

Sjukvårdsförsäkring - varför och för vem?



Förord

I Sverige finns det ett brett stöd för en offentligt finansierad välfärd. Svensk Försäkrings utgångspunkt är att vård och omsorg i huvudsak ska vara offentligfinansierad. Det är samtidigt tydligt att det i vissa fall finns ett behov av kompletterande lösningar som bidrar till att möta framtida behov av vård och omsorg och att få anställda tillbaka snabbare i arbete. Sjukvårdsförsäkringen är ett exempel på en sådan kompletterande lösning.

Efterfrågan på sjukvårdsförsäkringar har ökat kraftigt under senare år. Det har ökat behovet av att förstå hur försäkringarna fungerar, vad förekomsten av dem betyder för den offentligfinansierade vården och vilka individer eller grupper av individer som omfattas av dem. Syftet med denna rapport är att försöka besvara dessa frågor och bidra till att öka kunskapen om sjukvårdsförsäkringarna. Vi vill på så sätt skapa grund för en debatt som bygger på fakta snarare än spekulationer.

I denna rapport presenteras också resultaten av en deskriptiv analys över vilka som omfattas av 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). Mårten Palmes analys redovisas som en bilaga till denna rapport.

Stockholm i november 2017

Eva Erlandsson

Anna Pettersson Westerberg

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Förord	3
Sammanfattning	5
1 Sjukvårdsförsäkring – en allt vanligare försäkring	7
1.1 Varför köper enskilda individer sjukvårdsförsäkring?	8
1.2 Varför köper arbetsgivare sjukvårdsförsäkring?	10
2 Hur fungerar sjukvårdsförsäkring?	13
3 Vilka omfattas av sjukvårdsförsäkring?	15
3.1 Sjukvårdsförsäkring vanlig inom bygg och anläggning, finansbranschen och detaljhandeln	15
3.2 Sjukvårdsförsäkring är vanligast bland små- och medelstora företag och bland yngre företagare	17
3.3 Fler män än kvinnor har en sjukvårdsförsäkring	19
3.4 Sjukvårdsförsäkring vanlig bland låg- och medelinkomsttagare	20
3.5 Sjukvårdsförsäkring finns i hela landet	22
3.6 De med sjukvårdsförsäkring har längre utbildning	23
4 Hälsan hos dem med sjukvårdsförsäkring	25
4.1 Färre sjukskrivningsdagar bland försäkrade	25
4.2 Danska studier ger stöd för att sjukvårdsförsäkring minskar sjukfrånvaron	26
5 Beskattning av sjukvårdsförsäkring	29

Sammanfattning

Sjukvårdsförsäkring har ökat stadigt de senaste decennierna och i dag har omkring 638 000 personer en sjukvårdsförsäkring. 429 000 av dem är arbetsgivarbetalda.

Det kan finnas olika skäl till att enskilda och arbetsgivare köper sjukvårdsförsäkring. Ett skäl kan vara en önskan om ökad trygghet genom vetskapen att man snabbt får vård och kan återgå i arbete efter sjukdom. På så sätt minskar risken för inkomstbortfall för enskilda och produktionsbortfall för arbetsgivare. För arbetsgivare utgör sjukvårdsförsäkring även ett stöd för att fullgöra det arbetsmiljöansvar som arbetsgivare har enligt arbetsmiljölagen.

Sjukvårdsförsäkring fungerar som ett komplement till den offentligfinansierade hälso- och sjukvården och konkurrerar inte med den offentliga vården. Det huvudsakliga ansvaret för att tillhandahålla hälso- och sjukvård ligger och bör ligga på landstingen. Det är de offentliga resurserna som sätter gränsen för vilken vård en patient får och inom vilken tid, inte förekomsten av privata alternativ. De privata vårdgivarna ska i första hand, enligt Hälso- och sjukvårdslagen, leverera de volymer som är avtalade med landstingen. Först därefter, i mån av utrymme, kan de ta emot försäkringspatienter. Försäkringspatienter går således inte före i kön.

Sjukvårdsförsäkring är vanligast inom byggnation och anläggning, där närmare 110 000 personer omfattas av sjukvårdsförsäkring. Försäkring är även vanlig inom finansiella tjänster, juridisk och ekonomisk konsultation, detaljhandel och tillverkningsindustri.

Det är framförallt individer i arbetsför ålder som har en sjukvårdsförsäkring. Genomsnittsåldern hos de försäkrade är 45 år. Fler män än

kvinnor omfattas av försäkringen, vilket till stor del följer av att män och kvinnor arbetar i olika branscher. Mätt som andel av befolkningen är den vanligast i Jämtlands län. I antal räknat är den vanligast i Stockholms län.

Sjukvårdsförsäkringen är vanligast på arbetsplatser med upp till 30 anställda, där omkring 15 procent har en sjukvårdsförsäkring. På riktigt små arbetsplatser med upp till 4 anställda har omkring 23 procent en sjukvårdsförsäkring.

Sjukvårdsförsäkringen är vanligast bland individer med inkomster under den nedre skiktgränsen för statlig skatt. Drygt 50 procent av försäkringstagarna har en inkomst under 36 000 kronor per månad.

Försäkringen är spridd över olika utbildningsnivåer. Bland dem med endast grundskola har 8 procent en sjukvårdsförsäkring och bland dem med universitetsutbildning har 16 procent en sjukvårdsförsäkring.

De försäkrade utnyttjar i signifikant lägre utsträckning statligt finansierade förmåner som sjukpenning och sjukersättning. Det är dock inte givet att det följer av att de har en sjukvårdsförsäkring då försäkringarna inte är slumpmässigt fördelade i populationen.

1 Sjukvårdsförsäkringen

– en allt vanligare försäkring

Antalet sjukvårdsförsäkringar har ökat stadigt de senaste decennierna. År 2000 var det drygt 103 000 personer som hade en sjukvårdsförsäkring och 2017 är antalet uppe i 638 000 försäkringar. Det betyder att mer än 13 procent av antalet sysselsatta på arbetsmarknaden i dag har en sjukvårdsförsäkring.¹

Den enskilde kan köpa en sjukvårdsförsäkring som en individuell försäkring direkt av ett försäkringsföretag eller som gruppförsäkring via den fackförening, yrkesförbund eller annan organisation som han eller hon tillhör. Arbetsgivare kan köpa försäkringen för sina anställda som då omfattas av en arbetsgivarbetald sjukvårdsförsäkring.

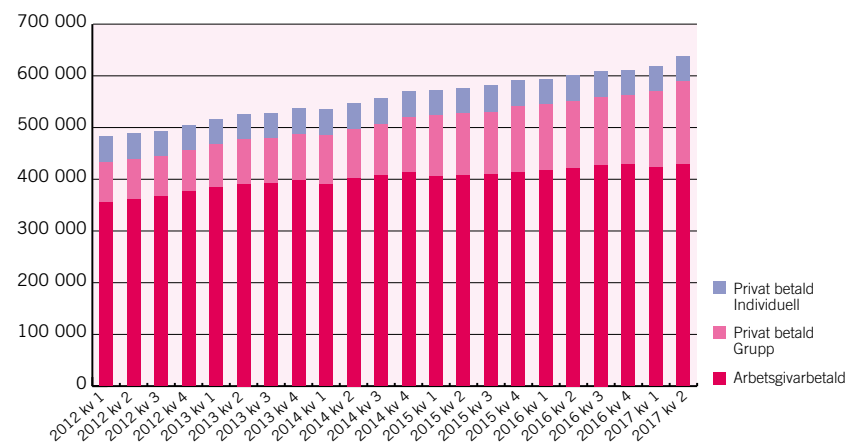
I diagram 1 redovisas utvecklingen av antalet sjukvårdsförsäkringar för dessa tre grupper under perioden 2012–17. Ökningstakten har totalt sett varit omkring 6 procent per år.

Majoriteten av sjukvårdsförsäkringarna, ca 67 procent, köps av arbetsgivare som vill försäkra sina anställda. Försäkringen betalas då av arbetsgivaren. På senare tid har allt fler fackföreningar, yrkesförbund eller andra organisationer börjat erbjuda sjukvårdsförsäkring som en gruppförsäkring till sina medlemmar. Försäkringstagaren betalar då

¹ Givet att de försäkrade är sysselsatta. Enligt Arbetskraftsundersökningarna (SCB) var 4 832 300 personer i åldern 16-64 år sysselsatta under andra kvartalet 2017.

själv försäkringspremien. Det är också de privat betalda gruppförsäkringarna som har ökat mest på senare tid. De har mer än fördubblats från 79 000 till 161 000 under de senaste fem åren.

Diagram 1 Antal sjukvårdsförsäkringar 2012-17 per kvartal, fördelade på arbetsgivarbetalda, gruppförsäkringar och individuella sjukvårdsförsäkringar



Anm: Diagrammet visar antalsuppgifter. I bilagan till denna rapport baseras underlaget på att det finns ett personnummer kopplat till försäkringen. Det finns inte för samtliga försäkringar.
Källa: Svensk Försäkring.

Det är förhållandevis få, knappt 50 000 personer, som köper en individuell sjukvårdsförsäkring.

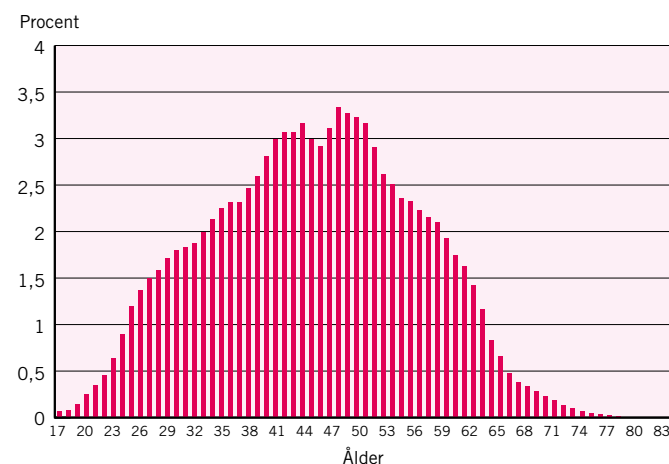
1.1 Varför köper enskilda individer sjukvårdsförsäkring?

Det kan finnas olika motiv till varför privatpersoner köper sjukvårdsförsäkring. Många fackförbund inom Saco och TCO, bland annat Unionen, erbjuder i dag sjukvårdsförsäkring som en del i sitt försäkringserbjudande inom ramen för gruppförsäkringslösningar. I de fall försäkringen köps via det fackförbund där man har andra inkomstrelaterade försäkringar är det möjligt att sjukvårdsförsäkringen fyller en likartad funktion. En sjukvårdsförsäkring ger en ökad trygghet genom vetskapen om att man snabbt får vård och kan återgå i

arbete efter sjukdom. På så sätt skyddas ens inkomst och försörjning. Sjukvårdsförsäkringen kan därför ha kommit att bli ett komplement till andra inkomstrelaterade försäkringar.

En indikation på att försäkringen är en arbetsmarknadsrelaterad försäkring för att skydda sin inkomst är att få personer utanför arbetsför ålder har försäkringen. Det är framför allt personer i arbetsför ålder, mellan 25 och 64 år (se diagram 2), som har sjukvårdsförsäkring. Detta trots att risken för ökad sjuklighet och ökade vårdkostnader, och därmed behov av sjukvård, är som högst mot slutet av livet.

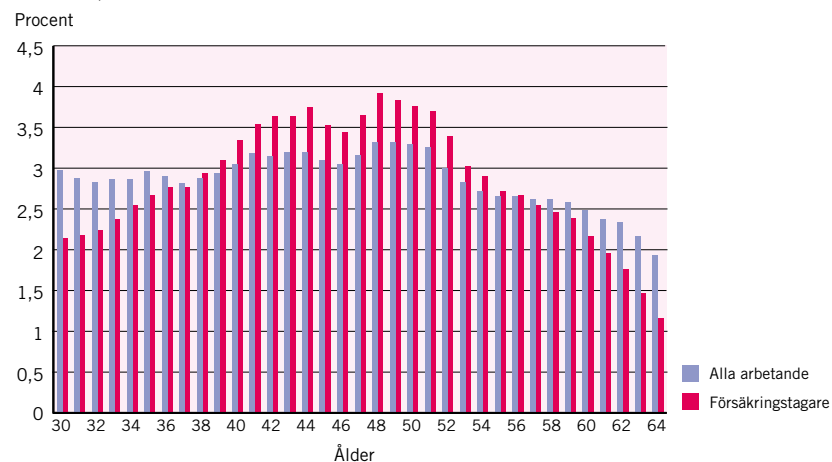
Diagram 2 Åldersfördelning för sjukvårdsförsäkringen



Källa: Palme, M. (2017), Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige – En deskriptiv analys.

Som framgår av diagram 3 överensstämmer representationen av sjukvårdsförsäkringen i olika åldrar väl med åldersfördelningen generellt på arbetsmarknaden. Det finns en viss överrepresentation av försäkrade mellan 38–56 år. Genomsnittsåldern för de med sjukvårdsförsäkring är 45,5 år för män och 44,7 år för kvinnor.

Diagram 3 Åldersfördelning för de försäkrade jämfört med alla med förvärvs-
inkomst, 30–64 år



Källa: Palme, M. (2017), Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige – En deskriptiv analys.

Det är mindre vanligt med sjukvårdsförsäkring bland yngre, möjligen beroende på att de i mindre omfattning är etablerade på arbetsmarknaden. Att försäkringen inte är så vanlig bland äldre kan följa av att de har lämnat arbetskraften. Sjukvårdsförsäkringen är därtill ett relativt nytt fenomen, vilket gör att äldre som inte tidigare har haft försäkringen inte heller köper den som pensionärer.

1.2 Varför köper arbetsgivare sjukvårdsförsäkring?

I dag finns det en mångfald av olika arbetsmiljö- och hälsotjänster som utgör ett stöd för arbetsgivare i att uppfylla sitt arbetsmiljöansvar enligt arbetsmiljölagen. Många arbetsgivare har egna avtal om privat medicinsk behandling i form av läkare, fysioterapeut och psykolog. Ibland ingår dessa tjänster inom ramen för företagshälsovård och ibland köper arbetsgivare sjukvårdsförsäkring. Många arbetsgivare använder sig av både företagshälsovård och sjukvårdsförsäkring. Oavsett hur insatsen finansieras är syftet detsamma: att minska sjukfrånvaron och att förbättra arbetsmiljön och hälsan.

Arbetsgivare köper i normalfallet sjukvårdsförsäkring för samtliga anställda på arbetsplatsen.² Ett skäl till att arbetsgivare köper sjukvårdsförsäkring för sina anställda är att arbetsgivaren vill hålla sin personal frisk och i arbete för att upprätthålla produktionen. Arbetsgivarna har direkta kostnader för sjuklön dag 2–14 och för att ta in en vikarie. Inom vissa områden finns det dessutom en brist på kompetens, vilket kan bidra till önskan om snabb återgång till arbetet för den anställde. Enligt en enkät från Svenskt Näringsliv uppges sjukvårdsförsäkringen bidra till att minska korttidsfrånvaron med upp till 25 procent.³

Den takt med vilken hälso- och sjukvård utförs är av avgörande betydelse för när den arbetslivsinriktade rehabiliteringen hos arbetsgivare kan starta och om den blir framgångsrik. Sjukvårdsförsäkringen ger arbetsgivare en ökad tydlighet om när och vilken vård som kan ges. Det är en stor fördel för arbetsgivare som därmed kan ta beslut om att anställa en vikarie eller inte och om vilken typ av rehabilitering som är lämplig. Sjukvårdsförsäkringen bidrar i den meningen till en ökad trygghet och förutsägbarhet för både arbetsgivaren och den anställde.

² Hur använder företag arbetsmiljö- och hälsotjänster för att förebygga och åtgärda arbetsrelaterad ohälsa? (2017), En gemensam rapport från LO, PTK och Svenskt Näringsliv.

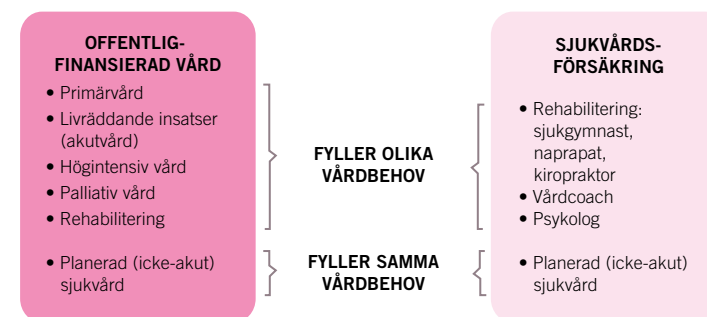
³ Företagens erfarenheter av sjukförsäkringen och sjukfrånvarons utveckling (2015), Svenskt Näringsliv.

2 Hur fungerar sjukvårdsförsäkringen?

Ett tiotal försäkringsföretag erbjuder i dag sjukvårdsförsäkring i Sverige. Innehållet i försäkringarna kan variera något men i regel omfattar en sjukvårdsförsäkring sjukvårdsrådgivning, vårdplanering och specialistvård. Ofta ingår även förebyggande insatser och rehabiliterande åtgärder.

Försäkringsföretagen som tecknar sjukvårdsförsäkring finansierade under 2016 omkring 245 000 specialistbesök och 18 000 operationer. Den absoluta majoriteten av åtgärderna var inom rörelseapparaten.⁴ Sjukvårdsförsäkringen kan aldrig ersätta den offentligfinansierade vården då de två fyller olika vårdbehov. Sjukvårdsförsäkringen hanterar exempelvis inte insatser inom primärvård, livräddande insatser (akutvård), högintensiv eller palliativ vård (se figur 1). Sjukvårdsförsäkringen fungerar därför snarare som ett komplement till den offentligfinansierade hälso- och sjukvården.

Figur 1 Sjukvårdsförsäkringen och offentligfinansierad vård fyller delvis olika behov



Källa: Svensk Försäkring.

⁴Svensk Försäkrings statistik.

Det huvudsakliga ansvaret för att tillhandahålla hälso- och sjukvård ligger på landstingen, där det är de offentliga resurserna som sätter gränsen för vilken vård en patient får och inom vilken tid. Förekomsten av privata alternativ ändrar inte det.

Försäkringsföretagen förfogar över ett nätverk av privata vårdgivare som kan utföra den vård som ingår i sjukvårdsförsäkringen och försäkringsföretagen tecknar samarbetsavtal med privat drivna kliniker utifrån expertis, kapacitet, pris och kvalitet.

De privata vårdgivarna har ibland uppdrag att utföra vård åt både landsting och försäkringsföretag. Landstingen avtalar då om ett visst antal timmar med den enskilde privata vårdgivaren, som i första hand, enligt Hälso- och sjukvårdslagen, ska leverera de volymer som är avtalade med landstingen. Först därefter, i mån av utrymme, kan de privata vårdgivarna ta emot försäkringspatienter. Försäkringspatienter går således inte före i kön.

Vid behov av högspecialiserad vård som endast tillhandahålls på Sveriges storsjukhus kan även den som har sjukvårdsförsäkring få sin vård utförd men då i mån av utrymme och utan förtur. I dessa fall handlar det om att vårdgivaren har möjlighet att sälja överblivna vårdtimmar till försäkringsföretagen för att därigenom få en effektiv drift.

Villkoren vad gäller väntetid inom sjukvårdsförsäkringen skiljer sig åt mellan olika försäkringsföretag. Normalt gäller att tid för besök hos specialläkare sker inom 7 dagar och operation inom 20 dagar efter det att operationen har godkänts av läkare.

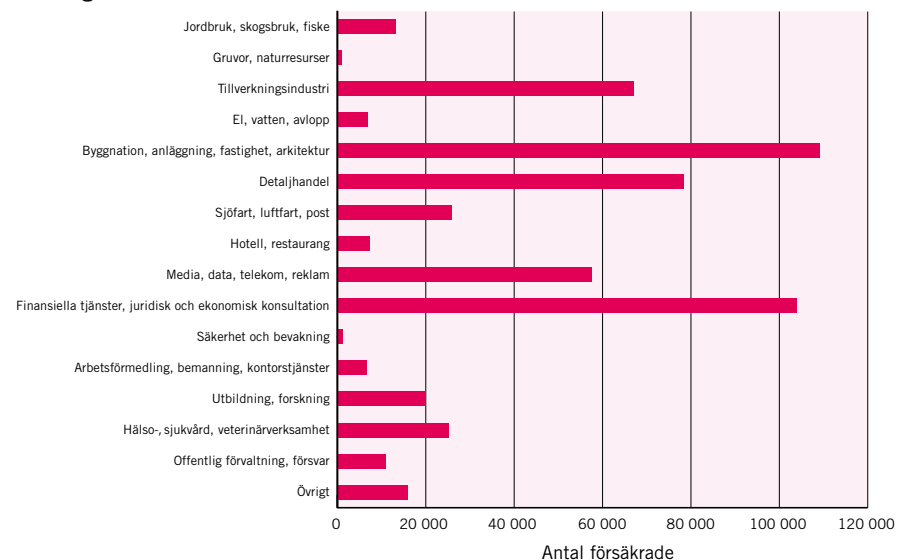
För att en operation ska genomföras inom ramen för sjukvårdsförsäkring måste den vara medicinskt motiverad. Det innebär att operationer som handlar om exempelvis estetiska motiv och ögonlaseroperationer är specifikt undantagna i sjukvårdsförsäkring.

3 Vilka omfattas av sjukvårdsförsäkringen?

3.1 Sjukvårdsförsäkringen vanlig inom bygg och anläggning, finansbranschen och detaljhandeln

Sett till antalet försäkringar är sjukvårdsförsäkringen vanligast inom byggnation och anläggning. Av diagram 4 framgår att omkring 110 000 personer som arbetar inom de branscherna har en sjukvårdsförsäkring. Näst vanligast är försäkringen bland anställda som arbetar med finansiella tjänster, juridik m.m., med drygt 100 000 personer.⁵ Därefter följer detaljhandel och tillverkningsindustri. Dessa branscher utgör mer än hälften av alla anställda som har en sjukvårdsförsäkring.

Diagram 4 Antal försäkrade i olika branscher



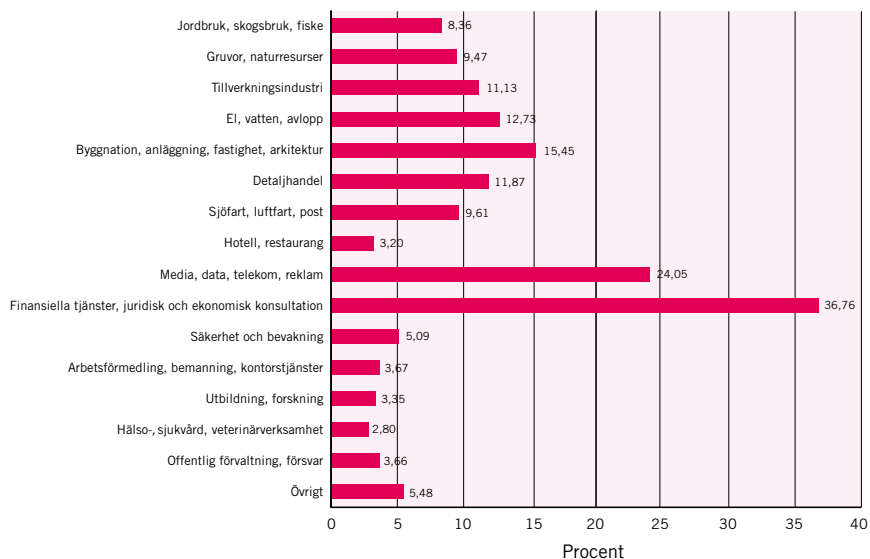
Källa: Palme, M. (2017), Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige – En deskriptiv analys.

⁵ Näringsgrensindelningen följer SNI-koden på tvåsiffrnivån.

Det är mindre vanligt att anställda inom statlig förvaltning, försvar, hälso- och sjukvårdssektorn, utbildningssektorn har en sjukvårdsförsäkring. Det är en naturlig följd av att dessa sektorer till stor del är offentligfinansierade.

Om man istället mäter andelen av de anställda som omfattas av en sjukvårdsförsäkring i respektive bransch är sjukvårdsförsäkringen fortfarande vanlig inom byggnation och anläggning, finansiella tjänster och juridik m.m., detaljhandel och tillverkningsindustri. Rangordningen är dock en annan (se diagram 5). Andelen anställda med en sjukvårdsförsäkring är högst inom finansiella tjänster och juridik m.m., 37 procent, och media, data, telekommunikation och reklam på 24 procent. Inom byggnation och anläggning omfattas 15 procent av försäkringen, inom el, vatten och avlopp 13 procent samt inom detaljhandel 12 procent.

Diagram 5 Andel försäkrade inom olika branscher jämfört med alla med förvärvsinkomst, 30–64 år



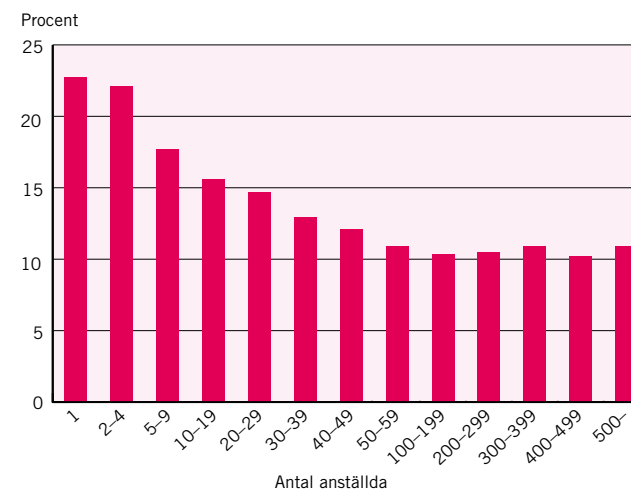
Källa: Palme, M. (2017), Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige – En deskriptiv analys.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att det är breda grupper på arbetsmarknaden som omfattas av sjukvårdsförsäkringen.

3.2 Sjukvårdsförsäkring är vanligast bland små- och medelstora företag och bland yngre företagare

I diagram 6 visas andelen anställda med sjukvårdsförsäkring uppdelat i grupper utifrån arbetsställets storlek. Det framgår att försäkringen är vanligast bland relativt små företag med upp till omkring 30 anställda. Allra vanligast är den bland företag som har upp till 4 anställda, där det är omkring 23 procent som omfattas av försäkringen. På arbetsställen med 5–29 anställda är det omkring 15 procent som omfattas av en sjukvårdsförsäkring.

Diagram 6 Andel försäkrade i företag av olika storlek jämfört med alla med förvärvsinkomst, 30–64 år



Källa: Palme, M. (2017), Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige – En deskriptiv analys.

Under 2000-talet har staten prövat olika möjligheter att understödja företagens användande av företagshälsovårdstjänster. Erfarenheterna har emellertid visat att lösningarna inte alltid har varit effektiva och att utbudet och kvaliteten på de tjänster som erbjudits företagen inte alltid har motsvarat efterfrågan.⁶

Att sjukvårdsförsäkring är vanlig bland små företag kan vara en indikation på att små företag har behov av en annan typ av arbetsmiljötjänster än större företag. Sjukvårdsförsäkringen kan upplevas vara mer flexibel och lättare att anpassa för enskilda företags behov.

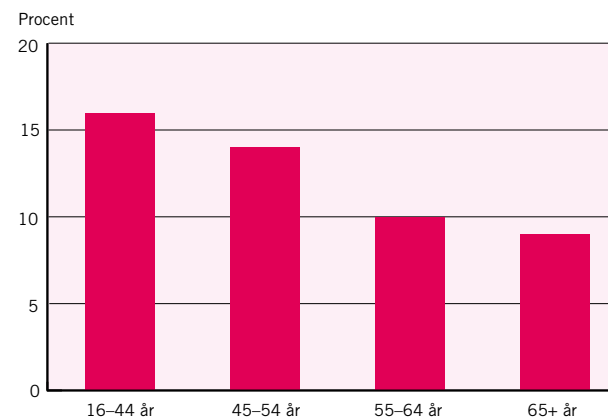
För många små företag framstår beslut om att köpa en sjukvårdsförsäkring som ett rent affärsmässigt beslut – de har inte råd att låta verksamhet ligga nere för att någon i personalen är i behov av vård. Det handlar om att säkra produktionen och företagets överlevnad. Hälften av de företag som har köpt sjukvårdsförsäkringar uppger att det har hjälpt dem att förebygga sjukskrivningar för sig själva och sina anställda.⁷

En enkätundersökning från Företagarna visar att yngre företagare är mer benägna att köpa sjukvårdsförsäkring för både sig själv och de anställda. Av diagram 7 framgår att försäkringen är vanligast bland företagare i åldersgruppen 16–44 år, där 16 procent av arbetsgivarna har tecknat försäkringen för sina anställda. I åldersgruppen 55–64 år har 10 procent tecknat försäkringen för sina anställda. Ett skäl som framförs av Företagarna är att yngre företagare kan ha ett lägre förtroende för den offentligfinansierade vården.

⁶Ds 2017:9, Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete s. 60 f. Socialdepartementet.

⁷Företagarna, enkätundersökning (2017).

Diagram 7 Sjukvårdsförsäkringar hos små företag utifrån ålder hos företagaren



Källa: Företagarna, enkät (2017).

3.3 Fler män än kvinnor har en sjukvårdsförsäkring

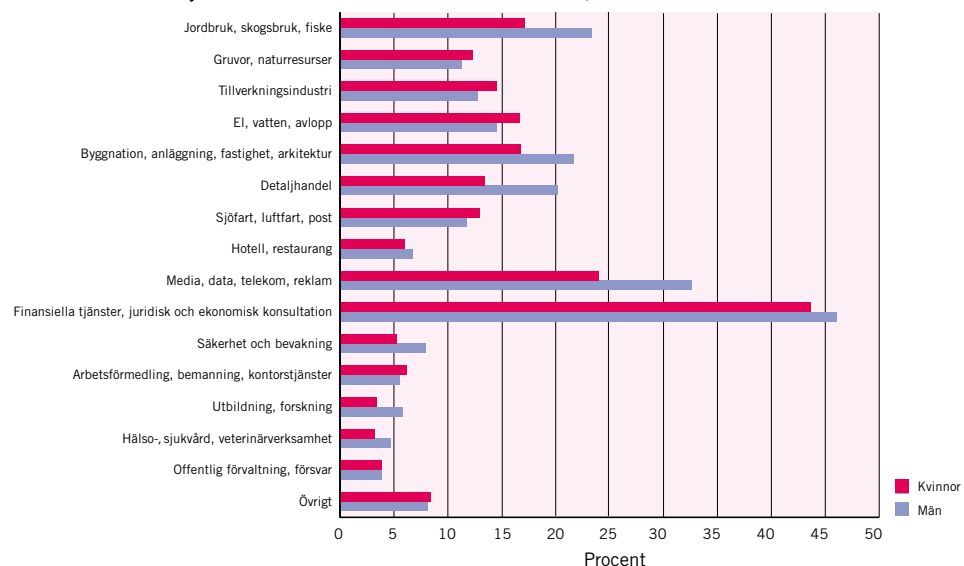
Arbetsmarknadens sammansättning har stor betydelse för vilka som har en sjukvårdsförsäkring. Skälet är att många anställda har en sjukvårdsförsäkring via sin arbetsgivare eller sitt fackförbund.

Sjukvårdsförsäkring är vanlig inom flera mansdominerade branscher såsom byggnation och anläggning, tillverkningsindustri m.m. En effekt av detta är att det är fler män (64 procent) än kvinnor (36 procent) som har en sjukvårdsförsäkring. Könsskillnaden förklaras till 62 procent av att män och kvinnor är verksamma i olika branscher.⁸

I diagram 8 visas andelen kvinnor och män med sjukvårdsförsäkring i olika branscher. Båda könen är representerade inom alla branscher och inom många branscher är det ingen större skillnad mellan könen. Det finns en överrepresentation av kvinnor inom branscher som gruvor, tillverkningsindustri och el, vatten, avlopp. Inom branscher som jordbruk, byggnation och anläggning, detaljhandel och media, data, telekom och reklam finns det en överrepresentation av män.

⁸Palme, M. (2017), Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige – En deskriptiv analys.

Diagram 8 Andelen försäkrade inom olika branscher uppdelat på kvinnor och män jämfört med alla med förvärsinkomst, 30–64 år



Källa: Palme, M. (2017), Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige – En deskriptiv analys.

I någon mening följer därmed skillnaden mellan könen av ett icke-jämställt samhälle och arbetsliv, där kvinnor oftare arbetar i branscher och yrken med lägre löner och många gånger sämre arbetsvillkor. Över tid har dock skillnaden mellan kvinnor och män minskat något. Andelen kvinnor som har sjukvårdsförsäkring har ökat från 32,5 till 35,2 procent av totalen mellan 2006–15.⁹

3.4 Sjukvårdsförsäkring vanlig bland låg- och medelinkomsttagare

Ett sätt – bland flera – att mäta inkomster och försöka definiera var i inkomstfördelningen löntagare befinner sig är att utgå ifrån gränserna för statlig inkomstskatt. De löntagare som 2015 tjänade 36 942 kronor

⁹Palme, M. (2017), Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige – En deskriptiv analys.

i månaden eller mindre låg under den nedre brytpunkten för statlig skatt. Det kan ses som en indikation på att de är låg- och/eller medelinkomsttagare. Löntagare som tjänade över 52 433 kronor per månad, den övre brytpunkten för statlig skatt 2015, kan ses som en indikation på att man är höginkomsttagare.¹⁰

Drygt 55 procent av alla sjukvårdsförsäkringar köps av och för individer med inkomster under den nedre brytpunkten för statlig inkomstskatt (se tabell 1). Knappt 20 procent har en inkomst över den övre brytpunkten.

Av dem med arbetsgivarbetald sjukvårdsförsäkring har nära hälften, 49,1 procent, en inkomst under 36 942 kronor i månaden. Knappt 25 procent har inkomster över 52 433 kronor i månaden.

Tabell 1 Fördelning av försäkrade utifrån nedre och övre brytpunkt för statlig skatt 2015

	Alla försäkrade		Arbetsgivarbetalda
	Antal	Andel, %	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
Totalt	566 605	100	100

Källa: Palme, M. (2017), Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige – En deskriptiv analys. Egna bearbetningar.

Slutsatsen är att det inte enbart är höginkomsttagare som omfattas av sjukvårdsförsäkring utan försäkringen är relativt spridd bland den

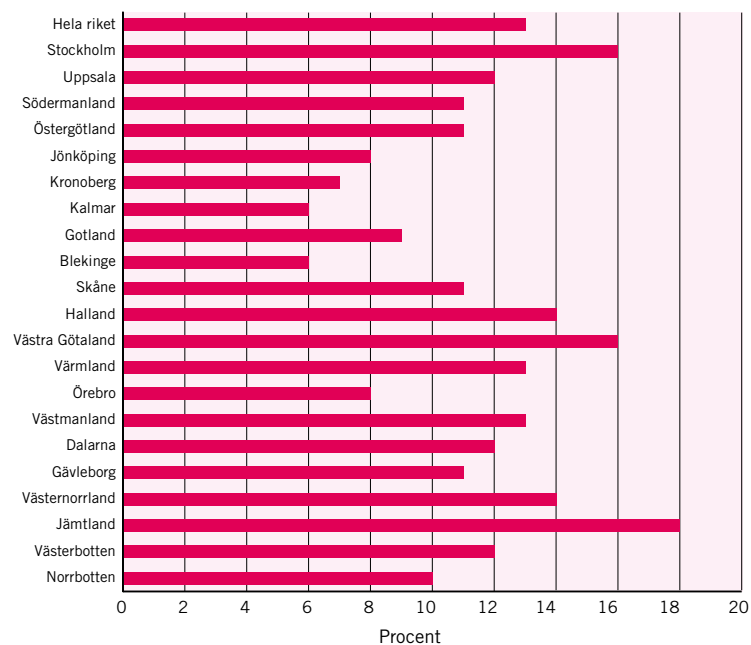
¹⁰Skiktgränserna för 2015 har valts för att matcha det övriga datamaterialet.

förvärsarbetande befolkningen. Inom de arbetsgivarbetalda försäkringarna finns det en något större andel av dem med högre inkomster.

3.5 Sjukvårdsförsäkring finns i hela landet

Sjukvårdsförsäkring är spridd över hela landet och är till antalet sett vanligast i Stockholms län, Västra Götalands län och Skåne län. I relation till antalet invånare ser det något annorlunda ut. Sjukvårdsförsäkring mätt som andel av den förvärsarbetande befolkningen är vanligast i Jämtlands län, tätt följt av Stockholm och Västra Götaland, (se diagram 9). Den är även relativt vanlig i län som Halland, Väster-norrland och Värmland.

Diagram 9 Andel försäkrade fördelad på län jämfört med alla med förvärsinkomst, 30–64 år



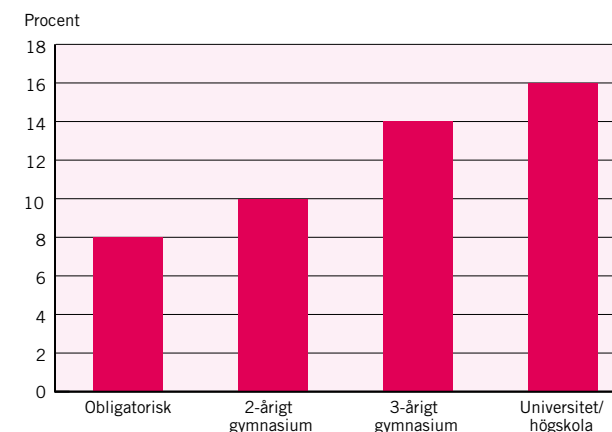
Källa: Palme, M. (2017), Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige – En deskriptiv analys.

Flera försäkringsföretag har verksamhet och försäljningskontor spridda över hela landet och det bidrar troligen till den geografiska spridningen. Det kan även följa av att tillgången på vård kan se olika ut i landet. I vissa fall får de med privat sjukvårdsförsäkring åka från exempelvis Jämtland till Stockholm för att träffa specialist via sin sjukvårdsförsäkring.

3.6 De med sjukvårdsförsäkring har längre utbildning

De försäkrade finns i alla utbildningsgrupper (se diagram 10). 8 procent av dem med enbart grundskola (obligatorisk) utbildning omfattas av sjukvårdsförsäkring. Av dem med gymnasieutbildning har omkring 10–14 procent en sjukvårdsförsäkring och bland dem med universitets-/högskoleutbildning har 16 procent en sjukvårdsförsäkring. I genomsnitt har en försäkrad ett års längre utbildning än populationen som helhet.

Diagram 10 Andel försäkrade i olika utbildningsgrupper jämfört med alla med förvärsinkomst, 30–64 år



Källa: Palme, M. (2017), Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige – En deskriptiv analys.

Utbildningsnivån följer delvis av i vilken bransch de försäkrade arbetar. En annan förklaring kan vara att högutbildade inom vissa områden utgör en knapp resurs och i den meningen är svåra att ersätta vid sjukdom.

4 Hälsan hos dem med sjukvårdsförsäkring

Målet med sjukvårdsförsäkringen, oavsett hur den köps – direkt av den enskilde eller via arbetsgivaren är att ge den försäkrade bättre hälsa och att förkorta sjukfrånvaron genom tidiga sjukvårdsinsatser.

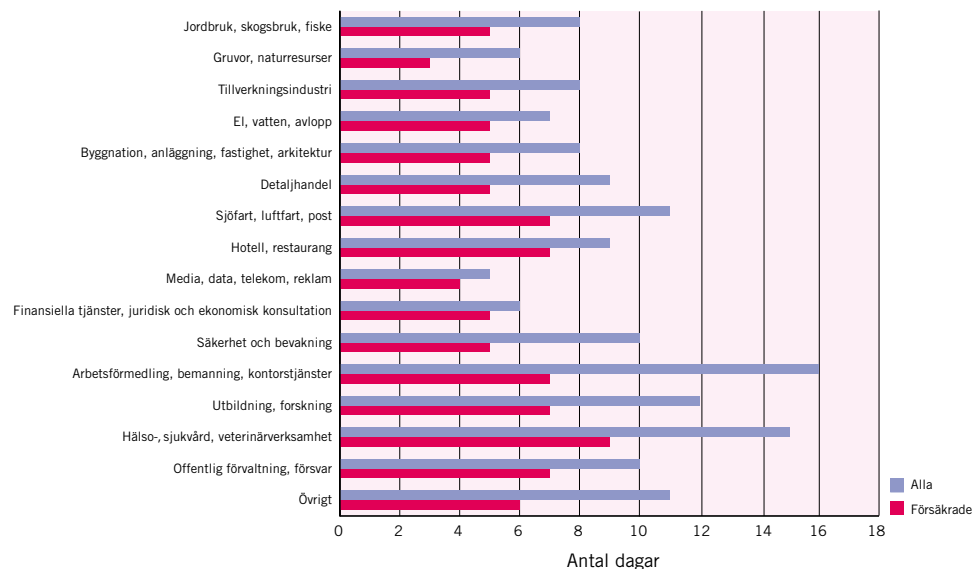
4.1 Färre sjukskrivningsdagar bland försäkrade

Det finns inte någon studie på svenska data över hur sjukvårdsförsäkringen påverkar hälsan eller om försäkringen avlastar den offentligfinansierade vården. Det vi kan se är att de som har en sjukvårdsförsäkring i signifikant lägre utsträckning utnyttjar sjukpenning och sjukersättning. I diagram 11 redovisas antalet sjukskrivningsdagar netto (deltidssjukskrivningar omräknade till heltid) för olika branscher. Inom exempelvis byggnation och anläggning är antalet sjukskrivningsdagar (exklusive sjuklönedagar) för dem utan sjukvårdsförsäkring 8 dagar och för dem med sjukvårdsförsäkring 5 dagar. Inom detaljhandeln är de utan sjukvårdsförsäkring sjukskrivna i genomsnitt 9 dagar medan de med försäkring är sjukskrivna 5 dagar (exklusive sjuklönedagar).

Skillnaderna i antalet sjukskrivningsdagar mellan de som har sjukvårdsförsäkring och de som inte har sjukvårdsförsäkring kvarstår om man kontrollerar för ålder, kön, utbildning och branschtillhörighet.¹¹

¹¹ Palme, M. (2017), Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige – En deskriptiv analys.

Diagram 11 Genomsnittligt antal nettosjukskrivningsdagar för de med sjukvårdsförsäkring respektive för befolkningen som helhet inom olika branscher jämfört med alla med förvärvsinkomst 30–64 år



Källa: Palme, M. (2017), Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige – En deskriptiv analys.

Dessa siffror visar hur det rent faktiskt ser ut. De går däremot inte att använda för att mäta huruvida försäkringen uppfyller sitt mål, att förbättra hälsan. Det följer av att försäkringarna inte är fördelade slumpmässigt i populationen.

4.2 Danska studier ger stöd för att sjukvårdsförsäkringen minskar sjukfrånvaron

Det finns flera studier på danska data om sjukvårdsförsäkringens effekter på statens utgifter för sjukpenning. Flera av studierna visar på positiva effekter på sjukfrånvaron. En studie kan inte bekräfta att sjukvårdsförsäkringen ger någon effekt.

Jansson har visat att om en verksamhet har köpt sjukvårdsförsäkring för samtliga medarbetare minskar sjukfrånvaron med 20 procent.¹² Jansson kontrollerar för kön, ålder, region, bransch och antalet medarbetare. Studien bygger på en enkät till Svenskt Näringslivs medlemsföretag.

Pedersen finner ingen minskad sjukfrånvaro bland anställda med sjukvårdsförsäkring jämfört med anställda utan försäkring. Studien är baserad på en enkät till privatpersoner.¹³

Pedersen och Nielsen använder en så kallad difference-in-difference modell på danska data för att jämföra sjukfrånvaron före och efter det att en sjukvårdsförsäkring har köpts av arbetsgivare.¹⁴ Frågeställningen är om de förebyggande åtgärderna inom sjukvårdsförsäkringen (operationer ingår ej) bidrar till att minska sjukfrånvaron. Resultaten visar att andelen personer med sjuklön minskade med 7 procent för VVS och sotare, 11 procent för elektriker och 15 procent för mejeriarbetare. Vad gäller sjukfrånvaro längre än 3 veckor minskade sjukfrånvaron med 18 procent för elektriker och 21 procent för mejeriarbetare. Slutsatsen är att förebyggande arbete inte endast kommer de anställda och de verksamheter de arbetar i till godo utan även sparar offentliga utgifter för sjukpenningutgifter.

Forsikring og Pension har undersökt effekterna av sjukvårdsförsäkring på långvarig sjukfrånvaro i Danmark vid två tillfällen, 2010 och 2012. Resultaten från undersökningen 2010 visar att sannolikheten för att bli långvarigt sjuk är lägre om en person omfattas av en sjukvårdsförsäk-

¹² Jansson, T. & Partners AB (2008), Undersökning om samband mellan företagens hälsofrämjande och rehabiliterande aktiviteter inkl försäkringstjänster och sjukfrånvaron.

¹³ Pedersen, K. M. (2011), Sickness absence and voluntary employer paid health insurance, working paper, Institute of Public Health, University of Southern Copenhagen.

¹⁴ Pedersen, M. S. och Arendt, J. N. (2012), Can health promotion in the workplace save public money? Evidence from a quasi-experiment in Denmark, Health Economics Papers.

ring. Försäkrade är långvarigt sjuka 1 dag kortare jämfört med oförsäkrade.¹⁵ Undersökningen från 2012 bekräftar studien från 2010. Studien bygger på individdata och data från försäkringsföretag.¹⁶

Sammantaget finns det ett visst stöd för att sjukvårdsförsäkringen bidrar till lägre sjukfrånvaro och minskade utgifter för sjuklön och sjukpenning.

¹⁵ Borchsenius, V. och Hansen, J. V. (2010), Er sundhedsforsikrede mindre syge end uforsikrede?, Forsikring og Pension, Analysrapport 2010:6.

¹⁶ Stephansen, C. G. (2012), Sundhedsforsikringers effekt på sygefraavaeret og samfundsøkonomien, Forsikring og Pension, Analysrapport 2012:7.

5 Beskattning av sjukvårdsförsäkringar

Beroende på hur sjukvårdsförsäkringen köps så ser skatteuttaget olika ut (se tabell 2). Om arbetsgivaren betalar premien utgår i dagsläget ingen arbetsgivaravgift på förmånen och den enskilde beskattas inte för förmånen. Arbetsgivaren har inte avdragsrätt för kostnaden för premien. Om en individ köper sjukvårdsförsäkring som gruppförsäkring betalar han eller hon premien med lön som det har utgått arbetsgivaravgifter på och betalar inkomstskatt på lönen. Detsamma gäller vid köp av försäkringen individuellt.

Tabell 2 Dagens beskattning av sjukvårdsförsäkring

	Inkomstskatt	Arbetsgivaravgift
Arbetsgivarbetald	Nej*	Nej*
Gruppförsäkring	Ja	Ja
Individuell	Ja	Ja

* Undantaget den del av försäkringen som avser offentligt finansierad vård, omkring 1–3 procent.
Källa: Svensk Försäkring.

Det kan framstå som om det här finns en olikformighet i beskattningen, eftersom om man köper försäkringen som individuell eller grupp så har man betalat skatt på inkomsten. Det har man däremot inte om man omfattas av en försäkring som arbetsgivaren köper. Det är emellertid mer komplicerat än så.

Det finns vissa förmåner som är skattefria. Ett exempel är hälso- och sjukvård. Ett annat exempel är personalvårdsförmåner (motion och annan friskvård). I tabell 3 redogörs det översiktligt för gällande regelverk.

Tabell 3 Olika skatt på arbetsmiljö- och hälsotjänster

Förmån	Förmånsbeskattning	Avdragsgill för arbetsgivare
Företagshälsovård	Nej	Ja
Arbetslivsinriktad rehabilitering	Nej	Ja
Motion/friskvård	Nej	Ja
Sjukvårdsförsäkring	Nej	Nej

Källa: Svensk Försäkring.

Ett problem är att det inte är uppenbart vad som avses med hälso- och sjukvård som inte är offentligt finansierad. Det finns inte heller någon enhetlig definition av vad som avses med företagshälsovård.

I och med att sjukvårdsförsäkringen fyller en viktig roll som arbetsmiljö- och hälsofrämjande åtgärd för många arbetsgivare finns det skäl till att den skattemässigt också ska behandlas som en sådan tjänst.

För att uppnå en ökad likformighet i beskattningen i förhållande till andra arbetsmiljö- och hälsotjänster skulle sjukvårdsförsäkringen i det perspektivet vara avdragsgill för arbetsgivare och ingen förmånsbeskattning utgå.

Bilaga

**Vem har privat sjukvårds-
försäkring i Sverige?**

En deskriptiv analys

Mårten Palme

Nationalekonomiska institutionen,
Stockholms universitet

marten.palme@ne.su.se

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. Inledning	35
1.1. Syfte	35
1.2. Bakgrund	35
1.3. Metod och urval	37
2. Försäkringstagarnas kön	39
3. Försäkringstagarnas ålder	41
4. Försäkringstagare fördelat på län	43
5. Försäkringstagare fördelat på sektorer och arbetsställestorlek	47
6. Utbildning	57
7. Inkomster	61
8. Försäkringstagarnas hälsa	67
9. Slutsatser	73
Appendix	75

1. Inledning

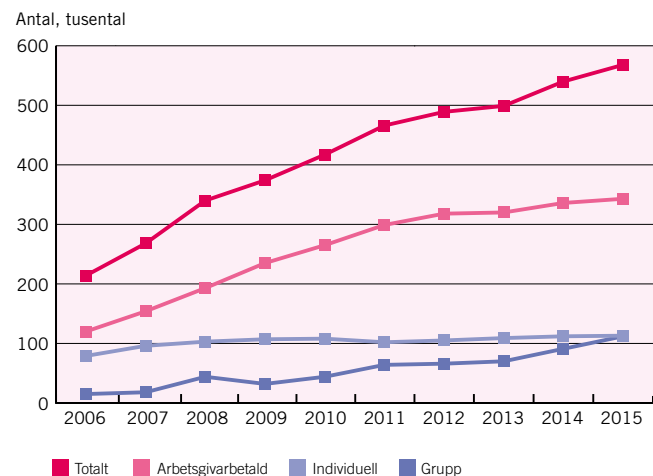
1.1 Syfte

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.

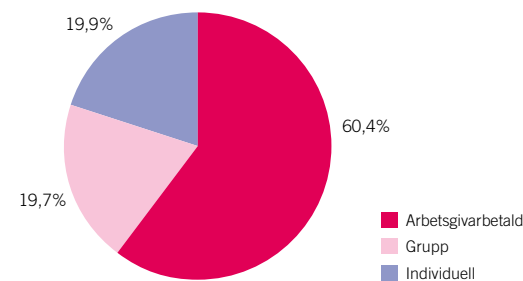
Figur 1. Utvecklingen av antal privata sjukvårdsförsäkringar uppdelat på arbetsgivarbetald, grupp och individuell samt totalt mellan 2006 och 2015.



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.

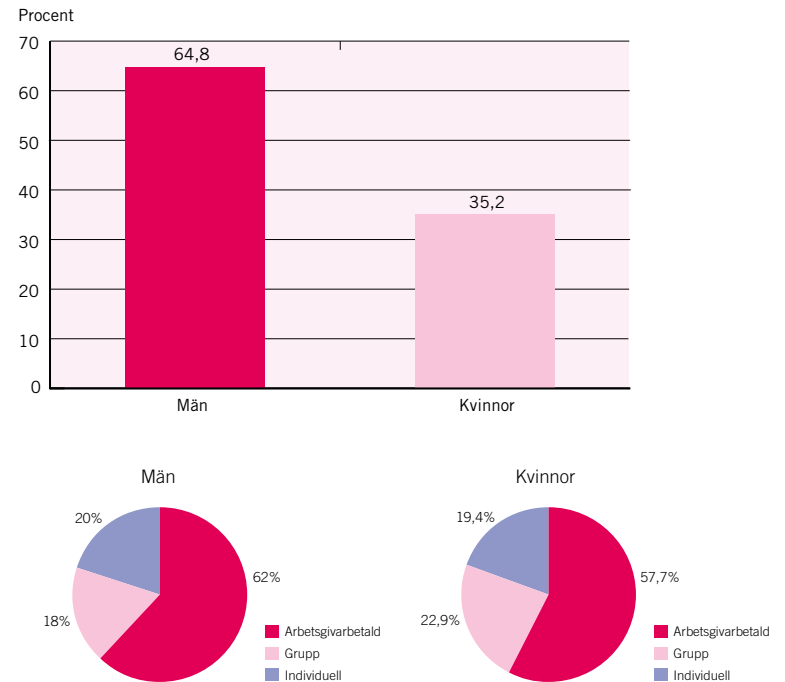
Statistiska Centralbyrån har sedan matchat dessa uppgifter med den så kallade LISA-databasen (Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier). Denna databas finns för samtliga år från 1990 och innehåller samtliga personer 16 år och äldre, som varit folkbokförda i Sverige 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.

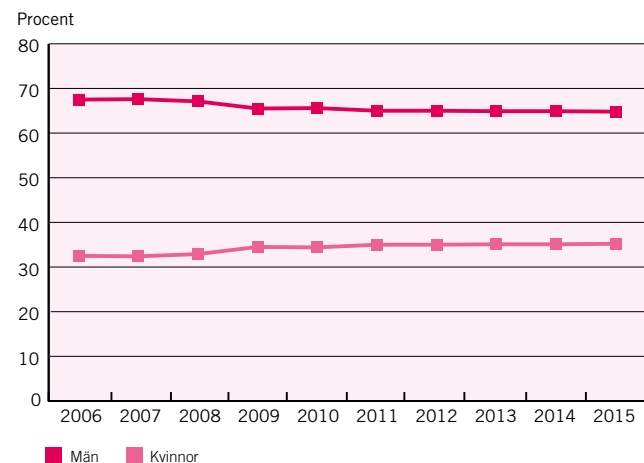
Figur 3. Könsfördelning för de med privat sjukvårdsförsäkring samt respektive grups fördelning mellan olika typer av privat sjukvårdsförsäkring.



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.

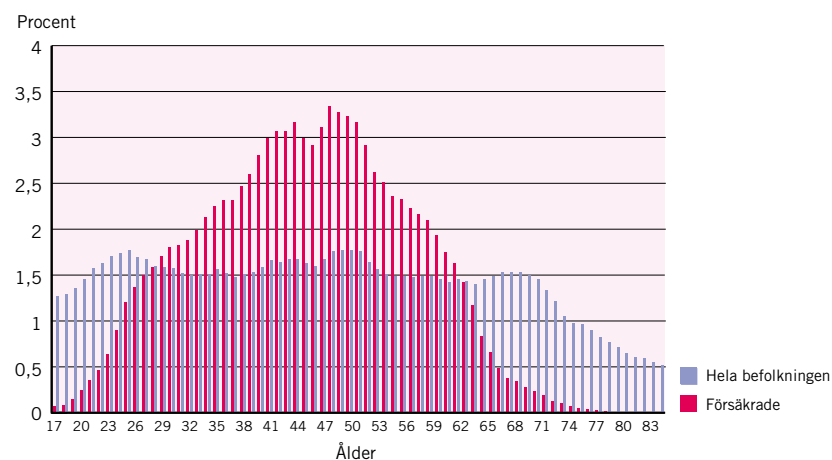
Figur 4. Utvecklingen av könsfördelningen för privat sjukvårdsförsäkring 2006–2015.



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.

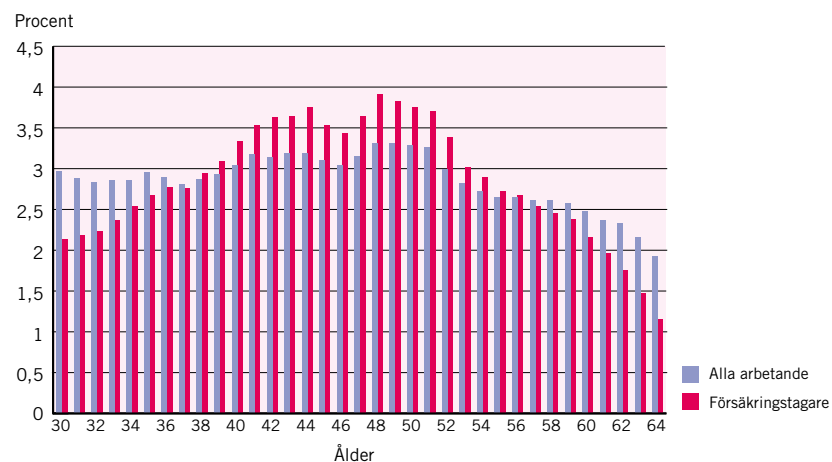


Det finns en rad bidragande orsaker till den observerade åldersfördelningen. Att de unga är underrepresenterade hänger sannolikt samman med att de i lägre utsträckning är etablerade på arbetsmarknaden samt att de på grund av sin ungdom är i mindre behov av sjukvård. Att andelen med försäkring minskar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

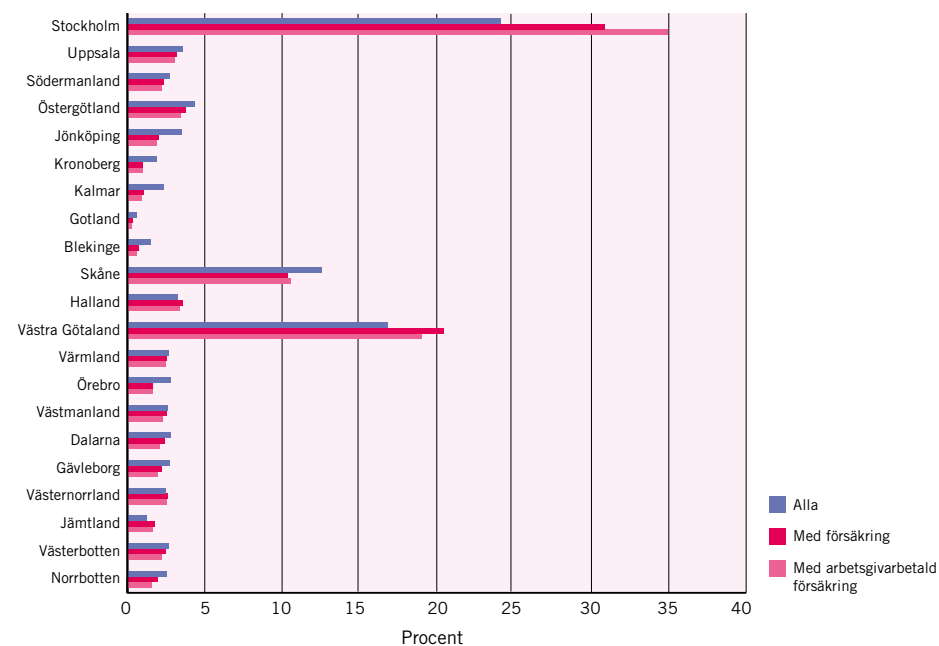
Figur 6. Åldersfördelning för försäkringstagare jämfört med alla med positiv förvärvsinkomst 30–64 år.



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.

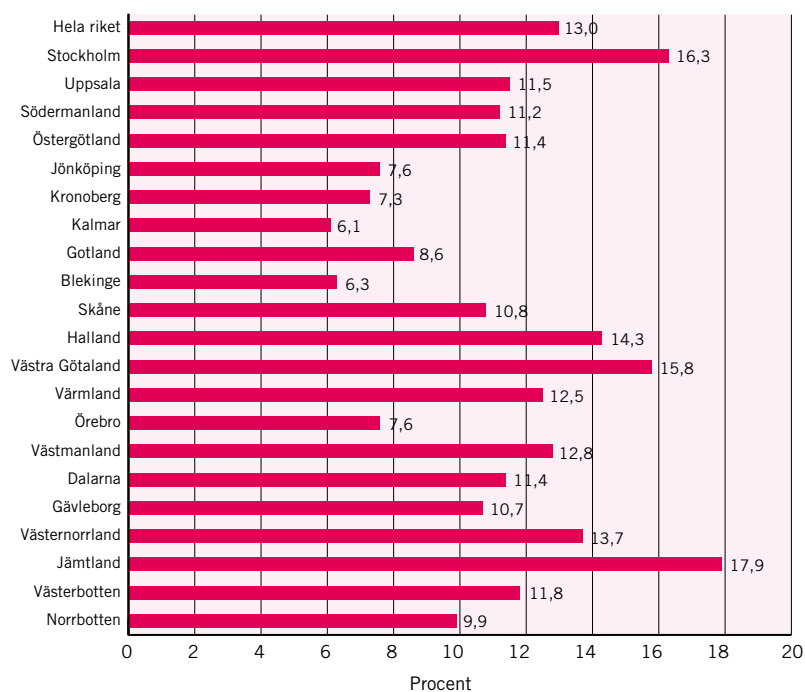
Figur 7a. Fördelning av innehavare av privat sjukvårdsförsäkring, arbetsgivarbetald privat sjukvårdsförsäkring samt hela befolkningen över län. Åldersgruppen 30-64 med förvärvsinkomst > 0.



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.

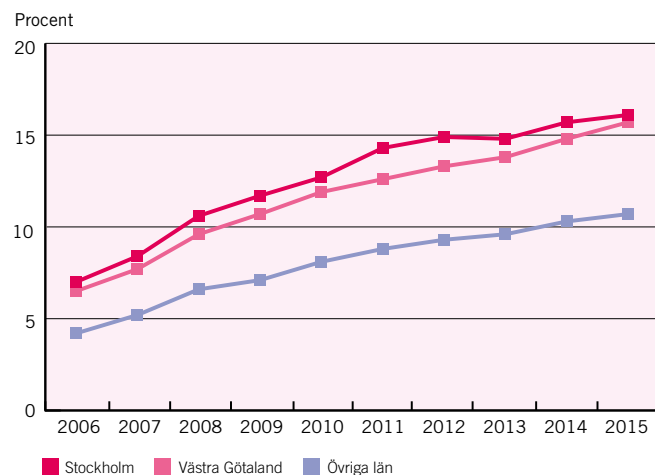


Man kan säga att Figur 7b kombinerar de blå och de röda staplarna i figur 7a och visar andelen med privat sjukvårdsförsäkring i respektive län jämför med de 13,0 procent som gäller för landet som helhet. Även om informationen kan hämtas från figur 7a fäster figur 7b delvis uppmärksamheten åt andra håll 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.

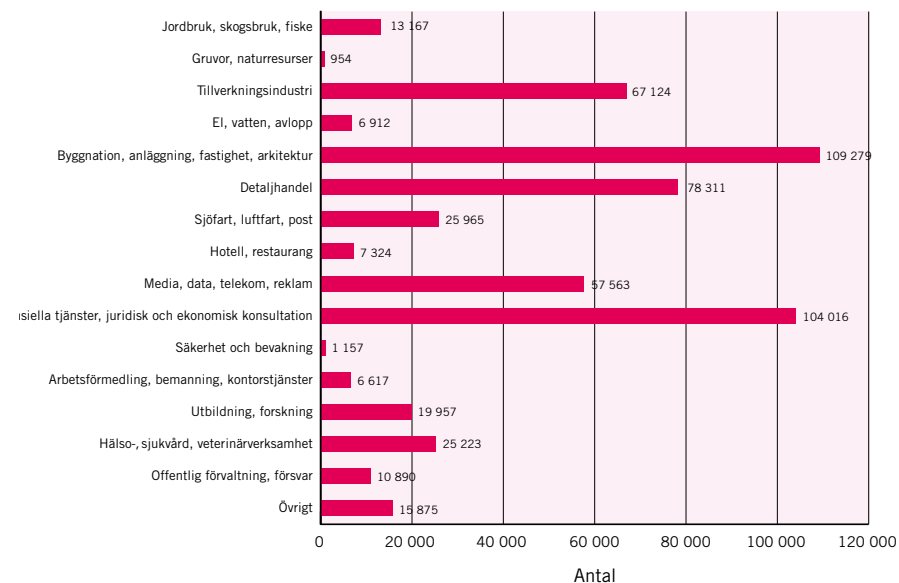
Figur 8. Andel med privat sjukvårdsförsäkring i Stockholms län, Västra Götalands län samt i övriga landet 2006-2015.



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.

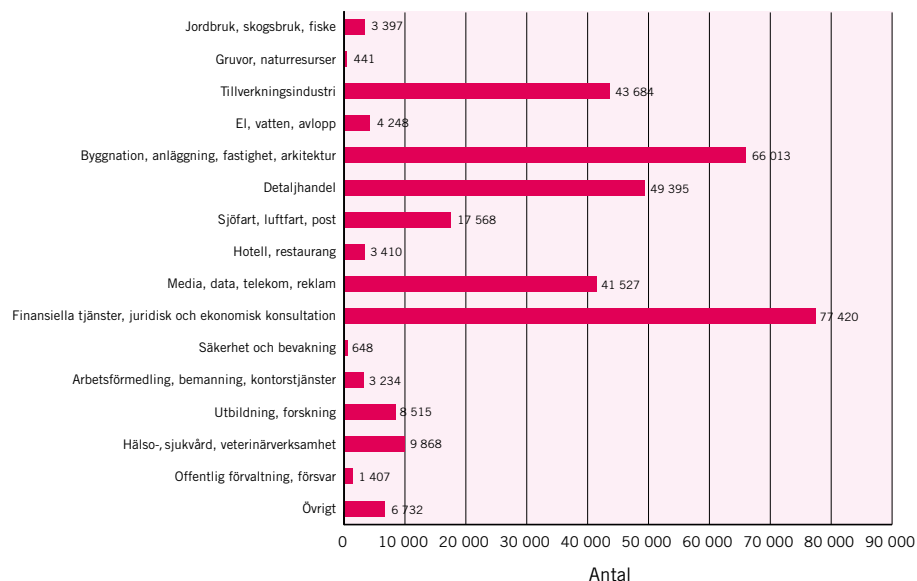
Figur 9a. Antal försäkringar fördelade på sektor.



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

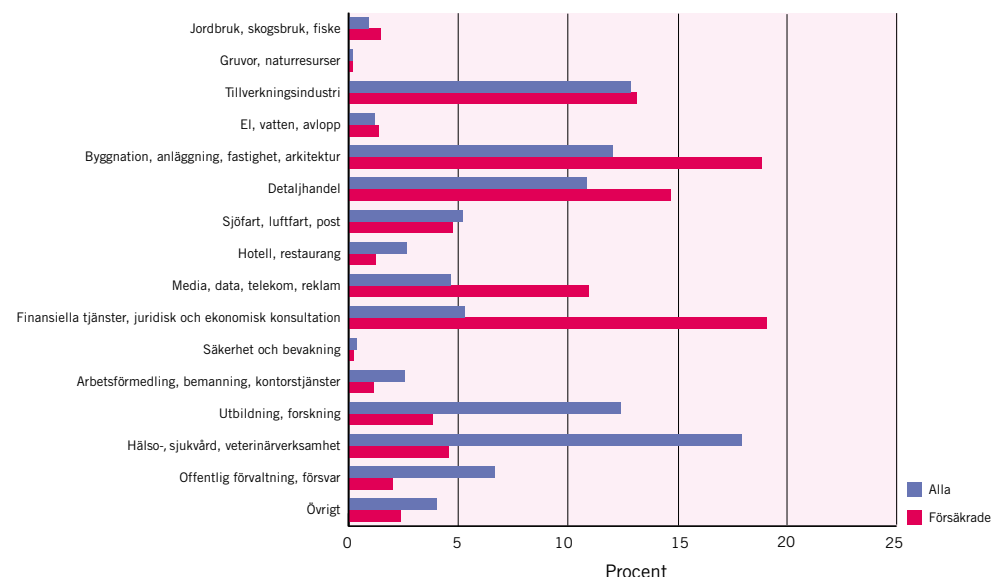
innefattar dessa sektorer mer än hälften av alla med privata sjukvårdsförsäkringar. Då vi begränsar oss till de arbetsgivarbetalda försäkringarna i Figur 9b ser vi att rangordningen mellan byggsektorn och finanssektorn är omvänd: de flesta arbetsgivarbetalda försäkringarna återfinns i sektorn med finansiella,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

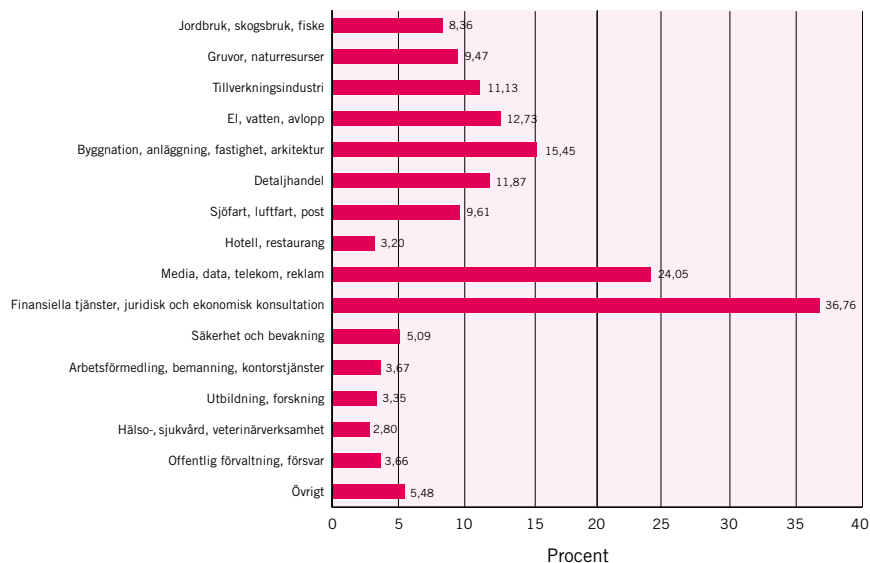


Figur 10 ger en delvis annorlunda bild än den vi såg i Figur 9. Fyra sektorer har en större andel försäkringstagare än populationen som helhet: Byggnation och anläggningssektorn, Detaljhandel, Media, data, telekom och reklam och den finansiella sektorn. På motsvarande sätt sticker tre ut för att de har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

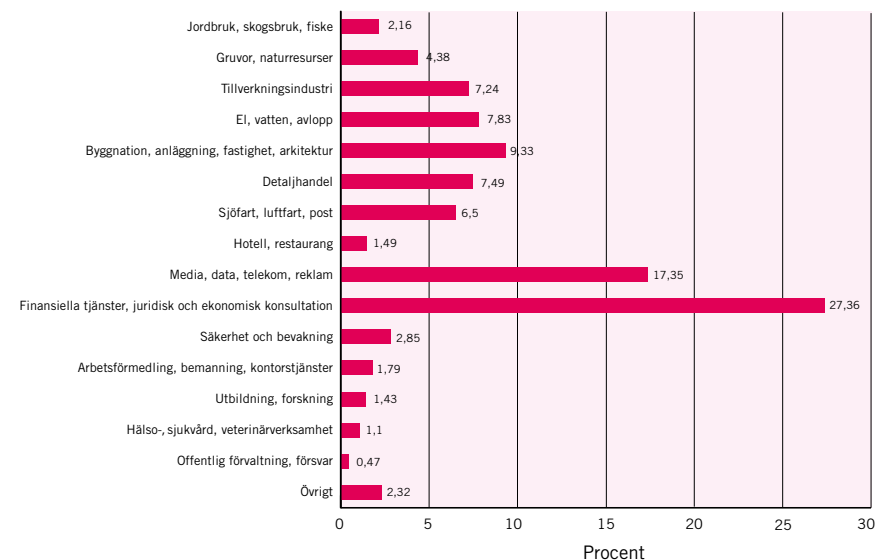
Slutligen visar Figur 11 andelen försäkrade inom respektive sektor: Figur 11a för alla privata sjukvårdsförsäkringar och Figur 11b för endast arbetsgivarbetalda försäkringar. Återigen framträder en något annorlunda bild. Den största andelen försäkrade finns inom finanssektorn inkluderande ekonomisk och 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.



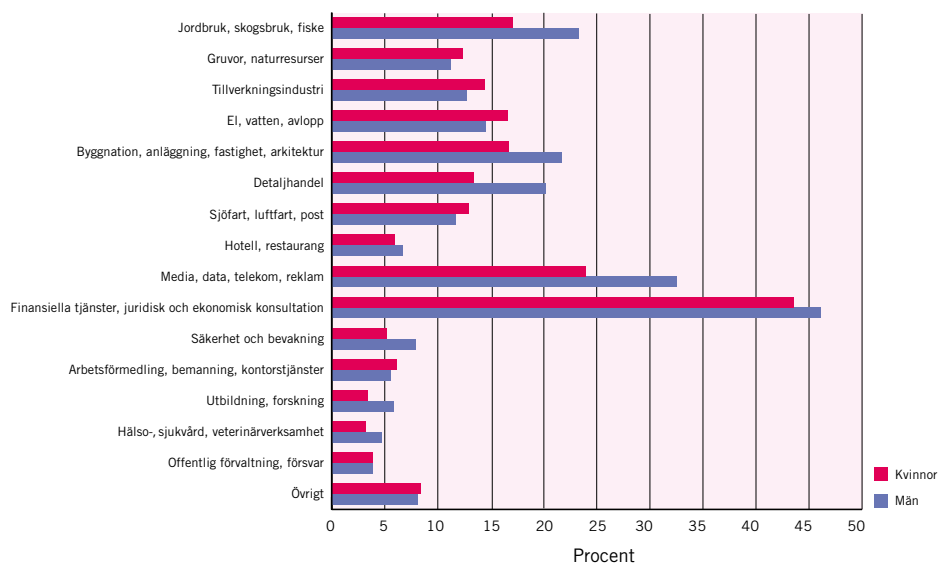
Figur 11b. Andel med arbetsgivarbetald privat sjukvårdsförsäkring inom olika branscher.



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 > 0.¹



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.

¹ 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)
Kvinna	5,17 (0,025)	1,95 (0,027)
Indikatorer för sektortillhörighet	Nej	Ja
Antal observationer, tusental	5,501	5,501
R²	0,007	0,078
Genomsnitt för beroende variabel	10,00	10,00

Branschtillhörighet är relaterat till arbetsplatsstorlek. Sjukvårdsförsäkringen är en av flera arbetsmiljö- och hälsotjänster som arbetsgivare använder sig av.² 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.

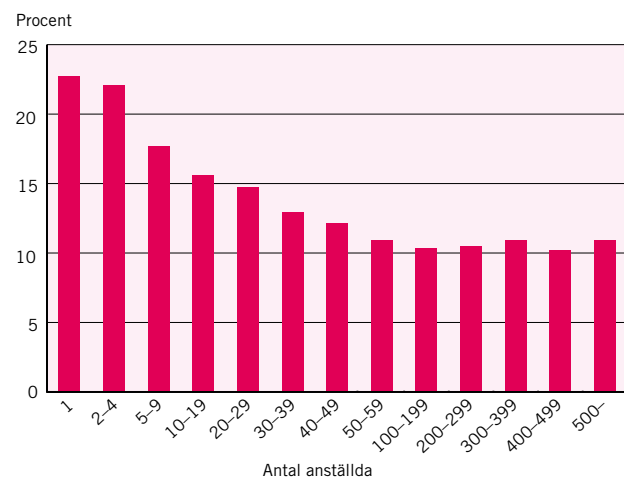
Varje arbetsställe i SCB:s företagsregister har ett så kallat CFAR-nummer (SCB:s åttasiffriga identitet för arbetsställen). Eftersom vi har tillgång till hela befolkningen i vår databas, kan vi räkna ut hur många personer som är anställda på varje arbetsställe. För de redovisade resultaten begränsar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

² 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 förvärvsinkomst > 0.



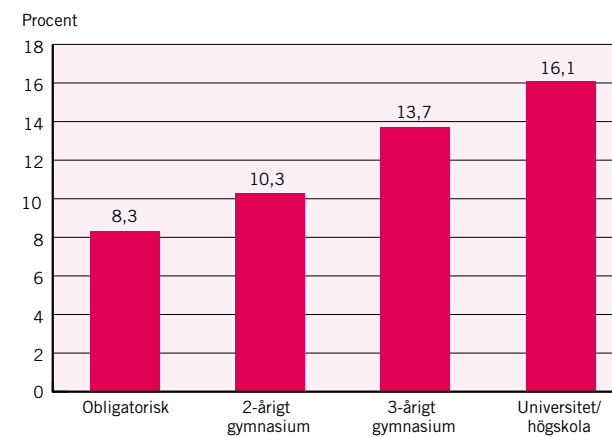
Figur 13b. Andel försäkrade med arbetsgivarbetald försäkring uppdelat på arbetsplatsstorlek. Åldersgruppen 30–64 år med förvärvsinkomst > 0.



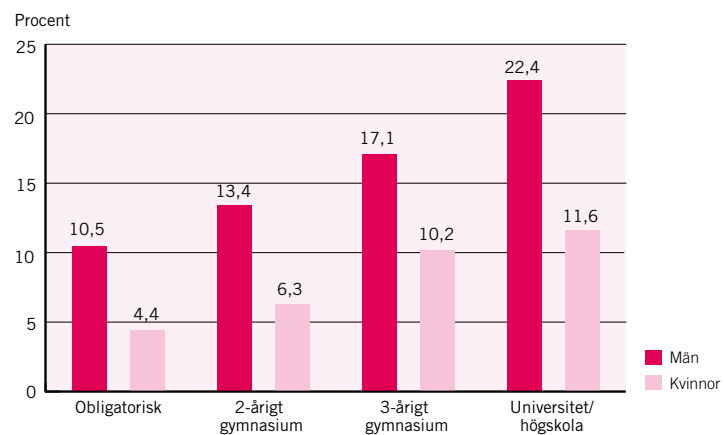
6. Utbildning hos de försäkrade

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.

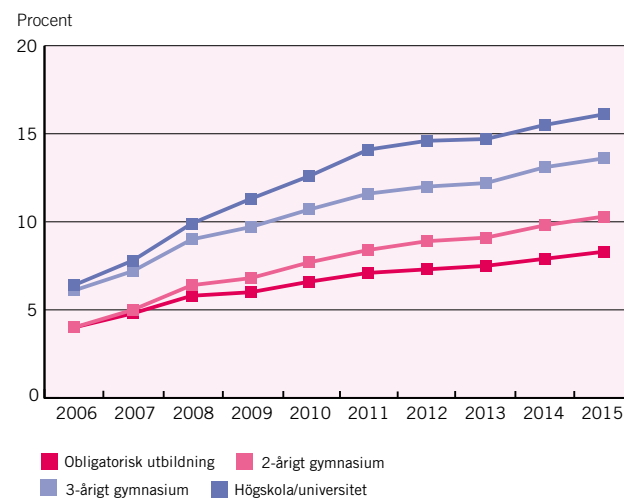


Figur 14b. Andel försäkrade i olika utbildningsgrupper. Åldersgruppen 30–64 år med förvärvsinkomst > 0. Män och kvinnor separat.



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

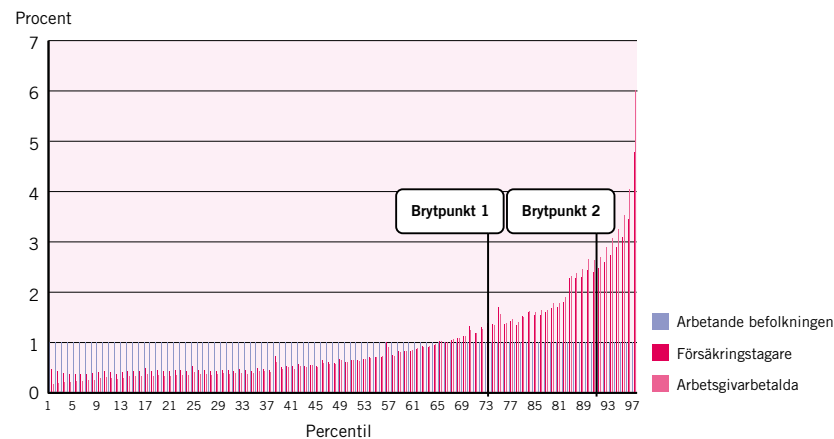
Vi ser att den genomsnittliga förvärvsinkomsten för de som innehar en privat sjukvårdsförsäkring är 533 000 kronor om året, vilket är nästan 50 procent högre än det som gäller för hela populationen av män och kvinnor. Den relativa skillnaden i genomsnittlig inkomst mellan de försäkrade och populationen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

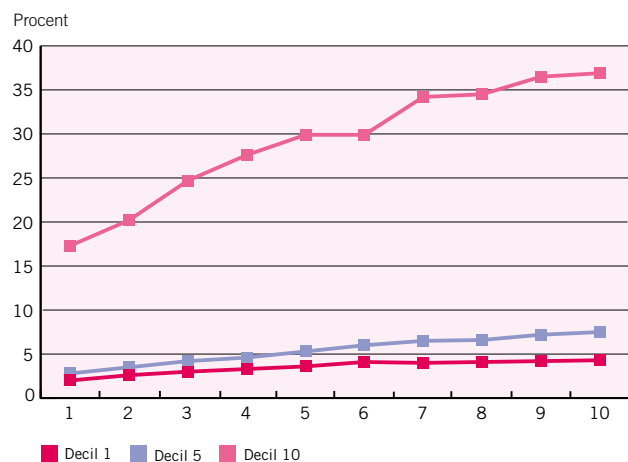
Fördelningen av de försäkrade kan även göras i relation till den nedre och övre brytpunkten för statlig skatt. Av Tabell 3 framgår att drygt 50 procent av de försäkrade har en inkomst som ligger under den nedre brytpunkten för statlig skatt, motsvarande 36 942 kronor per månad. Knappt 20 procent har 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 försäkrade		Arbetsgivarbetalda
	Antal	Andel, %	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
Totalt	566 605	100	100

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

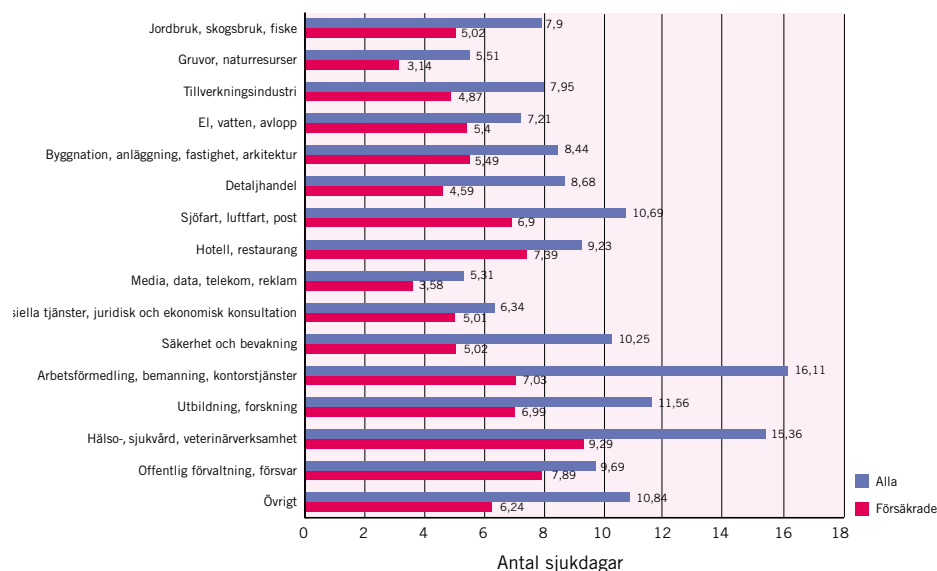
Resultaten i Tabell 4 visar tydligt att de som har en sjukvårdsförsäkring i långt mindre utsträckning mottar de hälsorelaterade förmåner som vi studerar. Detta gäller för hela den studerade populationen, för män och kvinnor separat samt för alla förmåner som vi beaktat separat.

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.

	Sannolikhet för att motta sjukpenning	Sannolikhet för att motta någon form av sjukförmån	Sannolikhet för att motta sjukersättning	
<i>Utan kontrollvariabler</i>				
Försäkrad	-6,71 (0,085)	-0,059 (0,0005)	-0,059 (0,0005)	-0,024 (0,0002)
R ²	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 ²	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