984).

Når f.eks. private pensjonsforsikringer vokser i betydning relativt til Folketrygdens pensjoner eller det blir et konkurrerende privat sykehusstilbud så kan det betraktes som privatiseringsfenomener selv om det offentlige tilbud forblir uendret.

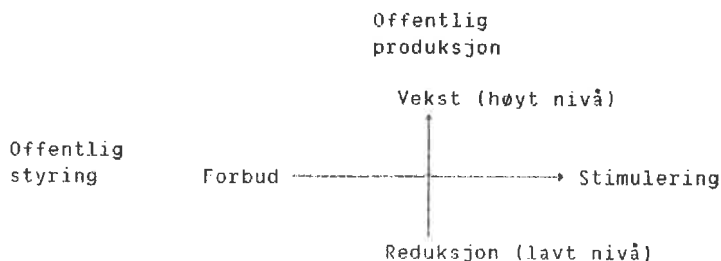
Dermed blir ofte de viktigste politiske beslutninger i privatiseringsspørsmål hvordan offentlige myndigheter skal forholde seg til et alternativt privat tilbud, og ikke om offentlig tjeneste-produksjon skal overføres til private.

Offentlige myndigheter påvirker både direkte og indirekte omfanget av et privat tilbud. De kan direkte hindre utviklingen av et privat tilbud ved rett og slett å forby privat virksomhet på et bestemt område. Dette er mer eller mindre den aktuelle situasjonen innenfor sykehussektoren. På den andre siden kan myndighetene direkte stimulere til privat innsats. Dette er tilfelle innenfor pensjonsområdet, hvor skattereglene begunstiger sparing i livs- og pensjonsforsikringsordninger. Det

offentlige påvirker imidlertid også indirekte omfanget av private ytelser gjennom beslutninger om kvalitet og omfang på det offentlige tilbudet. Det er rimelig å forvente at desto bedre og mer omfattende det offentlige tilbudet er, desto mindre vil etterspørselen etter private løsninger være. F.eks. vil nivået på de offentlige trygdeordninger påvirke etterspørselen etter private forsikringsordninger. Tilsvarende vil kapasitetsproblemer i det offentlige helsetilbudet bidra til å stimulere etterspørselen etter private løsninger.

Vi har prøvd å illustrere de to påvirkningsdimensjonene i den følgende figuren:

Figur 2: Kombinasjoner av offentlig styring og offentlig velferdsproduksjon som kan påvirke utviklingen av et privat tilbud.



Ideen med figuren er, at den beste grobunn for private løsninger finnes i en kombinasjon av direkte stimulering og reduksjon i det offentlige tilbud. Omvendt gir selvfølgelig vekst og forbud de dårligst tenkelige betingelser for privat initiativ.

"Vekst" og "reduksjon" i den offentlige ytelsesproduksjonen skal ikke tas for bokstavelig. For det første må man ha både mengdemessige og kvalitetsmessige aspekter for øye. For det andre må "vekst" og "reduksjon" sees relativt til befolkningens forventninger til velferdsytelsene. Feks. medførte ikke innføringen av Folketrygden redusert etterspørsel etter private livs- og pensjonsforsikringer. Dette kan henge sammen med at folketrygdordningen bidro til å øke forventningene til den levestandarden det var mulig å oppnå som pensjonist. Et økende offentlig tilbud medfører dermed ikke

nødvendigvis redusert etterspørsel etter analoge private ytelser. Det er derimot rimelig å anta at en reduksjon i offentlige (pensjons-)ytelser nesten alltid vil bidra til økt etterspørsel etter private løsninger.

Når private løsninger innen helse- og sosialpolitikken har fått så sterk aktualitet skyldes det ikke minst, at det offentlige tilbudet ikke har fulgt med forventningene eller etterspørslen hos store grupper av befolkningen. I helsesektoren er det først og fremst kapasitetsproblemer innenfor institusjonsområdet - køene - som har bidratt til å aktualisere et supplerende privat tilbud. På de sosiale pensjoners område er det snarere nivået på tilbudet og den skepsis som eksisterer til Foketrygdens pensjonsløfter som skaper økt etterspørsel etter private løsninger.

Det offentliges påvirkning av et privat sykehusstilbud de siste årene kan i figuren plasseres i det nederste venstre hjørnet. Det vil si en kombinasjon av stagnasjon i det offentlige tilbud samtidig som et privat tilbud forbyr. Dette er en situasjon som lett kan føre til et sterkt politisk press for å myke opp den restriktive politikken overfor private "helse-entreprenører"

På pensjonsområdet ser vi derimot en stimulering av den private innsats samtidig med at det fremmes forslag til begrensning av de framtidige offentlige pensjonsutbetalinger. Hvis det gjennomføres vesentlige reduksjoner i Folketrygden samtidig som skattesubsidieringen av det private tilbudet opprettholdes, vil vi nærme oss det nederste høyre hjørne i figuren og vi må forvente en sterk vekst i private forsikringsordninger.

Vi kan sammenfatte denne diskusjonen av privatiseringsbegrepet i to hovedpoenger.

\* For det første må man i privatiseringsdebatten være oppmerksom på endringer i forholdet mellom privat og offentlig innsats og ikke utelukkende ta i betraktning privatisering av eksisterende offentlige ordninger.

\* For det andre må utviklingen av private velferdstilbud analyseres og forstås både i forhold til den direkte offentlige reguleringen og i forhold til utviklingen i, og forventningene til, den offentlige velferdsproduksjonen.

I de neste kapitlene tar vi for oss omfanget og fordelingen av de private livs- og pensjonsordninger (kap. 2) og den private produksjonen av helseytelser (kap. 3). Vi vil i begge disse kapitlene legge vekt på å se denne beskrivelsen i forhold til de offentlige styringstiltak både politisk og økonomisk. I det avsluttende kapitlet drøfter vi hvilke konsekvenser en vekst i de private velferdsordninger vil få for de sosialpolitiske fordelingsmålsettinger og for de sentrale myndigheters makro-økonomiske styring.

## 2. DE PRIVATE PENSJONSSYSTEMENE

### 2.1 INNLEDNING

Den sosialpolitiske forskning i Norge har i en årrekke fokusert på de offentlige trygder og i liten grad tatt opp de private pensjons- og forsikringssystemene (Kolberg 1985). Man kan si at de private ordninger har levd et relativt uforstyrret liv i skyggen av de til tider heftige debatter om Folketrygden.

Innføringen av Folketrygden ga Norge et så ambisiøst og omfattende trygdesystem at privat forsikring kunne forventes delvis å ville miste sin betydning. Planen om oppbygging av et fond i Folketrygden hadde bl.a. sin bakgrunn i ønsket om å motvirke et forventet fall i privat sparing i livsforsikringselskaper og pensjonskasser (Hatland 1984). Slike forventninger har imidlertid ikke slått til. Etter Folketrygdens innføring vokste premieinnbetalingen til livsforsikringselskapene raskere enn i perioden før (Hatland, 1984:136). Livsforsikring og private pensjonsordninger er ikke blitt utkonkurrert av Folketrygden, men har tvertimot et økende omfang. De samlede pensjoner og erstatninger fra private pensjonsordninger var i 1984 på 6 784,3 mill. 1985 kroner. Det svarer til 18,7% av Folketrygdens utgifter til pensjoner og overgangsstønad. Størrelsen på innbetalingene til livsforsikring og private pensjonsordninger svarer til 33,6% av Folketrygdens pensjonsutgifter (se avsnitt 2.4).

Ikke minst Folketrygdens finansielle problemer og den voksende mistillit til de fremtidige pensjonsytelser, har brakt de private alternativer fram i søkelyset. I Trygdefinansieringsutvalgets innstilling foreslås det forskjellige tiltak for å redusere Folketrygdens pensjonsutgifter (NOU 1984:10). Det viktigste forslaget er å senke taket for opptjening av tilleggspensjonspoeng fra 12 til 6 ganger grunnbeløpet. Folketrygden skal med andre ord ikke lenger sikre mot bortfall av inntekt som ligger over denne grensen. Hvis denne og andre innstramninger i Folketrygdens pensjoner gjennomføres kan det bety en ytterligere stimulans til private pensjonsordninger.

Vi vil i dette kapitlet forsøke å gi et bilde av den rollen private pensjonsordninger spiller i dag. Vi legger hovedvekten på sosialpolitiske og fordelingspolitiske aspekter. Livsforsikrings-selskapenes og pensjonskassenes kapitalforvaltning og deres betydning for kreditt- og investeringspolitikken blir ikke tatt opp.

Under punkt 2.2. drøfter vi forholdet mellom offentlige og private pensjonsordninger. Hva skal vi regne med til de private pensjonssystemene og hvilken rolle spiller de vis-a-vis Folketrygden?

Under punkt 2.3. presenterer vi nærmere de forskjellige private pensjonsordninger. Hvordan er de finansiert og i hvilke situasjoner yter de erstatninger/pensjoner?

Under punkt 2.4. framlegger vi tall for omfanget av de private pensjonssystemene. Vi legger vekt på størrelsen av utbetalingene fra de private pensjonssystemene og på hvor mye vi betaler inn i form av innskudd og premier. Vi har allerede avslørt at selv sammenlignet med Folketrygdens pensjoner har midlene som fordeles gjennom de private pensjonsordninger et betydelig omfang.

Det er bare en del av befolkningen som er omfattet av de private pensjonssystemene. Under punkt 2.5. ser vi på hvem det er som mottar private pensjoner og hvem som opptjener rett til framtidige pensjonsutbetalinger. Det er neppe overraskende at bare et mindretall av dagens pensjonister mottar supplerende private pensjoner og at



deltakelsen i disse ordninger er skjevt fordelt til fordel for høyinntektsgruppene.

Til slutt, under punkt 2.6., tar vi opp de skattefordelene som gjelder for sparing i private pensjons- og forsikringsordninger. Skattefordelene betyr at det offentlige i realiteten finansierer en betydelig del av de private pensjoner. Vi har beregnet at skattereglene i 1984 kostet det offentlige 5 846 mill. kroner i form av tapte skatteinntekter - det svarer nesten til de reelle kostnadene ved hele Folketrygdens tilleggspensjonssystem i 1984.

## 2.2 HVA ER PRIVATE PENSJONSSYSTEMER?

I alle industrialiserte land er det på de sosiale pensjoners område et samspill mellom et obligatorisk offentlig pensjonssystem og forskjellige mer eller mindre "private" og frivillige pensjonsordninger (van Gunsteren og Rein 1985).

Nedenfor har vi trukket frem to dimensjoner, som kan bidra til en grov inndeling av pensjonssystemer:

	Offentlig	Privat
Obligatorisk	Folketrygden	
"Frivillig"		Livs- og pensjons- forsikring Tjenestepensjon

I det øverste venstre hjørne har vi de obligatoriske, offentlig administrerte pensjonssystemer. Folketrygden hører hjemme her.

I det nederste venstre hjørne har vi plassert de "frivillige" ordninger administrert i privat regi. Med "frivillige" mens her bare

at medlemskap ikke ifølge lovgivningen er påbudt.

I Norge er det ikke pensjonsordninger, som passer inn i de to siste rutene. Slike ordninger er likevel ikke utenkelige.

For det første kan et frivillig (tilleggs-) pensjonssystem organiseres i offentlig regi. Innenfor Folketrygden er det bl.a. bygget inn et element av frivillighet i sykeforsikringen for selvstendige næringsdrivende, som ved å betale en ekstra avgift kan få sykepenger fra den første fraværsdagen.

For det andre er private pensjonssystemer hvor medlemskap i følge lovgivningen er obligatorisk for hele eller deler av befolkningen av stor betydning i Vest Europa. I land som Finland, Frankrike, Sveits og Storbritannia er medlemskap i en privat administrert (tilleggs-)pensjonsordning obligatorisk for deler av befolkningen, som oftest alle lønnstakere. (Tamburi og Mouton, 1986: 136). I Norge har vi på helt tilsvarende måte påbudt bilforsikring og ansvarsforsikring.

I forhold til land med obligatorisk privat forsikring er det i Norge et klarere skille mellom offentlige og private pensjonsordninger. Vi kan definere private pensjonsordninger med utgangspunkt i to kriterier:

For det første skal ytelsene på samme måte som Folketrygdens pensjoner være rettighetsbasert. Deltakerne skal ha rett til ytelsene, når stønadsbegivenheten eller "forsikringstilfellet" inntreffer.

For det andre skal den begivenhet som utløser ytelsene være tilnærmet de samme som Folketrygdens stønadsbegivenheter - alderdom, forsørgertap, uførhet og det å være eneforsørger. Her lar vi i første omgang tvilen komme de private ordninger til gode, og tar med alle ordninger som kan gjøre krav på å dekke de samme behovene som Folketrygdens pensjoner. Det betyr at vi i tillegg til forskjellige private pensjonsordninger tar med alle former for livsforsikring.

"Privat" skal rett og slett forstås som "utenom Folketrygden". Vi er interessert i alle ordninger, som bare gir rettigheter til en avgrenset

gruppe. Det betyr, at netto-pensjonene fra en offentlige institusjon som Statens Pensjonskasse i denne sammenheng hører med på like fot med ytelser fra livsforsikringsselskapene.

I figuren ovenfor satte vi "frivillig" i gåseøyne. I praksis er deltakelse i en stor del av de private ordningene langt fra frivillig for den enkelte. Det går et viktig praktisk og prinsipielt skille mellom frivillig pensjons- og livsforsikring og ordninger opprettet i forbindelse med et ansettelsesforhold.

Det er m.a.o. to vidt forskjellige måter man kan oppnå rettigheter i de private velferdssystemene:

Den ene er på frivillig basis å kjøpe slike rettigheter hos et livsforsikringsselskap. Forsikringstakeren betaler da selv den prisen som selskapet forlanger for forsikringen.

Den andre er at man automatisk gjennom jobben er med i livsforsikrings- eller pensjonsordninger opprettet av arbeidsgiveren. I praksis er medlemskap i slike ordninger obligatorisk for den enkelte arbeidstaker, og de forsikrede betaler bare en del, eller ingen del av kostnadene ved ordningen.

Vi har i Norge tre ulike systemer ved siden av hverandre som kan gi erstatning ved inntektsbortfall:

- \* Folketrygdens pensjoner.
- \* Et nettverk av tjenstepensjonsordninger.
- \* Frivillig livs- og pensjonsforsikring.

### 2.2.1 HVILKEN SOSIALPOLITISK ROLLE SPILLER DE PRIVATE PENSJONSSYSTEMENE?

Hensikten med Folketrygdens pensjoner er å gi kompensasjon for inntektsbortfall i bestemte situasjoner - alderdom, forsørgertap, uførhet og det å være eneforsørger.

Når vi har definert livsforsikring og private pensjonsordninger som de "private pensjonssystemene", er det fordi slike ordninger gir ytelser i situasjoner som tilsvarener Folketrygdens stønadsbegivenheter.

Det er i virkeligheten bare et delvis sammenfall mellom Folketrygdens stønadsbegivenheter og de situasjoner som berettiger til ytelser fra de private ordninger. De private ordninger kan derfor spille to forskjellige sosialpolitiske roller ved siden av Folketrygden:

For det første kan de gi ytelser i situasjoner som Folketrygden ikke dekker. Et eksempel på det er at private pensjonsordninger kan yte uførepensjon selvom arbeidsevnen bare er nedsatt med 25%. I Folketrygden er den tilsvarende grensen satt til 50% ervervsuførhet. Et annet eksempel er at tjenestepensjonsordninger i noen tilfeller kan yte alderspensjon allerede fra 65 år.

For det andre kan de gi et supplement til inntekten til personer som i tillegg mottar pensjoner fra Folketrygden. Den siste rollen er utvilsomt langt den viktigste. De private ordninger tilbyr primært ytelser som kan supplere en pensjon fra Folketrygden.

Motivet for å tilslutte seg en privat pensjonsordning trenger imidlertid ikke utelukkende å være knyttet til et framtidig pensjonsbehov. Tvertimot spiller skattefordeler og lånemuligheter en stor rolle i salget av livs- og pensjonsforsikring - noe man kan forvisse seg om ved å se på budskapet i forsikringsselskapenes annonser. I noen tilfeller kan skattemotivet være helt dominerende. Innbetaling på en livs- eller pensjonsforsikring benyttes da bare som en skattemessig gunstig sparemulighet. Men, uansett hensikt eller motiv med å betale inn til en privat pensjonsordning, vil pensjonene ved

utbetaling få en effekt for fordelingen av levekår blant pensjonistene.

## 2.3 OVERSIKT OVER INSTITUSJONER OG ORDNINGER

I dette avsnittet skal vi redegjøre for de ordningene som tilbys i de private pensjonssystemene og se på hvilke stønadsbegivenheter de dekker.

Først skal vi ta for oss frivillige forsikringsordninger og deretter se på tjenestebaserte ordninger for hhv. offentlig og privat ansatte.

### 2.3.1 FRIVILLIG LIVS- OG PENSJONSFORSIKRING

Livsforsikringsselskapene (livselskapene) er alene om å tilby frivillig livs- og pensjonsforsikring i Norge.

Det er idag 12 selskaper med konsesjon til å selge livsforsikring. En del av disse selskapene er organisert som aksjeselskaper og en del er i prinsippet eid av forsikringstakerne (gjensidige selskaper).

Nedenfor har vi forsøkt å gi en systematisk oversikt over de ordningene som livselskapene tilbyr:

	Kapitalforsikring	Renteforsikring
Individuell	Individuell livsforsikring	Indiv.pensjonsfors. Livrenter
Kollektiv	Gruppelivs-forsikring	Foreningspensjon

Ved kapitalforsikring får man utbetalt et èngangsbeløp og ved renteforsikring en årlig pensjon eller livrente, som løper en bestemt årrekke eller livet ut. I begge tilfeller kan det både være snakk om å betale i form av en èngangspremie eller løpende premier.

Ved individuell forsikring kan man få akkurat den forsikring som ønskes m.h.t. størrelsen på forsikringssum, pensjonens løpetid osv. Hver enkelt har mulighet for å la sine spesielle ønsker komme til uttrykk. Samtidig kan selskapet variere premien etter den enkeltes antatte risiko ved hjelp av opplysninger om alder, kjønn, helbred, livsstil eller lignende. Hver forsikringstaker kan i prinsippet få akkurat den ordning vedkommende ønsker og må betale i forhold til sin antatte risiko (Rold Andersen, 1984: 29).

Ved kollektiv forsikring tilbyr selskapet et standardisert forsikringsopplegg for en hel gruppe - f.eks. de ansatte i en bedrift eller medlemmene av en yrkesorganisasjon. Den enkelte har ikke den valgfrihet som ved individuell forsikring og selskapet avstår fra å variere prisen.

Det er igjen to typer av kollektiv forsikring: Den ene er gruppelivsforsikring og kollektiv pensjonsforsikring hvor forsikringskontrakten inngås på arbeidstakernes vegne mellom en arbeidsgiver og forsikringsselskapet. Det er tjenestepensjonsordninger som vi skal ta opp nedenfor. Den andre er gruppelivsforsikring eller pensjonforsikring, hvor medlemmene av en yrkesorganisasjon, fagforening eller lignende får et standardisert tilbud om forsikring, men hvor deltakelse likevel er opp til den enkelte.

Hvilke stønadsbegivenheter dekker de forskjellige ordninger?

I en individuell livsforsikringskontrakt inngår det alltid et dødsrisikoelement - dvs. en avtale om at forsikringssummen utbetales, hvis den forsikrede dør. I tillegg kan det imidlertid avtales at forsikringssummen under alle omstendigheter utbetales når den forsikrede når en viss alder. Det kalles sparingsdelen. Endelig kan det avtales at forsikringssummen utbetales ved invaliditet.

Ved dødsfall vil mottakerne av forsikringssummen ofte være ektefelle eller barn, og forsikringen fungerer da som et supplement til enke- og barnepensjonene fra Folketrygden. I livsforsikring kan man imidlertid også velge å "begunstige" andre personer enn den nærmeste familie. I noen tilfeller kan det tenkes at man derved dekker et reelt forsørgelsesbehov som ikke Folketrygden dekker.

Sparingsdelen på en livsforsikringskontrakt kan anvendes til alderdomssikring, førtidspensjonering eller lignende. Den minimale bindingstiden på sparingdelen i en livsforsikring er imidlertid bare 10 år. Det er derfor ikke noe i veien for at forsikringssummen utbetales mens forsikringstakeren er fullt yrkesaktiv. Livsforsikringen fungerer da som en ren spareordning - motivert av de skattefordeler og lånemuligheter som følger med innbetalinger til en slik forsikring.

Grupplivsforsikring er alltid en ren dødsrisikoforsikring med et evt. tillegg av uførekapital.

Individuell pensjonsforsikring og foreningspensjon kan inneholde både en alderdoms-, enke-, barne- og uførepensjon. Det kan avtales at en individuell pensjonsforsikring løper fra pensjonsalderen nås og livet ut, eller at den bare løper i en bestemt årrekke. Man kan også få innebygget en såkalt "garanti", som betyr at alderspensjonen under alle omstendigheter utbetales i en årrekke også om den forsikrede dør.

Individuell pensjonsforsikring fungerer stort sett som supplement til de tilsvarende pensjoner fra Folketrygden. Det er imidlertid enkelte forskjeller i betingelsene for utbetaling. Bl.a. kan uførepensjon ytes når den forsikrede er 25% ervervsufør (Forskriftene av 28./6. 1968: Regler om egen pensjonsforsikring).

Innen frivillig forsikring er det ingen grenser for hvilket stønadsnivå man kan oppnå. Størrelsen på erstatninger og pensjoner er et spørsmål om hvor mye man er villig til å betale i premier. Det ligger likevel en viss begrensning på innbetalingenes størrelse i skattereglene. For premier til livsforsikring opp til 4 000 kroner i skatteklasse I (8 000

kroner skatteklasse II) gis et skattefradrag på 40%. Tilsvarende er det satt et tak for fradrag for innbetalinger til "egen pensjonsforsikring" ved 15% av gjennomsnittsinntekten de siste tre år (se punkt 2.6.).

### 2.3.2 OFFENTLIG TJENESTEPENSJON.

Praktisk talt alle offentlig ansatte er omfattet av en tjenestepensjonsordning som gir et supplement til pensjonene fra Folketrygden.

Ansatte i staten er medlemmer av Statens Pensjonskasse, som også omfatter enkelte andre grupper av offentlig ansatte (Lov om Statens Pensjonskasse av 28.7. 1949).

I motsetning til i privat forsikring er det i Statens Pensjonskasse ikke oppbygget et fond til dekning av pensjonene. Medlemmene betaler 2% av lønnen til pensjonskassen. Disse løpende inntekter, pluss et tilskudd fra staten dekker årets utgifter.

For de ansatte i kommunene er det derimot store forskjeller i administrasjonen av pensjonsordningene:

Av 472 kommuner og fylkeskommuner har 416 pensjonert sine ansatte i Kommunal Landspensjonskasse (KLP), som er et livsforsikringsselskap eiet av medlemskommunene. En rekke av de store kommuner som Oslo, Bergen og Trondheim og enkelte fylkeskommuner har opprettet en egen, frittstående pensjonskasse (kommunale pensjonskasser). Enkelte kommuner har valgt en tredje løsning - å tegne kontrakt med et av de øvrige livsforsikringsselskaper.

I motsetning til Statens Pensjonskasse følger de kommunale pensjonsordninger prinsippene for privat forsikring ved at pensjonene er dekket gjennom et fond administrert enten av et



livsforsikringsselskap eller av en kommunal pensjonskasse.

De kommunale tjenstepensjonsordninger varierer med hensyn til hvor stor del den enkelte arbeidstaker og (fylkes-) kommunen betaler. Det er vanlig at arbeidstakerne betaler et bidrag på 2% av lønnen, mens kommunen betaler resten. I noen kommuner bl.a. Oslo, betales derimot hele tilskuddet av arbeidsgiveren.

De offentlige tjenstepensjoner inneholder alderspensjon, uførepensjon og enke- og barnpensjon.

Pensjonsutbetalingene samordnes med Folketrygden. Alderspensjonene fra Statens Pensjonskasse utgjør sammen med Folketrygdens alderspensjon 66% av sluttlønnen plus 1/4 G og kompensasjonstillegget - det siste vil fra 1.5. 1986 si 7 500 kroner. I Statens Pensjonskasse teller imidlertid bare inntekt opp til lønstrinn 27 fullt ut (191 000 kr. i 1986). Det beregnes bare pensjon av 1/3 av den overskytende inntekten. De kommunale pensjonene svarer i alt vesentlig til pensjonene fra Statens Pensjonskasse.

De offentlige tjenstepensjoner reguleres i forbindelse med de årlige inntektsoppgjør. Reguleringen forhandles med organisasjonene som en del av tariffoppgjøret. Ved de siste tarifforhandlinger er det avtalt å innføre en regulering i takt med Folketrygdens grunnbeløp.

Hvis vi ser på inntekten etter skatt gir de offentlige tjenstepensjoner inklusive Folketrygden alderspensjoner som for store grupper kompenserer nesten 100% for den tidligere disponible inntekt (Hatland 1984). Dette henger sammen med de gunstige skatteregler som gjelder for pensjonister, særfradraget på 17 700 kroner og reglen om at pensjonister ikke betaler pensjonsdelen av medlemsavgiften til Folketrygden.

### 2.3.3 PRIVAT TJENESTEPENSJON

En privat tjenestepensjonsordning kan administreres på tre forskjellige måter. Arbeidsgiveren kan:

- \* Tegne en tjenestepensjonsforsikring hos et livselskap
- \* Opprette en privat pensjonskasse.
- \* Utbetale pensjoner direkte over driften.

Ved de to første alternativene har arbeidstakerne sikkerhet for sine pensjoner i fondet som bygges opp i forsikringsselskapet eller i pensjonskassen. Hvis derimot bedriften velger å utbetale pensjoner direkte over driften er det bare gitt et løfte, som neppe fullt ut kan oppfylles hvis bedriften skulle gå konkurs. Tandberg Radiofabrikk hadde valgt den siste løsning, og er et eksempel på hvordan slike pensjonsløfter kan komme i fare.

Arbeidsgiveren kan også kombinere innbetalinger til en pensjonskasse eller en pensjonsforsikring med utbetaling av supplerende pensjoner over driften. Det er svært vanlig at arbeidsgivere som har opprettet en pensjonskasse eller pensjonsforsikring supplerer utbetalingene derfra med utbetalinger direkte over driften.

Formelt sett er det helt opp til arbeidsgiveren om det skal opprettes en tjenestepensjonsordning for de ansatte. Fagorganisasjonene i den private sektor er i liten grad involvert i spørsmålet om tjenestepensjonsordninger. Disse private pensjonsordninger er ikke avtalefestet. Derimot er pensjonsordninger et viktig element i mange bedrifters personalpolitikk. I en rekke bransjer, særlig innen servicesektoren, er det en lang tradisjon for pensjonsordninger for de ansatte.

Private tjenestepensjonsordninger er regulert både mht. hvilke stønadsbegivenheter de kan dekke og nivået på ytelsene i forskrifter gitt av Sosialdepartementet, populært kalt "reglene" (Regler om private tjenestepensjonsordninger. 28./6. 1968). Reguleringen er imidlertid

indirekte fordi den er gitt som betingelse for skattefrihet for arbeidsgiverens innskudd til en pensjonskasse eller et forsikringsselskap. "Reglene" har derfor ingen betydning for arbeidsgivere, som ikke er skattepliktige i utgangspunktet - som f.eks. LO og NAF - og de har ingen betydning for pensjoner betalt direkte over virksomhetens driftsregnskap.

En privat tjenestepensjon kan på samme måte som de offentlige tjenestepensjoner inneholde alders-, enke-, barne- og uførepensjon. For alderspensjonen er hovedreglen at det som i Folketrygden gis pensjon fra 67 år. For særlig utsatte grupper er det imidlertid mulig å sikre pensjon allerede fra 65 år.

M.h.t. til nivået på ytelsene fastslår "reglene" at det ikke kan opptjenes pensjon av inntekt over 12 G (336 000 kroner pr. 1.5. 1986). Dekningsgraden inklusive pensjonen fra Folketrygden - forholdet mellom den tidligere inntekt og den samlede pensjonen - må ikke være større for høye enn for lave inntekter. Disse bestemmelsene kan imidlertid omgås av skattepliktige arbeidsgivere ved at det betales ut supplerende pensjoner direkte over driften.

En stor del av de private tjenestepensjonsordninger er konstruert slik at de i grove trekk svarer til de offentlige tjenestepensjonene. Det er ikke uvanlig at man i pensjonsplanen opererer med tilsvarende målsetninger med hensyn til bruttopensjoner, som i Statens Pensjonskasse.

Et eksempel er Norsk Hydros pensjonskasse, den største private pensjonskasse i Norge, med en forvaltningskapital på vel 3 mrd. kroner. For ugifte er den fulle alderspensjonen på 65% av sluttlønnen plus 1/4 G og kompensasjonstillegg - inklusive pensjonen fra Folketrygden. De fleste banker og sparekasser har lignende ordninger.

Hydros og bankenes pensjonskasser hører til de private ordninger, som

gir den beste pensjonsdekning. En stor del av de private tjenestepensjonsordningene gir bare beskjedne pensjoner.

#### 2.4 DE PRIVATE PENSJONSSYSTEMENES FINANSIELLE OMFANG

Vi skal i dette avsnittet se på de private pensjonssystemenes finansielle omfang.

Den samlede forvaltningskapital i livsforsikringsselskaper og pensjonskasser var i 1985 på vel 97 milliarder kroner<sup>1</sup>. Av disse sto livsforsikringsselskapene alene for snaue 80 milliarder kroner. Spørsmål om kapitalforvaltning og disse formuenes betydning på finans- og kredittmarkedet skal vi imidlertid la ligge i fortsettelsen. Vi konsentrerer oss i om de summene som strømmer til og fra de private pensjonsordningene - hvor mye vi til sammen mottar i pensjoner og hvor mye vi betaler i premier og innskudd.

Hvert år utbetales betydelige beløp i pensjoner og erstatninger fra livsforsikringsselskaper og pensjonskasser. I 1984 var de samlede pensjoner og erstatninger fra de private pensjonssystemene på 6 784,3 mill. 1985 kroner.

Samtidig legger disse ordningene beslag på store finansielle ressurser. I 1984 betalte vi 12 231,2 mill. 1985 kr. i premier og tilskudd til livsforsikringsselskaper og pensjonskasser.

Både når det gjelder utbetalingene fra og innbetalingene til de private pensjonssystemene er det relevant å sammenligne med Folketrygden. Hvor store er de samlede private utbetalinger sammenlignet med Folketrygdens

1. Kilder: SSB: S.U. 34/86 og S.U. 40/86. For frittstående kommunale pensjonskasser er kilden KLP. Tallet for private pensjonskasser er basert på en fremskrivning fra 1984.

pensjonsutbetalinger, og hvor mye bruker vi på disse pensjonsordninger i forhold til det vi bruker på Folketrygdens pensjoner?

#### 2.4.1 UTBETALINGSSIDEN

I en artikkel fra 1982 har Gøsta Esping-Andersen fremlagt tall for private pensjoner som prosent av offentlige pensjonsutgifter i en rekke land. I denne oversikten er de private pensjoners andel i Norge anslått til 1,8% (Esping-Andersen 1982). Jon Eivind Kolberg har kommet frem til et noe høyere tall: Han anslår de samlede private pensjonsutbetalinger til 3,5% av de tilsvarende utbetalinger fra Folketrygden i 1980 (Kolberg 1985).

Disse anslagene synes å bekrefte forestillingen om at de private pensjonssystemene i Norge er relativt ubetydelige i sammenligning med Folketrygden.

Våre tall gir imidlertid et helt annet bilde. Forskjellene skyldes i noen grad at både Esping-Andersens og Kolbergs tall bygger på en snever definisjon av hva som skal regnes med til de private ordningene. I overensstemmelse med vår definisjon inkluderer vi i de private pensjonsutbetalingene samtlige pensjoner og erstatninger fra livsforsikringsselskapene, private pensjonskasser, Kommunal Landspensjonskasse, frittstående kommunale pensjonskasser og til slutt Statens Pensjonskasse.

I tabell 1 viser vi de samlede private pensjonsutbetalinger og deres fordeling på livselskaper og pensjonskasser. I 1984 ble det utbetalt til sammen 6 784,3 mill. kroner i pensjoner og erstatninger fra de private pensjonsordningene.

Over halvparten av disse utbetalingene stammer fra offentlige tjenestepensjonsordninger. Utbetalingene fra statlige og kommunale

tjenestepensjonsordninger utgjorde tilsammen 61% av de samlede pensjoner og erstatninger i 1981 og 55% i 1984<sup>1</sup>. Statens Pensjonskasse stod for nesten halvparten - 48% - av de samlede "private" utbetalingene i 1981. I 1984 var andelen imidlertid sunket til 42%.

**Tabell 1:** Pensjoner og erstatninger fra livselskaper og pensjonskasser. Sum mill. 1985 kr. og andeler i prosent.

	1981	1982	1983	1984
Alle	5 983,1	6 104,5	6 405,8	6 784,3
Livselskapene (ekskl. KLP) <sup>1</sup>	34,9	35,1	37,2	40,8
Private pensjonskasser <sup>2</sup>	4,4	4,8	4,6	4,4
KLP <sup>3</sup>	4,3	4,8	5,1	5,5
Kommunale pensjonskasser <sup>4</sup>	8,4	7,9	7,5	7,6
Statens Pensjonskasse <sup>5</sup>	47,9	47,4	45,6	41,8
I alt:	99,9	100,0	100,0	100,1

**Kilder:**

1. SSB: NOS B 526 1983, tabell 9 og S.U. nr. 34/86, tabell 5.
2. SSB: SU nr. 40/86 s. 23.
3. KLP: Årsberetning 1982-1984.
4. SSB: NOS B 526 1983, tabell 14 og for 1983-84 upubliserte tall fra Byrået.
5. Statens Pensjonskasse: Årsberetning 1981-1984. Det er bare tatt med netto-pensjonene.

Utbetalingene fra individuelle forsikringsformer og private tjenestepensjonsordninger vokser i betydning relativt til de offentlige tjenestepensjoner. Mens nettopensjonene fra Statens Pensjonskasse reelt ble redusert fra 1981 til 1984 var det en jevn vekst i erstatninger og pensjoner fra livselskapene (ekskl. KLP) på ialt 33% over hele perioden. I 1984 var livsforsikringsselskapene ansvarlige for 41% av de private pensjonsutbetalingene.

Hvilken betydning har disse private pensjonsutbetalingene sammenlignet med Folketrygdens pensjoner?

De private pensjonssystemene kan vise til årlige utbetalinger, som langt fra er ubetydelige i forhold til Folketrygdens pensjoner. Pensjoner og erstatninger fra de private pensjonssystemene ligger i

1. Enkelte kommuner har forsikret sine ansatte i et vanlig livsforsikringsselskap og blir derfor regnet med i utbetalingene herfra.

denne perioden nokså stabilt på vel 18% av Folketrygdens utgifter til pensjoner og overgangsstønad. Hvis vi bare sammenligner med Folketrygdens utbetalinger til alders-, uføre- og enkepensjon svarer de private utbetalingene til 20,6%.

	1981	1982	1983	1984
Utbetalinger fra livselskaper og pensjonskasser <sup>1</sup>	5 983,1	6 104,5	6 375,4	6 784,3
Folketrygdens pensjoner <sup>2</sup>	32 663,6	33 623,4	34 887,7	36 367,0
"Private" utbetalinger i % av Folketrygden	18,4	18,2	18,3	18,7

Kilder:

1. Samme som tabell 1.
2. St. prp. nr.1 1986-87 Sosialdepartementet.

Vi kan til slutt sammenligne med Folketrygdens utgifter til tilleggspensjoner (til alders-, uføre- og enke-pensjonister). I 1984 var disse utgiftene på tilsammen 9 556,2 mill. 1985 kroner. Det betyr at vi i 1984 mottok utbetalinger fra de private pensjonsordningene av en størrelsesorden som svarer til nesten tre fjerdeler av de samlede utbetalinger av tilleggspensjon fra Folketrygden.

Det mangler imidlertid også i de tallene vi her har presentert en del private pensjonsutbetalinger. Det dreier seg om pensjonsutbetalinger fra private arbeidsgivere, som finansieres direkte over virksomhetens drift. Det er sannsynligvis relativt sjelden at arbeidsgivere helt baserer en tjenestepensjonsordning på slike utbetalinger ("Tandbergmodellen"). Derimot er det vanlig at bedrifter kombinerer en forsikringsmessig pensjonsordning for de ansatte med supplerende pensjonsutbetalinger over driftsbudsjettet.

Vi kan bare antyde omfanget av disse private pensjonsutbetalingene. I en undersøkelse av personalkostnadene i medlemsbedriftene foretatt av NAF framgår det at bedriftene utbetaler betydelige beløp i

pensjonsytelser direkte over driften (NAF: Bedriftenes indirekte ("sosiale") personalkostnader, 1985). Undersøkelsen omfatter bedrifter med tilsammen 200 500 ansatte. Bedriftene utbetalte i 1983 tilsammen 215,5 mill. kroner i pensjoner over driften og 520 mill. kroner til forsikringsmessige pensjonsordninger. Hvis forholdet mellom de to typer av pensjonsutgifter kan generaliseres til hele det private arbeidsmarked må man anslå de samlede pensjonsytelser fra private bedrifters driftsbudsjetter til ca. 900 mill. kroner. Det er i tilfelle et beløp som skal legges til de øvrige private pensjonsytelser i tabellene foran. Disse 900 mill. kroner vil bringe anslaget på de private pensjonsytelsenes andel av Folketrygdens utgifter opp i 21%.

#### 2.4.2 FINANSIERINGSSIDEN

"Pensjon er ikke bare noe man får, det er noe man betaler" (Sparekasseforeningen, 1986). Det gjelder like fullt for de private pensjonsordninger som for ytelsene fra Folketrygden.

I Folketrygden dekkes pensjonsutbetalingene direkte av de løpende inntekter - arbeidsgiveravgifter, medlemspremier og tilskudd fra staten. I privat forsikring er derimot pensjoner og erstatninger dekket i et fond oppbygget av premiene som forsikringstakerne har innbetalt i tidligere perioder. Det er derfor ikke i privat forsikring noen sammenheng mellom utbetalinger og innbetalinger det samme året. De premiene som betales inn et år samles opp i fond, som sammen med avkastning skal dekke de kommende års utbetalinger.

Premier og tilskudd til livselskaper og pensjonskasser betales av enkeltpersoner, bedrifter og institusjoner. De samlede årlige innbetalinger er et uttrykk for hvor mye vi tilsammen bruker på private pensjoner; og i så måte det beste mål for de private ordningenes omfang i dag.



**Tabell 3:** Premier og tilskudd til livsforsikringsselskaper og pensjonskasser; Mill. 1985 kr. og i prosent av Folketrygdens pensjonsutgifter.

	1981	1982	1983	1984
Alle	10 455	10 537	10 981	12 231,2
Livselskapene (ekskl. KLP) <sup>1</sup>	46,4	47,6	49,6	53,1
Private pensjonskasser <sup>2</sup>	6,7	5,8	6,4	5,5
KLP <sup>3</sup>	12,0	12,7	12,6	12,1
Kommunale pensjonskasser <sup>4</sup>	7,6	7,6	5,7	6,4
Statens Pensjonskasse <sup>5</sup>	27,3	26,3	25,8	23,0
I alt	99,9	100,0	100,1	100,1
I prosent av Folketrygdens pensjonsutgifter <sup>6</sup>	32,0%	31,3%	31,5%	33,6%

Kilder:

1. Forsikringsselskapenes statistiske kontor.
2. SS8: S.U. 40/86 s. 23.
3. KLP: Årsberetning 1982-1984.
4. SS8: NOS B 526 1983, tabell 14 og for 1983-84 upubliserte data fra Byrået. I Byråets materiale er oppdelingen av pensjonskassenes inntekter misvisende. Vi har derfor måttet anslå innskuddenes andel av pensjonskassenes samlede inntekter.
5. Statens Pensjonskasse: Årsberetning. I Statens Pensjonskasse svarer innbetalinger stort sett til utbetalingene.
6. Samme som i tabell 2.

Vi bruker i øyeblikket et beløp som svarer til en snau tredjedel av Folketrygdens pensjonsutgifter på innbetalinger til de private pensjonssystemene. Mens vi i 1984 betalte 36 367 mill. kroner over arbeidsgiveravgiften, medlemsavgiften til Folketrygden og over den alminnelige inntektsskatt til Folketrygdens pensjoner betalte vi i tillegg 12 231,2 mill. kroner til private pensjonsordninger (begge tall er oppgitt i 1985 kroner). Alt i alt brukte vi altså i 1984 over 48 milliarder kroner, tilsvarende 10 % av BNP, til pensjonsformål.

På innbetalingssiden dominerer livsforsikringsselskapene blant de private institusjonene. Vel halvparten av de samlede private innbetalinger går i 1984 til livsforsikringsselskapene. Innskuddene til offentlige tjenestepensjonsordninger utgjør i 1984 bare 42 prosent av de samlede "private" pensjonsinnskudd.

Fra 1983-84 viser innbetalingene til de private pensjonssystemene en raskere vekst enn Folketrygdens pensjonsutgifter. Om dette er uttrykk for en vedvarende trend er ikke godt å si. Bak den samlede veksten i

innbetalingene til de private pensjonsordningene ligger en reell stagnasjon i innbetalingene til Statens Pensjonskasse, mens premier og tilskudd til livselskapene vokser raskt.

Vi skal ta med en tabell som viser veksten i premieinnbetalingene til livselskapene fordelt på de forskjellige typer av ordninger:

Tabell 4: Premier til livselskapene (inkl.KLP) oppdelt på ordninger. Mill. 1985 kr. og realvekst fra 1981 til 1985.

	Premier 1985	Prosentvis vekst 1981 til 1985
Livsforsikring <sup>1</sup>	4 315 (42%)	257%
Individuell pensjonsforsikring <sup>2</sup>	1 396 (14%)	49%
Kollektiv pensjonsforsikring <sup>3</sup>	4 593 (45%)	32%
Alle:	10 304	69%

Kilde: Forsikringsselskapenes statistiske kontor.

1. Kapitalforsikring

2. Individuell renteforsikring.

3. Kollektiv renteforsikring.

De samlede premieinnbetalinger til livselskapene økte reelt fra 1981-1985 med 69%. Til sammenligning vokste utgiftene til Folketrygdens pensjoner med 11,3% over den samme perioden.

Det er en jevn vekst i samtlige forsikringsformer bortsett fra en eksplosjonsaktig utvikling fra 1983 til 1985 i livsforsikringer med engangspremier. Mens det i 1983 ble betalt inn 156 mill. 1985 kroner på slike forsikringer hadde premieinntekten økt til 2 110 mill. kroner i 1985. Tegningen av slike forsikringer med engangspremie er utpreget skattemotivert - noe som også erkjennes i forsikringsbransjen. I følge opplysninger fra Forsikringsselskapenes statistiske kontor har nytegningen av slike forsikringer hittil i 1986 vært minimal.

Det er en sterk og stabil tendens i retning av at vi bruker større beløp på de individuelle forsikringsformene - som vi tidligere har betegnet det frivillige pensjonssystemet. Det er ikke tvil om at pensjoner og erstatninger på disse forsikringsformer kommer til å øke raskt de kommende år. De fondene som livselskapene har bygget opp til å dekke de framtidige utbetalinger var i 1985 på 77 520 mill. kr. Disse fondene har hatt en realvekst på 38% fra 1982-1985 (SSB:SU.34/86).

På utbetalingssiden kommer neppe Folketrygden til å kunne følge med veksten i pensjoner og erstatninger fra livsforsikringsselskapene og her særlig veksten i utbetalingene på de frivillige forsikringsformene.

Under det neste punktet skal vi ta opp de fordelingsmessige sidene ved de private pensjonssystemene. Hvem mottar de private pensjonsutbetalingene og hvem opptjener rettigheter til framtidige pensjoner? Den veksten vi her har konstatert, særlig i de individuelle pensjonsformene, betyr at fordelingen av disse rettighetene vil få stadig større betydning for levekårene til framtidens pensjonister.

## 2.5 FORDELINGEN AV PENSJONER OG RETTIGHETER

Alle som er bosatt eller arbeider i Norge har automatisk rettigheter i Folketrygden (Folketrygdlovens paragraf 1-2). I de private ordningene er det bare de som betaler eller som andre betaler for, som opptjener rettigheter til pensjoner og erstatninger.

Det er derfor et helt sentralt sosialt og politisk spørsmål hvor mange som er omfattet av livsforsikring og private pensjonsordninger og hvor mange som står utenfor og følgelig bare har rett til Folketrygdens pensjoner.

I tillegg er det vesentlig hvordan deltakelsen i de private ordningene er fordelt på ulike grupper i samfunnet. Hvordan er fordelingen av rettighetene i de private pensjonsordninger på inntektsgrupper, yrkesgrupper, kjønn osv?

Det er dessverre lite vi vet om disse spørsmålene. Dette er et forsømt område i offentlig statistikk. Vi er derfor henvist til å sette sammen et heller ufullstendig bilde basert på ulike kilder: bl.a. forsikringsselskapenes og pensjonskassenes egen statistikk,

selvangivelsesstatistikk fra Statistisk Sentralbyrå m.v. Det er en vesentlig mangel ved disse data at de er personorienterte. Det er naturligvis ikke bare den som har tegnet en livsforsikring, som har glede av den. Det er vel så mye ektefelle eller barn (eller andre "begunstigede"). Et riktigere bilde ville vi ha fått, om vi hadde hatt data over husholdninger.

Først skal vi se på hvem som i øyeblikket mottar private pensjonsytelser - hvor stor del av dagens pensjonister som nyter godt av supplerende private pensjoner? Deretter skal vi ta opp hvem som opptjener rettigheter til framtidige pensjonsytelser fra de private ordningene.

#### 2.5.1 HVEM MOTTAR PENSJONENE?

Pr. 31./12. 1984 mottok 835 540 personer pensjon eller overgangsstønad fra Folketrygden (SSB: SM 6/86). Av disse var 563 532 personer alderspensjonister. En del av pensjonistene mottar i tillegg ytelser fra individuelle pensjonsforsikringer eller tjenestepensjonsordninger. Vi så under det siste punktet at de samlede pensjoner og erstatninger fra private pensjonsordninger har et betydelig omfang også sammenlignet med Folketrygdens pensjoner. Spørsmålet er imidlertid hvordan disse pensjonsinntektene er fordelt.

Det var ved utgangen av 1984 110 037 pensjonister i Statens Pensjonskasse. De mottok hver i gjennomsnitt 24 393 kroner i nettopensjon fra pensjonskassen. Av disse var 59 205 personer alderspensjonister med en gjennomsnittlig nettopensjon på 32 813 kroner (Statens Pensjonskasse: Årsberetning for 1984).

Fra Kommunal Landspensjonskasse ble det utbetalt løpende pensjon til 23 000 personer i 1984. I gjennomsnitt ble det utbetalt vel 15 000 kroner pr. pensjonist (KLP: Årsberetning 1984).

I de frittstående kommunale pensjonskasser var det pr. 31.12. 1985 25 900 pensjonister (Kilde: KLP).

Det betyr alt i alt at ca. 160 000 personer mottar en offentlig tjenestepensjon. Det svarer til ca. 19% av samtlige pensjonister i 1984.

Private tjenestepensjoner utbetales av livsforsikringsselskapene, private pensjonskasser og av bedriftene selv. Det ble utbetalt pensjon til 109 103 personer fra kollektive pensjonsordninger i livsforsikringsselskapene i 1984 (ekskl. KLP) (Kilde: Forikringsselskapenes Statistiske kontor). Vi har imidlertid ikke tall for hvor mange som mottar pensjoner fra private pensjonskasser og direkte fra arbeidsgiveren.

Det er ganske få personer som mottar pensjoner fra individuelle pensjonsforsikringer. Bare 39 267 personer mottok i 1984 pensjoner fra en individuell pensjonsforsikring (eller en livrenteforsikring) (Kilde: Forsikringsselskapenes statistiske kontor). Det svarer til 4,7% av samtlige pensjonister.

Vi kan supplere dette heller ufullstendige bildet med tall fra Statistisk Sentralbyrås inntekts- og formuesundersøkelse<sup>1</sup>. På selvangivelsen er det en post for "tjenestepensjon og lignende". I prinsippet skal alle "private" pensjonsinntekter bortsett fra pensjonene fra Statens pensjonskasse oppføres på denne posten.

I følge inntekts- og formuesundersøkelsen hadde 189 852 pensjonister i 1984 inntekter på posten - "pensjoner o.l." Det svarer til 25,1% av pensjonistene i 1984. For de som hadde slik inntekt utgjorde den i gjennomsnitt 17 721 kroner. Hvis vi til denne gruppen legger de 110 000 personer som hadde pensjon fra Statens Pensjonskasse kommer vi til at snaue 40% av pensjonistene hadde pensjonsinntekter som supplerer pensjonen fra Folketrygden. All sannsynlighet taler imidlertid for at

1. Undersøkelsen er basert på selvangivelsene til et representativt utvalg på ca. 6800 personer.

det er en viss overlapping mellom de to gruppene slik at det virkelige tallet ligger noe lavere.

Med utgangspunkt i disse tallene kan vi konkludere at private pensjonsutbetalinger idag bare har betydning for forsørgelsen av et mindretall av pensjonistene. Minst 60% av dagens pensjonister er uten supplerende inntekter fra en privat pensjonsordning<sup>1</sup>.

De pensjonistene som har private pensjonsinntekter i tillegg til Folketrygden mottar i gjennomsnitt relativt store beløp. Den gjennomsnittlige nettopensjonen fra Statens Pensjonskasse var i 1984 for alderspensjonistene på 32 813 kroner. For de pensjonistene som hadde inntekt på posten "tjenestestepensjon" o.l. var inntekten i gjennomsnitt på 17 721 kroner. Til sammenligning var Folketrygdens minstepensjon i 1984 på 36 517 kroner.

Private pensjonsutbetalinger betyr relativt lite for forsørgelsen av Folketrygdens minstepensjonister. Det viser seg at blant de alderspensjonister som mottar mindre enn 37 000 kroner fra Folketrygden (minstepensjonistene) var det bare 25% som hadde inntekt fra private pensjonsordninger (Kilde SSB: Inntekts- og formuesundersøkelsen).

Det er derfor etter all sannsynlighet slik at private pensjonsytelser først og fremst tilfaller pensjonister med relativt romslige tilleggspensjoner fra Folketrygden<sup>2</sup>. Dermed blir den skjevhet i inntektsfordelingen mellom pensjonistene som følger av tilleggspensjonssystemet forsterket av private pensjonsutbetalinger. Mens pensjonsytelsene fra Folketrygden bare delvis avspeiler ulikhetene i inntekt blant de yrkesaktive, øker de private pensjonsytelser inntektsforskjellene blant pensjonistene. Private pensjonsordninger bidrar til å nøytralisere Folketrygdens utjæmnende effekt.

I det neste avsnittet skal vi se på hvem som i dag optjener

<sup>1</sup> Vi har helt sett bort fra erstatninger fra livsforsikring.

<sup>2</sup> Det er umulig å vise sammenhengen mellom folketrygdutbetalinger og andre pensjonsytelser fordi det i inntektss statistikken ikke er mulig å skille utbetalingene fra Folketrygden fra utbetalingene fra Statens Pensjonskasse.

rettigheter i de private pensjonssystemene og dermed blir morgendagens mottakere av private pensjoner.

### 2.5.2 HVEM OPPTJENER RETTIGHETER?

I Aksel Hatlands "Folketrygdens framtid" (Hatland 1984) gjengis resultatene av en intervjuundersøkelse foretatt i 1983 i samarbeide med Norsk Opinionsinstitutt. 987 personer mellom 15 og 74 år ble spurt om de var medlem av en tjenstepensjonsordning eller om de hadde tegnet en "egen pensjonsforsikring". I tabellen under er vist hvor stor del av de spurte som sa at de var med i en tjenstepensjonsordning eller hadde tegnet egen pensjonsforsikring:

	Yrkesaktive	Alle
Bare tjenstepensjon	36	31
Bare egen pensjonsforsikring	8	12
Begge deler	10	6
Ingen	42	59
Vet ikke	4	4
N	542	987

Kilde: Hatland 1984, s. 116.

Til sammen 37% av de spurte opplyste at de var med i en eller begge typer av ordninger. 59% sa at de ikke var med i noen av ordningene.

Ettersom en del av de som ikke er yrkesaktive enten vil komme til å delta i slike ordninger i en senere fase av livet eller har deltatt tidligere, kan det være mer relevant bare å se på gruppen av yrkesaktive. Av de yrkesaktive var det tilsammen vel halvparten, 54%, som etter eget utsagn, var med i en pensjonsforsikringsordning mens litt under halvparten, 42%, stod utenfor.

Undersøkelsen gir også mulighet for å få et inntrykk av fordelingen av disse rettigheter på inntekts- og yrkeskategorier:

Det var en entydig og sterk sammenheng mellom deltakelse og inntekt. Jo høyere inntekt, desto større deltakelse. 79% av de med inntekt over 160 000 kroner sa at de var med i en pensjonsordning. Bare 13% av de med inntekt under 39 000 sa det samme.

Undersøkelsen viste også store forskjeller mellom yrkesgruppene. Høyere funksjonærer kom best ut med en deltakelse på 84%. Deltakelsen til lavere funksjonærer og faglærte arbeidere var omtrent lik på vel 50%. Dårligst plassert var ufaglærte arbeidere og selvstendige. Henholdsvis 35% og 38% av disse sa at de var med i en av ordningene eller begge.

Endelig viste det seg å være en sterk sammenheng mellom utdanning og deltakelse i private pensjonsordninger. 70% med universitets- eller høyskoleutdanning sa de hadde private pensjonsrettigheter; mens bare 30% av de med grunnskole gjorde det samme.

Undersøkelsen har imidlertid sine begrensninger: For det første er det ikke sikkert at folk på stående fot husker, eller er klar over hvilke pensjonsordninger de egentlig er med i. For det andre har undersøkelsen ikke med deltakelsen i livsforsikring, som vi har inkludert i vår definisjon av private pensjonssystemer. For det tredje sier den bare noe om medlemskap. Den gir ikke noe bilde av forskjeller i innbetalingenes og dermed pensjonsrettighetenes størrelse blant de som deltar i ordningene.

Vi skal i det følgende se nærmere på deltakelsen i tre hovedtyper av ordninger: Livsforsikring, egen pensjonsforsikring og tjenstepensjonsordninger.



Livsforsikring.

Det er to hovedtyper av livsforsikring - individuell livsforsikring og gruppelivsforsikring. I tabell 6 vises antallet individuelle poliser og antallet medlemmer i gruppelivsordninger.

Tabell 6: Antall individuelle livsforsikringspoliser og antall medlemmer i gruppelivsordninger 1984 . Livselskapene inkl. KLP.		
	Individuell	Gruppeliv
Antall forsikrede	1 271 144	1 792 073

Kilde: Forsikringsselskaperenes statistiske kontor.

Det er utvilsomt betydelig overlapping både mellom og innennfor den enkelte ordning ved at de samme personene er dekket gjennom flere forskjellige poliser. Likevel viser tallene at deltakelsen i individuell livsforsikring og gruppelivsforsikring har et betydelig omfang.

En annen kilde til deltakelsen i livsforsikringsordninger er Statistisk Sentralbyrås inntekts- og formuesundersøkelse. Her framgår det hvor mange personer, som krever fradrag for innskudd til livsforsikring og skattefri banksparing (SMS), og hvor store skattefradrag de har.

Tabell 7 viser hvor stor andel av befolkningen som har et slikt fradrag og det gjennomsnittlige fradraget pr. person. Disse tallene er gjengitt for alle personer over 17 år og for forskjellige inntektsgrupper.

Hoveddelen av dette fradraget stammer fra innskudd til banksparing (SMS). I følge opplysninger innhentet fra Statistisk Sentralbyrå er livsforsikring ansvarlig for ca. 25% av det samlede fradraget på denne posten. Tallene kan derfor bare gi et inntrykk av fordelingen av deltakelsen i livsforsikring og banksparing (SMS) under ett. Problemet er selvfølgelig at fordelingen av deltakelsen kan være forskjellig i de to ordningene.

Vi ser at andelen av befolkningen som har fradrag for SMS eller livsforsikring vokser med bruttoinntekten. Av de med under 50 000 kroner i bruttoinntekt var det bare 10% som hadde fradrag på denne posten. I gruppen med bruttoinntekt over 250 000 kroner var den tilsvarende prosenten så høy som 88. Hvis man ser bort fra de to laveste er imidlertid deltakelsen høy i alle inntektsgrupper.

	Alle	0-50	50-100	100-150	150-200	200-250	250-
Tabell 7: Andel av befolkningen over 17 år med skattefradrag(SMS) og det gjennomsnittlige fradrag pr. person fordelt på bruttoinntektsgrupper: kr. 1 000 1984.							
% med fradrag:	46	10	50	76	84	92	88
Gjennomsnittlig fradrag kr.	695	116	688	1083	1426	1856	2045
Andel av befolkningen %:	99,9	37,3	25,7	23,2	8,5	2,7	2,5

Kilde: SS8: Inntekts- og formuesundersøkelsen 1984.

Når vi derimot ser på hva som trekkes fra i gjennomsnitt pr. person i hver gruppe er det et tydelige skjevt mønster - jo høyere bruttoinntekt jo høyere fradrag pr. person. Det maksimale skattefradrag er på 1 600 kroner i skatteklasse I og 3 200 i skatteklasse II. Høyinnteksgruppene utnytter ordningen fullt ut, mens man i de lavere inntektsgrupper trekker fra beløp som ligger under maksimumgrensene. Skjevhet i deltakelsen i livsforsikring/SMS er likevel moderat i sammenligning med deltakelsen i "egen pensjonsforsikring.

Deltakelsen i livsforsikring kan imidlertid for noen personer være større enn det som fremgår av inntektsstatistikken. Den eksplosive utviklingen i 1984 og 85 i omfanget av livsforsikring med engangspremier (se under punkt 2.4.) vil ikke kunne avleses på inntektsstatistikken, fordi størsteparten av disse premiene overskrider taket på 4 000 kr. for personer i skatteklasse I og 8 000 kr. i skatteklasse II. Vi har derfor ikke oversikt over fordelingen av denne delen av deltakelsen i livsforsikring, men vi antar at den er konsentrert på høyinnteksgruppene.

Egen pensjonsforsikring.

I Hatlands undersøkelse oppgav 18% av de yrkesaktive at de hadde en egen pensjonsforsikring.

Data fra forsikringsselskapene og fra inntekts- og formuesundersøkelsen viser imidlertid at dette gir et sterkt overdrevet bilde av deltakelsen i individuelle pensjonsordninger.

I 1984 var det bare 166 860 individuelle pensjonsforsikringspoliser (Forsikringsselskapenes statistiske kontor). Det betyr at høyst 7% av befolkningen mellom 20 og 67 år personlig kan ha tegnet en slik forsikring.

Igjen kan vi få et bilde av deltakelsen og dens fordeling ved å utnytte data fra Statistisk Sentralbyrås inntekts- og formuesundersøkelse:

**Tabell 8:** Egen pensjonsforsikring. Andel av befolkningen over 17 år som har fradrag og det gjennomsnittlige beløpet ført til fradrag pr. person fordelt på bruttoinntektsgrupper, kr. 1 000 1984.

	Alle	0-50	50-100	100-150	150-200	200-250	250-
% med fradrag:	3,8	0,2	1,5	3,0	11,8	19,4	44,0
Gjennomsnittlig fradrag kr.:	374	7	80	181	907	1470	7701
Andel av befolkningen %:	99,9	37,3	25,7	23,2	8,5	2,7	2,5

Kilde: SSB: S.U. nr. 23/86. Tabell 2.

Det gjennomsnittlige fradraget for hele befolkningen var i 1984 på 374 kroner. I virkeligheten var fradragene på denne posten imidlertid konsentrert på 3,8% av befolkningen over 17 år. For disse snaue 4% var det gjennomsnittlige fradraget på 9 919 kroner.

Tabellen viser også fordelingen av fradragene på inntektsgrupper. Det er ikke vanskelig å se at deltakelsen er skjevt fordelt til fordel for de høyeste inntektsgruppene. Andelen med fradrag vokser fra 0,2% i den laveste inntektsgruppen til 44% i den høyeste. Enda mer ekstrem er forskjellene mellom gruppene med hensyn til det gjennomsnittlige

fradrag pr. person. I gjennomsnitt har gruppen med mer enn 250 000 kroner i bruttoinntekt et fradrag på 7 701 kroner. Det tilsvarende tallet for de to laveste inntektsgrupper er h.h.v. 7 og 80 kroner. Selv i inntektsintervallet mellom 100- og 150 000 kroner, hvor en betydelig del av lønnstakerne befinner seg, er det gjennomsnittlige fradraget på 181 kroner.

Deltakelsen i individuelle pensjonsforsikringsordninger er konsentrert i de høyeste inntektsgruppene. Hvis vi ser på den samlede summen ført til fradrag innenfor hver bruttoinntektsgruppe så finner vi at den høyeste inntektsgruppe som utgjør ca 2,5% av befolkningen over 17 år står for vel 51 % av den samlede fradragssummen. Omvendt står de to laveste inntektsgruppene (til 100 000 kr.) med tilsammen 63% av befolkningen for vel 6% av den samlede summen ført til fradrag.

For egen pensjonsforsikring har vi også mulighet for å si litt om fordelingen på yrkesgrupper. Det er særlig interessant å se i hvor høy grad disse ordningene utnyttes av selvstendige, som ikke kan være dekket av en tjenestepensjonsordning.

Tabell 9: Fradrag for egen pensjonsforsikring fordelt på sosio-økonomiske grupper. Samlede fradrag og gjennomsittlig fradrag pr. person.

	yrkestilknyttede		ikke yrkestilskyttede	
	selvstendig næringsdriv.	ansatte	pensjonister og trygdede	andre
Samlede fradrag mill. kr.	464,7	689,1	4	4
Gjenn.snitt. kr.	2 536	449	5	7

Kilde: SSB SU nr. 23/86.

Selvstendige utnytter mulighetene for å tegne egen pensjonsforsikring i langt høyere grad enn gruppen av ansatte. I gjennomsnitt fører selvstendig næringsdrivende 2 536 kroner til fradrag på denne posten. Ansatte har derimot i gjennomsnitt et fradrag på 449 kroner.

Ansatte tegner seg likevel for størsteparten av det samlede fradraget -

690 mill. kroner mot de selvstendiges andel på 465 mill. Det kan derfor ikke utelukkes, at det her er en betydelig overlapping med tjenestepensjonsordningene - d.v.s. at de samme personene både er med i en tjenestepensjonsordning og har tegnet en egen pensjonsforsikring.

#### Tjenestepensjonsordninger.

Tjenestepensjonsordninger administreres av livsforsikringsselskaper, private og kommunale pensjonskasser og Statens Pensjonskasse. Vi har samlet inn tall for hvor mange "betalende" medlemmer det er i disse ordningene.

Vi antar, at arbeidstakerne bare er betalende medlemmer i en tjenestepensjonsordning av gangen. Hvis vi derfor legger sammen alle de som på ett tidspunkt er betalende medlemmer i de forskjellige ordningene skulle vi få et uttrykk for antallet av lønnstakere som har en tjenestepensjonsordning i tilknytning til jobben.

Tabell 10: Antall aktive medlemmer i en tjenestepensjonsordning. Absolutte tall og andelen av samtlige lønnstakere: 1984.

Pensjonsforsikring ekskl. KLP <sup>1</sup>	317 661
Private pensjonskasser <sup>2</sup>	ca.40 000
Sum privat ansatte	ca.364 447
Statens Pensjonskasse <sup>3</sup>	300 000
KLP <sup>1</sup>	160 600
Øvrige komm. pensj.fors. <sup>1</sup>	6 786
Kommunale pensjonskasser: <sup>4</sup>	68 640
Sum offentlig ansatte	536 026
Sum	ca. 900 473
Antall Lønnstakere 1984	1 723 000
Andel m. pensjonsordn.	ca. 52,2%

Kilder:

1. Forsikringsselskapenes statistiske kontor.
2. Tallet er et anslag for 1982 hentet fra NOU 1983:52, s. 186
3. Statens Pensjonskasse: Årsberetning 1984.
4. Aktuærtjenesten hos KLP.

52% av 1,7 mill. norske lønnstakere var i 1984 omfattet av en tjenestepensjonsordning.

Det er imidlertid grunn til å ta forbehold for dette tallet. På den ene siden mangler vi tall for bedrifter, som pensjonerer arbeidstakerne over driften. På den andre siden kan noen bli talt to ganger fordi bedriften både har en pensjonsforsikring i et livselskap og en egen pensjonskasse.

Vi kan likevel trygt konkludere at rundt halvparten av alle norske lønsmottakere er omfattet av en tjenstepensjonsordning, som vil gi et supplement til pensjonene fra Folketrygden. Det er et resultat som også i grove trekk stemmer med Hatlands undersøkelse.

Tradisjonelt har tjenstepensjonsordninger vært konsentrert blant funksjonærgruppene. Fortsatt har funksjonærgruppen den beste dekning, men andre kategorier av arbeidstakere omfattes i stigende grad av tjenstepensjonsordninger. Forskjellen i pensjonsrettigheter er likevel store mellom funksjonærer og arbeidere også i dag. Vi har tidligere referert til en undersøkelse av private bedrifters personalkostnader foretatt av NAF. I de bedriftene undersøkelsen omfatter var de gjennomsnittlige utgiftene til pensjonsformål på 5,2% av lønnsutgiftene<sup>1</sup> for funksjonærer og 2,3% for arbeidere (NAF 1985). Undersøkelsen viser videre at utgiftene til pensjonering av de ansatte er størst både absolutt og relativt i bransjer med et høyt lønnsnivå.

Det er neppe tvil om at tjenstepensjonsordninger er mest utbredt og gir den beste pensjonsdekning for lønnstakere med høye inntekter. Det siste gjelder til og med innenfor den enkelte bedriften. De offentlige tjenstepensjoner er innrettet slik at pensjonen inklusive Folketrygden beregnes som en fast prosent av sluttlønnen. Det betyr imidlertid at selve tjenstepensjonen blir relativt større jo større sluttlønnen er<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Lønn eksklusive sykepenger, feriepenge o.l.

<sup>2</sup>I Statens pensjonskasse modifiseres denne effekten av reglen om at det bare beregnes tjenstepensjon av en tredjedel av inntekten over lønnstrinn 27.

Det samme er tilfelle i de fleste private tjenstepensjonsordninger og det betyr at arbeidsgiveren betaler inn relativt mer for høytlønte arbeidstakere enn for lavtlønte<sup>1</sup>.

### 2.5.3 SAMMENFATNING

Ifølge selvangivelsesstatistikken deltar 46% av befolkningen i livsforsikring og/eller banksparing (SMS). 3,8% av befolkningen krever fradrag for egen pensjonsforsikring. Tallene vi har fremlagt viser at rundt halvparten av norske lønsmottakere er omfattet av en tjenstepensjonsordning.

I høyden 40% av dagens pensjonister mottar supplerende private pensjonsytelser. Vi kan forvente at den andelen vil vokse noe etterhvert som dagens yrkesaktive blir pensjonister - kanskje bort imot halvparten. Men, også i framtiden vil imidlertid en betydelig del av pensjonistene stå uten et slikt supplement.

Deltakelsen i både individuelle pensjonsordninger og tjenstepensjonsordninger er skjevt fordelt til fordel for høyinntektsgruppene. Særlig individuell pensjonsforsikring er en helt eksklusiv ordning som i realiteten bare utnyttes av personer med meget høy inntekt. Fordelingen av de private pensjonsinntekter vil neppe bli jevnere i framtiden enn den er i dag. De private pensjonsinntektene vil først og fremst tilfalle de pensjonister som har de største tilleggspensjonene fra Folketrygden.

<sup>1</sup> Vi kan ikke bruke inntekts- og formuesundersøkelsen til å si noe om hvilke grupper av lønntakere som er omfattet av tjenstepensjonsordninger. For det første er det i øyeblikket ikke mulig i statistikken å skille fradrag for innskudd til tjenstepensjonsordning fra fradraget for fagforeningskontingent. For det andre er det bare medlemmets eget innskudd som figurerer på selvangivelsen og ikke arbeidsgiverens bidrag. I mange slike ordninger betaler arbeidsgiveren hele premien og da vil deltakelsen ikke framgå av selvangivelsen.

## 2.6 SKATTEREGLER OG SKATTEUTGIFTER

"Det er en økende erkjennelse av at land, som ikke retter søkelys på sine skatteutgifter, hverken har skattepolitikken eller utgiftspolitikken under full kontroll" (Surrey og McDaniel 1980).

De skatteregler som gjelder for livsforsikring og pensjonsoppsparing medfører en betydelig offentlig subsidiering av deltakelsen i slike ordninger. Når man ser på finansieringssiden er de private ordninger derfor ikke fullt så private. En stor del av midlene som tilføres disse ordninger er i realiteten offentlige.

Vi skal i dette avsnittet se nærmere på skattereglene og deres konsekvenser for de offentlige finanser og for mottakerne.

Særlige skattefordeler må betraktes som en stønad eller overføring på lik fot med de man finner på de offentlige utgiftsbudsjettene (Dich 1964). Når man istedet for å opprette en vanlig stønad velger å gi et særlig fradrag i skatt påføres det offentlige et skattetap, som det nå er blitt alminnelig å kalle en skatteutgift (OECD Ec. st. 1985).

Skatteutgifter kan ha akkurat samme effekt på en gruppes disponible inntekt og på den offentlige budsjettbalanse som vanlige overføringer. Men de lever et stille liv i periferien av den politiske prosess.

I en rekke land - bl.a. USA og Vest Tyskland - gjøres det forsøk på å trekke skatteutgifter inn i budsjettbehandlingen (OECD Observer nr.128/1984). I årlige redegjørelser presenteres størrelsen på de forskjellige skatteutgifter så de kan bli gjenstand for en løpende politisk vurdering.



Norge er langt etter den internasjonale utviklingen på dette området. Det betyr imidlertid ikke, at skattereglene for livsforsikring og pensjonsoppsparing er fullstendig upåaktede. I skattepolitiske og kredittpolitiske utredninger fra de siste årene er det satt spørsmålstejn ved en del av disse regler ( NOU 1984:22 og NOU 1986: 5 ) Det er imidlertid karakteristisk, at utredningene som har berørt disse spørsmålene bare har hatt skattepolitiske eller kredittpolitiske mandater og derfor ikke har vurdert ordningene fra en sosialpolitisk synsvinkel. Arbeiderpartiregjeringen har i forbindelse med statsbudsjettet for 1987 foreslått å fjene eller begrense deler av disse skattefordelene.

I prinsippet burde skatteutgifter underlegges en tilsvarende politisk vurdering som vanlige offentlige utgifter med samme nettoeffekt på de offentlige budsjetter. Skatteutgifter må som andre utgifter stå i et rimelig forhold til de tilsiktede virkninger. De særlige skatteregler, som gjelder for sparing i livsforsikring og pensjonsordninger er delvis sosialpolitisk begrunnet ( NOU 1986: 5, s. 160). De må derfor betraktes som en del av sosialpolitikken og vurderes i forhold til de politiske målsetninger, som ellers gjelder for dette området.

Vi har prøvd å beregne størrelsen på skatteutgiftene i forbindelse med livsforsikring og pensjonsoppsparing. I beregningene har vi sett helt bort fra formueskatten og bare konsenstrert oss om tapet på arbeidsgiveravgifter og inntektsskatt.

Et av problemene med å beregne skatteutgifter er at vi må avgjøre hva som er skattemessige særregler og hva som er normal beskatning. I det neste avsnittet skal vi skissere opp de nåværende regler, og diskutere hva som må betraktes som "normal" beskatning på dette området.

Det er imidlertid i tillegg mange tekniske sider ved beregningen, bl.a. på grunn av et mangelfullt datagrunnlag. Vi har derfor lagt selve beregningen til et vedlegg til teksten. Her legger vi frem resultatet av beregningene og sammenligner skatteutgiften med andre offentlige

utgifter. Til slutt i avsnittet drøfter vi fordelingsvirkningene av disse skattesubsidiene.

### 2.6.1 HVA ER "NORMAL" BESKATNING OG HVA ER SÆRREGLER?

Når man skal vurdere om det i et gitt tilfelle er snakk om en skatteutgift, må man sammenligne de gjeldende skatteregler med hva som ville ha vært en "normal" beskatning (OECD, E.S. 4 1985 s. 79). Det betyr naturligvis ikke at avvik fra en "normal" beskatning nødvendigvis er urettferdige eller uhensiktsmessige, men bare at de både m.h.t. målsetting og virkning bør vurderes som vanlige offentlige utgifter.

Det er imidlertid ikke alltid lett å avgjøre hva som i et gitt tilfelle er skattemessige særregler og hva som er "normal" beskatning. Dette problemet melder seg med full styrke i forbindelse med vurderingen av skattereglene for pensjonsoppsparing og livsforsikring.

De fleste vil nok være enige i at fradraget for innskudd på livsforsikring og banksparing (SMS) er en skattemessig særregel, fordi skattefritaket følger av en uttrykkelig unntaksbestemmelse i skatteloven ( 44). Men, hva med at rentene på en livsforsikringskontrakt ikke beskattes løpende? Det står ingen steder i skatteloven at slike renter ikke skal regnes som inntekt. Skattefriheten er en realitet i administrativ praksis og kan begrunnes i et prinsipp om at inntekt først blir inntekt i skattemessig forstand, når den kan tas ut kontant (kontantprinsippet). Men bør denne tilstand likevel betraktes som den normale? Vi mener nei.

Vårt utgangspunkt er at en "normal" beskatning av livs- og pensjonsforsikring ville innebære at oppsparingen i slike ordninger ble behandlet likt med vanlig sparing (Vesterø Jensen 1985). Ved vanlig sparing gis det ikke fradrag for innbetalinger. Spareren må

først skatte av sin inntekt og kan deretter velge å spare opp en del av det som blir til overs etter beskatning. Rentene på oppsparingen blir beskattet løpende som vanlig inntekt (men inngår ikke i "pensjonsgivende inntekt") og når sparereren tar ut en del av de oppsparte midler blir de naturligvis ikke regnet som inntekt og er derfor skattefrie.

Når vi velger dette utgangspunktet, er det ikke fordi vi overser forskjellene mellom disse ordningene og vanlig sparing. Det er opplagt at bindingen og forsikringselementet i livs- og pensjonsforsikring kan ha gunstige sosialpolitiske (og kredittpolitiske) virkninger, som ikke gjør seg gjeldende for sparing i alminnelighet. Poenget er imidlertid å få et uttrykk for hva disse antatte fordeler koster det offentlige i form av tapt skatteinngang. Utgangspunktet for en slik kostnadsberegning må være en sidestilling med skattereglene for sparing forøvrig.

Vi skal kort risse opp de gjeldende regler og deretter vår definisjon av en "normal" beskatning på området for henholdsvis livsforsikring, egen pensjonsforsikring og tjenestepensjoner:

#### Livsforsikring.

##### Gjeldende regler:

- \* 40% av premien betalt til en livsforsikring med eller uten sparing kan trekkes fra i skatten. Fradraget er begrenset til 4 000 kr. for personer i skattesklasse I. Det kan alternativt utnyttes til å trekke fra innskudd i bank under særlige vilkår (banksparing med skattefradrag - SMS).
- \* Det skjer ingen løpende beskatning av rentene.
- \* Den utbetalte forsikringssummen er skattefri inklusive tillegg (skattelovens 42, sjettede ledd).

Hovedpunktene er at innskudd til livsforsikring kan trekkes fra på selvangivelsen og at forsikringssummen inklusiv avkastningen er skattefri ved utbetaling.

Hvis livsforsikring skulle behandles likt med vanlig sparing ville det innebære et bortfall av fradragsmuligheten for innskudd og en løpende

beskatning av avkastningen:

"Normal" beskatning:

- \* Ingen skattefrihet for premieinnbetalinger.
- \* Løpende inntektsbeskatning av rentene.
- \* Skattefrihet for den utbetalte forsikringssummen.

Regjeringen har framlagt et forslag til beskatning av avkastningen på livsforsikringskontrakter som i stor grad svarer til vår normalmodell (Ot. prp. nr. 50 1985-86). Det er når dette skrives imidlertid ikke klart om dette eller et lignende forslag vil bli vedtatt av Stortinget. I tillegg har regjeringen i forbindelse med statsbudsjettet for 1987 foreslått å begrense skattefradraget for livsforsikring og SMS fra 40 til 20% av premien (St. prp. nr. 1 1986-87 Finans- og tolldepartementet). Dette forslag ser imidlertid ut til å ha et flertall imot seg i Stortinget.

#### Egen pensjonsforsikring.

For pensjonsoppsparing i egen pensjonsforsikring og i tjenestepensjonsordninger er skattereglene utformet etter det såkalte p-prinsipp: Innskudd og avkastning er skattefrie i opptjeningsperioden; men beskattes som vanlig inntekt ved utbetalingen av pensjonene.

Gjeldende regler:

- \* Premie til egen pensjonsforsikring kan føres til fradrag i inntekten. Premien kan som hovedregel maksimalt være på 15 % av gjennomsnittsinntekten de siste 3 årene (skattelovens 44, annet ledd, pkt. 1). I tillegg kan det kreves fradrag for innbetalinger på opp til 150% av årspremien til et premiefond. Denne retten gjelder bare til det på fondet står 10 ganger årspremien (Årbakke 1984, s. 351-52).
- \* Det skjer ingen løpende beskatning av rentene.
- \* Pensjonene beskattes ved utbetaling.

Noen vil kanskje innvende at de gjeldende regler bare betyr en utsettelse av beskatningen i forhold til "normalmodellen". Det er imidlertid to grunner til at regler etter "p prinsippet" betyr en reell skattebegunstigelse:

For det første er det er en betydelig rentegevinst for skatteeieren

(rentetap for det offentlige) i at skattebetalingen utsettes i en årrekke.

For det andre faller skatteplikten for pensjoner på et tidspunkt, hvor de fleste har en relativt beskjeden marginalsatt. Det skyldes dels at pensjonister generelt tjener mindre enn yrkesaktive og dels de skattemessige særregler, som gjelder for pensjonister: For det første er det et særfradrag på 17 700 kroner som ubetinget gjelder for alle alders- og uførepensjonister. For det andre betaler pensjonistene ikke pensjonsdelen av medlemsavgiften til Folketrygden. For det tredje gis det et særfradrag for liten skatteevne for personer, hvis inntekt ikke overstiger Folketrygdens minstepensjon med mer enn 4 000 kroner for enslige og 6 000 kroner for ektepar (1984). Den siste reglen har bare betydning for de personer som har beskjedne inntekter i tillegg til en minstepensjon fra Folketrygden.

En sidestilling med vanlig sparing vil bety en ganske radikal omlegging av beskatningen. Mens innskudd og renter tas med i den løpende inntektsbeskatning må pensjonene ved utbetaling gjøres skattefrie:

"Normal" beskatning:

- \* Intet fradrag for innbetalinger.
- \* Løpende inntektsbeskatning av rentene.
- \* Skattefrihet for pensjonene ved utbetaling.

I forbindelse med statsbudsjettet for 1987 har Regjeringen foreslått å begrense fradrag for premieinnbetalinger til 10% av gjennomsnittsinntekten. I tillegg foreslås de innført et tak på fradragsberettiget premie på 20 000 kroner. (St. prp. nr. 1. 1986-87 Finans- og tolldepartementet).

### Tjenestepensjonsordninger.

Beskatningen av sparing i tjenestepensjonsordninger er også utformet etter p-prinsippet. Forskjellen fra egen pensjonsforsikring er at det her i tillegg er snakk om innskudd fra en arbeidsgiver.

#### Gjeldende regler:

- \* Eget bidrag til tjenestepensjonsordning kan trekkes fra i inntekten (skattelovens 44 ledd h nr.2).
- \* Arbeidsgiverens premiebetaling er helt skattefri og figurerer ikke på mottakernes selvangivelser (skattelovens 44, ledd k). Arbeidsgiveren kan i tillegg til årspremien betale inn 150% av av denne til et premiefond og 75% til et reguleringsfond.
- \* Det skjer ingen beskatning av rentene.
- \* Pensjonene beskattes ved utbetaling.

Når vi skal fastlegge hva som er "normal" beskatning, gjelder de samme hovedsynspunkter som for egen pensjonsforsikring. Arbeidsgiverens innskudd bør regnes som lønnsutbetalinger i innbetalingsåret. Det betyr for det første at det skal betales arbeidsgiveravgift av innskuddene, og for det andre at innskuddet inngår i mottakernes pensjongivende inntekt og i den skattepliktige inntekt for øvrig.

Det er klart at en beskatning hos lønnstakeren i innbetalingsåret kunne gi et alvorlig likviditetsproblem, fordi lønnstakeren ville kunne få en stor skattebyrde av inntekter, som ikke kommer til utbetaling (se Skattekomisjonens innstilling. NOU 1984: 22, s. 221-222 og vedlegg 6). Problemet kan imidlertid løses ved at beskatningen tas av midlene i livforsikringsselskapet eller pensjonskassen.

#### "Normal" beskatning:

- \* Intet fradrag for eget bidrag.
- \* Full likestilling av arbeidsgiverens premieinnbetaling med lønnsutbetalinger, dvs: det må betales arbeidsgiveravgift og medlemspremie til Folketrygden og innbetalingen må inntektsbeskattes.
- \* Løpende inntektsbeskatning av rentene.
- \* Skattefrihet for pensjonsutbetalingene.

Et vanskelig spørsmål som gjelder både egen pensjonsforsikring og tjenestepensjonsordninger er hvordan man i praksis skal motregne

skatteinntekten som myndighetene etter de nåværende regler har av pensjonene. Et helt presist anslag på skatteutgiftene forutsetter at man fra den skatteutgift som skyldes skattefriheten for innbetalinger og renter (brutto-skatteutgiften) trekker den skatt som senere skal betales av de samme innskudd og renter - neddiskontert til nåverdi. Det har vi ikke forsøkt oss på her. Vi har i stedet tatt en snarvei og trukket fra de (etter vår definisjon ekstraordinære) skatteinntekter som staten har av de i øyeblikket løpende pensjoner. De er nemlig et uttrykk for hva staten i dag tjener på at pensjonsutbetalingene er skattepliktige. I og med at deler av de private pensjonssystemene er i en oppbyggingsfase, vil dette bidra til en viss overvurdering av skatteutgiften. Det må vi leve med.

Et annet viktig forbehold gjelder Statens Pensjonskasse og private bedrifters pensjonsutbetalinger over driften. I Statens Pensjonskasse og mange private tjenstepensjonsordninger gis det et løfte om pensjonsutbetalinger uten at det skjer en oppsparing til pensjonene. I overensstemmelse med vår normalmodell burde pensjonsløftet behandles som et lønns gode og gjøres gjenstand for løpende beskatning i ansettelsesperioden. Grunnlaget for en slik beskatning måtte da være størrelsen på det årlige innskudd til en forsikringsmessig sparingsordning som ville ha gitt tilsvarende pensjoner som de det er gitt løfte om. Av praktiske grunner må vi imidlertid unnlate å foreta en slik beregning. Statens Pensjonskasse og private bedrifters pensjonsløfter er derfor helt utelatt i beregningen av de samlede skatteutgiftene.

#### 2.6.2 STØRRELSEN PÅ SKATTEUTGIFTENE I 1982 OG 1984

Å fastlegge, hva som skal betraktes som "normal" beskatning er bare første skritt på veien til å måle de faktiske skatteutgifter.

Ved målingen kan man anvende forskjellige metoder (OECD Ec. St. nr.4

1985 s. 79):

Vi kan spørre hva det offentlige har tapt ved de nåværende regler (taps-beregning) eller hva det offentlige ville vinne ved en "normalisering" (gevinst-beregning). Ved "taps-beregningen" tas det utgangspunkt i folks adferd under de gjeldende regler. Ved en normalisering av reglene er det imidlertid ikke gitt at man ville få inn hele dette "tapet" i form av ekstra skatteinntekter. Skatteyderne ville muligens i høyere grad utnytte andre fradragmuligheter eller kanskje velge å tjene mindre. Å foreta en "gevinst-beregning" - altså anslå skattegevinsten ved en normalisering - er derfor svært problematisk. Vi har utelukkende foretatt en "taps-beregning".

For selve beregningen og kommentarer til datagrunnlaget må vi henvise til vedlegget. Med utgangspunkt i vår definisjon av "normal" beskatning er den beregning som er gjennomført forsiktig, og betyr snarere en undervurdering enn en overvurdering av skattetapet. Resultatet er sammenfattet i tabell 11.

Tabell 11: Skatteutgiftene fordelt etter hovedtyper av ordninger. Mill. kr. 1984.		
	1982	1984
Livsforsikring	915	1 267
Egen pensjonsforsikring	716	828
Private tjenestepensjonsordninger	2 415	3 001
Kommunale tjenestepensjonsordninger <sup>1</sup>	1 500	1 867
Skatteutgift, brutto	5 546	6 963
Skatteinntekt av løpende pensjoner	891 -	1 117 -
Skatteutgift, netto	4 655	5 846

Kilder: se vedlegg.

1. Statens Pensjonskasse er ikke inkludert.

Hvis det skulle ha vært betalt skatter og avgifter etter vår modell av innskudd og avkastning i de forskjellige livsforsikrings- og pensjonsordningene ville det bety ekstraintekter for det offentlige på h.h.v. 5 546 mill kroner i 1982 og 6 963 mill. kroner i 1984 (brutto-



skatteutgiften). Herfra trekker vi imidlertid de skatteinntekter som det offentlige har av dagens private pensjonsutbetalinger. Skatteutgiften blir derfor på 4 655 mill. kroner i 1982 og 5 864 mill. kroner i 1984.

I 1984 står de private tjenestpensjoner for 43%, de kommunale tjenestepensjonsordninger for 27% og de frivillige forsikringsformene for 30% av bruttoskatteutgiften.

### 2.6.3 SAMMENLIGNING MED ANDRE OFFENTLIGE UTGIFTER

Skatteutgiftene til livsforsikring og pensjonsordninger utenom Folketrygden må betraktes som offentlige utgifter til pensjonsformål.

Det var ved utgangen av 1984 563 532 alderspensjonister i Norge. Hvis skatteutgiften i 1984 på 5 846 mill kroner ble fordelt på denne gruppen som en kontant, skattefri stønad ville det bli kr. 10 374 kroner til hver pensjonist.

Tabell 12 viser de samlede pensjonsutgifter i Folketrygden, skatteutgiften i forbindelse med livsforsikring og private pensjonsordninger og skatteutgiften som andel av Folketrygdens pensjonsutgifter

Tabell 12: Folketrygdens pensjonsutgifter og skatteutgiften til livsforsikring og private pensjonsordninger løpende kr. 1982 og 1984. Skatteutgiften som andel av Folketrygdens pensjonsutgifter.		
	1982	1984
Folketrygdens pensjoner	27 619	34 409
Skatteutgiften	4 655	5 846
Andel %	16,9	17,0

Kilde: St.pr.nr. 1. 1986-87 Sosialdepartementet.

Skatteutgiftene i forbindelse med sparing i livsforsikring og private pensjonsordninger utgjør som det framgår av tabellen 17% av Folketrygdens pensjonsutgifter i både 1982 og 1984.

Egentlig kan man ikke direkte sammenligne denne skatteutgiften med en vanlig skattepliktig stønad på Folketrygdens budsjett (OECD: Ec. St. 4/1985, s.79). Skatteutgifter, som vi har beregnet dem, går rett i lomma på mottakerne. Det gjør ikke de fleste offentlige stønader. De er som hovedregel skattepliktige og derfor går en del av de budsjetterte utgifter tilbake til statskassen uten å ha en reell virkning for hverken mottakere eller det offentlige. Hvor mye som umiddelbart kommer tilbake i skatt avhenger av den gjennomsnittlige marginale skattesats hos mottakerne. Skal man sammenligne størrelsen av en skatteutgift med vanlige stønader må man derfor være oppmerksom på at effekten av en skatteutgift både for det offentlige og for mottakerne er større enn en tilsvarende vanlig utgift.

Folketrygdens utgifter til tilleggspensjoner til alders-, uføre- og enkepensjonister var i 1984 på 9 041,5 mill.kr. (Statsregnskapet for 1984, St. meld. nr. 3 1985-86). I motsetning til skatteutgiften kommer imidlertid en betydelig del av utgiftene til tilleggspensjoner tilbake til statskassen i form av inntektsskatt. Hvis vi antar at pensjonistene i gjennomsnitt betaler 27,4% av tilleggspensjonen i skatt betyr det at nettoutgiftene for det offentlige blir på 6 564 mill. kroner. (27.4% er marginals-katten for gjennomsnittspensjonisten i 1984.)

Reelt kostet de skattemessige særregler for sparing i private pensjonsordninger i 1984 nesten like mye som Folketrygdens tilleggspensjoner.

Man kan også si det slik at det gjennom disse skattereglene blir omfordelt like mye kjøpekraft som gjennom Folketrygdens tilleggspensjoner. I det siste avsnittet skal vi drøfte hvilken karakter denne omfordelingen har.

#### 2.6.4 FORDELINGSVIRKNINGER

Vi startet dette avsnittet med å si at særlige skattefordeler må betraktes som stønader eller subsidier på lik fot med de man finner på de offentlige utgiftsbudsjetter. Det betyr at man på samme måte som for vanlige utgifter må interessere seg for hvem som mottar disse overføringene.

Vi så i avsnitt 5. hvordan deltakelsen i private pensjonsordninger er skjevt fordelt til fordel for den ressurssterke delen av befolkningen og spesielt til fordel for høyinntektsgruppene. Det betyr at skattesubsidiene fordeler seg på den samme måten - i virkeligheten enda skjevere fordi et fradrag i inntekt gir større uttelling jo større inntekt du har. Det er imidlertid forskjell på fradraget for innskudd til livsforsikring og banksparing (SMS) på den ene siden og de øvrige fradragene på den andre.

Ved livsforsikring og skattefri banksparing (SMS) er det maksimale fradragsberettigede innskudd satt til 4 000 kroner i skatteklasse I og 8 000 kroner. i skatteklasse II. Alle kan trekke fra det samme beløpet uansett inntekt. I tillegg er fradraget et fradrag i skatt og skattefordelen blir derfor lik for alle. Når denne "skattestønad" likevel har en skjev fordelingsprofil skyldes det utelukkende at den faktiske deltakelse i ordningen vokser med inntekten - (se punkt 2.5.)

De øvrige fradragene er inntektsfradrag som gir større uttelling jo større inntekt man har. Det gjelder også det "skjulte" fradrag for avkastningen på livsforsikring.

Fradraget for "egen pensjonsforsikring" kan brukes som eksempel på virkningen av inntektsfradrag. I tillegg til å være et inntektsfradrag er det satt et tak for det fradragsberettigede innskudd på 15 % av gjennomsnittsinntekten - d.v.s et tak som varierer med inntekt. Begge disse regler bidrar i seg selv til at skattesubsidien blir større jo større inntekt man har.

Vi kan illustrere fordelingseffekten av disse reglene med et konstruert eksempel.

La oss ta to personer, A og B, som begge i 1984 fullt ut utnytter fradraget for innskudd til "egen pensjonsforsikring"<sup>1</sup>. Vi forutsetter at de begge har øvrige fradrag svarende til 20% av bruttoinntekten.

**Tabell 13:** Skattebesparelse ved fradrag for innskudd til "egen pensjonsforsikring" to personer 1984:

	A	B
Bruttoinntekt:	125 000	250 000
Fradrag for innskudd til "e.p." <sup>1</sup>	18 750	37 500
Øvrige fradrag:	25 000	50 000
Nettoinntekt:	81 250	162 500
Marginalskatt <sup>2</sup>	34,9%	60,2%
Skattebesparelse kr:	6 544	22 575

<sup>1</sup> Vi lar dem bare betale inn den maksimale årlige premie på 15 % av gjennomsnittinntekten - dvs at de ikke utnytter muligheten for ytterligere å betale inn 50 % av årspremien til et premiefond.

<sup>2</sup> Marginalskattesatsen er veid etter hvor stor en del av fradraget som faller i hvert skatteintervall.

Ved å utnytte reglene maksimalt kan en person med 125 000 kroner i bruttoinntekt og 25 000 kroner i fradrag forøvrig, spare 6 544 kroner i skatt ved innskudd til "egen pensjonsforsikring". Av denne personens innbetalinger til forsikringsselskapet betaler skattemyndighetene eller samfunnet 34,9 %.

En person med 250 000 kroner i bruttoinntekt og 50 000 kroner i øvrige fradrag, kan på tilsvarende måte spare 22 575 kroner i skatt. Av denne personens innbetalinger på 37 500 kroner finansierer samfunnet 60,2 %.

Person A mottar et offentlig pensjonstilskudd på 5% av sin bruttoinntekt; mens person B mottar et offentlig tilskudd på 9% av bruttoinntekten. Satt på spissen kan en si at person A for et nettoinnskudd på 12 206 kroner får en pensjonsoppsparing på 18 750. Person B derimot får for et nettoinnskudd på 14 925 kroner en pensjonsoppsparing på 37 500 kroner. I begge tilfeller betaler det

offentlige mellomlegget. De to personer betaler nesten samme nettoinnskudd, men oppnår svært forskjellige pensjoner.

## 2.7 EN TODELTE PENSJONSPOLITIKK

Private pensjonsordninger bør trekkes inn i den trygdepolitiske debatten og diskuteres i forhold til de politiske målsetninger som gjør seg gjeldende på dette område.

Målsetningene på det trygdepolitiske området kan avleses av selve uformingen av Folketrygdens pensjonssystem. Pensjonsytelsene fra Folketrygden er uttrykk for et kompromiss mellom på den ene siden ønsket om å sikre alle pensjonister en rimelig minste-inntekt og på den annen side å gi en kompensasjon som står i forhold til tidligere yrkesinntekt. Kombinasjonen av grunnytelser og tilleggsytelser er nettopp et uttrykk for dette kompromiss. Alle er garantert minstepensjonen og tilleggspensjonene gir en viss kompensasjon for bortfall av inntekt opp til 12 G (336 000 kroner pr. 1.5. 1986). Folketrygden omfordeler til fordel for lavinntektsgruppene og bidrar til en utjæmning av inntektsforskjellene mellom pensjonistene.

Fordelingen av rettigheter og pensjoner i de private pensjonssystemene har den helt motsatte profilen. De private pensjonsytelser nøytraliserer en del av Folketrygdens omfordelende virkning og bidrar til at inntektsfordelingen blant pensjonistene i høyere grad avspeiler inntektsfordelingen blant de yrkesaktive.

Det politisk paradoksale er at det offentlige gjennom skattereglene finansierer en stor del av sparingen i private pensjonsordninger. Spissformulert kan man si at myndighetene fører en trygdepolitikk på utgiftssiden av de offentlige budsjetter (Folketrygden) og en helt

annen på inntektssiden (skattereglene).

Finansiering av de framtidige pensjonnytelser betraktes i stigende grad som et politisk og økonomisk problem. For å redusere veksten i utgiftene er det stor politisk interesse for i høyere grad å målrette de sosiale overføringer - å konsentrere utbetalingen av offentlige stønader til personer med reelle forsørgelsesvansker. Den borgerlige regjering sa i langtidsprogrammet 1986-1989: "De offentlige velferdsordningene må i større utstrekning kunne rettes mot dem som trenger dem mest"(St. meld. nr.83, 1984-85, s. 22).

"Trygdefinansieringsutvalgets" forslag om å senke taket for opptjening av pensjonspoeng til 6 G er et eksempel på ønsket om en større målretting av pensjonsutgiftene. En slik endring av tilleggspensjons-systemet vil redusere presset på de offentlige budsjetter og samtidig bidra til en ytterligere utjamning av inntektsforskjellene mellom pensjonistene. Disse virkningene kan imidlertid delvis bli nøytralisert hvis endringen stimulerer til økte innbetalinger til private pensjonsordninger. Økt privat pensjonssparing vil med de nåværende skatteregler redusere de offentlige skatteinntekter og bidra til større inntektsforskjeller mellom pensjonistene.

### 3. DEN PRIVATE HELSEPOLITIKKEN

#### 3.1 INNLEDNING

Hvilken plass skal det private helsetilbudet ha i framtidens Norge ? Dette spørsmålet er grunnlaget for en helsepolitisk strid som langt fra er avklart. Vi vil her forsøke å bidra til denne debatten ved å ta opp utviklingen av de private helsetjenester de siste årene.

Selv om helsevesenet i Norge i all hovedsak er bygget på offentlig innsats, har de private tjenester spilt en vesentlig rolle i det samlede helsetilbudet. Spørsmålet er ikke om vi skal ha private innslag i helsesektoren, men hvilken form og omfang disse tjenestene skal ha. Tradisjonelt har vi hatt et privat innslag gjennom privatpraktiserende leger, tannleger, psykologer og fysioterapeuter, og et vidt spekter av helsetjenester drevet av humanitære organisasjoner. Organisasjoner som Norges Røde Kors, Norske Kvinners Sanitetsforening og Nasjonalforeningen for Folkehelsen, eller mindre særforeninger og en rekke religiøse foreninger bygget private helsetjenester utfra såkalte humanitære grunner. Skillet mellom private og offentlige tjenester var lite problematisk, grunnet det private tilbudets ikke-kommersielle karakter. Dette medførte et sammenfall mellom offentlige og private målsettinger og dermed en lettere integrering av de private institusjoner i den offentlige planlegging og styring. I tillegg til disse private innslag kommer framveksten av kiropraktorer, homøopater og annen "alternativ medisin" i privat regi.

Samlet kan vi si at de private tilbudene i stor grad er integrert i den offentlige helsepolitikk ved offentlige finansierings- og styringsordninger, og har i svært liten grad blitt sett på som helsepolitisk problematisk.

I de senere år er det også etablert private helsetilbud utenfor den offentlige helseplanlegging. Regjeringen har gitt sin første tillatelse til drift av rene privatfinansierte sykehus, og dermed foretatt en prinsipiell endring av norsk helsepolitikk. Utenfor institusjon har det derimot vært mulig å fritt etablere helsesentra, akuttmottagninger o.l. basert på stor grad av direkte privat betaling og trygderefusjoner. (Det er først når pasienten overnatter under medisinsk overvåkning at virksomheten formelt regnes som helseinstitusjon og derfor krever offentlig godkjenning.) De private helsesentra driver uten direkte offentlig godkjenning, og kan i prinsippet tilby hvilke tjenester de vil, og ta den pris de vil for disse tjenestene. Framveksten av private helsesentra, klinikker o.l. er intet prinsipielt nytt. Ser vi bort fra perioden med etableringslov for leger har det alltid vært mulig å starte en privat legevakt. Det er likevel først i de senere år vi har sett en bevisst utnyttelse av de kommersielle muligheter som ligger i helsesektoren.

Utviklingen av de private helsetjenester kan selvsagt ikke forstås løst fra det offentlige helsevesen og den generelle samfunnsutvikling. Ikke minst ventelister for enkelte typer behandling har bidratt til å reise en ny debatt om hvilken rolle de private tjenester skal spille. Samtidig har den generelle velstandsøkning gjort mange i stand til å kjøpe seg det vi oppfatter som et bedre helsetilbud. Denne situasjonen krever i sterkere grad enn tidligere at vi tar et politisk valg om hvilket forhold vi skal ha mellom privat og offentlig innsats i helsesektoren.

Det problematiske er imidlertid at det er vanskelig å gi en eksakt oversikt over det private helsetilbudet og hvordan dette fungerer. Det private innslaget i helsepolitikken er av svært varierende karakter, og omfattes av ulike former for offentlig regulering. Den offentlige



registrering er i hovedsak knyttet til det offentlige helsetilbudet eller private tjenester innordnet i den offentlige helseplanlegging, og kan derfor ikke gi et fullgodt bilde av hele det private helsetilbudet. I det videre skal vi ved å kombinere en rekke ulike data-kilder forsøke å gi en oversikt over utviklingen i det private helsetilbudet. Dette gjør vi ved å stille spørsmål ved det private eier-, finansierings- og styringsinnslaget i helsetilbudet innenfor og utenfor institusjon. Først skal vi knytte noen kommentarer til hvordan de formelle rammebetingelser for det private helsetilbudet har utviklet seg.

### 3.2 DET PRIVATE HELSETILBUDETS FORMELLE RAMMER

Kobling av privat og offentlig innsats har lange tradisjoner i norsk helsepolitikk. I 1911 ble en landsomfattende sykeforsikring som refunderte behandlingskostnader i og utenfor institusjon gjennomført for alle lønnstakere. Private leger kunne etablere seg fritt, og store deler av pasientenes utgifter ble dekket gjennom den offentlige sykekassen. Helseinstitusjoner ble bygget av rike kommuner og av private, ofte veldedige, organisasjoner hvor driften ble basert på refusjoner (Rohde 1986). Etterkrigstiden medførte imidlertid en reduksjon av den private institusjonssektor. "Dette skjedde hverken ved nedleggingspåbud eller ved ekspropriasjoner, men ved at refusjonssatser ble satt så lavt at det etterhvert ble umulig for private organisasjoner å drive et moderne sykehus uten tilskudd fra offentlige budsjetter" (Sosialdep. 1985). På denne måten ble f.eks. mindre og ofte avsidesliggende tuberkolosehjem erstattet med lungeavdelinger ved sentralt beliggende sykehus (Sosialdep. 1985 jfr. Ot. prp. 38 1967-86).

Med Sykehusloven (1969) og innføringen av Folketrygden fikk vi en endring av de private helseinstitusjonenes situasjon, som i praksis innebar en ren offentliggjøring. Refusjoner forutsatte at sykehusene inngikk i den offentlige styring. Med en refusjonssats på 75 % fikk vi en sterk vekst i institusjonshelsetjenesten på 70-tallet. For å dempe

denne veksten ble satsen senere redusert til 50 %.

For helsetjenesten utenfor institusjon medførte innføringen av folketrygden mindre endringer. Privat praksis hadde fortsatt rett til trygderefusjoner. Refusjon for behandlingsutgifter ble gitt direkte fra trygdekontorene. Den midlertidige etableringskontroll for almenpraktiserende leger, opphevet 1984, representerte likevel en klar innskrenking av den private kontroll over primærhelsetjenesten.

Det er først med loven om helsetjenesten i kommunene (1984) vi får en vesentlig endring av den private praksisens plass i primærhelsetjenesten. Fra 1984 pålegges kommunene å bygge opp en primærhelsetjeneste som til enhver tid dekker befolkningens behov. Dette skal skje gjennom direkte kommunalt ansatt helsepersonell og ved avtale med privatpraktiserende personell. Folketrygdens refusjonssats til den enkelte privatpraktiserende lege eller fysioterapeut ble satt til 35 % av behandlingskostnadene, mens 40 % refunderes gjennom et (fylkes-)kommunalt driftstilskudd, og de resterende 25 % av egenbetaling direkte fra pasienten. For å få avtale med kommunen, og dermed driftstilskudd, må den private praksis innordnes i de kommunale helseplaner. Privatpraktiserende legespesialister og kliniske psykologer ble omfattet av en tilsvarende ordning ved endring av Sykehusloven i 1983. 40 % av deres inntekter kommer fra et fylkeskommunalt driftstilskudd etter inngått avtale med fylkeskommunen. I tillegg har fylkeskommunen fått ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten (foketanrøkt, skoletannpleie) etter 1984.

Dette nye finansierings- og styringssystemet av helsetjenesten utenfor institusjon ble imidlertid "av Den Norske Lægeforening utrykkelig tolket dithen at leger uten avtale måtte ha adgang til å ta høyere egenandeler av pasientene, slik at de tjente det samme som avtalelegene på det samme arbeid" (Sosialdep. 1985). Dette såkalte "to-prissystemet" åpnet for et mer kommersielt salg av helsetjenester utenfor institusjon.

Det er derfor i dag fullt mulig å drive ulike private helsetilbud utenfor institusjon basert på stor grad av direkte brukerbetaling.

Innenfor institusjonshelsetjenesten anses det som gjeldende rett at alle helseinstitusjoner, selv om disse ikke inngår i de fylkekommunale helseplaner og dermed ikke mottar offentlige tilskudd, skal ha offentlig godkjenning. Godkjenningsmyndigheten er tillagt Sosialdepartementet.

Samlet sett kan vi si at etterkrigstiden har vært preget av en klar offentlig ekspansjon i helsesektoren. Gjennom offentlige finansieringsordninger har den private helsesektor blitt integrert i den offentlige styring. De siste årene har vi imidlertid sett endringer i denne koblingen av privat og offentlig innsats. Dette har skjedd gjennom endring av den offentlige styring av det private helsetilbudet og gjennom en utnyttelse av et eksisterende potensiale for privatfinansierte helsetjenester.

### 3.3 DET PRIVATE INNSLAG I INSTITUSJONSSEKTOREN

De private helseinstitusjonene kan deles opp i to hovedgrupper, hvorav den ene representerer et nytt helsepolitisk fenomen. For det første har vi hatt en lang tradisjon med privateide institusjoner innenfor den offentlige helseplanlegging. Disse institusjonene har et relativt stort omfang. For det andre er det nå gitt tillatelse til private institusjoner utenfor offentlige finansierings- og styringsordninger. I 1985 ble det søkt om drift av 3 privatfinansierte sykehus. Et av disse har fått godkjenning (pr. 1/12-86). Etablering av privatfinansierte sykehus uten noen form for folketrygdstilskudd representerte en klar endring av den tradisjonelle kobling mellom privat og offentlig innsats i institusjonshelsetjenesten.

Det er en vesentlig forskjell på disse to typer av private institusjoner. Det private eierinnslaget innenfor de offentlige helseplanene henger sammen med at disse er bygget opp av ulike ideelle organisasjoner for senere å inngå i de offentlige helseplaner. Det er i

dag lite aktuelt å etablere nye private sykehus som skal finansieres over offentlig budsjetter. En eventuell vekst i private helseinstitusjoner vil derfor i hovedsak komme som mer kommersielt baserte virksomheter uten offentlige tilskudd hvis ikke dagens helselovgivning endres, og det innføres tilskuddsordninger uavhengig av den formelle offentlige kontroll over institusjonene.

### 3.3.1 PRIVATE INSTITUSJONER INNENFOR OFFENTLIGE HELSEPLANER

Sykehusloven av 1969 og Folketrygdloven fastslår at utbygging og drift av somatiske sykehus, psykiatriske institusjoner sykehjem m.v. er et fylkeskommunalt ansvar. Folketrygden refunderer bare en del av kostnadene til helseinstitusjoner, mens fylkeskommunen selv må dekke utgifter til drift av helseinstitusjoner som inngår i de fylkeskommunale planer. Dette gjelder både private og offentlige institusjoner. Skal en privat helseinstitusjon få refundert sine driftsutgifter kreves det at den inngår i de fylkeskommunale helseplaner (Sykehusloven 2,4). Staten på sin side har ansvaret for å godkjenne byggeplaner, og ikke minst ansvaret for å fastsette refusjonssatsene. Fra 1980 ble et beløp tilsvarende 50 % av institusjonenes driftsutgifter overført fylkeskommunen som rammebevilgning. Fra 1986 vil rammetilskuddet til helsesektoren inngå i et tilskudd som skal dekke hele den lokale virksomhet. (Fortsatt gis det imidlertid direkte folketrygdtilskudd til bygging av somatiske sykehus).

Enkelte private helseinstitusjoner som ikke omfattes av sykehuslovens bestemmelser får godtgjørelse for opphold og behandling etter regler og takster fastsatt av Sosialdepartementet. I dag gis det 100% godtgjørelse av godkjente driftsutgifter til åtte slike private spesialinstitusjoner, bla. Beitostølen helsesportsenter som det mest kjente (NOU 1986:11).

Selv om den formelle eiendomsrett i mange tilfelle har vært privat har institusjonshelsetjenesten gjennom denne integreringen i de offentlige finansieringsordninger i hovedsak vært et rent offentlig anliggende. Dette betyr selvsagt ikke at privat eiendomsrett over helseinstitusjoner ikke kan medføre en viss innflytelse for eieren. Feks. har det store innslaget av religiøse organisasjoner på eiersiden i alkoholist- og narkotikaomsorgen betydning for behandlingsopplegget. Hovedinntrykket er likevel at alle private helseinstitusjoner (fram til 1986) er preget av en sterk grad av offentlig styring og kontroll.

Omfanget av det private eier-innslaget har blitt redusert på 60- og 70-tallet (Rohde 1986). Ser vi på privat eierkontroll over helseinstitusjoner på 80-tallet får vi følgende bilde:

**Tabell 1:** Helseinstitusjoner. Antall private institusjoner, private institusjoner i % av totale institusjoner 1981 og 1984. Private institusjoner målt som % av totale driftsutgifter 1984.

	1981		1984		1984
	Antall	%	Antall	%	% av utgifter
Alle institusjoner	383	32.7	341	28.8	14.8
Derav:					
somatiske inst.	161	20.9	141	18.2	10.4
hvorav:					
-sykehjem	128	20.0	117	17.8	18.6
psykisk helsevern	92	55.7	83	47.4	18.7
annen særomsorg	123	54.1	110	47.8	44.7
hvorav:					
-HVPU	110	53.1	97	45.7	42.1
-alkoholisinstit.	13	68.4	13	72.2	82.5
Sykehoteller	7	77.8	7	100.0	100.0

Kilde: SSB, NOS Helsestatistikk 1984.

På 80-tallet ser vi at reduksjonen i antall privateide helseinstitusjoner fortsetter. I 1984 var 28.8 % av institusjonene under privat eie mot 32.7% i 1981. Måler vi den private andelen med utgangspunkt i utgifter er andelen privateide institusjoner 14.8 % i 1984. Dette viser at de private institusjonene stort sett har et mindre omfang enn de offentlige. Det er spesielt innenfor særomsorgene det private innslaget er stort, og da særlig innenfor psykisk helsevern og alkoholistsorg. Institusjoner for alkoholikere domineres i stor grad av private eiere. Over 80 % av alkoholistinstitusjonene drives i privat regi. Blå-Kors har alene 35 % av disse institusjonsplassene (Rud

1986). Det er også grunn til å merke seg at den private andelen ikke er synkende innenfor alkoholistinstitutionene.

Integreringen av de privateide institusjonene i den offentlige helsepolitikk har medført at behandling ved somatiske sykehus, uansett formell eiendomsrett, har vært gratis og at eventuelle ventelister ikke kunne forseres ved å kjøpe seg tilsvarende behandling ved andre sykehus. Dette har medført at vi ikke har hatt direkte privat betaling for behandling i somatiske helseinstitusjoner fram til i dag<sup>1</sup>. Forslag om innføring av døgnpriser eller engangsbeløp ved innskriving har ikke fått politisk gjennomslag. Sosialdepartementets høringsrunde om egenandeler i helse- og sosialsektoren i 1983 viste en klar avvisning av egenandeler innenfor institusjon, og har siden ikke vært framme i den politiske debatt. Vi har i Norge heller ikke ordninger med private helseforsikringer knyttet til private senger i offentlige sykehus (som f.eks.England) eller ekstra behandling i offentlige sykehus. I Tyskland finnes det f.eks. private tilleggsforsikringer for å få fritt valg av lege, for å få enerom eller andre "luksus utgifter" (Beske 1982). Det er først gjennom etablering av rent privatfinansierte sykehus at vi i Norge har fått direkte privat betaling for helsetjenester også i institusjon.

### 3.3.2 PRIVAT-FINANSIERTE INSTITUSJONER

Søknadene om drift av privatfinansierte sykehus medførte at godkjenningsmyndighet for sykehusdrift ble lagt til Sosialdepartementet for å få en politisk vurdering før godkjenning ble gitt. Eventuell godkjenning vil bli gitt etter at departementet har vurdert "geografisk plassering, behov og hensyn til personell til stillinger i den offentlige tjeneste." Helsedirektoratet har ansvaret for å foreta en

<sup>1</sup> Pasienter som oppholder seg i institusjon for psykiske utviklingshemmede og sykehjem kan pålegges en viss betaling (25%) av forpleiningsutgifter. I tillegg ytes folketrygdytelser med reduserte satser til pasienter med langvarig opphold i helseinstitusjon.

vurdering av faglig medisinsk og hygienisk standard.

Den 4. mars 1986 godkjente Sosialdepartementet "Klinikk 8" i Oslo som sykehus med 3 senger. Sykehuset ville ha 5 faste og 4 deltids legestillinger, 7 spesialsykepleiere og 3 av annet personale. Som forutsetning for driften ble det satt krav om:

- ingen godtgjørelse fra Folketrygden til sykehuset
- samme medisinske standard som ved offentlige sykehus
- rapporteringsplikt hvis grunnlaget for godkjenningen endres
- stadsfysikus i Oslo skal holdes orientert om driften

Forutsetningen om ingen offentlig godtgjørelse gjelder bare selve sykehusdriften. Eventuell poliklinisk behandling ved "klinikken" vil medføre utgifter for Folketrygden gjennom refusjonsordningene. Klinikk 8 har senere søkt om ytterligere 4 senger uten at det foreløpig er gitt tillatelse til dette.

I tillegg til det allerede godkjente sykehuset ligger ytterligere to søknader om privat sykehusdrift til behandling i Sosialdepartementet. Dette dreier seg om vesentlig større sykehusprosjekter og endelig godkjenning er ennå ikke gitt (1/9-86).

Privat Hospital A/S søker om å drive et privat sykehus med ca. 60 senger i det gamle Mesnalia Kursted i Ringsaker kommune. I følge planene fra sykehuseieren vil dette krev godt over 100 stillinger ved institusjonen. Bl.a. 20 spesialsykepleiere, 19 sykepleiere, 6 leger, 32 hjelpepleiere .

Ring Medisinske Senter søkte høsten 1985 om tillatelse til sykehusdrift med 40 senger på sitt senter i Oslo. Februar 1986 søkte Ring Medisinske Senter om etablering av et sykehus i Asker med 150 senger og trakk dermed tilbake søknaden om sykehusdrift i Oslo. Personell-behovet anslås i årsverk til 23 leger, 110 pleiere og 30 stillinger for annet personell.

Etableringen av et privatfinansiert sykehus i 1986 har medført en prinsipiell endring, snarere enn en mer praktisk endring, av norsk helsepolitikk. Ved en eventuell full drift av de tre sykehusene vil de bare utgjøre 1 % av det samlede plasstilbudet i somatiske sykehus.

De private sykehusene innebærer imidlertid noe prinsipielt nytt ved et klarere skille mellom privat og offentlig helseinnsats. Når tillatelse er gitt har det offentlige relativt få styringsmekanismer over behandlingstilbudet, sammensetning av personell, lønnsutvikling osv. Bak de private sykehusene står ulike grupper av leger. Privatiseringen kan dermed også representere en styrking av legenes posisjon i forhold til andre profesjonsgrupper. Fra England kjenner vi feks. til at "de profittsøkende selskaper som er eid av enkeltpersoner ofte har legespesialister som eiere"(Rohde 1984). Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten fastslår at alle som yter helsetjenster må føre kontroll med sin egen virksomhet. Det må bl.a. utarbeides retningslinjer og instruksjoner for de viktigste stillinger, og det stilles krav om at den enkelte yrkesutøver opprettholder det nødvendige kunnskapsnivå (Helsedirektoratet 1985). Dette er imidlertid spørsmål om en egenkontroll foretatt av sykehuseieren, og medfører ikke en direkte statlig styringsmulighet. Fenomener som "overdiagnostisering" og eventuell "overbehandling" kan vanskelig kontrolleres av offentlige myndigheter. Vi får dermed et sykehusstilbud hvor adgangen til tjenestene er bestemt av betalingsvilje og hvor styring av institusjonene er privat.

Det er selvsagt for tidlig å oppsummere erfaringer med denne form for privat sykehusdrift. Vi vet at institusjonene satser på å utføre små og mellomstore operasjoner med vekt på plastisk kirurgi, først og fremst kosmetisk behandling, grå-stæroperasjoner m.v. I hvilken grad det kan være regningssvarende å gå i gang med større operasjoner gjenstår å se. Det er vanskelig å fastslå hvor stort et eventuelt marked for private helseinstitusjoner vil være i Norge. Erfaringer fra de andre nordiske land kan tyde på at dette markedet er svært begrenset. Omfanget av det private helsetilbud er lite i alle de nordiske land. I Danmark var det forsøk på å etablere et privat hospital. Det lyktes imidlertid ikke å framskaffe den nødvendige kapital til dette prosjektet (Mabeck 1986). I



Finland har det i lengere tid vært mulig å etablere private sykehus, men bare 2 % av Finlands samlede institusjonsbehandling gis av 3 private sykehus i Helsingfors (Edgren 1985). I Sverige finnes i dag to private sykehus, Sophiahemmet i Stocholm og Carlanderska sjukhemmet i Gøteborg (Garpenby 1986). Det siste tilbyr avansert hjertemedisin på sitt Scandinavian Heart Senter. Dette senteret har imidlertid samarbeidsordninger med offentlige myndigheter.

At omfanget av disse finansielt frittstående sykehus er svært lite henger sammen med at finansieringen bygger på direkte betaling mellom lege og pasient i form av en fast døgnpris med tillegg for røntgen, fysioterapi osv. Dermed blir behandlingskostnadene så store at markedet blir svært begrenset. Samtidig må vi også ta i betraktning at alle land har et svært godt utbygd offentlig sykehusvesen. I tillegg har privat helseforsikringer i liten grad eksistert i Norden. Imidlertid kan såkalte nøkkelpersoner i det svenske næringslivet tegne en forsikring (forsikringsselskapet SKANDIA) som garanter rask service og akuttbehandling ved Sopihaemmet i Stocholm (LO 1986). I Sverige påbegynnes også en generell markedsføring av private sykeforsikringer, men det er for tidlig å si om dette kan være aktuelt i større omfang som arbeidsgiverbetalt frynsegode for enkelte arbeidstakergrupper.

Mer kunnskap om privat finansierte helseinstitusjoner kan vi få ved å gå utenfor de nordiske land. Går vi til Storbritannia, finner vi også der at de private helseinstitusjoner har et relativt lite omfang. I Skotland finnes det feks. bare 8 private sykehus med totalt 193 senger. Samlet finnes det i Storbritannia rundt 170 private somatiske sykehus med i underkant av 7 000 senger som i hovedsak er konsentrert i London området (Rohde 1984). Dette utgjør i overkant av 2 % av sengeplassene i det nasjonale sykehusvesen (NHS). I Storbritannia har imidlertid de private hospitaler så stort omfang at det finnes et marked for private helseforsikringer.

Fra private institusjoner i Storbritannia kjenner vi også til at disse baserer seg på enkle kirurgiske inngrep (over 20 % av inngrepene er aborter, LO 1986), mens mer avansert medisin nærmest utelukkende forgår i offentlig institusjoner. Feks. går den norske hjertebroen til et

større NHS-hospital, ikke til en privat institusjon (Rohde 1984).

På denne bakgrunn kan det se ut som om muligheten for å få et omfattende privat institusjonstilbud er relativt lite selv om det blir gitt "grønt lys" fra politiske myndigheter. Men, for enkelte betalingssterke grupper i sentrale strøk, kan et slikt helsetilbud komme til å spille en vesentlig rolle og i så måte representere et helt nytt fenomen i norsk helsepolitikk.

#### 3.4 PRIVATE TILBUD UTENFOR INSTITUSJON

Omfanget av private helsetjenester utenfor institusjon lar seg ikke illustrere med en enkel oversikt. Dette henger sammen med at den offentlige og private virksomhet er vevet i hverandre. Innenfor primærhelsetjenesten finnes det intet rent privat tjenestetilbud (på tross av at dette ofte hevdes i den såkalte privatiseringsdebatten). Selv de kommersielle helsesentra mottar offentlige tilskudd i form av trygderefusjoner. På den andre siden har de offentlige primærhelsetjenestene private innslag i form av egenandeler på de enkelte tjenester. For å kunne trekke ut de private komponenter skal vi ta utgangspunkt i omfanget av den private eierkontrollen over tjenesteproduksjonen, for deretter å se på den private finansiering av primærhelsetjenestene og hvordan det private tilbudet styres av offentlige myndigheter.

Det private innslaget er sterkt varierende avhengig av hvilken tjenestekategori vi betrakter. Hjemmesykepleien har siden opprettelsen vært et kommunalt ansvar og levert gratis til mottakerne (selv om det i Oslo er forsøkt startet et privat selskap som bl.a. tilbyr hjemmesykepleie). Gruppen "andre helsetjenester" er rent offentlig finansierte ordninger som statlige kontroll og beredsskapstiltak, svangerskapskontroller, familiervern o.l. For de andre tjenestene i listen under er det derimot ulike private innslag.

Utenfor helseinstitusjonene tilbys det i dag en rekke tjenester:

- \* Poliklinisk og ambulant virksomhet knyttet til institusjoner. Herunder inkludert laboratorier og røntgeninstitutter ved sykehus.
- \* Private laboratorier og røntgeninstitutter
- \* Almenleger og psykologer utenfor institusjon
- \* Spesialistlegetjeneste utenfor institusjon
- \* Fysikalsk behandling
- \* Hjemmesykepleie
- \* Medisiner og medisinske hjelpemidler
- \* Ambulanse og syketransport
- \* Tannhelsetjeneste
- \* Bedriftshelsetjeneste
- \* Alternativ medisin
- \* Andre helsetjenester

For å få oversikt over det private eier-innslaget for disse tjenestene må vi ta utgangspunkt i omfanget av helsepersonell i virksomheter utenfor institusjon. Bare en liten del av det totale helsepersonell er sysselsatt utenfor institusjon. I 1985 var det totalt sysselsatt 35 552 sykepleiere og 37 734 verne- og hjelpepleiere i det norske helsevesen (SSB, Helsepersonell 1985). Bare 4 806 sykepleiere og 2 349 hjelpepleiere, dvs 9.8 %, var virksomme utenfor institusjon. Legene er derimot i langt større grad sysselsatte utenfor institusjonene. Nesten 40 % av de yrkesaktive leger er sysselsatt i primærhelsetjenesten.

Tar vi for oss leger utenfor institusjon får vi følgende bilde:

Tabell 2: Leger utenfor helseinstitusjon.

	1981	1983	1985
I alt	3 058	3 307	3 610
Privatpraktiserende:	1 767	1 821	1 985
- almenpraktiker	1 274	1 312	1 427
- spesialist	493	509	558
Offentlig ansatte	1 291	1 466	1 615
Privat i % av leger utenfor institusjon	57.8	55.1	55.0
Privatpraktiserende i % av alle leger	21.3	21.0	21.6

Kilde: SSB, Helsepersonellstat. 1981, 1983 og 1985

Det har vært en viss økning i antall privatpraktiserende leger på 80-tallet. Som andel av leger sysselsatt utenfor institusjon, og som andel av alle leger foregikk det en viss nedgang på 70-tallet (Rohde 1986). Denne tendensen ser imidlertid ut til å stoppe opp på 80-tallet. Fortsatt er over halvparten av legene utenfor helseinstitusjonene privat-praktiserende, og over 20 % av samtlige norske leger er privat-praktiserende. I tillegg kan tallene for 1985 over almenpraktiserende ligge noe lavt pga. en stor gruppe kategorisert som uoppgitt (Bl.a. opererer helsedirektoratets statistikk for kommunehelsetjenesten med 1 586 almenpraktikere i 1985<sup>1</sup>). Veksten i privatpraktiserende leger kan derfor være noe sterkere enn det denne tabellen gir inntrykk av. Det er ingen entydig tendens i utviklingen av offentlige og private eierforhold i helstjenesten utenfor institusjon på 80-tallet. I absolutte tall blir det flere privatpraktiserende almenleger og spesialister, mens de relativt sett har en stabil andel.

For sykepleiere, verne- og hjelpepleiere finnes det ikke oversikt over hvor mange som befinner seg i privat virksomhet. Av de 3 581 yrkesaktive tannlegene var det i 1983 431 heltidsansatte tannleger i skoletannpleien, mens 898 var heltidsansatte i folketanrøkten. I tillegg kom 429 deltidsansatte. De heltidsansatte offentlige tannleger utgjorde dermed 37.1 % av de yrkesaktive tannlegene (Sos.dep., 1985). Den offentlige tannhelsetjeneste har vært i vekst i hele etterkrigstiden. Denne veksten ser ut til å fortsette også etter at fylket har fått ansvaret for hele den offentlige tannhelsetjeneste.

Hva angår fysioterapeuter og mensendicksykegymnaster (3 701 i 1985) arbeider omtrent halvparten i offentlig tjeneste etter en sterk vekst i offentlige ansettelse i hele etterkrigstiden.

Samlet sett kan vi si at det fortsatt er et betydelig privat eier-innslag i primær-helsetjenesten. Tendensen til at andelen privatpraktiserende helsepersonell ikke lenger er synkende er særlig interessant.

<sup>1</sup> Målt i hele stillinger, dvs. at antall personer ligger høyere.

3.4.1 PRIVAT BETALING FOR HELSETJENESTER UTENFOR INSTITUSJON

Innslaget av privat helsetilbud utenfor institusjon kan vi illustrere langs en annen dimensjon enn over ved å stille spørsmålet: Hva er omfanget av den direkte private helsefinansiering? Vi kan dermed gi et noe annet bilde av det private innslaget i helsepolitikken.

For å få et helhetlig bilde av forholdet mellom privat og offentlig helsefinansiering kan vi se de private utgifter i prosent av totale utgifter til de ulike typer av helsetjenester utenfor institusjon. Gruppen for Helsetjenesteforskning har forsøkt å beregne omfanget av både den private og offentlige helsefinansiering i 1982. Det er en viss usikkerhet knyttet til tallene, men de gir likevel et bilde av privat og offentlig helsefinansiering. Med utgangspunkt i denne tabellen har vi beregnet den private finansieringsandelen (se tabell 3).

Tabell 3: Helsetjenester utenfor institusjon. Privat finansiering i prosent av brutto driftsutgifter (offentlige + private). 1982.

	private utgifter	
	mill.kr.	%
Poliklinisk/ambulant	108.7	33.4
Laboratorier/røntgeninst.	82.3	14.5
Spesialistlegetjeneste	55.8	23.4
Almenlegetjeneste	242.9	15.4
Fysikalsk behandling	137.7	31.6
Tannhelsetjenesten	1 250.1	68.8
Medisiner & hjelpemidler	979.4	52.6
Ambulanse, syke transport o.l.	70.0	8.4
Bedriftshelsetjenesten	109.1	99.7
Alternativ medisin	31.1	91.4
<b>Totalt</b>	<b>3 067.1</b>	<b>35.9</b>

Kilde: Rohde 1986.

Direkte privat finansiering spiller en vesentlig rolle i helsetjenesten utenfor institusjon. Mellom 30 og 40% av de totale utgiftene er finansiert ved direkte privat betaling.

Av den private finansiering utgjør egen-betalingen for tannhelsetjenester og medisiner og medisinske hjelpemidler over 70 %. Det

gis ikke offentlig refusjon for utgifter til såkalt "konserverende tannbehandling" (St.pr. nr 1 85/86 Folketrygden). Dermed må personer over 18 år i hovedsak betale den tradisjonelle tannbehandling selv. Innenfor kategorien medisiner og medisinske hjelpemidler gis det refusjon for legemidler på resept. Fra 1984 betales det en egenandel for disse medisinene med unntak av preparater foreskrevet for tuberkulose og veneriske sykdommer. Det gis også godtgjørelse for ortopediske hjelpemidler, forbindelsessaker m.v. hvis det foreligger rekvisisjon fra spesialist. Også her finnes det ordninger med egenandeler, bl.a. 250 kroner pr. par ved kjøp av ortopediske sko (1986). Forholdet mellom offentlig og privat finansiering til medisiner og medisinske hjelpeapparater er for tiden til politisk vurdering i Sosialdepartementet. " Det vil bli nedsatt et offentlig utvalg på bred basis som skal utrede en rekke spørsmål i tilknytning til bruk av egenandeler på helse- og sosialsektoren" (Sos.dep., St.prp. nr. 1 86/87). Utvalget skal legge fram sin innstilling innen utgangen av 1987.

Den private finansieringsandelen ved almenlegetjenesten, spesialisttjenester og polikliniske tjenester ved sykehusene utgjøres av direkte betaling fra pasienten. Dette gjelder også for posten fysikalsk behandling.

Helsetjenester omtalt som alternativ medisin er i all hovedsak privat finansiert. Det gis imidlertid trygderefusjon for utgifter til behandling hos kiropraktor når behandlingen er gitt etter henvisning fra lege. Bedriftshelsetjenesten er så godt som i sin helhet privat finansiert.

Totalt sett betyr dette at vi i tillegg til de ca. 30 mrd. kroner vi brukte over offentlige helsebudsjetter i 1985, brukte over 4 mrd. kroner i direkte privat betaling for helsetjenester. Dette anslaget på det totale omfang av de private helsetjenester får vi fra Statistisk Sentralbyrås årlige forbruksundersøkelser. Disse tallene bygger på en utvalgsundersøkelse av husstandenes forbrukssammensetning. Splitter vi tallene for helseforbruk opp på enkeltkategorier er det en viss usikkerhet knyttet til tallene. Man må derfor legge mest vekt på trender enn variasjoner fra år til år.

Tabell 4: Privat helseforbruk 1982 - 1985. Millioner 1985 kr.

	1982	1983	1984	1985
Totale helseutgifter	3 723.5	3 684.8	3 894.8	4 025.0
derav:				
-medisiner og helseartikler	880.9	938.6	936.5	1 048.5
-tannlegehjelp	1 629.3	1 581.9	1 926.1	1 773.6
-legehjelp		368.7	456.8	477.4
-fysikals behandling m.v.	179.4	250.2	239.0	303.2

Kilde: SSB, forbruksundersøkelser 1982 - 1985.

De siste årene har vist en realvekst i det private helseforbruket. Dette har imidlertid ikke medført at utgiftene til helseformål tar en større andel av det totale private forbruk. Helseutgiftene ligger stabilt på rundt 2% av det private forbruk. Den sterkeste utgiftsveksten har vi hatt innenfor gruppen legehjelp og fysikalsk behandling. Det har også vært sterk vekst i utgiftene til medisiner. Dette er tjenester hvor egenandeler spiller en vesentlig rolle. Det kan derfor se ut som om det økte omfang av egenandeler på primærhelsetjenester slår ut i økte private helseutgifter de siste årene.

Av de private helseutgifter er det tannbehandling som utgjør den største utgiftsposten med over 44 % av totale utgifter i 1985. Deretter følger utgifter til medisiner og andre helseartikler. I 1985 brukte vi, som sagt, totalt sett over 4 milliarder kr. til betaling for helsegoder. Dette tilsvarer i overkant av 50 % av de samlede offentlige utgifter til helsetjenester utenfor institusjon. For årene 1982, 83 og 84 var det en sterkere vekst i de private helseutgifter, enn i de offentlige utgifter utenfor institusjon.

Tallene fra SSBs forbruksundersøkelse stemmer overens med Sosialdepartementets anslag på "privat betaling i helsevesenet i 1985" (St.prp. nr.1. 86/87, Sos.dep.). Departementet anslår den totale private betaling av helsetjenester til 3.9 mrd. kroner i 1985. Dette anslaget bygger på en noe snevrere definisjon av privat helseforbruk enn den SSB benytter. Bl.a. er ikke utgifter til helseartikler, ortopedisk utstyr

m.v. med i departementets anslag. De 3.9 mrd. kr. i privat helseforbruk fordelte seg på følgende kategorier:

Tabell 5: Privat betaling i helsevesenet. 1985.  
Anslag i milliarder kroner.

Totalt	3.9
derav	
- legehjelp	1.0
- medisiner på blå resept	0.1
- andre legemidler	1.0
- reiser	0.3
- fysioterapi	0.2
- tannlege	1.3

Kilde: Sosialdepartementet, Erfaringer med nytt egenandelssystem, St.prp. nr. 1 1986/87.

Når vi måler det private innslaget i helsetjenesten utenfor institusjon med utgangspunkt i den private finansieringsandelen må vi konkludere at det private innslaget er betydelig og voksende. Betraktet på denne måten kan vi konstatere en klar privatiseringstrend i helsepolitikken. Denne økte privatfinansieringen ser ut til å henge sammen med bruk av såkalte egenandeler for tjenester som i hovedsak er offentlig finansiert. Ytelser med full privatfinansiering har foreløpig et relativt lite omfang. Vi skal i det videre knytte noen kommentarer til disse to finansieringsformene.

#### 3.4.1.1 EGENANDELER

Delvis privat betaling for viktige helsetjenester har vært benyttet i en årrekke. Omfanget av denne direkte betalingen har imidlertid vært svært beskjedent, og lå i faste priser på det samme nivå på 60- og 70-tallet (Nilson 1982). Det er først etter 1980 vi har fått en utvidet bruk av egenbetaling og et vesentlig høyere nivå på denne (St.prp. nr.1, 86/87, Sos.dep.).

I 1979 ble det innført egenandel på reiseutgifter til lege. I 1981 fikk



vi egenandel på medisiner på blå resept. Året etter kom egenandel på røntgenundersøkelser. I 1982 ble det satt en egenandel på reseptfornyelser, injeksjoner, sending av prøver til laboratorier, syng av sår m.v.

Begrepet "egenandeler" forekommer imidlertid i lovgivningen for første gang i forskriftene "begrensning av egenandel" fra 30.3 1984. Disse forskriftene ble gitt i forbindelse med innføring av et samlet system for egenandeler med virkning fra 1. april 1984. Ved dette systemet bestemmes for det første nivået på egenbetalingen for viktige helsetjenester, og for det andre fastsettes et tak på de samlede utgifter til slike egenandeler. Formelt kan vi si at "egenandeler" betegner de ordninger som omtales i forskriftene om begrensning av egenandeler (utgiftstaket). Det vil si utgifter til legehjelp, psykologhjelp, viktigere legemidler og reiser som trygden betaler for<sup>1</sup>. Før 1. januar omfattet egenandelsordningen også utgifter til enkelte tekniske hjelpemidler.

Dette medfører at privat betaling for en rekke andre tjenester ikke er å betrakte som egenandel i den forstand at disse utgiftene ikke er med i beregningen av det såkalte utgiftstaket. F.eks. er ikke utgifter til fysioterapeut, kiropraktor, logoped, audiopedagog, og ergoterapeut med i beregningen av utgiftstaket i egenandelsordningen<sup>2</sup>. Ingen sosiale tjenester, f.eks. hjelpeordning for hjemmene, faller inn under systemets virkeområde.

<sup>1</sup> Unntak fra regler om egenandeler:

- ved kontrollundersøkelser og behandling av sykdom i forbindelse med svangerskap og fødsel
- ved undersøkelse og behandling av godkjent yrkes eller krigsskade
- ved behandling av tuberkulose og veneriske sykdommer skal det ikke betales egenandel for legebehandling og medisiner på blå resept
- ved behandling av innsatte
- behandling hvor pasientens tilstand forhindrer innkreving
- ved psykoterapeutisk behandling av personer under 18 år.

<sup>2</sup> Det er gjort enkelte unntak fra disse reglene slik at trygden yter full godtgjørelse:

- ved enkelte kroniske og alvorlige lidelser (medfødte lidelser, revmatisme m.v.)
- etter større kirurgiske inngrep og etter større skader
- ved yrkesskader og krigsskader

Tabell 6: Egenandelene har følgende satser pr. 1 mars 1986:

Almenpraktiker:		Spesialist:	
-konsultasjon	kr. 50	-konsultasjon	kr. 65
-med nattillegg	" 80	-med nattillegg	" 85
-sykebesøk	" 60	-sykebesøk	" 70
-med nattillegg	" 90	-med nattillegg	" 95
Psykolog:	65	kr.	pr. undersøkelse/behandling
Røntegenundersøkelse pr.			
rekvisisjon	"	60	
Legemidler på blå resept	"	60	
(barn, alders og uførepen.)	"	30	
Reise til behandling pr. tur	"	17	

Kilde: Sosialdepartementet

For legehjelp tilsvares egenandelen forskjellen mellom Folketrygdens stykkprisrefusjon og de honorarsatser som Den Norske Lægeforening og staten forhandler seg fram til (normaltariffen). Egenandelen betales både hos privatpraktiserende (med avtale) og offentlig ansatte leger.

For psykologhjelp er det ikke fastsatt noen honorarsats, men for de viktigste typer psykolog-behandling er det fastsatt en bestemt egen-andel uansett behandlingens varighet. Egenandelen for legemidler og reiser fastsettes også til en hver tid av myndighetene i egne forskrifter.

Egenandels-systemet omfatter altå ikke all privat betaling for helsetjenester, men bare de ordninger som faller under det såkalte utgiftstaket. Utgifter til disse tjenester kan føres på et kvitteringskort. For 1986 er taket på utgifter til egenandeler satt til 880 kroner. Utgifter over dette nivå blir refundert i sin helhet av trygdekontoret ved at kviteringskortet løses inn ved trygdekontorene i et frikort.

Dette utgiftstaket ser ut til å ha en viss skjermingseffekt for utsatte grupper. I 1984 ble det utstedt drøyt 139 000 frikort. 54 % av frikortene gikk til barnefamilier, da særlig flerbarnsfamilier, og 46% gikk til enkeltpersoner. Den høye andelen frikort til barnefamilier henger sammen med at det gjelder særlige regler for barnefamilier.

Egenandeler for barn under 16 år i en familie kan legges sammen med egenandelen til en av foreldrene. Av enkeltpersoner med frikort utgjorde kvinner over 67 år med ytelser fra Folketrygden en hovedgruppe. Frikortinnehaverens gjennomsnittlige pensjon lå imidlertid på samme nivå som for pensjonister forøvrig (Sos.dep. 1986).

De offentlige refusjoner av egenandeler over taket har hatt følgende totale omfang i millioner kroner:

Tabell 7: Utgifter til refusjoner av egenbetaling i millioner kroner. Løpende priser.				
	1984 <sup>1</sup>	1986	1986 <sup>2</sup>	1987
Regnskap	19.5	41.8	53.0	-
Budsjettvedtak		25.0	35.0	60.0

<sup>1</sup> Ordningen fungerte i 9 måneder i 1984.

<sup>2</sup> Anslag på grunnlag av regnskap 1.1 - 30.4 1986  
Kilde: Sosialdepartementet.

Som tabellen viser ble det i 1986 overført over 50 millioner kroner til frikortinnehaverne. For 1987 er det budsjettert 60 mill. kroner til egenandels-refusjoner. 62 % av disse refusjonene gjaldt utgifter til legehjelp (1985). I tillegg til disse direkte refusjonsutgiftene medfører egenandels-ordningen økte administrative kostnader for Folketrygden, anslått til 80 årsverk, og en del ekstraarbeid for apoteker og leger.

Tabellen over viser også at de faktiske utgifter til egenandelsrefusjoner har ligget langt over de forventede (budsjetterte) utgifter. Dette henger sammen med en sterk vekst i forbruket av legetjenester som har gitt seg utslag i sterk økning i trygderefusjoner til leger. Om innføringen av egenandels-systemet har medført redusert etterspørsel etter helsetjenester eller styrt forbruket i retning av mindre kostnadskrevende tjenester er det vanskelig å fastslå.

Virkningen av egenandelene kan imidlertid finnes også på det ideologiske plan. Egenandeler fører ikke bare til en direkte privatisering, de gjør også skillet mellom offentlige og private helseløsninger mindre. Det kreves betaling både ved den kommunale og den private legevakt. Dermed legitimerer den offentlige ordningen med egenandeler et rent privatfinansiert helsetilbud.

### 3.4.1.2 FULL PRIVAT FINANSIERING

I tillegg til privat helsefinansiering gjennom egenandels-systemet finnes det en rekke andre former for privat helsefinansiering. For det første er en stor del av utgiftene til medisiner, reiser i forbindelse med behandling og tekniske hjelpemidler ikke regulert gjennom egenandels-systemet og betales i sin helhet privat.

For det andre finnes det også et tilbud av private helsetjenester som i hovedsak bygger på direkte privat betaling (kombinert med trygderefusjoner). Dette tilbudet ytes av:

- \* almenpraktikere og spesialsister uten driftsavtale i egen praksis
- \* kommersielle helsesentra, klinikker og akuttmottagninger med personale uten kommunale driftsavtaler
- \* intitusjoner som selger "bedriftslege-ordninger"
- \* institusjoner som selger hjemmesykepleie o.l
- \* andre helsetjenester, f.eks. "alternativ medisin"

Den private betaling foregår i all hovedsak som direkte pasient betaling, men også ordninger med medlemspremier og bedriftsbetaling finnes. Prisene for disse private tjenester kan fritt bestemmes i markedet. Det finnes pr. i dag ingen undersøkelser som viser det totale omfanget av privat betaling for disse helsetjenestene.

Ved å ta utgangspunkt i trygderefusjoner som gis til personell uten driftsavtale med fylke eller kommune kan vi likevel si noe om dette helsetilbudets omfang. I 1985 betalte Folketrygden ut 119.7 millioner kroner i trygderefusjoner til ikke-avtale personell. Dette utgjorde 15.5 % av de totale refusjoner. Totalt for 1986 ligger vi an til trygderefusjoner på rundt 130 millioner kr. til ikke-avtale personell. Disse utbetalingene omtales ofte som den såkalte "sugerørseffekten" i

og med at et helsetilbud utenfor den lokale helseplanlegging subsidieres med offentlige midler.

Tabell 8: Trygderefusjoner 1985 og 1. halvår 1986 i 1000 kr. og refusjoner til personell uten avtale som % av totale refusjoner.

		1985	%	1986	%
Spesialist	med avtale	109 048		69 591	
	uten avtale	46 671	30.0	31 383	31.1
Almenlege	med avtale	365 545		253 830	
	uten avtale	49 781	12.0	29 072	10.3
Fysioterapeut	med avtale	166 589		113 409	
	uten avtale	14 653	8.1	8 864	7.2
Psykolog	med avtale	13 821		7 121	
	uten avtale	8 581	38.3	4 333	37.8
Totalt	med avtale	653 003		854 689	
	uten avtale	119 686	15.5	73 652	14.2

Kilde: Rikstrygdeverket.

Det er særlig blant legespesialistene at omfanget av virksomheten uten avtale er stor. Rundt 30 % av refusjonene knyttet til spesialisthjelp, dvs. ca 50 millioner kroner, går til spesialister uten avtale. Samtidig er det bare innenfor denne kategorien at ikke-avtale personellens andel av refusjonene er stigende. Også blant psykologer har vi en høy andel refusjoner til personell uten driftsavtale (38.3 %).

Ser vi trygderefusjonene til ikke-avtale praksis i forhold til den andelen disse utgjør av de totale årsverk utført i privat praksis framtrer et meget interessant bilde. Mens almenleger uten avtale utførte 5% av alle årsverk i 1985 (se tabell 10), mottok de 12 % av de samlede refusjoner. Denne svært store forskjellen i refusjonsnivå mellom avtale og ikke-avtaleleger kan ha sin bakgrunn i to forhold. Leger uten avtale kan utføre tjenester i situasjoner hvor takstene er høyere, f.eks. ved legevaktkjøring i helgene. Forskjellen i taktsbruk kan også skyldes at leger uten avtale har sterkere insentiv til å utføre nettopp de behandlinger og undersøkelser som gir (større) refusjoner. Større refusjoner pr. årsverk kan oppnås ved å behandle det som lønner seg ifølge refusjonssatsene f.eks. ved å ta flere prøver, foreta enkle operative inngrep m.v.

For legespesialister har vi ikke tall for antall årsverk utført uten avtale. Vi kan derfor ikke fastslå eksakt forholdet mellom arbeidsmengde og refusjoner for spesialistene. Det er imidlertid rimelig å forvente at forskjellen mellom ikke-avtale spesialister og avtale-spesialister, hva angår trygderefusjoner, er større enn for almenleger. Spesialistene har langt større anledning til å tilpasse sine tjenester i retning av ytelser som gir høyere refusjoner, f.eks. i form av enkle kirurgiske inngrep.

Med utgangspunkt i denne oversikten over trygderefusjoner kan vi fastslå at det kommersielle helsemarkedet utenfor institusjon har et relativt stort omfang. De totale trygderefusjoner har vært i sterk vekst de siste årene. Foreløpig ser det imidlertid ikke ut til at de totale refusjonene til ikke-avtale personell vokser mer enn refusjoner til virksomheter basert på driftsavtaler med kommunene.

En pasient som mottar en tjeneste fra ikke-avtale personell må betale alle kostnader ved behandlingen utover trygderefusjonene i motsetning til kjøp av tjenester hos personell med driftsavtale hvor det er fastsatt egne takster for pasientens egenbetaling. For å gi et innblikk i hvilket nivå prisen for tjenester i det kommersielle helsemarked ligger på, viser vi på neste side en oversikt over prisen for enkelte tjenester ved et slikt kommersielt senter (Klinikk-8). Dette er utelukkende ment som en illustrasjon av prisnivået og sier ingenting om klinikkens fortjeneste. De skal også dekke utgifter til leie av lokaler, utstyr m.v. Denne oversikten er utarbeidet av Forbrukerrapporten.

Utføres disse inngrepene av en lege med driftsavtale vil pasientbetalingen bestå av de fastsatte egenandeler. Refusjoner fra Folketrygden er lik uansett hvor behandlingen forestas. Avtalelegen vil med en arbeidstid på 38 timer pr uke i 44 uker motta et driftstilskudd tilsvarende 183 kr. pr time (før 1/3-86). Utføres inngrepene på et offentlig sykehus betaler pasienten ikke direkte for betalingen.

Tabell 9: PRISEKSEMPLER FRA "KLINIKK-8" 1986<sup>1</sup>.

Meniskoperasjon gjennom artroskop. En del av menisken fjernes gjennom et rør med en lyskilde. Kort inngrep, men krever investering på omlag 200 000 kr.  
Pasientbetaling 6000 kr. Refusjon fra Folketrygden 862 kr.

Krokete finger (dupuytren's kontraktur). Oppretting av finger, enkle inngrep kan behandles poliklinisk.  
Pasientbetaling 4 000 kr. Refusjon fra Folketrygden 569 kr.

Svettekjertler (hyperhidrose, bilateral). Kan opereres bort ved et enkelt inngrep.  
Pasientbetaling 5 000 kr. Refusjon fra Folketrygden 773 kr.

Hemorroideoperasjon (enkel)  
Pasientbetaling 400 kr. (500 kr. pr. 1/12-86). Refusjon fra Folketrygden 206 kr.

Fierning av foflekk eller vorte (naevi - verrucae) Regnes som et enkelt inngrep.  
Pasientbetaling 400 kr. Refusjon fra Folketrygden 83 kr.

Sterilisering av menn (vasectomi). Et enkelt inngrep som det ikke er vanlig å gjøre under full narkose.  
Pasientbetaling: 500 kr. (1 000 kr. pr 1/12-86). Refusjon fra Folketrygden 138 kr.

Øvre øyelokk. Kan endres ved et enkelt inngrep.  
Pasientbetaling 3 500 kr. Refusjon fra Folketrygden 308 kr.

Ører. Kan endres ved et enkelt inngrep.  
Pasientbetaling 4 000 kr. (5 000 kr. pr. 1/12-86). Refusjon fra Folketrygden 373 kr.

Åreknuteoperasjon. En full åreknuteoperasjon foregår i Norge helst med pasienten innlagt. Legges man inn på et offentlig sykehus betaler pasienten ingen ting for behandlingen.  
Pasientbetaling: 4 000 kr. Refusjon fra Folketrygden 268 kr.

<sup>1</sup> Satsene for refusjoner som er brukt her gjaldt pr. 1. mars 1986. den senere justering av takstene er imidlertid ikke særlig store.

I de tilfeller hvor pasientbetalingen er hevet har vi angitt de nye satsene i parentes.

Kilde: Forbrukerrapporten nr. 3 1986.

### 3.4.2 OFFENTLIG STYRING AV PRIVATE HELSETJENESTER UTENFOR INSTITUSJON

Selv om en helsetjeneste produseres privat eller er delvis privat betalt, kan virksomheten reguleres relativt detaljert av offentlige myndigheter. Det kan derfor være interessant å vurdere det private innslaget også ut fra graden av reell privat styringsrett over de helsetjenester som tilbys.

Utenfor institusjon er det i dag bare røntgeninstitutter/labradorier med spesialister i radiologi m.v. som krever offentlig godkjenning etter Sykehusloven. Denne godkjenning er nødvendig for å få rett til trygderefusjoner. Godkjente leger, fysioterapeuter og psykologer kan fritt etablere praksis, og har krav på de aktuelle trygderefusjoner. Om en eller flere leger slår seg sammen og driver klinisk legevirksomhet i form av legesentra, akuttmottakninger er dette ikke å betrakte som helseinstitusjon og krever ikke egen offentlig godkjenning. Privatpraktiserende personell har derimot meldeplikt til kommune(fylkes-)legen, som har tilsyn med virksomheten. Kommunelegens oversikt over privat praksis kan være mangelfull fordi meldeplikten ikke alltid overholdes, og fordi det er begrenset hvilken informasjon som gis på denne måten.

Offentlige myndigheter har to direkte forbindelser til den private tjenesteproduksjonen. For det første gjennom trygderefusjoner til almenpraktikere, spesialister og laboratorier og røntgen-institutter. For det andre gjennom kommunale driftsavtaler med almenpraktikere og fysioterapeuter, og fylkeskommunale driftsavtaler med spesialister, kliniske psykologer og laboratorier. Disse tilskuddsordninger gir myndighetene et visst innsyn i de private virksomhetene ved ulike registereringsordninger. De lokale myndigheter kan imidlertid foreta en mer direkte styring ved å sette betingelser for å gi driftstilskudd til den private virksomhet. Driftsavtale forutsetter at legen følger de veiledende honorarsatser (normaltariffen), slik at pasientens



egenbetaling tilsvarende det formelle egenandels-systemet. I tillegg kan lokale myndigheter bestemme etableringstid, åpningstider, generelle regler for pasienttilgjengelighet, pålegge legevaktkjøring og andre oppgaver for privatpraktiserende personell med kommunal driftsavtale, og har dermed en betydelig styringsmulighet over privat helsepersonell med driftsavtale. Det er imidlertid uklart om driftstilskuddene benyttes som et aktivt styringsinstrument eller om ordningen fungerer som et rent tilskuddssystem.

Ordningen med driftsavtaler gir også kommunale myndigheter mulighet til å planlegge forholdet mellom det private og offentlige helsetilbudet ved å fastsette antall avtalehjemler relativt til antall fastlønnsstillinger. "Fastlønnsstillinger er utkantkommunenes form, avtaletilknyttet privatpraksis finner vi først og fremst i sentrumskommunene (Paulsen 1986). I Oslo har man lagt seg på en politikk med 50 % privatpraktiserende og 50 % kommunalt ansatte almenleger. Private virksomheter kan likevel etableres utenfor denne styring av leger, psykologer og fysioterapeuter uten avtale og ved hjelp av tilknyttet personale på deltidsbasis. Denne virksomhet utenfor det kommunale avtaleapparatet har krav på trygderefusjoner, uten at dette medfører vesentlige muligheter for det offentlige til å påvirke praksisens innhold. Det kan derfor fritt etableres helsesentra, akuttmottagninger osv. basert på trygderefusjoner og direkte privat betaling utenfor den offentlige helseplanlegging. F.eks. driver Ring Medsinske Senter uten noen form for offentlig godkjenning, og kan i prinsippet tilby hvilke tjenester og ta den pris de vil for disse tjenestene.

Det avgjørende skillet i et styringsperspektiv går derfor mellom virksomheter innenfor den lokale helseplanlegging, dvs. virksomheter med driftsavtale, og virksomheter utenfor den lokale helseplanlegging. I tabellen under viser vi omfanget av privat praksis med og uten avtale. Denne registeringen er dessverre mangelfull. For det første er ikke omfanget av privatpraktiserende spesialisters virksomhet uten avtale registrert. For det andre er registeringen av almenpraktiserende legers virksomhet uten avtale relativt usikker. Registeringen bygger på informasjon fra kommunelegen som igjen er avhengig av at meldeplikten

fra privatpraktiserende personale overholdes. F.eks. har Helsedirektoratet andre tall enn Stadsfysikus i Oslo over privatpraktiserende almenpraktikere i Oslo.

Tabell 10: Privat praksis med og uten kommunal driftsavtale målt i årsverk og prosent av total privat praksis. 1984 og 85.				
	1984	%	1985	%
Leger:				
almenpraktikere m/avtale	1503	92.1	1606	94.8
almenpraktikere u/avtale	129	7.9	88	5.2
		100.0		100.0
Spesialister m/avtale <sup>1</sup>	371		397	68.9
Spesialister u/avtale <sup>2</sup>	-		124	31.1
				100.0
Fysioterapeuter m/avtale <sup>3</sup>	2001	95.1	2093	96.9
Fysioterapeuter u/avtale <sup>3</sup>	103	4.9	68	3.1
		100.0		100.0

<sup>1</sup> Personer.

<sup>2</sup> Anslag basert på refusjonsregnskapet

<sup>3</sup> Oslo er ikke registrert.

Kilde: Helsedirektoratet: Årsstatistikk for kommunehelsetjenesten 1984 1985 og Sosialdepartementet: nøkkeltall for fylkeshelsetjenesten 1985.

Vi ser at hoveddelen av privat praksis drives med driftstilskudd fra kommunen eller fylket, og ligger derfor innenfor det offentlige styringsområdet. Selv om vi ikke har tall for legespesialister uten avtale vet vi fra refusjonsregnskapet at det her foregår en betydelig aktivitet uten driftstilskudd. Antar vi at det ikke er noen forskjell i bruken av refusjoner mellom avtale og ikke-avtale spesialister kan vi anslå antall spesialister uten driftsavtale til 124 for 1985. For fysioterapeuter må vi regne med at andelen av årsverkene utført uten avtale er vesentlig høyere enn 3 % fordi Oslo ikke er registrert i denne oversikten.

Selv om omfanget av den private virksomhet uten avtale er relativt liten ser vi at vi har fått et to-delt helsetilbud utenfor institusjon.

Det er selvsagt vanskelig å trekke noen konklusjon om utviklingen av de ulike typer privat praksis etter bare to år med denne ordningen. Tendensen er imidlertid en viss nedgang i den totale virksomhet uten driftsavtale med kommunen eller fylket. Dette kan tyde på at det er

vanskelig å finansiere en privat praksis bygget på høy grad av direkte betaling, når pasienten har muligheten til å oppsøke personell med driftsavtale og dermed få tjenesten til betydelig lavere pris. Dette argumentet understøttes også av at ikke-avtaleleger i sterkere grad mottar trygderefusjoner enn leger med driftsavtale.

Det er imidlertid svært interessant å merke seg at denne tendensen ikke gjelder for Oslo. Mens andre fylker har registrert en viss nedgang i personell uten driftsavtale har Oslo hatt en vekst i antallet årsverk utført av almenleger uten driftsavtale (Se statistikk for kommunehelsetjenesten, Helsedir. 1985). Rundt 50 % av alle landets almenleger uten avtale befinner seg i Oslo. For Oslo betyr dette at 20% av all privat almenpraksis drives uten driftsavtale og dermed ligger utenfor Oslo kommunes helsepolitiske styring. (For spesialister finnes det ikke tilsvarende fylkesvise oversikter.)

Disse tallene tyder også på at det er svært vanskelig å drive almenlegepraksis eller spesialistpraksis uten avtale som en tradisjonell emmannspraksis. Muligheten for å basere seg på høy privat egenbetaling kan avhenge av et bredere tilbud til pasientene i form av helsesentra med alt fra avansert spesialisthjelp til helsetester. Mere omfattende kommersielle sentra kan bli en betingelse for å drive privatpraksis uten kommunale driftstilskudd. Det er nettopp i større byer det kan finnes et marked for slike private sentra.

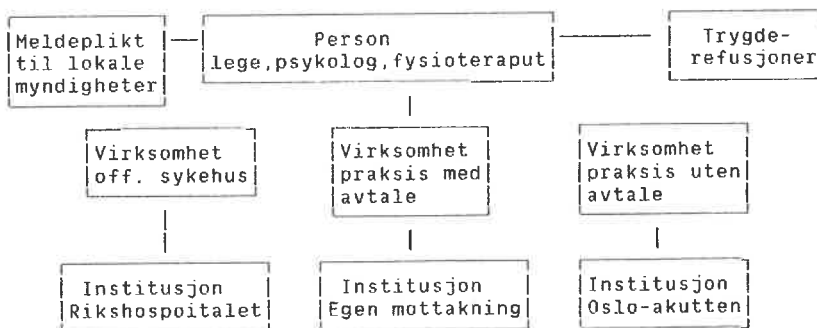
Oversiktene over personell med og uten kommunale driftsavtaler gir oss ingen fullstendig oversikt over hva som kjennetegner de institusjoner/virksomheter som tilbyr privatfinansierte helsetjenester. Disse institusjonene baserer seg i tillegg til personell uten avtale, på spesialister fra det offentlige sykehusvesen tilknyttet institusjonen. For det første er det mulig at deltidsvirksomheten som de private sentra i stor grad baserer seg på ikke er registrert hos kommunale myndigheter. For det andre sier en oversikt bygget på personer lite om selve virksomhetens karakter. Vi vet dermed ikke hvor mange private helsesentra, klinikker o.l. som eksisterer, hvem som er tilknyttet disse, hvilke tjenester de tilbyr og hvordan de organiserer virksomheten. Kort sagt, hvorfor enkelte av oss er villig til å betale

mer for helsetjenester som vi stort sett kan få billigere hos en avtale-lege, kommunal legevakt eller offentlig poliklinikk.

Dette er en alvorlig mangel ved den offentlige oversikt over det private helsetilbudet og illustrerer hvor liten den kommunale styring er over disse virksomhetene. Hverken Sosialdepartementet eller Helsedirektoratet har fullstendig oversikt over det private tilbudet utenfor institusjon. Dette henger sammen med at man først og fremst er opptatt av de offentlige helsetjenester. Men det har også sammenheng med at registreringen av privat helsevirksomhet er knyttet til person og ikke til institusjon, fordi denne tradisjonelt har bestått av enmannspraksiser og ikke av større kommersielle virksomheter. De offentlige registrerings- og styringsordninger er ikke tilpasset den kommersielle del av det private helsemarked utenfor institusjon.

Tar vi utgangspunktet i f.eks. en enkelt legespesialist kan denne situasjonen framstilles som i figuren under. De offentlige virkemidler i form av refusjonstilskudd og krav om offentlig registrering er knyttet til den enkelte utøver.

Figur 1: Kobling mellom utøvere, virksomheter, institusjoner og offentlige myndigheter.



En rekke private virksomheter er bygget på tilknyttet personale, da særlig legespesialister, som har sin hovedvirksomhet ved offentlige sykehus. I tillegg til de tradisjonelle enmannspraksiser har det vokst fram et tilbud av kliniske helsesentra hvor en rekke leger og annet helsepersonell yter tjenester mot direkte betaling. Denne kombinasjonen

av ulike virksomheter skal i prinsippet godkjennes av sykehusdirektøren ved det aktuelle sykehus. Hvis det f.eks. dreier seg om en kirurgisk spesialist ved et sykehus som også er tilknyttet en privat klinikk krever dette godkjenning. Dette skjer imidlertid i svært liten utstrekning, og denne bestemmelsen kan i stor grad betraktes som en sovende paragraf.

Det har foreløpig ikke blitt gitt driftstilskudd til almenpraktikere eller spesialister ved slike sentra. Dette bygger på et prinsipp om at pasienten skal kunne vite om legen eller fysioterapeuten har avtale eller ikke, og dermed hvor mye han må betale for tjenesten. Trygderefusjon blir imidlertid gitt til alle godkjente leger m.v. uavhengig av hvor praksisen finner sted. Mens vi før hadde kommunale legesentra kombinert med en rekke mindre privatpraksiser, har det nå vokst fram private legesentra i all våre største byer (Bl.a. i Oslo, Kristiansand, Stavanger, Bergen).

I Oslo har vi følgende senter uten kommunal eller fylkeskommunale tilskudd:

- \* Klinikk - 8, Hjalmar Brantingsvei. 8, 0581 Oslo 5
- \* Migrene og Smerteklinikken, Stasjonsveien 4, 0387 Oslo 3
- \* Norsk Idrettsmedisinsk Institutt, Kongsveien 91
- \* Oslo Akutten, Nedre Vollgt. 8
- \* Ring Medisinske Senter, Sørkedalsveien 33
- \* Senteret for hjertemedisin, Teatergaten 5, oslo 1
- \* Senteret for bedriftsmedisin, ---- " ----

I tillegg kommer private røntgen og laboratorier uten driftsavtale

Paradoksalt nok har forsøket på å forsterke den offentlige styring med helsesektoren gjennom Kommunehelseloven i 1984 blitt kombinert med en kommersialisering og en svekket offentlig styring av deler av det private helsetilbudet. Innføringen av et "to-prissystem" hvor ikke-avtale leger m.v. kunne basere seg på høyere privat betaling har åpnet for et skarpere skille mellom det offentlige helsetilbudet og deler av det private helsetilbudet.

Mens offentlige myndigheter stiller betingelser for tilskudd til privat praksis med avtale, og dermed styrer virksomheten, har man valgt å subsidiere det kommersielle helsemarked uten at framveksten av denne virksomheten er møtt med utvikling av offentlige styringsinstrumenter.

Tar vi i tillegg i betraktning at vi har en svært streng regulering av institusjonshelsetjenesten, bare ett kommersielt sykehus er tillatt, kan den samlede offentlige styring av det private helsetilbudet virke inkonsistent. I og med at det viktigste skillet i et styringsperspektiv er hvorvidt tjenesten utføres innenfor eller utenfor institusjon får dette bl.a. som konsekvens at man poliklinisk kan utføre hvilken operasjon som helst så lenge pasienten ikke overnatter under medisinsk overvåkning. Skillet mellom institusjon og ikke-institusjon kan virke kunstig i en tid hvor den tekniske utvikling i stadig større grad muliggjøre avanserte inngrep foretatt poliklinisk.

### 3.5 PRIVATISERING AV HELSEVESENET ?

På spørsmålet om det norske helsevesen privatiseres kan vi svare både ja og nei. Sett i forhold til den mer generelle tendens i etterkrigstiden med redusert privat aktivitet er utviklingen de senere år mer tvetydig. Norsk helsepolitikk er inne i en tid preget av store endringer hvor vi kan observere motstridende utviklingstendenser. Dette viser at vi ikke har hatt en politisk avklaring av forholdet mellom privat og offentlig innsats i helsevesenet.

- \* Vi har fått færre private sykehus innenfor de offentlige helseplaner. Men, de private institusjoner utgjør fortsatt 30 % av våre helseinstitusjoner.
- \* Bruk av innleggingsgebyr eller døgnpris-ordninger i somatiske sykehus innenfor de offentlige helseplaner er klart avvist.
- \* Vi har for første gang fått et somatisk sykehus basert på full pasientbetaling. Flere søknader er for tiden til behandling.

- \* I primærhelsetjenesten har vi fått et to-delt helsetilbud. På den ene siden offentlig ansatte og personell med kommunale driftsavtaler. På den andre siden privatpraktiserende personell utenfor offentlige styringsordninger basert primært på full privatfinansiering.
- \* Antallet privat-praktiserende leger er i vekst selv etter innføringen av Kommunehelseloven i 1984. 55 % av legene utenfor institusjon driver privat praksis.
- \* Privat helsetilbud utenfor de offentlige styringsordninger er særlig lokalisert til Oslo-området.
- \* For offentlig kontrollerte primærhelsetjenester har vi sett en økende privat betaling for tjenestene ved et omfattende egenandels-system.
- \* Det totale private helseforbruket vokser sterkere enn de offentlige utgiftene til helsetjenester utenfor institusjon.

Vi kan dermed si at helsevesenet er privatisert ved økende direkte privat betaling for helsetjenester, ved redusert styring av deler av det private helsetilbudet utenfor institusjon og ved tillatelse til drift av helseinstitusjoner basert på full privatfinansiering. Denne privatisering har ført til en kommersiell del av den norske helsetjenesten.

Samtidig har vi hatt en avprivatisering ved en fortsatt reduksjon i den private eierkontrollen over helseinstitusjoner og gjennom sterkere kommunal styring av primærhelsetjenesten.

Denne utvikling har funnet sted fordi de politiske beslutninger om forholdet mellom privat og offentlig helse har vært motstridende:

- \* Mens private sykehus utenfor offentlige planer ikke skal motta offentlige tilskudd, subsidieres det rent private tilbudet utenfor institusjon direkte gjennom trygderefusjoner.
- \* Mens myndighetene har styrket styringen over deler av det privatpraktiserende helsepersonellet ved kommunale driftsavtaler, har man samtidig akseptert et kommersielt helsetilbud utenfor den offentlige styring.
- \* Mens en operasjon utført i et privat sykehus krever offentlig godkjenning, kan den samme operasjonen utføres poliklinisk på et privat legesenter uten noen form for offentlig kontroll.
- \* Mens privat betaling avvises i offentlige helseinstitusjoner trappes den private betaling opp for både offentlige og private tjenester utenfor institusjon.
- \* Mens nivået på egen-betalingen for offentlig og avtalebasert primærhelsetjeneste reguleres gjennom egen-andelsystemet, kan prisen på helsetjenester i virksomheter uten kommunale tilskudd fastsettes fritt.

Samlet sett kan vi si at 80-tallet så langt har vært preget av et uavklart forhold mellom offentlige og private helseløsninger. På den ene siden har et voksende antall eldre, endret sykdomsstruktur med stigende innslag av såkalte livsstilssykdommer kombinert med medisinsk-teknologiske nyvinninger ført til et press for en økt helseinnsats. Samtidig har veksten i offentlige helsetilgifter stagnert, helsepersonell har i sterkere grad fått regulert sin arbeidstid, administrative rutiner i det offentlige sykehusvesen er endret, f.eks. adgangen for sykehusleger til å ta private pasienter på overtid, og vi har de siste årene sett en mangel på helsepersonell.



I denne situasjonen oppstår det et press for private helseløsninger både fra helsepersonell og fra pasienter. Helsepersonell står overfor et betydelig marked som igjen kan gi betydelige inntekter. På etterspørselssiden representerer kombinasjonen av økt privat kjøpekraft og ventetid for en rekke helsetjenester i det offentlige helsevesen et press for direkte å kunne kjøpe løsninger på sine helseproblemer. I tillegg kommer mer ideologisk begrunnede ønsker om økt privat aktivitet.

Disse forhold stiller de offentlige myndigheter i en vanskelig situasjon. Det er politisk problematisk å forby salg av helsetjenester i en situasjon med køer til viktige operasjoner. Dette ser vi også ved at argumentasjonen for et forbud mot kommersielle sykehus knyttes til mangelen på helsepersonell: det private tapper det offentlige for ressurser. (Er man da for private helseløsninger hvis vi senere får et overskudd på helsepersonell?) Så langt på 80-tallet har vi ikke sett forsøk på å utforme en samlet strategi for forholdet mellom offentlig og privat innsats i helsesektoren. Det er uklart om vi skal forby kommersielle sykehus. Eventuell tillatelse blir gitt på betingelse av at offentlige midler ikke skal subsidiere den kommersielle virksomheten. Samtidig tillates helt fritt etablering av kommersiell poliklinisk virksomhet som i tillegg blir subsidiert med offentlige trygdemidler uten at det offentlige har noen mulighet til å styre disse virksomhetene.

Et mulig alternativ til denne politikken er at man "privatiserer" det private helsemarked ved at alle offentlige overføringer opphører. En slik privat drift utenfor offentlige styrings- og subsidieordninger medfører et fullstendig todelt helsetilbud. På sikt kan dette få uheldige sosiale fordelingskonsekvenser og ikke minst påvirke muligheten for å skape politisk oppslutning om fellesløsninger i helsepolitikken.

Et eventuelt forbud mot kommersiell helsevirksomhet vil kreve en betydelig økning av den offentlige helseinnsatsen for å motsvare presset på helsesektoren som vil komme i årene framover. Dette vil kreve en økt skattebyrde som det kan bli politisk vanskelig å få støtte

for.

I såfall må det utformes en politikk for hvilken rolle de private helseprodusenter skal spille i velferdssamfunnet. Det offentlige har myndighet til å styre all privat virksomhet, ikke minst kan man legge betingelser for tildeling av trygderefusjoner m.v. til de private helseprodusenter uavhengig av om disse driver primær- eller institusjonshelsetjeneste. På den måten kan privat virksomhet som har helsefremmende og fordelingspolitiske målsettinger integreres i et offentlig og privat samarbeid, og grunnlaget for et rent kommersielt helsemarked kan dermed i stor grad fjernes.

## 4. PRIVAT ELLER OFFENTLIG VELFERD?

### 4.1 INNLEDNING

Vi har i denne rapporten påvist store forskjeller i den rolle privat velferdsproduksjon spiller i det norske samfunnet. Dette skyldes ikke minst at de politiske myndigheter forholder seg svært ulikt til de private velferdstilbud. På enkelte områder er private løsninger forbudt; på andre fungerer en offentlig rammestyring eller de er gjenstand for direkte regulering. Som vi har sett subsidières enkelte private velferdstilbud av det offentlige, mens annen privat velferdsproduksjon helt er overlatt til privat finansiering.

Gjennom utviklingen av det offentlige velferdstilbudet og ved valg av ulike styringstiltak overfor de private produsenter påvirker de politiske myndigheter hvilken politisk og økonomisk rolle privat salg av velferdstjenester skal spille. Myndighetene kan betrakte de private velferdsprodusenter som virkemiddel for å oppnå (sosial-) politiske og økonomiske målsettinger. De ulike styrings- tiltakene må til en hver tid underlegges en politisk vurdering. Kunnskap om den privat velferdsproduksjonen og en debatt om virkningene av en økende privat aktivitet er avgjørende for å kunne utforme en politikk for privatisering.

Vi skal i dette avslutningskapitlet ikke ta denne debatten opp i sin fulle bredde, men bare kort se på enkelte effekter av en vekst i den private velferdsproduksjonen. På denne måten vil vi nettopp påpeke at

spørsmålet om den private velferdsproduksjonens omfang må sees i forhold til politiske målsettinger.

Det er særlig fire politiske og økonomiske forhold som er vesentlig for spørsmålet om privatisering. (Listen kan selvsagt gjøres lenger, f.eks. lar vi mer mikro-økonomiske betraktninger om effektivitetsforskjeller o.l. ligge.)

For det første er det særlig fordelingspolitiske problemer som framheves som argument for offentlige løsninger og mot eventuelle private virksomheter. For det andre er det spørsmål om hvor stor offentlig og privat ressursinnsats vi skal ha i helsesektoren. For det tredje er det stor interesse knyttet til de realøkonomiske og politiske problemer som følger av eldrebølgen. D.v.s. hvor stor samfunnets forsørgerbyrde til enhver tid kan være. Og sist, men ikke minst sees debatten om private eller offentlige løsninger svært ofte i forhold til muligheten for fortsatt å sikre bred politisk oppslutning omkring velferdsstaten, og dermed opprettholde en høyt skattenivå.

I de neste avsnitt skal vi kort se på disse fire spørsmålene for å illustrere hvordan en vekst i privat velferdsproduksjon vil ha betydning for sentrale politiske og økonomiske målsettinger.

#### 4.2 PRIVAT VELFERDSPRODUKSJON OG FORDELINGSPOLITIKK

Offentlig aktivitet er svært ofte begrunnet i fordelingspolitiske målsettinger. Helse- og sosialutgifter blir vanligvis nettopp rettferdiggjort med referanse til de synlige mangler ved et fritt markedes mulighet til å garantere resultater som stemmer med samfunnets fordelingsmålsettinger. Disse målsettinger er særlig knyttet til likhetsidealer og krever derfor en offentlig omfordeling mellom inntektsgrupper, aldersgrupper, landsdeler m.v.

I helsepolitikken står fordelingsmålsettingene svært sentralt: Idealet er at det skal være lik adgang til helsetjenester for alle med samme helsebehov - uansett betalingsevne (OECD, 1985 a). Ikke bare skal alle være sikret et visst minimum av helsetjenester, betalingsevne må i det hele tatt ikke spille noen rolle for omfanget og kvaliteten av den behandling vi mottar. Denne målsettingen om et helsevesen med lik adgang for alle er nettopp utgangspunktet for den kritiske holdning de politiske myndigheter har til et kommersielt helsetilbud.

I trygdepolitikken er likhetsmålsettingene mer beskjedne. Folketrygdens pensjonssystem er et kompromiss mellom på den ene siden ønsket om å garantere alle pensjonister en rimelig minste-inntekt og på den annen side at pensjonene skal stå i forhold til tidligere yrkesinntekt. Alle er sikret en minstepensjon som består av grunnbeløp og særtillegg, mens tilleggspensjonen gir delvis kompensasjon for tidligere yrkesinntekt. Folketrygden omfordeler dermed systematisk til fordel for lavinntektsgruppene slik at pensjonene bare delvis avspeiler inntektsulikhetene mellom de yrkesaktive.

En vekst i private pensjonsordninger vil bidra til å øke inntektsulikhetene mellom pensjonistene. Det er den offentlige subsidieringen av sparing i private pensjonsordninger som gjør en slik utvikling fordelingspolitisk problematisk. Skattefordelene som er knyttet til privat pensjonssparing må sees på som en offentlig utgift. De som utnytter fradragmulighetene mottar en indirekte offentlige stønad. Mens Folketrygden omfordeler til fordel for lavinntektsgruppene kommer skattesubsidiene til privat pensjonssparing først og fremst høyinntektsgruppene til gode.

Fordelingseffekten av skattesubsidieringen avhenger imidlertid ikke bare av den faktiske deltakelsen, men også av hvordan fradragsreglene er utformet.

Den mest eksklusive ordning er egen pensjonsforsikring. I 1984 sto den gruppen som hadde bruttoinntekter på 250 000 kroner og mer (d.v.s. 2.5 % av skatteytterne) for ca. 51% av den samlede summen ført til fradrag på denne posten. Med en gjennomsnittlig marginalsatt på 62,9% betyr

det at denne gruppen som følge av fradraget for innskuddene mottok et indirekte pensjonstilskudd på 374 millioner kroner.

Skattesubsidieringen av deltakelse i livsforsikring er derimot langt jevnere fordelt. Det skyldes ikke minst utformingen av skattereglene som innebærer at det maksimale skattefradraget og dermed skattefordelen er lik for alle - uavhengig av inntekt.

Skattefordelene knyttet til privat pensjonssparing kan bringes mere i overensstemmelse med fordelingsmessige hensyn hvis fradragsordningene ble lagt om etter det mønster som gjelder for innskudd til livsforsikring/SMS.

Poenget her er ikke et for eller mot særlige gunstige skatteregler for private pensjonsordninger, men at disse skattefordelerne i sterkere grad bør underlegges en sosialpolitisk og økonomisk vurdering. Dette kan skje ved at anslag på skatteutgiftene innarbeides i statsbudsjettet slik som det allerede skjer i land som Tyskland og USA. Årlige anslag på omfanget og virkningene av skatteutgiftene vil synliggjøre en, for de fleste av oss, lite synlig del av den offentlige sosialpolitikken og dermed bedre mulighetene for politisk kontroll.

For utformingen av den offentlige velferdspolitikken spiller fordelingshensyn en svært ulik rolle. Denne store forskjellen i politiske valg kan dels henge sammen med at de aksepterte likhetsidealer er mere vidtgående på helseområdet enn på pensjonsområdet, og dels av at virkningene av politikken overfor de private pensjonsordninger i liten grad er direkte synlige på de offentlige budsjetter, og dermed har fått leve et uforstyrret liv i skyggen av den heftige debatten om privatisering i helsesektoren.

#### 4.3 STYRING AV DEN SAMLEDE RESSURSINNSATS

"De siste 15 år har helseutgiftenes vekst vært et hovedproblem for alle OECD land" (OECD, 1985:9). Utgiftenes økende andel av BNP har medført et sterkt finansielt press både i privat sektor og på de offentlige budsjetter i mange vestlige land. Ikke minst er det en sterk bekymring for at helseutgiftene igjen kan akselerere under en kombinasjon av tekniske nyvinninger og en stadig eldre befolkning. Det er også en mulighet for at alliansen mellom forbrukere og helsesektorens mange profesjoner kan bidra til et sterkt press for økt ressursinnsats.

Nivået på den samlede helseinnsatsen er selvsagt ikke et rent teknisk-økonomisk spørsmål, men det dreier seg om en prioritering av helsetjenester sett i forhold til andre formål.

I USA, som i mange andre land, har både offentlige myndigheter og private helseforsikringsfirmaer i stadig sterkere grad engasjert seg for å dempe kostandstveksten i helsesektoren. "Økonomiske argumenter veier nå desidert tyngre enn medisinske i debatten" (Nyhus, 1985:147). For å dempe kostnadsveksten i de offentlige helseforsikringsordningene sattes det forhåndsbestemt betaling (Prospective Payment System, PPS) etter hoveddiagnose (Diagnosis Related Grouping, DRG). Kostnader for behandling og sykehusopphold over tillatt liggetid belastes sykehuseieren, mens eventuell kortere behandling enn standard medfører gevinst for sykehuset. De private helseforsikringsfirmaene planlegger tilsvarende sine egne forhåndsbestemte betalingssystemer (Nyhus, 1985).

Både den offentlige og private sektor står dermed overfor mange av de samme styringsproblemene. Dette henger først og fremst sammen med at begge systemene bygger på at tredjepart betaler, enten i form av et offentlig forsikringssystem eller et privat helseforsikringsselskap. I den grad det kommersielle helsemarkedet skal få et noe større omfang

forutsetter dette oppbygging av private forsikringsordninger. Uten forsikringsordninger blir den direkte kostnaden for pasienten så stor at det private helsemarkedet blir svært lite. Ved slike "tredjepart-betaler systemer" blir egenopplevelsen av at behandling koster, relativt liten både for pasient og behandler. Innføring av forhåndsfastsatte betalingssystemer snur imidlertid dette problemet på hodet "Risikoen er nå at han skal bli ufullstendig undersøkt og underbehandlet for fortjenestens skyld, hvilket tør være både mindre betryggende og farligere enn overbehandling"(Nyhus,op.cit.)

Det interessante er at disse styringsproblemene ikke er knyttet til offentlig eller privat sektor som sådan, men finnes i store helseorganisasjoner uansett formell eier. En omfattende privatisering er derfor neppe noen løsning på de makro-økonomiske styringsproblemer knyttet til behovet for større kostnadskontroll.

Forsøkene på begrensning av helseutgiftene har stått sentralt på den politiske dagsorden også i Norge. Etter en sterk vekst, ikke minst i form av sykehusutbygging, på 70-tallet ble veksten i de offentlige helseutgiftene sterkt redusert ved inngangen til 80-tallet (Hippe, 1985). I internasjonalt perspektiv står Norge i en særstilling ved at vi har et relativt lavt nivå på de samlede helseutgifter, og ved at vi er et av de få land som har klart å redusere veksten i offentlige helseutgifter betydelig. Fra 1975 til 1982 var det bare Norge og Tyskland som kunne vise til en vekst i helseutgiftene som ikke var sterkere enn veksten i BNP (OECD, 1985). For Norges vedkommende skyldtes dette en kombinasjon av stagnasjon i offentlige helseutgifter og en sterk styring eller direkte forbud mot kommersiell helseinnsats.

Ved en regulering av det private helsemarked hindres det i stor grad at presset for økte helseutgifter slår ut i økt privat helsekosum. Det ser ut til at land med få reguleringer av det kommersielle helsemarked også har et høyt nivå på sine samlede helseutgifter og en sterk utgiftsvekst. Gjennom regulering av den private helsesektor øker de sentrale myndigheter sitt makro-økonomiske styringspotensiale. En slik regulering av det private helsemarkedet har i midlertid klare politiske kostander. En stagnasjon i de offentlige helseutgiftene kombinert med



en økende etterspørsel etter helsetjenester som ikke motsvares av et privat tilbud medfører et politisk press for økt privat helseinnsats. Enkelte forbrukere er villige til å bruke mer på helsetjenester, men det private helsemarked får ikke utvikle seg fritt.

En begrensning av det kommersielle helsemarked kombinert med stagnasjon i offentlige utgifter er derfor problematisk å gjennomføre over lengre perioder. Særlig ressursterke grupper vil naturlig presse på for å få løst sine helseproblemer ved direkte privat betaling. Samtidig vil grupper i det offentlige helsevesen se muligheten for fortjeneste i et kommersielt helsemarked. Debatten om privatisering i helsevesenet på 80-tallet var derfor neppe noen tilfeldighet. Det kan se ut som om myndighetene står i et valg mellom hensynet til å begrense de offentlige utgiftene den ene siden, og fordelingspolitiske målsettinger på den andre siden. Et nei til kommersiell helse av fordelingsmessige årsaker krever en sterk satsing på offentlige helsetjenester for å møte presset på helsesektoren.

Ser vi spørsmålet om reguleringen av det private helsemarked i forhold til den private innsatsen på det pensjonspolitiske området finner vi et tydelig politisk skille. Private pensjonsordninger er tillatt. Vi kan vanskelig tenke oss at myndighetene vil forby folk å spare til sin alderdom uansett fordelingsvirkninger. Det interessante er imidlertid at det private pensjonsmarkedet er subsidiert av offentlige myndigheter, med de skjeve fordelingsvirkninger dette har. Spørsmålet kan reises overfor politikerne om hvorfor de fordelingspolitiske argumenter, som nødvendigvis gjør offentlig styring helsemarkedet, ikke skal gjelde tilsvarende på pensjonsområdet. Det kan se ut som om et nei til en kommersiell helsesektor krever både en sterk satsing på offentlige tjenester og en samlet politikk for den private produksjon av velferdsytelser.

#### 4.4 PRIVATISERING OG DEN REALØKONOMISKE FORSØRGELSESBYRDE

Den trygdepolitiske debatten har i lang tid vært preget av bekymring for mulighetene til å finansiere Folketrygdens pensjoner. I en framskrivning foretatt av trygdefinansieringsutvalget er det beregnet at Folketrygdens utgifter til pensjoner og andre sosiale overføringer vil vokse til mer enn det dobbelte i 2007 i forhold til nivået i 1983 (NOU 1984: 10: 67). Veksten skyldes til en viss grad en økning i antallet eldre, men først og fremst skyldes den utbyggingen av tilleggspensjonssystemet - at de nye pensjonistårgangene har rett på stadig større tilleggspensjoner fra Folketrygden.

Trygdefinansieringsutvalget anbefalte på denne bakgrunn reduksjoner i tilleggspensjonssystemet:

"Folketrygden vil (...) legge beslag på en stadig økende del av nasjonalinntekten etter 1990. Det er derfor viktig at regelverket endres allerede nå for å unngå dramatiske omlegginger på et senere tidspunkt." (ibid.: 76)

Det viktigste forslaget fra utvalget var at taket for opptjening av tilleggspensjonspoeng reduseres fra 12 til 6 ganger grunnbeløpet.

Spørsmålet er hvilken virkning en slik delvis nedbygging av tilleggspensjonssystemet vil ha, hvis den fører til en enda sterkere vekst i innbetalingene til private pensjonsordninger. Vi har (punkt 2.5. ) sett at utbetalingene fra private pensjonsordninger fra 1981-84 vokste like raskt som Folketrygdens pensjonsutgifter. Innbetalingene til livsforsikringsselskaper og pensjonskasser vokser imidlertid enda raskere. Det betyr at vi må forutsi en vekst i private pensjonsutbetalinger som overstiger veksten i Folketrygdens pensjonsutgifter.

I debatten om trygdefinansiering blir det ofte tatt for gitt at Folketrygden legger byrder på framtidens yrkesaktive mens privat pensjonssparing ikke gjør det. Det er mildt sagt en forenkling. Man må

skille mellom den politiske og den realøkonomiske forsørgelsesbyrde for framtidens yrkesaktive.

Folketrygdens pensjoner finansieres av de løpende skatter og avgifter som i hovedsak faller på de yrkesaktive. Vi kan definere den politiske forsørgelsesbyrde som den andelen av bruttoinntekten pr. yrkesaktiv som må innkreves over skattesystemet for å finansiere Folketrygdens pensjonsutbetalinger. Det er først og frems bekymring for den politiske forsørgelsesbyrde som ligger bak Trygdefinansieringsutvalgets innstilling. Forslaget om å senke taket for opptjening av tilleggspensjonspoeng vil bidra til å lette den politiske forsørgelsesbyrde og dermed skattetrykket. Den årlige besparelsen på Folketrygdens budsjett skal i følge innstillingen bli på mellom 300 og 400 mill. kroner i år 2000 og mellom 2 500 og 3 000 mill. kroner i 2040 (ibid.:126). (Beregnet i faste 1983-kroner.)

En reduksjon i Folketrygdens tilleggspensjonssystem vil lette den politiske forsørgelsesbyrde også om den ledsages av en økt vekst i de private pensjonssystemene. Bortsett fra Statens Pensjonskasse og og bedriftspensjonering etter "Tandbergmodellen" er de private pensjonssystemene forsikringsteknisk oppbygget og forutsetter ikke på samme måte overføringer mellom generasjonene. Vekst i de private pensjonsutbetalingene stiller derfor ikke krav til de framtidige yrkesaktives skattebetalingsvilje.

Vekst i privat pensjonssparing kan imidlertid bidra til å øke den realøkonomiske forsørgelsesbyrden. Samfunnet kan ikke umiddelbart utsette forbruk på den samme måten som individer kan. Pensjonistenes forbruk må til enhver tid tas av samfunnets produksjon av varer og tjenester.

Uavhengig av om pensjonistene får finansiert sine pensjoner over skatten eller de har oppsparte rettigheter i private forsikringsordninger, så må de ha del i den framtidige produksjonen av varer og tjenester. Det er selve størrelsen på pensjonistenes samlede forbruk som representerer den realøkonomiske byrden uansett finansieringskilden. Den realøkonomiske forsørgelsesbyrde kan derfor

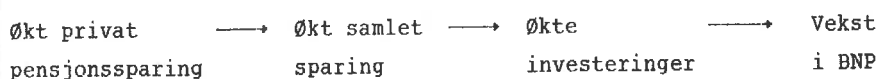
defineres som den delen av produksjonen pr. yrkesaktiv som går til pensjonistenes konsum. Den gir et uttrykk for hvor stor del av produksjonen pr. yrkesaktiv som blir igjen til den øvrige befolkningens konsum og til investeringer, når pensjonistene har tatt sin del.

Den andelen av den samlede produksjonen av varer og tjenester som pensjonistene kan gjøre krav på avhenger dels av deres rettigheter i Folketrygden og dels av deres rettigheter i private pensjonssystemer.

Poenget er at vekst i de private pensjonsordningene øker den realøkonomiske forsørgelsesbyrde hvis ikke sparingen i disse ordninger bidrar til en større økonomisk vekst og dermed større framtidig produksjon (Haagen Pedersen og Koch, 1986).

Spørsmålet er i hvilket omfang privat pensjonssparing faktisk bidrar til økonomisk vekst. I figur 1. har vi illustrert sammenhengen mellom pensjonssparing og økonomisk vekst.

Figur 1: Sammenhengen mellom privat pensjonssparing og vekst i BNP.



Det avgjørende er i hvilken utstrekning privat pensjonssparing faktisk bidrar til å øke den samlede sparingen i samfunnet (Danmarks Sparekasseforening, 1986). Det er særlig to grunner til å trekke sammenhengen mellom pensjonssparing og samlet sparing i tvil:

For det første betyr fradragsreglene for innskudd til privat pensjonssparing at en vekst i innskuddene automatisk reduserer de offentlige skatteinntektene og dermed nettosparingen i den offentlige sektor. Vi har under punkt 2.6. drøftet hvordan det offentlige i realiteten finansierer en stor del av innskuddene til private pensjonsordninger via fradragsreglene. Vel 50% av innskuddene til egen

pensjonsforsikring etter skatteloven ble i 1984 gjort av personer med en bruttoinntekt over 250 000 (se punkt 2.5.2.). Marginalskatten for personer i denne gruppen er over 60%.

For det andre er det langt fra sikkert i hvilken utstrekning innskudd til livs- og pensjonsforsikring faktisk øker den private nettosparingen. En stor del av innskuddene til livsforsikringsselskapene lånes tilbake til forsikringstakerne eller andre privatpersoner som dermed får utvidet sine forbruksmuligheter. Det er heller ikke uvanlig å lånefinansiere innskudd til særlig livsforsikring med engangspremier. I 1985 hadde denne typen transaksjoner et meget betydelig omfang. Ikke minst som følge av en sterk markedsføring fra livsforsikringsselskapenes side ble det betalt inn over 2 milliarder kroner i premier til slike forsikringer.

Vi kan oppsumere at privat pensjonssparing gir de framtidige pensjonister fordringer på de yrkesaktive som innebærer en økt realøkononisk byrde med mindre innskuddene til slike ordninger gjennom økt sparing i samfunnet og økte investeringer bidrar til en tilsvarende utvidelse av produksjonsgrunnlaget. Det er tvilsomt om det siste er tilfelle.

Hvis den sterke vekst i private pensjonsutbetalinger ikke har basis i en vekst i produksjonsgrunnlaget kan resultatet bli inflasjon. Det er ikke mulig i privat forsikring å innebygge en fullstendig garanti mot at inflasjonen uthuler pensjonene. En måte de yrkesaktive kan kvitte seg med en del av forsørgelsesbyrden er derfor å la inflasjonen løpe. En slik inflasjonsbølge vil imidlertid ha alvorlige økonomiske og fordelingsmessige sidevirkninger.

#### 4.5 PRIVATISERING OG POLITISK OPPSLUTNING OM VELFERDSSTATEN

Vi risikerer alle en eller annen gang å bli syk eller skadet, bli ufør,

etterlatt, arbeidsledig eller ha behov for finansiell støtte i alderdommen lenger enn forventet. Dette er risikoer som ikke fullstendig dekkes av det private forsikringsmarked eller som ikke alltid lar seg behandle i et privat helsevesen. Det vil derfor alltid være store grupper av befolkningen som er avhengig av offentlig innsats for å være sikret rimelige levekår.

Det faktum at velferdsstaten er en garanti for sosial og økonomisk trygghet for brede grupper er med på å sikre den politiske oppslutning også om omfordelingen til fordel for svake grupper. En vekst i privat velferdsproduksjon kan føre til en splittelse av interessene i befolkningen. Å opprettholde en omfattende offentlig helse- og sosialpolitisk sektor forutsetter en politisk oppslutning om velferdsordningene og dermed en vilje til å betale den skatt som kreves. Den politiske utfordringen ligger i en kombinasjon av en utvikling hvor stadig større grupper får dekket sitt behov for velferdsytelser gjennom private og gjennom arbeidsmarkedstilknyttede ordninger og hvor de offentlige ordninger i stadig sterkere grad målrettes mot utsatte grupper. Antallet velgere med egeninteresse i å opprettholde de offentlige ordninger kan dermed reduseres. Spørsmålet er om solidaritetsfølelsen i seg selv er godt nok fundament for velferdsstaten.

**VEDLEGG 1:****BEREGNING AV SKATTEUTGIFTENE I FORBINDELSE MED LIVSFORSIKRING OG PENSJONSORDNINGER UTENOM FOLKETRYGDEN.**

Vi må av praktiske grunner dele selve beregningen av skattetapet i tre deler - til en viss grad på tvers av de forskjellige ordningene:

Først beregner vi skattetapet som følger av skattefradraget for premie til livsforsikring.

Dernest beregner vi hvor store beløp det etter vår normalmodell skulle ha vært betalt i arbeidsgiveravgift og medlemsavgift til Folketrygden av arbeidsgiverens innskudd til private og kommunale tjenestepensjonsordninger.

Til slutt beregner vi tapet av skatt på netto-inntekten som følger av samtlige "åpne" og "skjulte" inntektsfradrag. D.v.s. både fradrag ført direkte på selvangivelsen og det forhold at avkastning på livs- og pensjonsforsikringer og arbeidsgivers innskudd til en pensjonsordning ikke inngår i beregningen av skattbar inntekt.

Disse tre postene utgjør tilsammen brutto-skatteutgiften. Herfra må vi trekke den skatt som det offentlige krever av de løpende private pensjoner.

Beregningen sammenfattes i et anslag på den samlede skatteutgift.

**SKATTEFRADRAG FOR INNSKUDD TIL LIVSFORSIKRING.**

De samlede skattefradrag for innskudd til livsforsikring og banksparing med skattefradrag (SMS) framgår umiddelbart av selvangivelsesstatistikken. På bakgrunn av opplysninger vi har mottatt

fra Statistisk Sentralbyrå kan vi anslå den delen som stammer fra innskudd til livsforsikring til 25% av de samlede skattefradrag:

Tabell 1: Skattefradrag for livsforsikring og banksparing med fradrag. Mill. kr. 1982 og 1984.

	1982	1984
Livsforsikring og BMS	1 714	2 157
Herav livsforsikring (25%) <sup>1</sup>	428,5	539,3

Kilde: SSB; Inntekts- og formuesundersøkelsen 1982 og 1984.

1. Anslag.

ARBEIDSGIVERAVGIFT OG MEDLEMSAVGIFT (PENSJONSDELEN) TIL FOLKETRYGDEN AV ARBEIDSGIVERENS TILSKUDD TIL EN TJENESTEPENSJONSORDNING.

Det er også relativt enkelt å beregne hvor mye det etter vår normalmodell skulle ha vært betalt i arbeidsgiveravgift og medlemspremie (pensjonsdelen) til Folketrygden som følge av arbeidsgiverens bidrag til en pensjonskasse eller en pensjonsforsikring.

For å få fram et anslag tar vi utgangspunkt i de samlede innskuddene til private og kommunale tjenstepensjonsordninger. I denne sammenheng er det imidlertid bare den delen som betales av arbeidsgiveren som har interesse. Vi vet ikke presis hvor stor en del av de samlede innskuddene som betales av det enkelte medlem og hvor stor del som betales av arbeidsgiveren. Det er imidlertid neppe tvil om, at arbeidsgiveren betaler hoveddelen av premiene til disse ordningene. I beregningen nedenfor skal vi operere med den forutsetning at arbeidsgiverandelen er på 75%.



**Tabell 2: Arbeidsgiveravgift og medlemsavgift (pensjonsdel) til Folketrygden av arbeidsgivertilskudd til tjenstepensjonsordninger. Mill.kr.**

	1982	1984
Samlede innskudd:		
Kollektiv pensjonsforsikring (ekskl.KLP) <sup>1</sup>	1 879,4	2 599,1
Private pensjonskasser <sup>2</sup>	619	630,8
KLP <sup>3</sup>	1 097,3	1 409
Kommunale pensjonskasser <sup>4</sup>	656	739
Sum	4 251,7	5 377,9
Herav arbeidsgivernes andel (75%):	3 188,8	4 033,4
Arbeidsgiveravgift og pensjonsdel av medlemsavg. <sup>5</sup> :	22,5%	22,7%
Sum avgifter:	717,5	915,6

**Kilder:**

1. Se note 2. Tabell 3.

2. - 4. - .

3. - 5. - .

4. - 6. - .

5. SSB:Rapporter nr.17/85: Skatter og overføringer til private. Arbeidsgiveravgiften er satt til 16,8% begge årene selvom den er lavere i utkanntsstrøkene.

**INNTEKTSFRADRAGENE.**

Ifølge vår normalmodell skulle det ha vært betalt inntektsskatt av samtlige innskudd til individuelle og kollektive pensjonsforsikringsordninger og i tillegg av hele netto-avkastningen i disse ordningene. Første skritt på veien til å beregne størrelsen på skattetapet ved de nåværende regler er å finne den samlede fradragssummen.

Tabell 3: Åpne og skjulte inntektsfradrag 1982 og 1984 Mill. kr.  
1982 og 1984, Mill. kr.

	1982	1984
Egen pensjonsforsikring premier <sup>1</sup>	948,4	1 161,3
Tjeneste-pensjonsforsikring, ekskl. KLP Premier og innskudd <sup>2</sup>	1 879,4	2 599,1
Nettoinntekt av aktiva i livselskapene (ekskl. KLP) <sup>3</sup>	3 485,8	5 271,1
Private pensjonskasser <sup>4</sup>		
Premier og innskudd:	619	630,8
Renter:	552	904,4
KLP <sup>5</sup>		
Premier og innskudd	1 097,3	1 409,0
avkastning	742,2	1 264,0
Kommunale pensjonskasser <sup>6</sup>		
Innskudd og avkastning	981	1 288
Sum inntektsfradrag:	10 305,1	14 527,7

Kilder:

1. SSB: Inntekts- og formuesundersøkelsen 1982 og 1984.
2. Forsikringsselskapenes statistiske kontor. Fra posten for kollektiv pensjonsforsikring har vi trukket premier til foreningsbaserte kollektive pensjonsforsikringer i selskapet Forenede Liv - hhv 68,9 og 112,3 mill.kr.
3. SSB: Livsforsikringsselskaper. Årsstatistikk. NOS B 526 1983 og S.U 34/86.
4. SSB: Private pensjonskasser. S.U. nr. 40/86.
5. KLP: Årsberetning 1982 og 1984.
6. SSB: NOS B 526 1983 og muntlige opplysninger fra Byrået.

"Normal" beskatning ville bety at det skulle betales inntektsskatt av disse 10,3 og 14,5 mdr. kroner i h.h.v. 1982 og 1984

Det faktiske skattetapet avhenger imidlertid av hvor mye deltakerne i disse ordningene i utgangspunktet betaler i skatt. Skattetapet som følge av inntektsfradrag er summen av hva hver enkelt skatteyder marginalt skulle ha betalt i skatt av beløpet som trekkes fra. Ettersom inntektsskatten er progressiv, stiger marginals-katten med nettoinntekten.

Vi skal her benytte en forsiktig metode for å anslå hvor mye det marginalt skulle ha vært betalt i skatt av de fradragene som inngår i skatteutgiften:

Vi vil anta at de relevante fradragene er fordelt jevnt over gruppen av "yrkestilknyttede" (som den er definert i SSB's inntekts- og formuesundersøkelser) og at alle i denne gruppe i utgangspunktet har en skattbar nettoinntekt som svarer til gjennomsnittet for gruppen. Vi kan da ved beregningen av skatteutgiften ta utgangspunkt i den marginalskatteprosent, som tilsvarer de yrkestilknyttedes faktiske gjennomsnittlige nettoinntekt ved skatteligningen.

Vi kan i tillegg ta i betraktning at beskatning av fradragene kan bringe gruppen opp i et høyere marginalskatteinterval. Hvis det gjennomsnittlige fradraget pr. yrkestilknyttet legges til nettoinntekten får vi den "ny" gjennomsnittlige nettoinntekt. Hvis den opprinnelige og den "ny" gjennomsnittlige nettoinntekten ligger innenfor det samme marginalskatteinterval ganges det samlede fradraget bare med denne skatteprosent. Hvis de to størrelsene ligger i hvert sitt marginalskatteinterval ganges den samlede fradragssummen med et veid gjennomsnitt av de to skatteprosentene - etter hvor stor del av tillegget til den opprinnelige nettoinntekten, som ligger i hvert av de to intervallene.

Av tabell 4 framgår den gjennomsnittlige skattbare nettoinntekten for yrkestilknyttede og de tilsvarende marginalskatteprosentene.

	1982	1984
Gjennomsnittlig nettoinntekt. kr. <sup>1</sup>	84 331	95 437
Tilsvarende marginal skatteprosent <sup>2</sup>	38,4%	35,9%
Nermeste høyere skatteintervall		
Grense:	86 000	101 000
Skatteprosent:	44,4%	41,9%

Kilder:

1. SSB: Inntekts- og formuesundersøkelsen 1982 og 1984
2. SSB: Rapporter nr. 17/85.

Hvis vi nå fordeler de samlede inntektsfradrag på gruppen av yrkestilknyttede får vi et gjennomsnitt pr. person på henholdsvis 5 934 kroner i 1982 og 8 457 kroner i 1984.<sup>1</sup>

Den "nye" nettoinntekten blir deretter på h.h.v. 90 265 kroner i 1982 og 103 894 kroner i 1984.

Tar vi i betraktning hvor stor del av tilveksten i den yrkesaktives nettoinntekt som faller i hver av skatteintervallene kan vi beregne en "veid" skatteprosent. Den "veide" skatteprosenten blir i 1982 på 42,7% og i 1984 på 37,9%.

Vi kan nå anslå skatteutgiften som følge av inntektsfradragene:

Tabell 5: Skattetap som følge av inntektsfradrag: Mill. kr.		
	1982	1984
Samlede inntektsfradrag:	10 305,1	14 527,7
Veied skatteprosent:	42,7	37,9
Skattetap:	4 400,3	5 506

Hvis fradrag og inntekt var fordelt helt som det her er forutsatt ville vi ha fått en presis beregning av skatteutgiften.

I virkeligheten gir metoden imidlertid en undervurdering av skatteutgiften. Utnyttelsen av disse fradragsmuligheter er som vi har vist under punkt 2.5. skjevt fordelt til fordel for høyinnteksgruppene og dermed av personer med høye marginalsatter. Personene i gruppen med over 250 000 kroner i bruttoinntekt hadde i 1984 en gjennomsnittlig nettoinntekt ved statsskatteligningen på 224 726 kroner. Det tilsvarer en marginalsatt på 62,9%

<sup>1</sup> Det var i følge inntekts- og formuesundersøkelsene h.h.v. 1 736 685 og 1 717 876 yrkestilknyttede personer over 17 år i 1982 og 1984.

BESKATNINGEN AV DE LØPENDE PENSJONER.

Til slutt må vi beregne hvor mye det offentlige ville gå glipp av hvis pensjonsutbetalinger fra forsikringsselskaper og fondsbaserte pensjonskasser var skattefrie.

Vi tar utgangspunkt i den posten på selvangivelsen som kalles "private pensjoner o.l.". Denne posten skal i prinsippet inkludere alle skattepliktige private pensjonsutbetalinger (ekskl. pensjonene fra Statens Pensjonskasse).

De samlede inntektene på denne posten var i 1982 på 3 252,2 mill. kroner og i 1984 4 076,9 mill. kroner (Kilde: se tabell 6.). Størrelsen på skatteinngangen til det offentlige av disse inntektene avhenger igjen av marginals-katten til de personer som har slike inntekter.

Ved beregningen av skatteinngangen benytter vi en tilsvarende metode som ved beregningen av skattetafet p.g.a. inntektsfradragene. Vi antar at de private pensjonsinntektene er jevnt fordelt på gruppen av "pensjonister og trygdede" og at samtlige pensjonister har en nettoinntekt som svarer til gjennomsnittet i gruppen.

Den gjennomsnittlige nettoinntekten for "pensjonister og trygdede" var i 1982 23 173 kroner og i 1984 30 223 kroner. (SSB: Inntekts- og formuesundersøkelsen 1982 og 1984). Den tilsvarende marginale skatteprosent var begge årene 27,4%.

Tabell 6: Skatt av private pensjonsutbetalinger: Mill. kr.		
	1982	1984
Inntekt fra pensjoner o.l.:	3 252,2	4 077
Skatteprosent	27,4	27,4
Skatt:	891,1	1 117,1

Kilde: SSB: Inntekts- og formuesundersøkelsen 1982 og 1984.

I realiteten er inntektene fra private pensjonsordninger utvilsomt størst blant pensjonistene med de høyeste inntekter for øvrig og den faktiske beskatningen av disse pensjonsinntektene er derfor hardere enn vi her har antatt. Skatteprosenten er derfor satt noe for lavt. I siste instans betyr dette en viss overvurdering av den samlede skatteutgiften.

#### SAMMENFATNING.

Vi kan nå sammenfatte det foregående i en samlet beregning av skatteutgiftene på dette området.

	1982	1984
<u>Tabell 7: Skatteutgiftene til livsforsikring og private pensjonsordninger. Mill. kr.</u>		
Skattefradrag for premie til livsforsikring.	428,5	539,3
Avgifter til Folketrygden av arbeidsgivertilskudd:	717,5	915,6
Skatteutgift pga inntektsfradrag:	4 400,3	5 506
Skatteutgift, brutto	5 546,3	6 960,9
Skatt av løpende pensjoner	891,1 -	1 117,1 -
Skatteutgift, netto:	4 655,2	5 843,8

Når de samlede skatteutgifetene er beregnet er det relativt enkelt å dele skattetafet opp på de ulike ordninger som det er gjort i tabell 11., avsnitt 2.6.3. Det største problemet er å fordele avkastningen i livselskapene (ekskl.KLP) på h.h.v. livsforsikring, individuell pensjonsforsikring og kollektiv pensjonsforsikring. Vi har løst problemet ved å anta at avkastningen er fordelt på de tre forsikringsformene på den samme måten som premieinntektene i de to årene.

I denne beregningen av skatteutgiften har det inngått en rekke forutsetninger, og vi har på flere punkter måttet klare oss med mangelfulle data. Vi skal derfor til slutt trekke fram de viktigste unøyaktigheter i beregningen.

Den første vedrører beregningen av de inntektene, som det offentlige etter de gjeldende regler vil få av den begunstigede pensjonsoppsparing. I stedet for å anslå de skatteinntekter som etterhvert vil følge av årets pensjonsoppsparing har vi i brukt skatteinntekten på de nå løpende pensjoner. I og med at dagens pensjonsoppsparing vil gi anledning til større private pensjoner i framtiden, betyr det en undervurdering av skatteinntektene på sikt, og dermed en overvurdering av skatteutgiften.

Den andre vedrører den anvendte metoden for å anslå de relevante marginale skatteprosjenter. Den forutsetter, at fradragene er jevnt fordelt over gruppen av yrkestilknyttede (og at hver person i denne gruppen har en nettoinntekt, som svarer til hele gruppens gjennomsnitt). I virkeligheten er fradragene skjevt fordelt til fordel for personer med høyere marginalsatt enn gjennomsnittet, og den skatteprosjenten som er anvendt gir derfor en systematisk undervurdering av skatteutgiften.

**REFERANSER**

- Andersen, Bent R. (1984): Kan vi bevare velfærdsstaten? AKF's forlag København 1984.
- Beske, Fritz (1982): Expenditure and attempts of cost containment in the statutory health insurance system of the FRG, i McLachlan & Maynard (red.), The Public/Private Mix for Health, NPHT, London
- Brannon, Gerard M. (1980): Tax Expenditure and Income Distribution. I Aaron & Boskin: The Economics of Taxation. The Brookings Inst. Washington DC. 1980.
- Danmarks sparekasseforening (1986): Hvordan munde møttes og goder og glæder deles. Et pensjonspolitisk debatoplæg, Maj 1986.
- Dich, Jørgen S. (1958): Bidrag til belysning af den moderne velfærdsstats økonomiske problemer, Nationaløkonomisk Tidsskrift 1958, side 17 - 50.
- Dich, Jørgen S. (1964): Socialpolitikens teori. Læren om de offentlige tilskudd, København 1964.
- Esping-Andersen, Gøsta (1982): The Welfare State as a System of Stratification. Paper presenteret på ECPR i Århus 1982.
- Hatland, Aksel (1984): Folketrygdens fremtid, Universitetsforlaget, Oslo 1984.
- Hippe, Jon (red.) (1985): Ny Kurs for Velfærdssaten?, FAFO 1985.
- Iversen, Tor (1985) Privatisering - markedets muligheder i helsetjenesten, GHFs skriftsserie nr. 1/85
- Jensen, Karsten Vesterø (1985): Det tvedelte pensjonssystem, København 1985.
- Judge, Ken & Knapp, Martin (1984): Efficiency in the Production of Welfare: The Public and the Private Sectors Compared, PSSRU Discussion Paper 331, May 1984
- Killand, Else (1986): Privatisering - troll med mange hoder, Tidsskrift for samfunnsforskning nr. 3/1986
- Kjønstad, Asbjørn (1985): Folketrygden, dens særpreg og plass i samfunnet. Norsk Forsikringsjuridisk Tidsskrift. Nr.3 1986.
- Kolberg, Jon Eivind (1985): Private og offentlige velfærdskomponenter, FAFO-notat, Oslo
- Kristensen, Ole P. (1984): Privatisering: Modernisering af den offentlige sektor eller ideologisk korstog? i Nordisk



- Administrativt Tidsskrift, 4/1984.
- Lingsom, Susan (1985): Uformell omsorg for syke og eldre, Samfunnsøkonomiske studier nr. 57, SSB 1985
- Håkon Lorentzen (1986): Privatisering og de frivillig organisasjonene, INAS, notat 25/2-86.
- NAF (1985): Bedriftenes indirekte ("sosiale") personalkostnader, rapport, juni 1985
- Nyhus, Per (1985): Helse - politisk dynamitt også i USA, notat 1985.
- O'Higgins, Michael (1984): Privatisation and Social Security, Political Quarterly, vol. 55 nr. 2, 1984.
- Pedersen, Lars Haagen og Koch, Carsten (1986): Tikkende bomber? Samfunnsøkonomen nr. 4 1986.
- Poulsen, Bård (1986): Fastlønn eller avtale - hva er lurt og hva er dyrt? NIS-rapport nr.5 1986, Trondheim.
- Rohde, Tarald (1984): Privat helsevesen i Storbritania, Gruppe for helsetjenesteforskning, Rapport nr.7 1984
- Rode, Tarald (red.) (1986), Privat og offentlig innsats i Nordens helsevesen, Gruppe for helsetjenesteforskning, Rapport nr. 3 1986
- Rud, Mons G.(1986): Notat, Sosialdepartementet 1986.
- Sosialdepartementet (1985): Norsk helse - hvor offentlig, hvor privat ?, internt notat 25/9-85.
- Stahlen, Anne Marie (1986): Privatisering; et spill om ord og penger? Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift. nr.1 1986.
- Surrey, Gerard M & McDaniel, P.R. (1980): The Tax Expenditure Concept and Income Distribution. I Aaron & Boskin (ed): The Economics of Taxation. The Brookings Inst. Washington DC. 1980
- Tamburi, Giovanni & Mouton, Pierre (1986): The uncertain frontier between private and public pension schemes. i International Labor Review, vol 125, 2 1986.
- Van Gunsteren, H & Rein, M. (1985): The Dialectic of Public and Private Pensions, Journal of Social Policy, 14,2 1985.
- Watt, Michael (m.fl.)(1986): The comparative economic performance of investor-owned chain and not-for-profit hospitals, The New England Journal of Medicine, Vol. 314, no. 2 1986
- Aarbakke, Magnus (1984): Skatt på inntekt, Universitetsforlaget, Oslo 1984.

- OECD: Spending Through the Tax System: A Review of the Issues,  
OECD-Observer 1984/128
- OECD: Measuring Health Care 1960-1983, Social Policy Studies nr. 2 1984
- OECD: The Role of the Public Sector, Economic Studies nr. 4 1985.
- OECD: Social Expenditure 1960-1990, Social Policy Studies 1985.
- LO (Sverige) (1986): Halso- och sjukvård for alla, Halso- och  
sjukvårdspolitiska gruppen i LOs utredning om den offentliga  
sektorn. Stocholm 1986.
- NOU 1983:52 Forsikring i Norge.
- NOU 1984:10 Trygdefinansiering
- NOU 1984:22 Personbeskatning
- NOU 1985: 8 Reguleringsprinsipper i offentlige tjenestepensjons-  
ordninger.
- NOU 1986:5 Konkurransen på finansmarkedet
- NOU 1986:11 Folketrygdens forhold til helsetjenestene og andre  
ordninger.
- St. meld.nr.83 1984-85 Langtidsprogrammet
- Forskrifter i hht. skattekovens paragraf 44 av 1968 om:  
- Private tjenesteforsikringer  
- Egen pensjonsforsikring
- Sosialdepartementet: Nøkkeltall for fylkeshelsetjenesten 1985
- Helsedirektoratet: Årsstatistikk for kommunehelsetjenesten 1985
- Oslo Helseråd: Behov og dekning - kurativ almenlegetjeneste i Oslo 1985



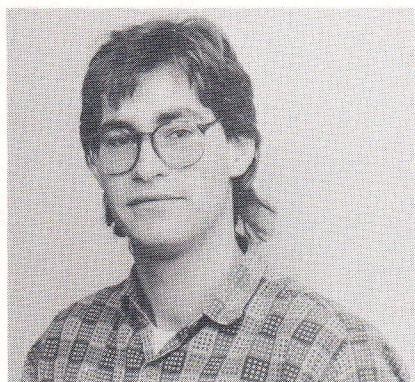
# VELFERD TIL SALGS

Hvor stor er den private velferdssektoren og hvilke fordelingsvirkninger har den private produksjonen av helsetjenester og pensjonsytelser?

Med disse spørsmålene som bakgrunn drøftes virkningene av den offentlige politikken overfor den private velferdssektoren. Rapporten gir nødvendig bakgrunn for alle som er opptatt av framtidens velferdssamfunn.

Boka tar opp bl.a.:

- privatisering og utviklingen av velferdsstaten
- fordelingsvirkninger av private pensjonssystemer
- utviklingen av det private tilbudet i primær- og institusjons-helsetjenesten



Jon Mathias Hippe (f. 1959)  
Statsviter fra Universitetet i  
Oslo. Ansatt ved FAFO siden  
1984. Har tidligere utgitt «Ny  
kurs for velferdsstaten?» (red.)



Axel West Pedersen (f. 1958)  
Statsvitenskapelige studier ved  
Universitetet i Århus og Univer-  
sitetet i Oslo.

FAFO-rapport nr. 065

ISBN 82-7422-004-8

