

# Vem har privat sjukvårds- försäkring i Sverige? En deskriptiv analys

Mårten Palme

Nationalekonomiska institutionen,  
Stockholms universitet

[marten.palme@ne.su.se](mailto:marten.palme@ne.su.se)

---

# Förord

I denna rapport presenteras resultaten av en analys över vilka som omfattas av den privata sjukvårdsförsäkringen. Analysen har gjorts av Mårten Palme, professor i nationalekonomi vid Stockholms universitet på uppdrag av Svensk Försäkring. Analysen är baserad på data från försäkringsföretagen och SCB:s databas över individer (LISA). Alla slutsatser och analyser är författarens egna.

Stockholm i november 2017

Eva Erlandsson  
Anna Pettersson Westerberg

---

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>1. Inledning</b> .....	<b>5</b>
1.1. Syfte .....	5
1.2. Bakgrund .....	5
1.3. Metod och urval .....	7
<b>2. Försäkringstagarnas kön</b> .....	<b>9</b>
<b>3. Försäkringstagarnas ålder</b> .....	<b>11</b>
<b>4. Försäkringstagare fördelat på län</b> .....	<b>13</b>
<b>5. Försäkringstagare fördelat på sektorer och arbetsställestorlek</b> .....	<b>17</b>
<b>6. Utbildning</b> .....	<b>27</b>
<b>7. Inkomster</b> .....	<b>31</b>
<b>8. Försäkringstagarnas hälsa</b> .....	<b>37</b>
<b>9. Slutsatser</b> .....	<b>43</b>
<b>Appendix</b> .....	<b>45</b>

---

## 1. Inledning

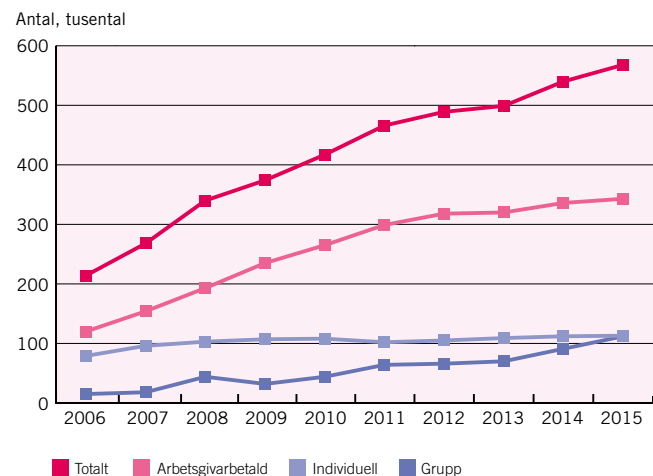
### 1.1 Syfte

Denna rapport visar hur de som omfattas av en privat sjukförsäkring skiljer sig som grupp från befolkningen som helhet i fråga om demografiska faktorer, bostadslän, branschtillhörighet, utbildning, förvärvsinkomst samt hälsa. Beskrivningen gäller år 2015, men vi kommer i vissa avseenden också studera hur förhållandena förändrats under perioden 2006 till 2015. För en del resultat ges förslag till tolkningar om hur de skattade skillnaderna mellan de försäkrade och befolkningen som helhet uppstått. Det är min förhoppning att rapporten ska kunna tjäna som faktaunderlag till en fortsatt debatt om förutsättningarna för privat sjukvårdsförsäkring i Sverige.

### 1.2 Bakgrund

Under senare år har privat sjukvårdsförsäkring blivit allt vanligare i Sverige. Figur 1 visar utvecklingen mellan 2006 och 2015 för det totala antalet privata sjukvårdsförsäkringar samt uppdelat på de tre huvudkategorierna: arbetsgivarbetald, grupp samt individuell försäkring. Graferna visar att antalet invånare med privat sjukvårdsförsäkring mer än fördubblades under de 9 år som täcks av figuren. Totalt hade ca 560 000 personer en sjukvårdsförsäkring 2015.

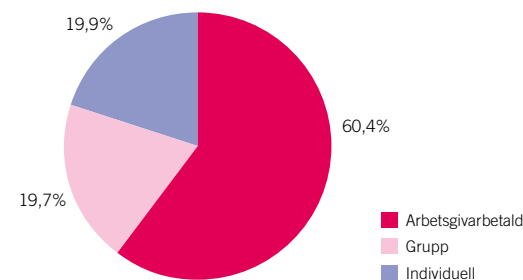
Figur 1. Utvecklingen av antal privata sjukvårdsförsäkringar uppdelat på arbetsgivarbetald, grupp och individuell samt totalt mellan 2006 och 2015.



Av Figur 1 framgår att den kategori som ökar snabbast är de arbetsgivarbetalda försäkringarna. De har mer än tredubblats under den studerade perioden. Även Grupp-försäkringarna har ökat markant i antal under perioden. De individuella sjukvårdsförsäkringarna har förblivit i stort sett konstanta mellan 2006 och 2015.

I Figur 2 redovisas andelen arbetsgivarbetald, grupp och individuella försäkringar 2015. Som framgår utgör grupp-försäkringarna och de individuella vardera omkring 20 procent och de arbetsgivarbetalda 60 procent av det totala antalet sjukvårdsförsäkringar.

Figur 2. Andelen privata sjukvårdsförsäkringar uppdelat på arbetsgivarbetald, grupp och individuell 2015.



### 1.3 Metod och urval

Vi använder individuella uppgifter om vem som omfattas av en privat sjukvårdsförsäkring som levererats in från de tio försäkringsbolag som tillhandahåller privat sjukvårdsförsäkring i Sverige. Dessa data omfattar uppgifter om när försäkringen har tecknats samt vilken av de tre huvudtyperna som den kan hänföras till.

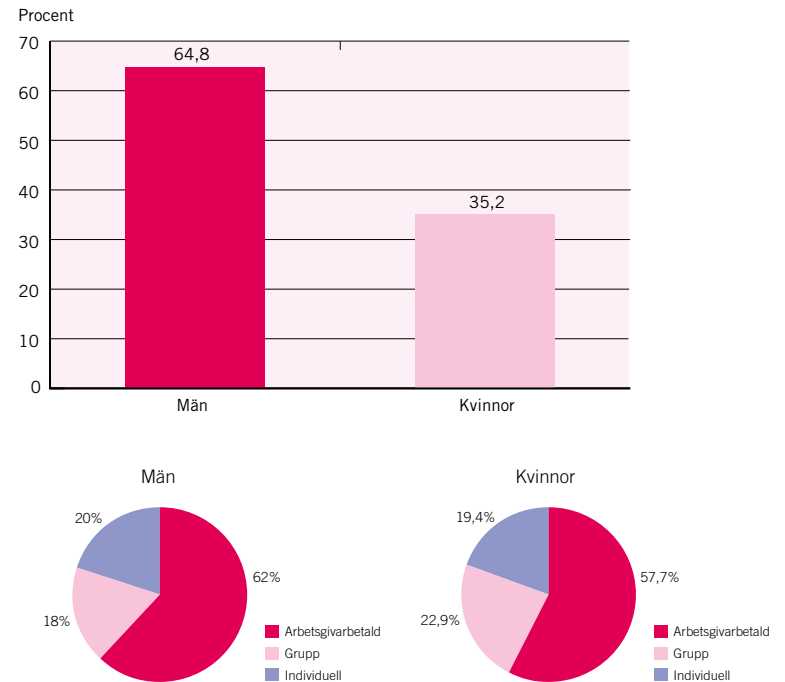
Statistiska Centralbyrån har sedan matchat dessa uppgifter med den så kallade LISA-databasen (Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier). Denna databas finns för samtliga år från 1990 och innehåller samtliga personer 16 år och äldre, som varit folkbokförda i Sverige den 31 december respektive år. För denna analys kommer vi främst att använda LISA för år 2015. För att beskriva förändringar i sammansättningen på de som har privat sjukvårdsförsäkring kommer vi även att utnyttja olika årgångar av databasen från 2006 och framåt.

Av de 568 290 personer som vi fått uppgifter om från försäkringsbolagen kunde vi matcha 566 605. De återstående 1 685 - eller 0,3 procent - har antingen avlidit eller av annat skäl inte varit folkbokförda 31 december 2015.

## 2. Försäkringstagarnas kön

Figur 3 visar hur de matchade individerna fördelar sig på kön. Två tredjedelar av de som har privat sjukvårdsförsäkring är män. Den undre delen av figuren visar hur män respektive kvinnor fördelar sig på de tre olika huvudtyperna av försäkringar. Männen har i högre utsträckning arbetsgivarbetald försäkring medan kvinnorna i högre utsträckning har gruppförsäkringar.

Figur 3. Könsfördelning för de med privat sjukvårdsförsäkring samt respektive grups fördelning mellan olika typer av privat sjukvårdsförsäkring.



En möjlig bakgrund till den skeva könsfördelningen kan vara att de branscher där arbetsgivarbetalda sjukvårdsförsäkringar är vanliga har en större andel män anställda. I avsnitt 5, där vi studerar skillnader i andelen försäkrade inom olika branscher, kommer vi därför att presentera resultat för könsskillnader i försäkringstäckning inom olika branscher.

Figur 4 visar hur andelen män respektive kvinnor förändrats över tid mellan 2006 och 2015. Andelen kvinnor ökat från 32,5 till 35,2 procent över den studerade perioden.

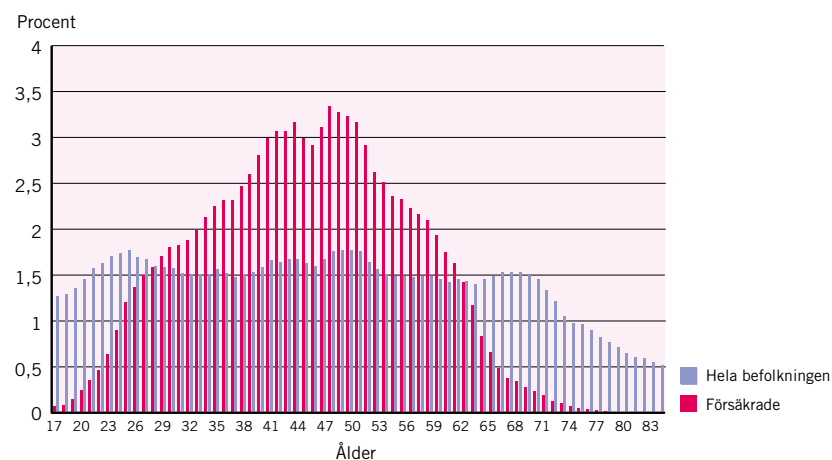
Figur 4. Utvecklingen av könsfördelningen för privat sjukvårdsförsäkring 2006–2015.



### 3. Försäkringstagarnas ålder

Medelåldern för de med privat sjukvårdsförsäkring är 45,5 år för män och 44,7 år för kvinnor. Figur 5 visar åldersfördelningen för försäkringstagare jämfört med hela befolkningen. Fördelningen av försäkringstagare har en större koncentration mellan åldrarna 29 och 62 år. Försäkringstagarna är således underrepresenterade bland de unga och de äldre i befolkningen. Sannolikheten att ha en privat sjukvårdsförsäkring är störst i gruppen som är 49 år gamla, för att senare minska ganska markant.

Figur 5. Åldersfördelning för försäkringstagare jämfört med hela befolkningen.

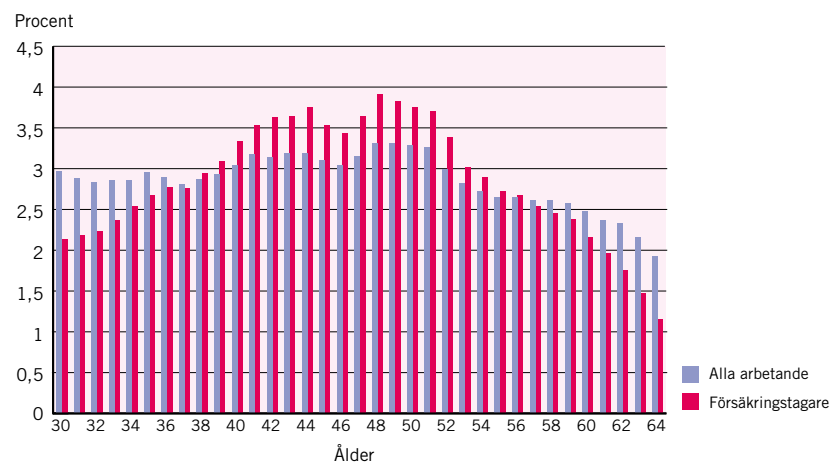


Det finns en rad bidragande orsaker till den observerade åldersfördelningen. Att de unga är underrepresenterade hänger sannolikt samman med att de i lägre utsträckning är etablerade på arbetsmarknaden samt att de på grund av sin ungdom är i mindre behov av sjukvård. Att andelen med försäkring minskar efter 49 år kan följa av en så kallad

kohorteffekt - att de som fötts senare i större utsträckning har privat sjukvårdsförsäkring till följd av att försäkringen ökat i omfattning. En annan förklaring kan vara att premien ökar med stigande ålder och att vissa då avstår. En tredje förklaring – mot bakgrund av att det är de arbetsgivarbetalda försäkringarna som ökar snabbast – är att de äldre har lämnat arbetsmarknaden.

För att tydliggöra olika delförklaringar visar Figur 6 motsvarande åldersfördelningar för den arbetande befolkningen: de mellan 30 och 64 och med positiv förvärvsinkomst. Kvalitativt visar figuren ungefär samma mönster som Figur 5, men avvikelsen för den försäkrade populationen gentemot övriga blir mycket mindre.

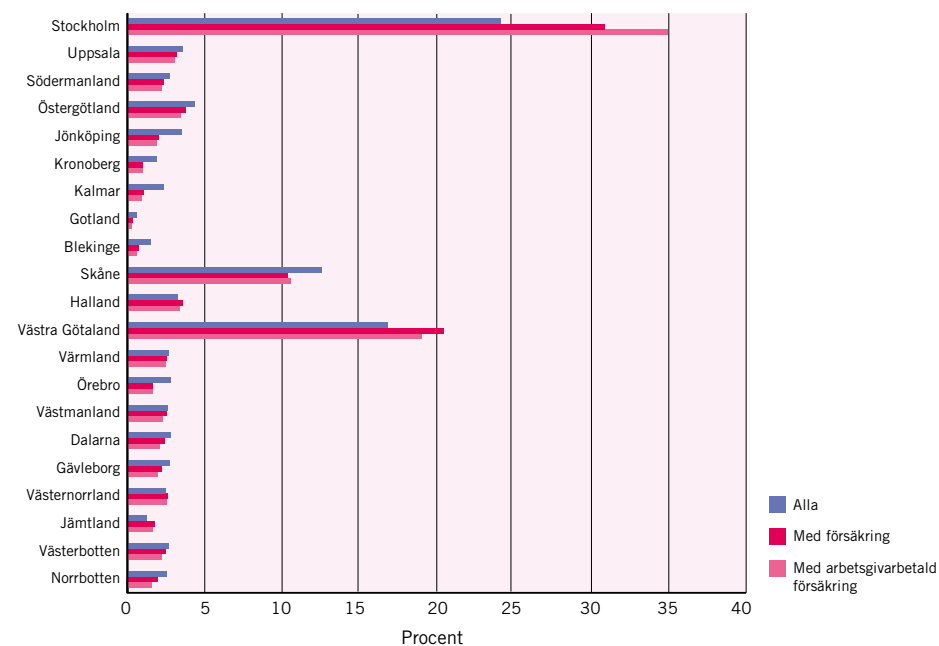
Figur 6. Åldersfördelning för försäkringstagare jämfört med alla med positiv förvärvsinkomst 30–64 år.



## 4. Försäkringstagare fördelat på län

Figur 7a visar fördelningen av de med privat sjukvårdsförsäkring över Sveriges län jämfört med hela befolkningen 30-64 år med förvärvsinkomst >0 och figur 7b visar hur stor andel av samma population som har privat sjukvårdsförsäkring i respektive län.

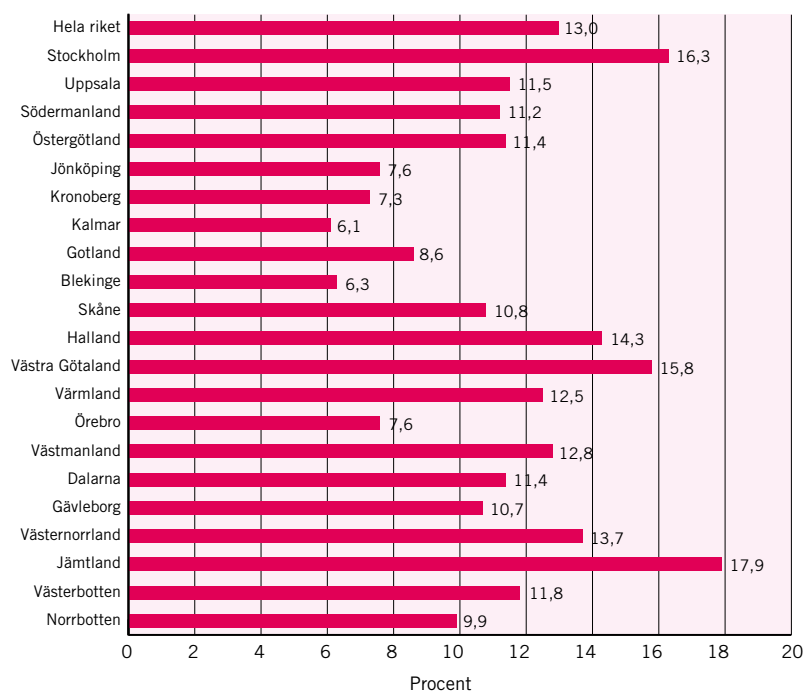
Figur 7a. Fördelning av innehavare av privat sjukvårdsförsäkring, arbetsgivarbetald privat sjukvårdsförsäkring samt hela befolkningen över län. Åldersgruppen 30-64 med förvärvsinkomst > 0.



Den blå stapeln i figur 7a visar hur befolkning fördelar sig över Sveriges län och den röda stapeln visar fördelningen av de som har en privat sjukvårdsförsäkring. I de fall då den röda stapeln är längre än den blå finns det en överrepresentation av försäkrade. Så är det t.ex. i Stockholms och Västra Götalands län. I fall då den röda stapeln är kortare än den blå finns en underrepresentation av försäkrade relativt andelen av Sveriges befolkning. Det är fallet i flera län, men mest framträdande i Jönköpings, Skånes, Örebros och Norrbottens län.

Figuren visar även fördelningen för de med arbetsgivarbetald försäkring separat. Det är den rosa stapeln. Här blir det än mer tydligt att det finns en överrepresentation i Stockholm.

Figur 7b. Andelen med privat sjukvårdsförsäkring. Hela riket respektive i var och en av Sveriges län. Åldersgruppen 30-64 med förvärvsinkomst > 0.



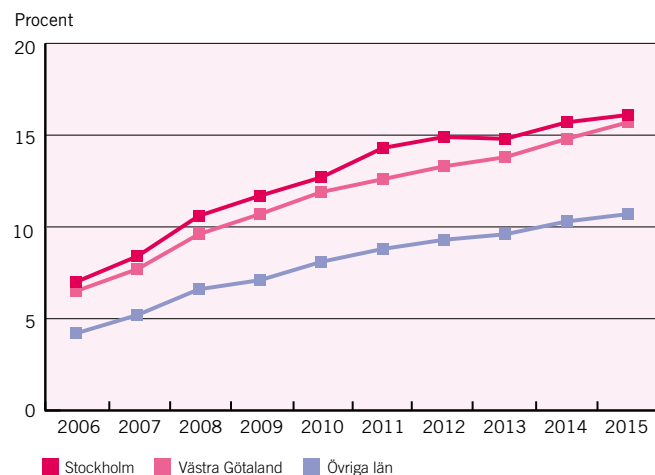
Man kan säga att Figur 7b kombinerar de blå och de röda staplarna i figur 7a och visar andelen med privat sjukvårdsförsäkring i respektive län jämför med de 13,0 procent som gäller för landet som helhet. Även om informationen kan hämtas från figur 7a fäster figur 7b delvis uppmärksamheten åt andra håll än figur 7a. Vi ser t.ex. att Jämtland har den högsta andelen försäkrade, vilket delvis döljs i figur 7a eftersom länet har en förhållandevis liten befolkning. Kalmar och Blekinge län har den lägsta andelen försäkrade: en mindre än hälften så stor andel än befolkningen som helhet.

Det kan finnas olika skäl till att de med privat sjukvårdsförsäkring är överrepresenterade i Stockholm. Ett skäl kan vara att informationen om försäkringen sprids snabbare inom storstadsområden, vilket skulle snabba på ökningen av antalet försäkringar i nyligen genomgångna uppgångsfasen. Ett annat skäl kan vara att de branscher där arbetsgivarbetalda försäkringar är vanligare är större i Stockholmsområdet. Som vi kommer att se i nästa avsnitt så varierar andelen försäkrade mellan olika branscher relativt mycket.

I Figur 8 visas utvecklingen över tid i Stockholm, Västra Götaland och Övriga län. Andelen med försäkring ökar i samtliga län, men den procentuella ökningen är störst i Övriga län.



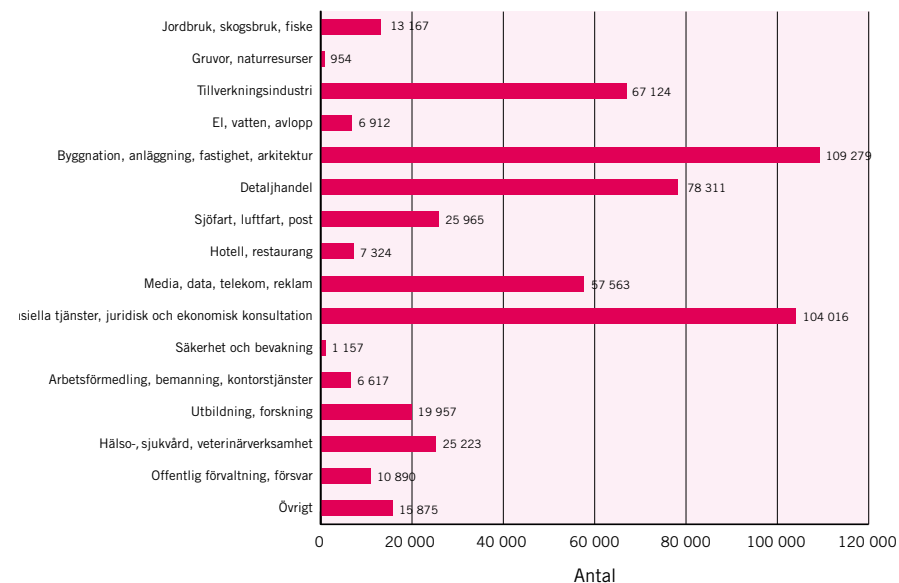
Figur 8. Andel med privat sjukvårdsförsäkring i Stockholms län, Västra Götalands län samt i övriga landet 2006-2015.



## 5. Försäkringstagarna fördelat på sektorer och arbetsställestorlek

Figur 9a visar fördelningen av de med privat sjukvårdsförsäkring mellan olika sektorer på den svenska arbetsmarknaden baserat på näringsgrensindelningen (SNI) på tvåsiffrernivån. I appendixet till denna rapport redovisar vi i detalj hur vi grupperat näringsgrenarna.

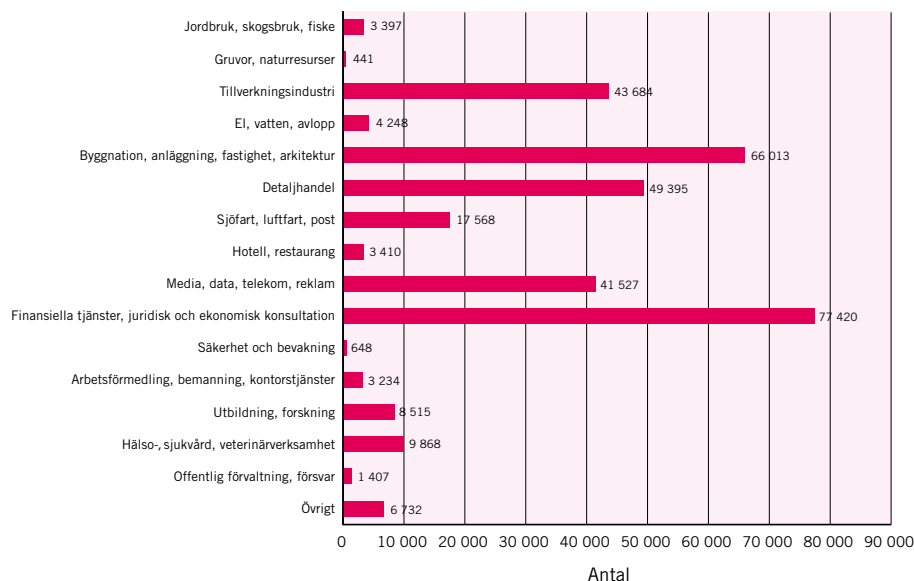
Figur 9a. Antal försäkringar fördelade på sektor.



Av Figur 9a framgår att de flesta med privat sjukvårdsförsäkring återfinns inom byggbranschen, tätt följt av finanssektorn inkluderande juridisk och ekonomisk konsultation och detaljhandeln. Tillsammans

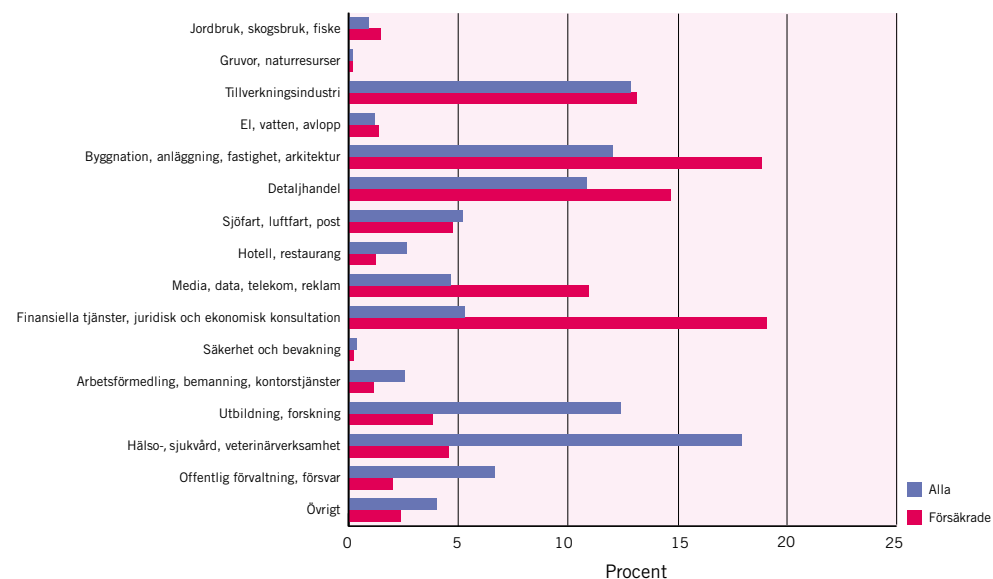
innefattar dessa sektorer mer än hälften av alla med privata sjukvårdsförsäkringar. Då vi begränsar oss till de arbetsgivarbetalda försäkringarna i Figur 9b ser vi att rangordningen mellan byggsektorn och finanssektorn är omvänd: de flesta arbetsgivarbetalda försäkringarna återfinns i sektorn med finansiella, ekonomiska samt juridiska tjänster.

Figur 9b Antal arbetsgivarbetalda försäkringar fördelade på sektor.



Figur 9a eller 9b tar inte hänsyn till att olika sektorer är olika stora även i befolkningen som helhet. För att undersöka i vilken utsträckning de med privat sjukvårdsförsäkring är ”överrepresenterade” respektive ”underrepresenterade” i olika sektorer visar Figur 10 hur de försäkrade fördelar sig mellan de olika sektorerna jämfört med befolkningen som helhet.

Figur 10. Fördelningen av de som har privat sjukvårdsförsäkring jämfört med befolkningen som helhet.

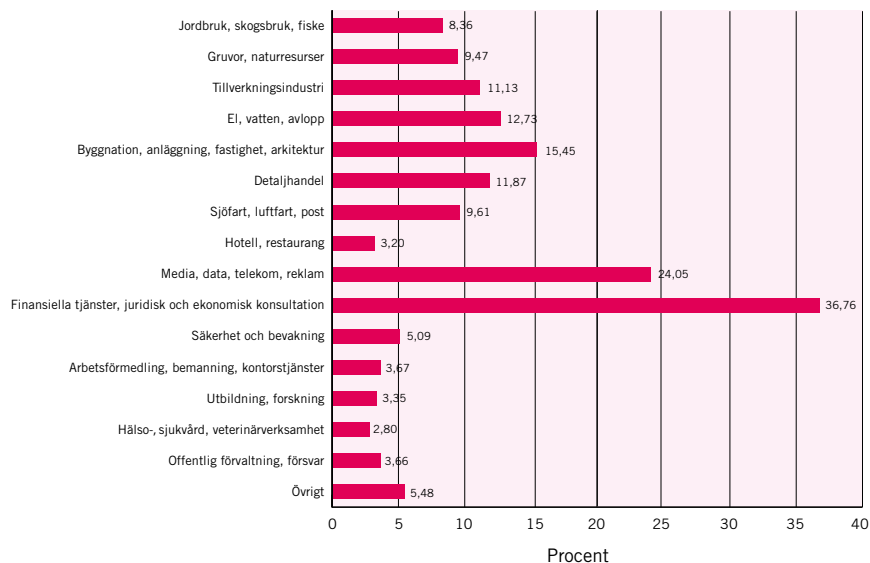


Figur 10 ger en delvis annorlunda bild än den vi såg i Figur 9. Fyra sektorer har en större andel försäkringstagare än populationen som helhet: Byggnation och anläggningssektorn, Detaljhandel, Media, data, telekom och reklam och den finansiella sektorn. På motsvarande sätt sticker tre ut för att de har en mindre andel försäkringstagare än populationen som helhet: Utbildning, forskning; Hälsa-, sjukvård, veterinärverksamhet och offentlig förvaltning.

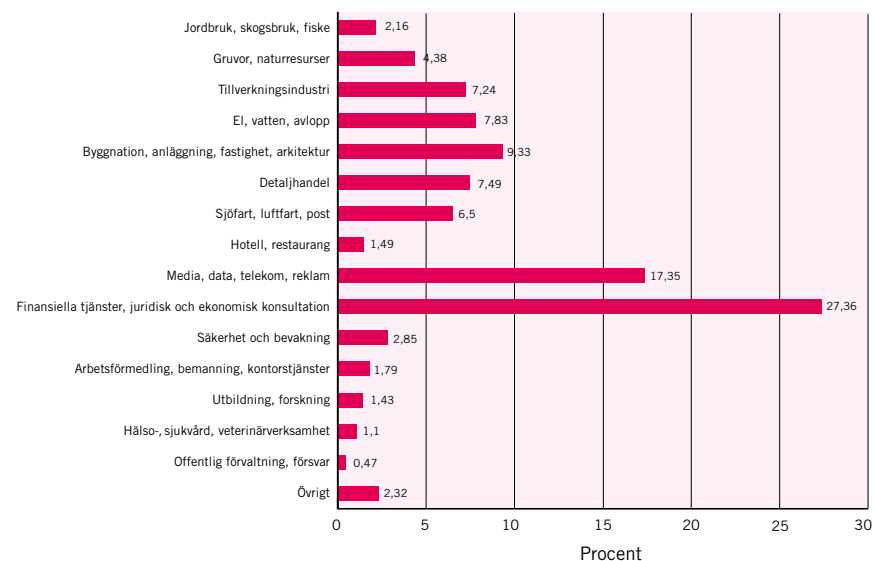
Slutligen visar Figur 11 andelen försäkrade inom respektive sektor: Figur 11a för alla privata sjukvårdsförsäkringar och Figur 11b för endast arbetsgivarbetalda försäkringar. Återigen framträder en något annorlunda bild. Den största andelen försäkrade finns inom finanssektorn inkluderande ekonomisk och juridisk konsultation följt av sektorn som omfattar media, data, telekommunikation och reklam. I andra

ändan av fördelningen ser vi hälso- och sjukvård, hotell och restaurang samt offentlig förvaltning.

Figur 11a. Andel med privat sjukvårdsförsäkring inom olika branscher.



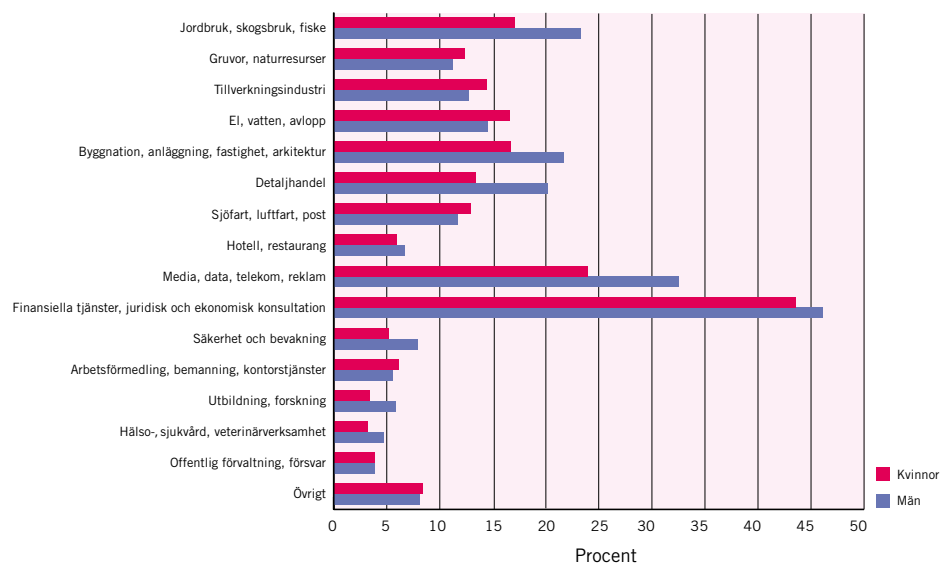
Figur 11b. Andel med arbetsgivarbetald privat sjukvårdsförsäkring inom olika branscher.



I avsnitt 2 rapporterade vi att det var relativt stora skillnader i andelen kvinnor och män bland de som täcktes av en privat sjukvårdsförsäkring. En del av denna skillnad kan troligen hänföras till att kvinnor och män är aktiva i olika sektorer av arbetsmarknaden. Ett sätt att studera detta är att beräkna den genomsnittliga andelen män respektive kvinnor som är försäkrade inom de olika sektorerna.

Figur 12 visar andelen försäkrade inom de olika sektorerna uppdelat på kvinnor och män separat. De röda staplarna visar resultaten för kvinnor och de blå för män. Vi ser att kvinnorna faktiskt har en större andel försäkrade inom många sektorer. De sektorer med störst kvarstående könsskillnader i andelen försäkrade är media, data, telekom och reklam, detaljhandel samt jord-, skogsbruk och fiske.

Figur 12. Andelen försäkrade inom olika sektorer uppdelat på kvinnor och män. Åldersgruppen 30-64 med förvärvsinkomst > 0.<sup>1</sup>



Genom att skatta en regressionsmodell kan man beräkna det vägda medeltalet inom de olika sektorerna. Beroende variabeln i denna modell är en indikator som är 1 för om personen är försäkrad och 0 annars. De oberoende variabelerna är en indikatorvariabel för kön samt 16 indikatorer för var och en av sektorerna som jag beskrivit ovan.

Resultaten från denna regressionsanalys presenteras i tabell 1. Populationen för dessa skattningar är de drygt 5,5 miljoner individer för vilka det finns data om sektortillhörighet. Av dessa var 10,0 procent försäkrade: 12,5 för männen och 7,3 för kvinnorna. Skattningarna för den första ekvationen i tabell 1 visar att könsskillnaden i sannolikheten att vara försäkrad är 5,17 procent utan andra oberoende variabler än indikatorn för att vara kvinna. Då vi lägger till indikatorerna för sektortillhörighet ser vi att skattningen minskar till 1,95 procent.

<sup>1</sup> De genomsnittliga nivåerna skiljer sig något jämfört med resultaten i tabell 11 beroende på att populationen här är begränsad till åldersgruppen 30-64 med förvärvsinkomst > 0.

En tolkning av resultatet är att 3,22 procentenheter, eller ca 62 procent av den totala könsskillnaden i sannolikheten att vara försäkrad kan hänföras till att män och kvinnor är verksamma i olika sektorer, där det är olika vanligt att ha en privat sjukvårdsförsäkring.

Tabell 1. Resultat från en regressionsmodell där den beroende variabeln är en indikator som antar värdet 1 om individen har en privat sjukvårdsförsäkring och 0 annars. Oberoende variabler är en indikator för att vara kvinna samt 16 olika indikatorer för sektortillhörighet.

	(1)	(2)
<b>Kvinna</b>	5,17 (0,025)	1,95 (0,027)
<b>Indikatorer för sektortillhörighet</b>	Nej	Ja
<b>Antal observationer, tusental</b>	5,501	5,501
<b>R<sup>2</sup></b>	0,007	0,078
<b>Genomsnitt för beroende variabel</b>	10,00	10,00

Branschtillhörighet är relaterat till arbetsplatsstorlek. Sjukvårdsförsäkringen är en av flera arbetsmiljö- och hälsotjänster som arbetsgivare använder sig av.<sup>2</sup> Tidigare studier har visat att privat sjukvårdsförsäkring är vanligare bland mindre företag. En förklaring till detta kan vara att sjukvårdsförsäkring är enklare att erbjuda än företagshälsovård för mindre arbetsgivare.

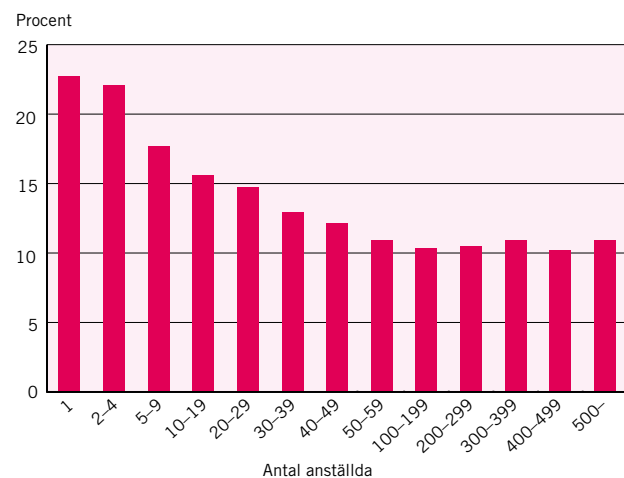
Varje arbetsställe i SCB:s företagsregister har ett så kallat CFAR-nummer (SCB:s åttasiffriga identitet för arbetsställen). Eftersom vi har tillgång till hela befolkningen i vår databas, kan vi räkna ut hur många personer som är anställda på varje arbetsställe. För de redovisade resultaten begränsar vi dock urvalet till åldersgruppen 30-64 år med förvärvsinkomst > 0. Den genomsnittliga storleken på arbetsställen

<sup>2</sup> Hur använder företag arbetsmiljö- och hälsotjänster för att förebygga och åtgärda arbetsrelaterad ohälsa? – En rapport om företags användning av företagshälsovård och andra expertresurser inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering, LO, PTK, Svenskt Näringsliv.

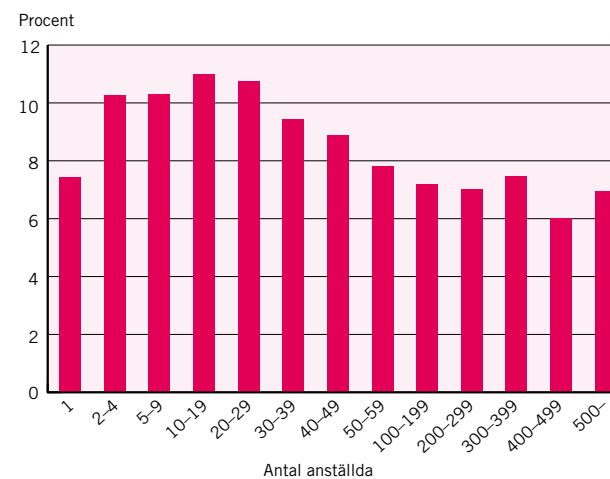
för hela åldersgruppen är 453,8 personer (median 47 personer) jämfört med 259,2 (median 25) för de med privat sjukvårdsförsäkring.

Figur 13a visar andelen med privat sjukvårdsförsäkring uppdelat på grupper med olika arbetsställestorlek. Figur 13b visar samma fördelning för arbetsgivarbetalda privata sjukvårdsförsäkringar. Det framgår tydligt av figuren att en större andel av de som arbetar på relativt små arbetsställen täcks av privat sjukvårdsförsäkring.

Figur 13a. Andel försäkrade uppdelat på arbetsplatsstorlek. Åldersgruppen 30–64 år med förvärsinkomst > 0.



Figur 13b. Andel försäkrade med arbetsgivarbetald försäkring uppdelat på arbetsplatsstorlek. Åldersgruppen 30–64 år med förvärsinkomst > 0.

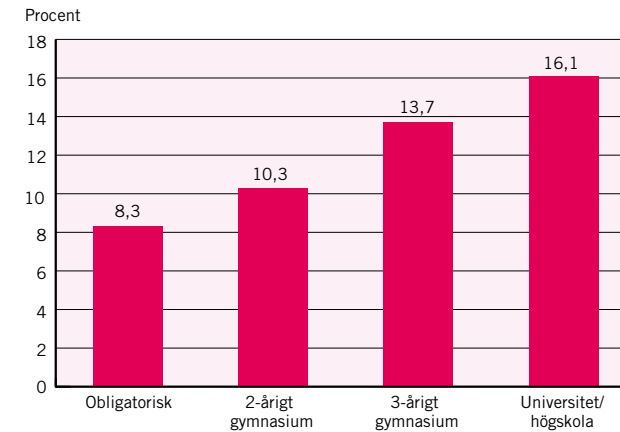


---

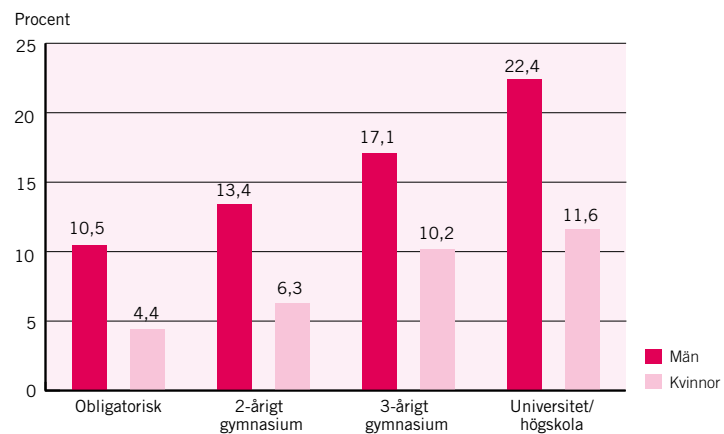
## 6. Utbildning hos de försäkrade

De försäkrade har i genomsnitt drygt ett års längre utbildning än populationen som helhet i åldersgruppen 30-64 med förvärvsinkomst >0: 12,9 år jämfört med 11,8. Figur 14a visar andelen försäkrade i olika utbildningsgrupper. Vi ser att de försäkrade har högre utbildning. Denna skillnad är något större för kvinnor. De med universitets- eller högskoleutbildning har den högsta andelen försäkrade. 22,4 procent av männen i denna grupp har en privat sjukvårdsförsäkring.

Figur 14a. Andel försäkrade i olika utbildningsgrupper. Åldersgruppen 30-64 år med förvärvsinkomst > 0.

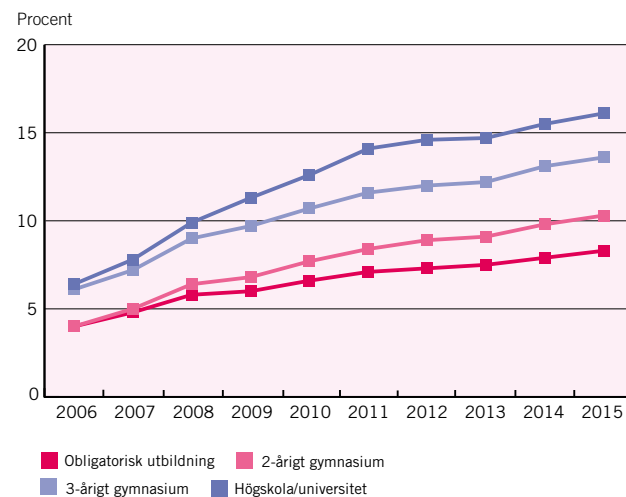


Figur 14b. Andel försäkrade i olika utbildningsgrupper. Åldersgruppen 30–64 år med förvärvsinkomst > 0. Män och kvinnor separat.



Figur 15 visar hur andelen som har privat sjukvårdsförsäkring inom fyra olika utbildningsgrupper har förändrats mellan 2006 och 2015.

Figur 15. Förändringen av andelen med privat sjukvårdsförsäkring inom fyra olika utbildningsgrupper.



Av Figur 15 framgår att skillnaderna i hur stor andel som är täckta av försäkringarna ökar över tiden. Bland de högskoleutbildade har andelen som täcks av privat sjukvårdsförsäkring ökat med 166 procent. Motsvarande ökning för de med bara obligatorisk utbildning var 104 procent.

---

## 7. Inkomst hos de försäkrade

För att visa var i inkomstfördelningen de med privat sjukvårdsförsäkring befinner sig måste man först bestämma sig för vilket inkomstbegrepp man vill använda. Eftersom vi använder data baserade på registerinformation är vi begränsade till att använda inkomster hämtade från taxeringsuppgifter. Detta innebär givetvis en rad begränsningar. Inkomster från ”den informella sektorn” kommer t.ex. inte att kunna beaktas.

Vi har här valt måttet förvärvsinkomst. Det inkluderar dels de ersättningar som arbetsgivaren är skyldig att betala arbetsgivaravgifter för och för vilka de skickar in kontrolluppgifter till Skatteverket samt sjuklön, dels inkomst av aktiv näringsverksamhet. Det sistnämnda innebär att vi inkluderar egna företagare i analysen liksom anställdas inkomster från bisysslor.

Vi har begränsat urvalet till åldersgruppen 30-64. Det lägre åldersintervallet motiveras av att många under 30 varvar studier och arbete och arbetsinkomsten blir då ett dåligt mått på potentiell inkomst. Den övre åldersgränsen exkluderar de som helt eller delvis gått i pension. Vi har också exkluderat de som inte har någon inkomst.

Tabell 2 sammanfattar inkomstfördelningen för förvärvsinkomster för hela befolkningen respektive den grupp som har privata sjukvårdsförsäkringar. Resultaten redovisas för kvinnor och män separat samt för kvinnor och män tillsammans. Tabellen visar genomsnittsinkomster i var och en av decilgrupperna samt för alla. Den sista raden visar medianinkomsten för alla de som har privat sjukvårdsförsäkring jämfört med hela befolkningen.



Tabell 2. Genomsnittliga förvärvsinkomster i decilgrupper och hela fördelningen 2015. Hela befolkningen 30–64 år med förvärvsinkomst > 0, jämfört med innehavare av privata sjukvårdsförsäkringar. Tusental kronor.

Decilgrupp	Män		Kvinnor		Män och kvinnor	
	Alla	Försäkrade	Alla	Försäkrade	Alla	Försäkrade
1	70,3	172,4	40,4	102,9	52,5	140,2
2	203,7	313,5	136,8	232,3	165,1	281,4
3	280,0	369,0	208,0	298,0	239,7	341,7
4	322,4	413,2	254,2	341,7	286,1	386,3
5	355,6	452,0	288,0	380,9	320,4	428,1
6	389,3	502,0	317,2	422,2	352,6	470,9
7	428,7	563,6	347,8	467,7	389,3	531,8
8	480,7	638,5	387,1	535,6	436,9	603,8
9	567,6	787,2	449,3	641,2	514,2	736,1
10	947,6	1 567,0	675,0	1 086,1	828,9	1 410,3
Alla, medeltal	404,5	577,7	310,3	450,8	358,5	533,0
Alla, median	371,7	474,6	302,8	401,0	336,1	446,0
Antal, tusental	1 880	309	1 795	168	3 675	477

Vi ser att den genomsnittliga förvärvsinkomsten för de som innehar en privat sjukvårdsförsäkring är 533 000 kronor om året, vilket är nästan 50 procent högre än det som gäller för hela populationen av män och kvinnor. Den relativa skillnaden i genomsnittlig inkomst mellan de försäkrade och populationen som helhet är ungefär lika stor för både män och kvinnor.

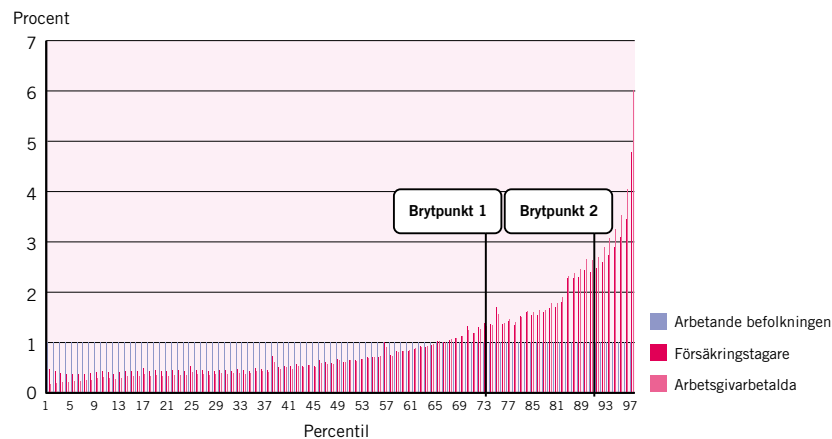
Genomsnittsinkomsterna i decilgrupperna visar att inkomstskillnaderna mellan de försäkrade och populationen som helhet är mycket större i den övre delen av inkomstfördelningen. Genomsnittsinkomsten för de försäkrade i den tionde decilen är drygt 1,4 miljoner om året, vilket är mer än 70 procent högre än motsvarande inkomst för alla i den tionde decilen.

Att skillnaderna i förvärvsinkomst för de med och utan privat sjukvårdsförsäkring främst kan hänföras till den övre delen av inkomstfördelningen reflekteras också av det faktum att skillnaderna i medianinkomst är mycket mindre än skillnaderna i medelinkomst. Som framgår av tabell 2 är denna skillnad drygt 30 procent för gruppen som inkluderar både män och kvinnor.

Ett annat sätt att visa var i inkomstfördelningen som de med privat sjukvårdsförsäkring är placerade är att utgå från en percentilfördelning baserad på inkomst och sedan visa hur stor andel av gruppen försäkrade som placeras i respektive percentil. För befolkningen som helhet gäller att en procent är fördelade i varje percentil. Om en större andel än en procent av gruppen försäkrade är fördelad i en speciell percentil är gruppen ”överrepresenterad” i meningen att en större andel av gruppen än vad som gäller för gruppen som helhet placerar sig i den delen av inkomstfördelningen. Resultaten av denna analys presenteras i figur 16 för förvärvsinkomst.

Figur 16. Andelen med privat sjukvårdsförsäkring respektive arbetsgivarbetald privat sjukvårdsförsäkring inom olika delar av inkomstfördelningen uppdelat på percentiler efter förvärvsinkomst 2015.

Brytpunkterna är inritade utifrån de försäkrade där brytpunkt 1 motsvarar en månadslön på 36 942 kr och brytpunkt 2 en månadslön på 52 433 kr.



Resultaten visar att de försäkrade i genomsnitt har högre inkomster än befolkningen som helhet. Störst är skillnaden i den allra högsta percentilen.

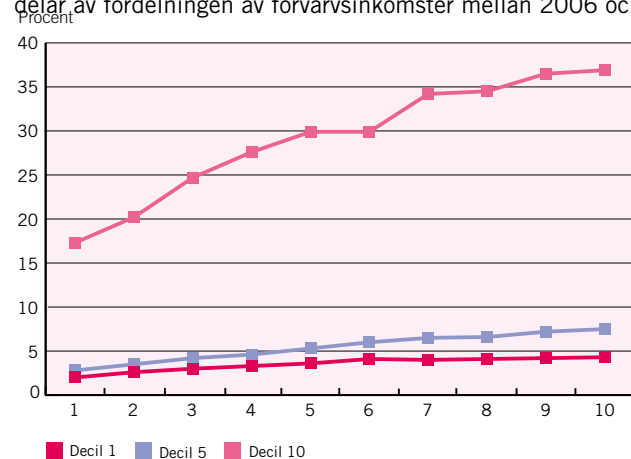
Fördelningen av de försäkrade kan även göras i relation till den nedre och övre brytpunkten för statlig skatt. Av Tabell 3 framgår att drygt 50 procent av de försäkrade har en inkomst som ligger under den nedre brytpunkten för statlig skatt, motsvarande 36 942 kronor per månad. Knappt 20 procent har en inkomst som ligger över den övre brytpunkten för statlig skatt, 52 433 kronor per månad. Om vi enbart ser till de arbetsgivarbetalda försäkringarna förändras andelarna något, det är något färre som har inkomster under den nedre brytpunkten.

Tabell 3. Fördelningen av de försäkrade på basis av förvärvsinkomst i relation till brytpunkter för statlig skatt 2015.

	Alla försäkringstagare Antal	Andel, %	Arbetsgivarbetalda Andel, %
Inkomst upp till 36 942 kr/månad	313 091	55,3	49,3
Inkomst 36 942- 52 433 kr/månad	145 691	25,7	27,8
Inkomst över 52 433 kr/månad	107 823	19,0	22,9
<b>Totalt</b>	<b>566 605</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Har inkomstskillnaderna mellan de som har och inte har privat sjukvårdsförsäkring har förändrats under den period vi studerar, dvs. mellan 2006 och 2015? Figur 17 visar hur stor andel inom decil 1, 5 och 10 uppdelat efter förvärvsinkomst som har privat sjukvårdsförsäkring.

Figur 17. Utvecklingen av andel med privat sjukvårdsförsäkring inom olika delar av fördelningen av förvärvsinkomster mellan 2006 och 2015.



Resultaten i figur 17 visar att ökningen har varit snabbare i decil 5 och 10. I den tionde decilen har andelen ökat med nästan 20 procentenheter: från 17,3 till 36,9 procent.

## 8. De försäkrades hälsa

Målet med en sjukvårdsförsäkring är att ge den försäkrade bättre hälsa och att förkorta sjukfrånvaron genom att i ett tidigt skede tillhandahålla sjukvårdsresurser. Försäkringarna tilldelas inte de försäkrade slumpmässigt. Det gör att utvärderingen av huruvida försäkringen uppfyller sitt mål kompliceras.

För den enskilde finns det åtminstone tre faktorer som påverkar valet att skaffa en individuell försäkring eller grupp-försäkring:

1. *Preferenser.* En person med hög riskaversion har högre sannolikhet att teckna en sjukvårdsförsäkring. En försiktig person är mer mån om sin hälsa och att undvika skador. Det gör att personer med stark riskaversion kan ha bättre hälsa än andra av skäl som inte följer av att de innehar en sjukvårdsförsäkring.

2. *Ekonomiska resurser.* Om sjuk- och hälsovård är en "normal vara" ökar konsumtionen av den när inkomsten eller de ekonomiska resurserna ökar. Inkomstelasticiteten är större än noll. Det finns en lång rad studier som visar att de med högre inkomster i genomsnitt har bättre hälsa. Därför är det troligt att denna faktor också snedvrider urvalet av de som täcks av försäkringen.

3. *Skaderisk.* De som vet att de har en stor risk för att råka ut för en skada har starkare incitament att skaffa en försäkring. Det kan leda till att de med sämre hälsa har högre sannolikhet att skaffa en försäkring.

De två första effekterna - preferenser och ekonomiska resurser - verkar för att gruppen försäkrade skulle ha en bättre hälsa än de oförsäkrade även om sjukvårdsförsäkringen skulle vara innehållslös. Den tredje effekten - skaderisken - skulle verka i motsatt riktning.

Som vi såg i avsnitt 1 så är den största andelen privata sjukvårdsförsäkringar sådana som tillhandahålls av arbetsgivaren. Arbetsgivarens motiv för att teckna en försäkring för en anställd kan dock likna de tre faktorer som vi resonerade om för den enskildes val. Sjukfrånvaro och dålig hälsa bland de anställda utgör vanligen höga kostnader även för arbetsgivaren.

Att teckna en privat sjukvårdsförsäkring för sina anställda kan för en arbetsgivare vara ett alternativ till att erbjuda företagshälsovård. Vi såg att de med privat sjukvårdsförsäkring var tydligt överrepresenterade på arbetsställen med relativt få anställda. En trolig förklaring till detta är att det kan vara enklare för mindre arbetsgivare att erbjuda en privat sjukvårdsförsäkring än en utbyggd företagshälsovård.

Tabell 4 visar utnyttjandet av sjukpenning, rehabiliteringsersättning samt sjukersättning i gruppen som har sjukvårdsförsäkring jämfört med de som inte har. Antal sjukpenningdagar mäts som nettodagar för att korrigera för det faktum att alla inte är sjukskrivna på heltid. Tabellen visar också andelen som mottar sjukpenning överhuvudtaget under 2015 och andelen som mottar ersättning mer än 90 dagar under detta år. Tabellen visar också andelen som mottar rehabiliteringsersättning eller sjukersättning. Slutligen visas också andelen som mottar någon form av hälsorelaterad ersättning från Försäkringskassan.

Tabell 4. Mottagande av olika sjukförmåner 2015. Hela populationen och de med privat sjukvårdsförsäkring efter typ.

	Alla	Försäkrade			
		Alla	Arbets- givar- betald	Grupp	Individuell
<i>Kvinnor och män</i>					
Mottagit sjukpenning, %	12,2	7,8	7,2	8,5	8,6
Mottagit sjukpenning >89 dagar	5,1	2,8	2,5	3,0	3,3
Antal sjukpenningdagar, brutto	13,9	7,5	6,9	8,2	8,4
Antal sjukpenningdagar, netto	11,6	5,8	5,3	6,3	6,9
Mottagit rehabiliteringsersättning, %	0,5	0,2	0,1	0,2	0,2
Mottagit sjukersättning, %	7,0	0,4	0,4	0,3	0,8
Mottagit ersättning, %	18,5	8,1	7,5	8,8	9,2

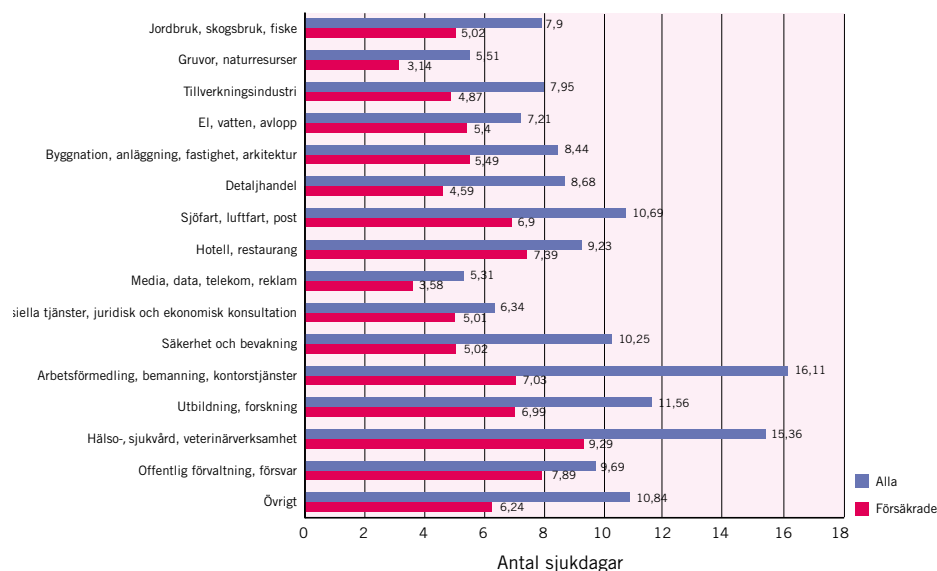
Resultaten i Tabell 4 visar tydligt att de som har en sjukvårdsförsäkring i långt mindre utsträckning mottar de hälsorelaterade förmåner som vi studerar. Detta gäller för hela den studerade populationen, för män och kvinnor separat samt för alla förmåner som vi beaktat separat.

Skillnaden är störst när det gäller mottagande av sjukersättning. Bakgrunden till detta förhållande är troligen att de som mottar sjukersättning i mycket låg utsträckning är etablerade på arbetsmarknaden. Att de i så låg utsträckning har individuell sjukförsäkring kan bero på att premierna av hälsoskäl blir höga eller att de har alltför begränsade ekonomiska resurser för att teckna en individuell försäkring.

Som vi såg i tidigare avsnitt skiljer sig de som har privat sjukvårdsförsäkring från den övriga populationen i en rad viktiga dimensioner. En av dessa var att de var överrepresenterade i vissa branscher. Eftersom vi vet att sjukskrivningen i hög grad skiljer sig åt mellan olika branscher skulle skillnaden i sjukskrivningsmönstret mellan de som har en privat sjukvårdsförsäkring och befolkningen i övrigt kunna hänföras

till att de är aktiva i olika branscher. Figur 18 jämför antalet sjukskrivningsdagar mellan försäkrade och befolkningen som helhet inom varje bransch. Resultaten visar tydligt att skillnaden även gäller inom branscherna.

Figur 18. Genomsnittligt antal nettosjukskrivningsdagar för de med privat sjukförsäkring respektive för befolkningen som helhet inom olika branscher. 30–64 år med förvärvsinkomst >0. Män och kvinnor.



Vi har tidigare kunnat konstatera att de med privat sjukvårdsförsäkring har en annan åldersstruktur, en högre utbildning och är i större utsträckning män än den övriga populationen. Ett sätt att korrigera för dessa olikheter och skillnader i branschtillhörighet är att skatta en regressionsmodell där man inkluderar kontroller (oberoende variabler) för de olikheter som man kan observera i data. I det här fallet ålder, utbildning, kön och branschtillhörighet.

Vi kommer slutligen presentera resultaten från en sådan regressionsmodell där vi inkluderar dummyvariabler för ålder, utbildningsnivå samt kön som oberoende variabler.

Tabell 5 visar resultaten från en sådan analys. Vi studerar fyra olika utfall. I den första modellen använder vi antal ersatta sjukpenningdagar (brutto); i den andra använder vi en indikator som sätts till 1 om en person fått sjukpenning under året och 0 annars som beroende variabel; i den tredje modellen är en indikator för mottagande av sjukersättning beroende variabel; slutligen, i den fjärde modellen använder vi en indikator för mottagande av någon hälsorelaterad förmån från Försäkringskassan som beroende variabel.

Den variabel som mäter det vi är intresserade av i detta sammanhang, skillnaden mellan de som har en privat sjukvårdsförsäkring och de som inte har, mäts av en dummyvariabel som är 1 för de som har en försäkring och 0 för de som inte har. I övre delen av tabell 5 visar vi resultaten då vi bara har inkluderat en dummyvariabel för att inneha en privat sjukvårdsförsäkring. I den undre delen av tabell 5 visar vi resultaten när vi även inkluderar kontrollvariablerna för observerbara individuella skillnader. Dessa är indikatorvariabler för ålder, utbildningsnivå, kön samt de 16 olika sektorerna vi beskrev i avsnitt 5.

Resultaten i den övre delen av tabellen skall tolkas som rena, observerade skillnader mellan de som har och inte har privat sjukvårdsförsäkring. De ska i princip ge samma resultat som de vi kunde observera i tabell 4. Att de ändå skiljer sig något åt avspeglar det faktum att vi använder något olika populationer, eftersom regressionsanalysen förutsätter att vi kan observera alla oberoende variabler i vårt datamaterial för de som inkluderas i regressionsanalysen.

Tabell 5. Resultat från regressionsanalys med olika mottagande av olika sjukförmåner som beroende variabler. Övre delen: endast en dummyvariabel för innehavande av privat sjukvårdsförsäkring som oberoende variabel. Undre delen: inkluderar även dummyvariabler för kön, utbildningsnivå, ålder och branschtillhörighet.

	<b>Sannolikhet för att motta sjukpenning</b>	<b>Sannolikhet för att motta någon form av sjukförmån</b>	<b>Sannolikhet för att motta sjukersättning</b>	
<i>Utan kontrollvariabler</i>				
Försäkrad	-6,71 (0,085)	-0,059 (0,0005)	-0,059 (0,0005)	-0,024 (0,0002)
R <sup>2</sup>	0,002	0,004	0,003	0,003
<i>Med kontrollvariabler</i>				
Försäkrad	-3,45 (0,086)	-0,027 (0,0005)	-0,028 (0,0005)	-0,018 (0,0003)
R <sup>2</sup>	0,016	0,028	0,028	0,033
Antal observationer, tusental	3 657	3 657	3 657	3 657

Resultaten i tabell 5 visar att de skillnader vi kunde konstatera kvarstår när vi kontrollerar för de observerbara skillnaderna. Om vi jämför den övre delen av tabell 5 med den undre ser vi att estimaten som väntat är betydligt mindre då vi kontrollerar för de observerbara olikheterna. En stor del av skillnaden i utnyttjandet av sjukförmånerna kan således hänföras till dessa olikheter. De kvarstående skillnaderna visar dock att de som har en privat sjukvårdsförsäkring i signifikant lägre utsträckning utnyttjar de hälsorelaterade förmånerna från Försäkringskassan (sjukpenning, sjukförmån och sjukersättning).

## 9. Slutsatser

Antalet personer som omfattas av privat sjukvårdsförsäkring har ökat med mer än 160 procent under perioden 2006 till 2015. Under 2015 hade ca 13 procent av de som uppbar taxerade förvärvsinkomster i åldersgruppen 30 till 64 år en sådan försäkring. Den största delen av ökningen kan hänföras till arbetsgivarbetalda försäkringar. 2015 var över 60 procent av de privata sjukvårdsförsäkringarna arbetsgivarbetalda. Gruppen försäkrade skiljer sig från den övriga populationen i en rad viktiga dimensioner.

1. Nästan två tredjedelar av de försäkrade 2015 var män. Andelen har dock minskat något sedan 2006. Inom de olika sektorerna på arbetsmarknaden är könsskillnaderna väsentligt mindre. En stor del av könsskillnaderna har således sin bakgrund i att kvinnor och män är verksamma i olika sektorer.
2. Medelåldern för de försäkrade ligger ganska nära den för de i arbetskraften i sin helhet. Det innebär att de med privat sjukvårdsförsäkring är underrepresenterade bland de unga – som inte i lika hög utsträckning hunnit etablera sig på arbetsmarknaden – och bland de äldre – som inte kommit med i ökningen av den privata sjukvårdsförsäkringen som de som är födda senare.
3. De försäkrade är kraftigt överrepresenterade i Stockholms län – framför allt när det gäller arbetsgivarbetalda försäkringar – och i Västra Götalands län.
4. De försäkrade har i genomsnitt cirka ett års längre utbildning än befolkningen som helhet. Skillnaden kan till största delen

---

förklaras med en större andel högskoleutbildade bland de försäkrade.

5. De försäkrade skiljer sig från den övriga befolkningen när det gäller branschtillhörighet. Det största antalet försäkrade återfinns inom bygg och anläggning, medan den största andelen försäkrade finns i sektorn som inkluderar finansiella tjänster som juridisk och ekonomisk konsultation. De försäkrade är tydligt under-representerade i sektorer som Utbildning, Hälso- och sjukvård samt Offentlig förvaltning.
6. De försäkrade är överrepresenterade på små arbetsplatser med upp till 30 anställda.
7. De försäkrade har i genomsnitt högre inkomster än arbetskraften i övrigt. Skillnaden kan framförallt hänföras till den övre delen av inkomstfördelningen. Detta gäller i synnerhet de arbetsgivarbetalda försäkringarna.
8. De försäkrade mottar i mindre utsträckning stöd från olika typer av hälsorelaterade försäkringar, som sjukpenning och sjukersättning.

Det finns en rad viktiga frågor relaterade till privat sjukvårdsförsäkring som en deskriptiv analys som denna inte kan ge några uttömmande svar på. Vad är t.ex. den kausala effekten av att ha privat sjukvårdsförsäkring på den försäkrades hälsa och sjukskrivningsbeteende? Tränger den privata sjukvårdsförsäkringen undan tillgängligheten till offentlig vård för de som inte är försäkrade? Eller frigör den tvärtom resurser till andra? Vad är de skattepolitiska implikationerna av en växande privat sjukvårdsförsäkring? Hur relaterar den till olika typer av företagshälsovård och friskvård? För att besvara dessa frågor krävs innovativa forskningsstrategier och fokuserade studier som jag i framtiden hoppas bidra med.

---

## Appendix

Tabell Klassificering av sektorer samt tillhörande SNI-koder på tvåsiffernivå.

Sektor	SNI-kod, tvåsiffernivå
1. Jordbruk, skogsbruk, fiske	1-3
2. Gruvor, naturresurser	5-9
3. Tillverkningsindustri	10-33
4. El, vatten, avlopp	35-39
5. Byggnation, anläggning, fastighet, arkitektur	41-43, 68, 71, 81
6. Detaljhandel	45-47
7. Sjöfart, luftfart, post	49-53, 79
8. Hotell, restaurang	55-56
9. Media, data, telekom, reklam	58-63, 73
10. Finansiella tjänster, juridisk och ekonomisk konsultation	64-66, 69-70, 74, 77
11. Säkerhet och bevakning	80
12. Arbetsförmedling, bemanning, kontorstjänster	78, 82
13. Utbildning, forskning	72, 85
14. Hälso-, sjukvård, veterinärverksamhet	86-88, 75
15. Offentlig förvaltning, försvar	84
16. Övrigt	90-99







Svensk Försäkring

Svensk Försäkring Box 24043, 104 50 Stockholm Karlavägen 108  
Tel 08-522 785 00 Fax 08-522 785 15  
[www.svenskforsakring.se](http://www.svenskforsakring.se)