

Lunds Universitet  
Nationalekonomiska institutionen  
Magisteruppsats 15hp  
Vt 2008

# Kan en avreglerad sjukförsäkringsmarknad ge oss den sjukförsäkring politiker vill att vi ska ha?

Författare: Björn Bonn

Handledare: Agneta Kruse

## Abstract

Hög sjukfrånvaro är en ständigt aktuell fråga i Sverige. Förutom problemet med hög sjukfrånvaro i absoluta tal finns i Sverige även stora regionala skillnader i sjukfrånvaro som inte kan förklaras med skillnader i hälsostatus mellan olika regioner. För att sjukförsäkringen ska få mer karaktär av försäkring med mindre godtycklighet i ersättningsbedömning krävs en tydligare koppling mellan risken som ska försäkras bort och försäkringens användande. Frågan som behandlas i denna uppsats är huruvida sjukförsäkringens uppgift att hantera risk för inkomstbortfall på grund av ohälsa samt att omfördela resurser mellan högrisk – och lågriskindivider kan utföras mer effektivt och försäkringsmässigt på en konkurrensmarknad än med en enhetlig sjukförsäkring. Den svenska sjukförsäkringens jämförs med den tyska sjukförsäkringen där ett flertal kassor konkurrerar om försäkringstagare. Mot de förväntade effektivitetsvinsterna som konkurrensen kan medföra ställs de förväntade marknadsproblemen med *cream skimming* och *adverse selection* som finns på den tyska marknaden. En modell av en tänkbar svensk konkurrensutsatt sjukförsäkring presenteras och analyseras utifrån situationen på den tyska marknaden. Med hänsyn tagen till de kostnader som skulle tillkomma för att kunna hantera *cream skimming* och *adverse selection* är det troligt att kostnadsökningen som skulle komma av riskutjämnningen efter konkurrensutsättning skulle överstiga de eventuella vinster som konkurrensen skulle medföra.

1	Inledning .....	5
1.1	Bakgrund .....	5
1.2	Syfte .....	6
1.3	Metod .....	6
1.4	Avgränsningar .....	6
2	Att hantera risk .....	7
3	Teori .....	8
3.1	Beslutsfattande under risk .....	8
3.1.1	Riskaversion och inställning till risk .....	9
3.2	Hur fungerar en försäkring? .....	11
3.2.1	Riskpoolning .....	12
3.3	Marknadsmislyckanden .....	13
3.3.1	Moral Hazard .....	13
3.3.2	Adverse selection .....	14
3.4	Efterfrågan på försäkringar .....	15
3.5	Jämvikt i Rothschild & Stiglitz modell .....	16
4	Typer av försäkringar .....	21
4.1	Marknadsförsäkringar .....	21
4.2	Socialförsäkringar .....	21
5	Den svenska sjukförsäkringen .....	24
5.1	Översikt- kort presentation .....	24
5.1.1	Försäkringens syfte och mål .....	25
5.1.2	Historik .....	26
5.1.3	Organisation .....	27
5.2	Finansiering .....	27
5.3	Riskfördelningen .....	28
5.3.1	Ohälsotalet .....	28
5.3.2	Långtids- och korttidsfrånvaro .....	30
5.4	Riskgruppsutjämning .....	31
5.5	Politiska preferenser över fördelning .....	33
5.6	Regleringsmislyckanden i den svenska sjukförsäkringen .....	34
6	Den tyska sjukförsäkringen .....	36
6.1	Översikt och historik .....	36
6.1.1	Historik .....	37
6.2	Privata försäkringar .....	37
6.3	Den allmänna försäkringen .....	37
6.3.1	Finansiering .....	38
6.3.2	Riskgruppsutjämning .....	39
7	Marknadsmislyckanden på den tyska marknaden .....	43
7.1	Moral Hazard på den tyska sjukförsäkringsmarknaden .....	43
7.2	Adverse Selection .....	44
7.2.1	Creamskimming genom adverse selection .....	46
8	Vad är privatisering? .....	48
8.1	Olika former av ”privatisering” .....	48
8.1.1	Privat produktion, konsumtion och finansiering .....	49
8.2	Syftet med privatisering .....	51
8.4	Kan den svenska sjukförsäkringen konkurransutsättas? .....	51
9	En modell av en konkurransutsatt sjukförsäkring .....	54
9.1	Rikners studie .....	54

9.2 Förväntade marknadsmisslyckanden med ”Rikner-modellen” .....	59
9.2.1 Quality-shading .....	60
9.2.2 Adverse selection-problem .....	60
9.2.3 Moral Hazard .....	61
9.3 Riskutjämnningen eller kan marknaden uppfylla politiska fördelningspreferenser? .....	62
9.4 Effektivitetsaspekter av konkurrensutsättning.....	62
10 Utvärdering och diskussion .....	64
10.1 Fördelar och nackdelar med konkurrens .....	64
11 Slutsats .....	66
12 Förteckning över tabeller och figurer .....	67
13 Referenser .....	68

# 1 Inledning

## 1.1 Bakgrund

Den höga sjukfrånvaron är ett aktuellt ämne i Sverige. Hur kan det komma sig att Sverige med en frisk och långlivad befolkning har en sjukfrånvaro som är högre än andra länder i Europa? Är det frågan om ett hälsoproblem eller är det egentligen sjukförsäkringssystemet det är fel på? Tyskland har betydligt lägre sjukfrånvaro än Sverige trots att man får full lön från första sjukdagen. Det finns stora organisatoriska skillnader mellan den svenska och den tyska sjukförsäkringen som eventuellt kan förklara skillnaden i sjukfrånvaro länderna emellan. Den största skillnaden är att det i Tyskland finns ett stort antal sjukkassor som konkurrerar om försäkringstagare. Det finns därför ekonomiska incitament för varje tysk sjukkassa att hålla sina kostnader nere.

Det svenska sjukförsäkringssystemet har reformerats många gånger sedan nittioalet. Reformerna har ofta förändrat ersättningsgraden eller självriskan för att ge den försäkrade incitament att hålla utnyttjandet av försäkringen nere. För att ge arbetsgivaren de rätta incitamenten att förebygga sjukfrånvaro förändrades arbetsgivarens ansvar 1992 genom införandet av sjuklöneperioden. Dessa reformers effekt avspeglas i sjukfrånvaron de senaste åren, då sjukfrånvaron i Sverige har varierat i tid och rum på ett sätt som inte motsvarar förändringar i hälsostatus. Just denna geografiska variation som ej kan kopplas till den risk mot vilken försäkringen ska skydda tyder på att den svenska sjukförsäkringen saknar tillräcklig försäkringskaraktär.

Socialförsäkringsutredningen<sup>1</sup> slår fast att det måste bli mer försäkrings- och mindre bidragskaraktär i den svenska sjukförsäkringen. Ett sätt att höja försäkringsmässigheten i den svenska sjukförsäkringen skulle kunna vara att konkurrensutsätta sjukförsäkringen. Genom konkurrens skulle en starkare koppling mellan inkomster och utgifter etableras.

---

<sup>1</sup> Elektronisk källa 7 (SOU 2006:86)

## 1.2 Syfte

Syftet med uppsatsen är att utreda huruvida en avreglerad och konkurrensutsatt sjukförsäkringsmarknad kan ge en sjukförsäkring som stämmer överens med de politiska preferenserna över fördelningen i samhället samt om detta kan göras kostnadseffektivt. Frågeställningen blir således: Är det lämpligt att avreglera sjukförsäkringen för att nå mer försäkringsmässighet i sjukförsäkringen?

## 1.3 Metod

För att få en inblick i vilka marknadsmisslyckanden som riskerar att drabba en konkurrensutsatt sjukförsäkring kommer den tyska sjukförsäkringsmarknaden att granskas. Ett förslag på en konkurrensutsatt svensk sjukförsäkring med utgångspunkt i en studie av bl.a. Klas Rikner<sup>2</sup> kommer att analyseras. En modell av en försäkring där försäkringstagaren får välja mellan olika kombinationer av karensdagar och ersättningsprocent presenteras och analyseras utifrån de problem med *cream skimming* genom *adverse selection* som finns på den tyska sjukförsäkringsmarknaden.

## 1.4 Avgränsningar

I denna uppsats ligger fokus på problem med *adverse selection* som väntas uppkomma på en konkurrensmarknad. Frågan om hur användandet av sjukförsäkringen skulle förändras vid en konkurrensutsättning och huruvida ett privat företag skulle vara bättre rustat att hantera *moral hazard* än en myndighet är visserligen intressant men kommer inte att analyseras i någon djupare mening i denna uppsats.

---

<sup>2</sup> Rikner (2002)

## 2 Att hantera risk

Det finns en rad situationer i livet då vi inte kan vara självförsörjande. I barndom, sjukdom och ålderdom kan vi behöva hjälp att klara försörjningen. Om vi vill vara helt självförsörjande under hela livet (utom i barndomen då det är omöjligt) behöver vi en strategi för att klara oförutsedda utgifter och oförutsedda inkomstbortfall. Ekonomiska svårigheter som inträffar med en viss sannolikhet kan kallas för en risk. En sjukdom kan medföra såväl höga kostnader för vård som inkomstbortfall under sjukdomstiden. Risken att drabbas av höga vårdkostnader hanteras i Sverige genom en skattefinansierad vård. För att hantera inkomstbortfall i samband med sjukdom har vi i Sverige en sjukförsäkring som ersätter delar av inkomsten under sjukdomen.

Det finns flera institutioner som kan hantera risker. Olika samhällen och kulturer har olika strategier för att hantera oförutsedda händelser. En strategi kan vara att spara ihop till en egen riskbuffert, gör man inte det kan man ta hjälp av någon av följande institutioner:

- **Familjen** En familj kan bilda en riskpool och på så sätt hantera inkomstbortfall eller höga utgifter.
- **Marknaden** Ett exempel på en marknadslösning är att köpa en försäkring av ett försäkringsbolag.
- **Staten** Eftersom vissa inte är förtuseende nog att köpa en försäkring eller förmögna nog att göra det kan staten genom skattemedel tvångsförsäkra alla individer mot vissa risker. Med en obligatorisk försäkring kan man även genomföra stora omfördelningar mellan individer och grupper.

En individuell riskpool är i många fall omöjlig och i andra fall ett ineffektivt sätt att hantera risker. Resurser som på annat håll skulle kunna användas till att generera välfärd kommer att sparas på hög för att hantera oförutsedda utgifter. En försäkring är att föredra av effektivitetsskäl eftersom man på så sätt skapar en stor riskpool där den enskilde enbart behöver lägga undan pengar som täcker den förväntade kostnaden ( $\text{risk} \cdot \text{kostnad}$ ).

## 3 Teori

De teorier som är relevanta för att analysera en försäkringsmarknad behandlar såväl riskaversion och efterfrågan på försäkringar som utbudet och möjliga jämvikter. Dessutom diskuteras vanliga marknadsmisslyckanden.

### 3.1 Beslutsfattande under risk

För de flesta varor antar man att individer gör nyttomaximerande val mellan olika varukorgar. I valet mellan äpplen och apelsiner spenderar individen sin inkomst på ett sådant sätt att den högsta möjliga nyttonivån nås givet en budgetrestriktion. Individen antas göra rationella<sup>3</sup> val mellan varukorgar, vilka han har perfekt information om. Individen vet precis hur stor nytta han får av att konsumera såväl ett extra äpple som en extra apelsin och kan därför fördela sin inkomst mellan dessa varor på ett optimalt sätt.

Alla val i livet är inte så enkla som valet mellan antal äpplen och apelsiner. Ett val som görs med bristfällig information sker under osäkerhet. Om man på förhand inte vet värdet av de alternativen man väljer mellan krävs det en strategi för att göra bästa möjliga val givet informationen som finns. I valet att köpa en lott eller inte ställs vi inför ett val under osäkerhet. Om vi visste att lotten som kostar 10 kronor ger en vinst på 30 kronor är det givetvis lätt att fatta ett beslut som maximerar inkomsten. Men om sannolikheten för vinst är 20 % måste vi göra valet under osäkerhet. Den förväntade vinsten av en sådan lott är:  $0,2 \times 30\text{kr} + 0,8 \times 0\text{kr} = 6\text{kr}$ , vilket är mindre än priset på 10kr. Skulle man i valsituation under osäkerhet följa strategin att maximera det förväntade värdet köper man inte lotten.

Att förklara beslut under risk med att individen maximerar den förväntade vinsten är inte en tillfredställande förklaringsmodell. Detta kan visas med ett exempel som kallas St. Petersburg paradoxen: Antag att du blir erbjuden att delta i en slantsingling. Ett mynt singlar till dess att resultatet blir klave. Om resultatet blir klave på den  $n$ :te singlar betalas  $2^n$  kr ut och spelet avslutas. Om priset som betalas ut vid klave betecknas  $X_i$  för en singlar som ger klave på det  $i$ :te försöket kan utbetalningarna beskrivas på följande sätt:

$$X_1=2\text{kr}, X_2=4\text{kr}, X_3=8\text{kr}, X_4=16\text{kr}, \dots, X_n=2^n \text{kr}.$$

---

<sup>3</sup> I betydelsen att hans preferenser är transitiva, reflexiva och kompletta se t.ex. Schotter s 23



Sannolikheten att få klave först på det  $i$ :te försöket är  $(\frac{1}{2})^i$ . Således är sannolikheten att vinna priserna ovan: ( $\pi_1$  är sannolikheten att få klave första omgången,  $\pi_2$  anger sannolikheten att få krona första omgången och klave andra omgången osv.)

$$\pi_1 = (1/2), \pi_2 = (1/4), \pi_3 = (1/8), \pi_4 = (1/16), \dots, \pi_n = (1/2^n).$$

Det förväntade värdet av detta spel är:  $E(w) = \sum_{i=1}^{\infty} (1/2^i) \cdot 2^i = (1/2) \cdot 2 + (1/4)2^2 + (1/8)2^3 + \dots = 1 + 1 + 1 + \dots = \infty$ .<sup>4</sup>

Eftersom det förväntade värdet av detta spel är oändligt skulle en individ som maximerar den förväntade vinsten vara villig att betala oändligt mycket för att få delta i detta spel. Detta visar på behov av en annan förklaringsmodell av beteende under osäkerhet. En modell som bättre förklarar beslut under risk är *von Neumann- Morgensterns* kardinala nytte teori som förklarar val under osäkerhet som nyttemaximerande istället för vinstmaximerande. Enligt denna teori påverkar individens inställning till risk värderingen av spelet. Individens nyttefunktion visar enligt denna teori hur individen ställer sig till risk.

### 3.1.1 Riskaversion och inställning till risk

En **riskneutral** individ maximerar den förväntade vinsten. En **riskavert** individ är negativt inställd till risk och deltar därför inte i rättvisa spel<sup>5</sup>. En **riskälskande** individ är villig att betala för att få risk och föredrar ett spel framför att få den förväntade vinsten med säkerhet. Skillnaden mellan dessa tre typer av inställning till risk är utseendet på deras marginalnyttokurvor för inkomst. En individ erbjuds delta i följande lotteri:

- Lottpris: 50kr
- Vinstchans: 50 %
- Vinstsumma 100 kr

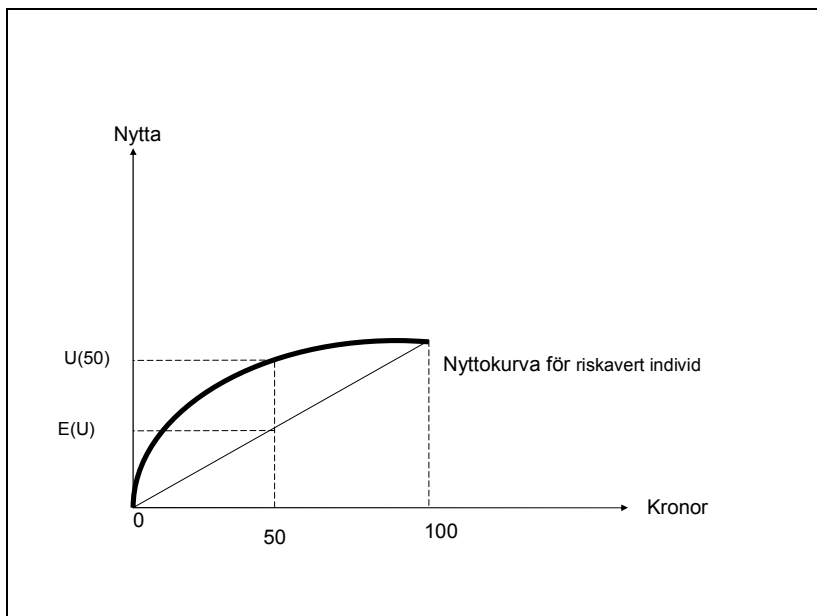
Den förväntade vinsten är 50 kr vilket betyder att lotteriet är rättvist. En riskavert individ väljer att inte köpa en lott. Bild 1 visar nyttefunktionen för en riskavert individ. Bild 2 visar samma lotteri för en riskälskande person.

---

<sup>4</sup> Nicholsson s.535

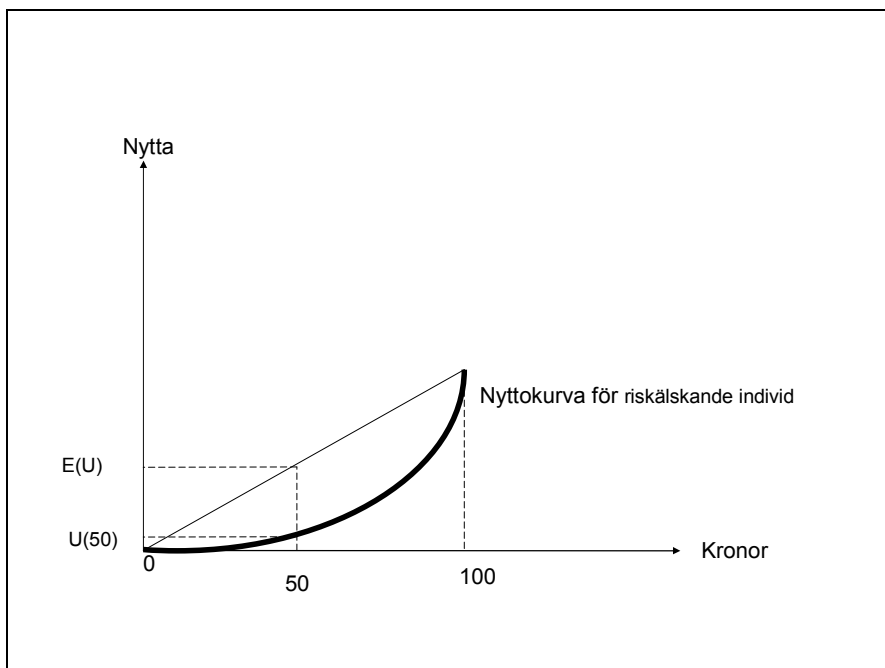
<sup>5</sup> I ett rättvist spel är den förväntade vinsten lika med lottens pris

### Illustration 1. Marginalnyttokurva för en riskavert individ



För en riskavert individ är den förväntade nyttan  $E(U)$  av att delta i ett rättvist lotteri lägre än nyttan av ett säkert belopp av samma storlek  $U(50)$ . Detta beror på avtagande marginalnytta av inkomst.

### Illustration 2. Marginalnyttokurva för en riskälskande individ



För en riskälskande individ är tvärtom nyttan av spelet högre än nyttan av att få ett säkert belopp med av samma storlek som den förväntade vinsten. Den stigande marginalnyttan av inkomst gör att möjligheten att vinna pengar värderas högre än risken att förlora.

En riskneutral individ bryr sig inte om risken och maximerar därför den förväntade vinsten. I ett lotteri som det ovan beskrivna är den riskneutrals därför indifferent mellan att köpa och att inte köpa en lott. Vanligtvis antas att individer är riskaverta. Som framgick av bild 1 föredrar

en riskavert individ ett fast belopp framför att delta i ett spel med samma förväntade vinst. I valet mellan flera alternativ med samma förväntade värde väljer den riskaverte det alternativ som har lägst varians. Den lägsta möjliga variansen (noll) är det samma som ett säkert utfall, vilket värderas högre än ett alternativ med större varians. Hur detta hänger ihop med avtagande marginalnytta av pengar förklaras med ett exempel. Avtagande marginalnytta innebär att varje ny krona ger ett mindre nyttotillskott än den förra kronan gav. I ett säkert utfall med värdet  $X$  är variansen noll. Om variansen ökas till 1 är väntevärdet fortfarande  $X$  men nu finns även en möjlighet till en liten förlust eller en liten vinst. Sannolikheten för vinst är lika stor som för förlust. På grund av den avtagande marginalnyttan kommer en vinst att värderas lägre än en förlust. Den förväntade nyttan av spelet är därför negativ för en riskavers individ.

### **3.2 Hur fungerar en försäkring?**

Att köpa en försäkring är en strategi för att hantera risk. I föregående stycke beskrevs hur den riskaverte individen är villig att betala för att slippa risk. Det finns en mängd risker i livet som vi på ett eller annat sätt måste hantera. Det kan röra sig om allt från risken att huset brinner ner till att man blir sjuk och inte kan arbeta. Försäkringen eliminerar inte risken för den oönskade händelsen utan är en strategi att hantera finansiella problem som följer därav. Det finns flera andra strategier för att hantera risker. Envar kan ha en riskbuffert i madrassen eller på ett bankkonto så att man kan köpa ett nytt hus om det gamla brinner ned eller leva på sparade pengar i händelse av sjukdom. Detta är ett ineffektivt sätt att hantera risk eftersom alla individer skulle behöva spara enorma summor för att kunna hantera de risker vi är utsatta för. För att vara helt ekonomiskt trygg med en individuell riskbuffert måste den vara stor nog att täcka även de riktigt stora kostnaderna även om dessa inträffar med liten sannolikhet. För att vara säker på att inte blir hemlös på grund av brand skulle en villaägare behöva ha en riskbuffert som motsvarar villans värde. Ineffektiviteten i denna lösning ligger i att dessa pengar skulle kunna investeras och användas på effektivare sätt än att sparas i en riskbuffert.

Men en försäkring betalar man en avgift för att ett annat aktör (t.ex. ett försäkringsbolag) ska ta över risken. Istället för att ha en buffert som motsvarar hela värdet på skadan räcker det med att man betalar en liten del kallat premie som täcker den förväntade kostnaden.

### 3.2.1 Riskpoolning

Förutsättningen för att det ska finnas försäkringar är att det finns personer som är riskaverta och därför är villiga att betala någon för att ta över risken. Ett sätt att sköta detta vore att låta alla riskaverta individer leta upp en riskälskande individ och betala denne för att ta över risken. Detta är givetvis inte praktiskt genomförbart. Istället är det ofta ett försäkringsbolag som tar över risken. De hanterar risken genom att skapa en riskpool med där flera individer delar på risken. Om en stor samling människor går samman i en riskpool och gemensamt kommer överens om att dela lika på alla kostnader (som uppstår av den specifika risken) kommer fortfarande den förväntade kostnaden vara den samma. Fördelen med en riskpool är att variansen blir lägre, vilket är just vad en riskavert individ önskar. Ett exempel tydliggör skillnaden i varians mellan en riskpool och en enskild individ. Antag att två grannar äger varsin tillgång till ett värde av 10 kr styck. Risken att en tillgång blir stulen under kommande år är 10 %.

#### Utan riskpool:

Den förväntade förlusten för var och en är 1 kr.

Variansen är 9

Om de istället väljer att gå samman och bilda en riskpool och på så sätt dela på eventuella förluster blir resultatet som följer:

Med riskpool: Sannolikheten att en tillgång blir stulen är  $0,1 * 0,9^2 = 0,18$ ,

sannolikheten att ingen tillgång blir stulen är  $0,9 * 0,9 = 0,81$ ,

sannolikheten att båda tillgångar blir stulna är  $0,1 * 0,1 = 0,01$ .

Den förväntade förlusten med riskpoolen blir således:

$E(w) = (0,18 * 10 + 0,81 * 0 + 0,01 * 20) / 2 = 1$  kr per person, vilket är lika mycket som utan riskpoolen.

Variansen är  $\sigma^2 = 0,81((0/2)-1)^2 + 0,18((10/2)-1)^2 + 0,01((20/2)-1)^2 = 4,5$ . För dessa två riskaverta grannar finns det nyttovinst att göra genom att bilda en riskpool, även om den förväntade kostnaden är den samma<sup>6</sup>. Detta kan utnyttjas av försäkringsbolag som kan skapa så pass stora riskpooler att variansen närmar sig noll, och de många osäkra utfallen tillsammans bildar ett stort och i det närmste säkert utfall.

---

<sup>6</sup> Schotter s.565

### 3.3 Marknadsmislyckanden

Trots att de flesta individer i viss mån kan antas vara riskaverta och därför efterfrågar försäkringsskydd samt att försäkringsbolag kan tillhandahålla försäkringar på ett effektivt sätt tack vare den låga variansen som uppkommer i en stor riskpool finns det risk att marknaden ändå inte kan tillhandahålla försäkringar. Risken för marknadsmislyckanden kommer av att informationen om risker är asymmetriskt fördelad. Detta riskerar att generera två typer av marknadsmislyckanden.

#### 3.3.1 Moral Hazard

Problem med *Moral Hazard* kommer av att det är svårt att kontrollera den försäkrade individens beteende. En oförsäkrad individ får själv stå för hela kostnaden som en risk medför. Efter att en försäkring är tecknad har han inte längre samma incitament att undvika risken eftersom han själv inte behöver stå för hela kostnaden. Sannolikheten är därför stor att risken, mot vilken försäkringen ska skydda, ökar efter tecknandet av försäkring. Tanken med en försäkring är att erbjuda skydd mot en oförutsedd kostnad som man själv inte är ansvarig för. I praktiken är det dock svårt att skilja händelser som individen själv är ansvarig för från händelser som inträffat utan ”skuld” hos den försäkrade. I de allra flesta fall kan individen själv påverka risken för händelsen som försäkringen ska skydda mot<sup>7</sup>. Allt ifrån slarv till rena bedrägerier påverkar risken för att försäkringen ska behöva utnyttjas. Eftersom det är svårt för försäkringsbolaget att observera beteendet som lett till den aktuella händelsen kan försäkringsbolaget aldrig helt säkert skilja ersättningskrav som beror på slarv och bedrägerier från dem som uppkommit trots tillräcklig försiktighet och ärliga avsikter. Detta problem hanteras vanligtvis genom kontroller och självrisker. En kontroll syftar till att skilja de felaktiga ersättningsanspråken från de korrekta medan en självrisk är tänkt att påverka individens incitament. Skillnaden mellan dessa strategier är flerfaldiga. Kontroller kan vara svåra och dyra att genomföra i många fall. I andra fall lämpar det sig bättre. I en sjukförsäkring är det vanligt att det krävs ett läkarintyg som bekräftar nedsatt arbetsförmåga för att få ut ersättning. Problemet med incitament kvarstår dock och det kan därför uppstå

---

<sup>7</sup> Arrow (1963) s.961

onödigt många ersättningskrav trots goda kontroller. En läkare kan givetvis med säkerhet skilja de riktiga benbroten från de påhittade. Däremot hjälper en kontroll inte till att förhindra att ett benbrott uppstår från första början. Incitamenten att vara försiktig har inte ändrats. En annan strategi är att låta den försäkrade betala en självrisk och på så sätt själv få stå för en del av kostnaden. På så sätt har försäkringstagaren incitament att undvika att händelsen som försäkringen skyddar mot ska hända. Ordet ”moral hazard” kan få tankarna att gå till rena bedrägerier och att det skulle handla ett rent moraliskt problem. Moral hazard syftar dock inte enbart på moraliskt ”felaktigt” beteende utan på beteende som ökar kostnaden i ett försäkrat tillstånd jämfört med ett oförsäkrat tillstånd. Även om sjukdom eller skada vore en helt slumpmässig händelse skulle nyttjandet av försäkringen inte vara det<sup>8</sup>. Utan sjukförsäkring skulle förmodligen arbetsutbudet vara högre än med försäkring. Även om det skulle medföra en större sjuknärvaro på arbetsplatser är det fortfarande att betrakta som moral hazard att folk som verkligen är sjuka stannar hemma i större utsträckning än de skulle göra utan försäkring. Valet av strategi att hantera detta problem (kontroll/självrisk eller både och) påverkar även i viss mån fördelningen i riskpoolen. Med enbart kontroller kommer felaktiga anspråk att nekas ersättning medan de korrekta kommer att beviljas. En självrisk påverkar däremot även dem med korrekta anspråk eftersom de får stå för en del av kostnaden oavsett beteende. Sverige och Tyskland har valt att hantera moral hazard-problem på olika sätt. I Sverige har vi en ersättning som uppgår till 80 % från dag två och krav på läkarintyg från dag åtta. Kontrollen kommer därför ganska sent i perioden medan självrisken är 100 % den första dagen och därefter 20 % av inkomsten. I Tyskland har man ingen självrisk alls utan har istället valt att satsa på hårda kontroller redan från dag 3.

### 3.3.2 Adverse selection

Det andra informationsproblemet på en försäkringsmarknad kallas ”adverse selection”. Detta problem uppstår inte p.g.a. informationsbrist om vad som **har** hänt (som vid moral hazard) utan snarare på asymmetrisk information om vad man väntar sig **ska** hända. För att ett försäkringsbolag ska kunna erbjuda en försäkring på en marknad krävs att de har en uppfattning om hur stor risken är. Risken används för att räkna ut den förväntade kostnaden (som tack vare storleken på riskpoolen i stort sett är utan varians). Denna förväntade kostnad

---

<sup>8</sup> Pauly (1968) s. 532

plus ett administrativt påslag är den minsta kostnad ett försäkringsbolag kan ta ut i premie utan att göra förlust. Eftersom försäkringsbolaget inte känner varje individuell risk tvingas de göra en skattning av risken. En enkel uppskattning skulle vara att tillskriva varje individ en genomsnittlig risk. Eftersom försäkringsbolaget med bra precision kan räkna ut en total kostnad kan de även räkna ut genomsnittlig kostnad. De vet dock inte hur risken är fördelad i riskpoolen. I en riskpool kommer det alltid att finnas individer som ligger såväl över som under den genomsnittliga risknivån. En premie som är beräknad utifrån en genomsnittlig risk kommer således att uppfattas som dyr av de individer som har lägst risk och som billig av de individer som har högst risk. Följderna blir att högriskindivider i högre utsträckning än lågriskindivider kommer att teckna försäkring. I riskpoolen blir det då en överrepresentation av högriskindivider. Den genomsnittliga risken stiger därför i poolen och en ny genomsnittlig premie baserad på den nya genomsnittliga risken måste räknas fram. I en adverse selection situation kommer man inte komma till en stabil jämvikt eftersom de med lägst risk kommer lämna poolen i takt med att den genomsnittliga risken höjs, vilket leder till en ond cirkel. För att slippa detta problem måste man antingen ha perfekt diskriminerande premier<sup>9</sup> eller en obligatorisk försäkring med en allomfattande riskpool. Detta problem har man löst i Sverige genom att ha en obligatorisk offentlig sjukförsäkring. Det finns ingen möjlighet att lämna riskpoolen om man anser sig betala för mycket och därför uppstår inget adverse selection problem. I Tyskland har man däremot stora problem med adverse selection eftersom det där finns flera sjukförsäkringar att välja mellan. Detta problem kommer att studeras i detalj längre fram.

### **3.4 Efterfrågan på försäkringar**

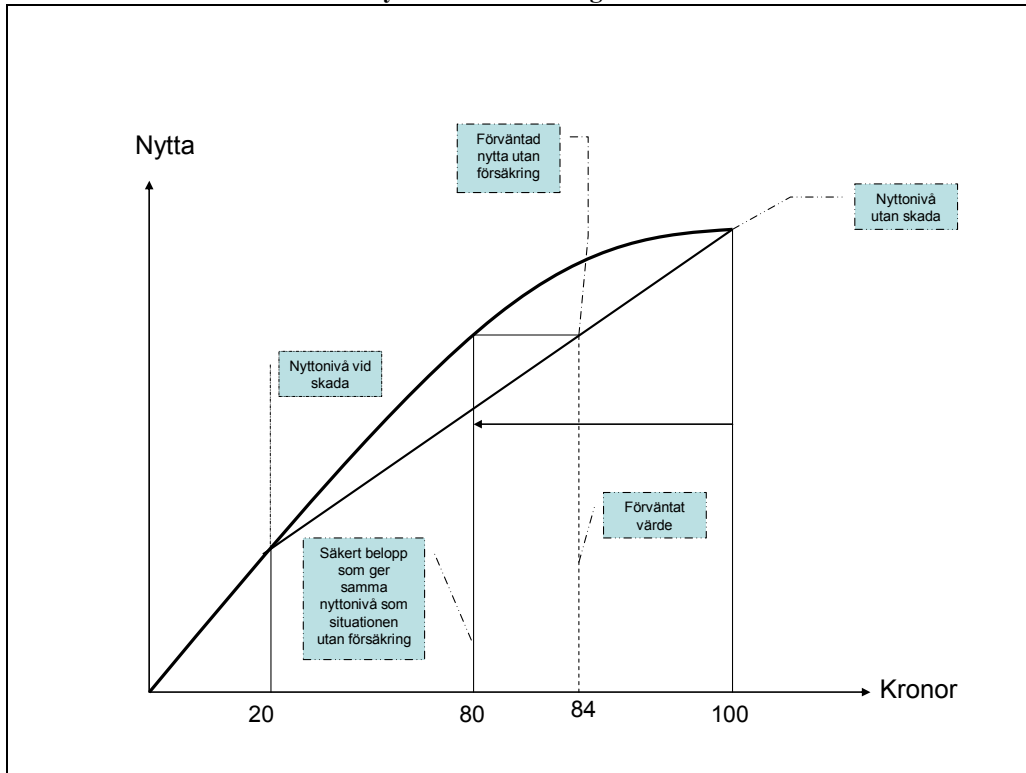
För att en försäkring ska efterfrågas måste individen vara negativt inställd till risk. Man antar vanligtvis att individer är riskaverta. Hur mycket en person är villig att betala för en försäkring beror på hur stor riskaversionen och risken är. Det finns flera mått för riskaversion men i denna uppsats kommer dessa inte att presenteras<sup>10</sup>. För denna analys är det tillräckligt att förstå principen att efterfrågan och betalningsviljan uppstår tack vare lutningen på nyttokurvan enligt nedan.

---

<sup>9</sup> Arrow (1963) s. 964

<sup>10</sup> Läs mer om mått på riskaversion i t.ex. Nicholsson s.545

### Illustration 3. Riskaversion och nytta av försäkring



En tillgång med initialt värde av 100 kr riskerar med 20 % sannolikhet att förstöras. Om så sker sjunker värdet till 20 kr. Det förväntade värdet av tillgången är  $0,8 \cdot 100 + 0,2 \cdot 20 = 84$ . Nyttan av det förväntade värdet 84 kr är lika hög som nyttan av 80 kr med säkerhet. Den här individen är därför villig att betala upp till 20 kr för en försäkring (100-80). Det initiala värdet minus en försäkring för 20 kr ger individen 80 kr med säkerhet. En försäkringspremie som överstiger 20 kronor skulle ge en lägre nytta än det förväntade värdet 84 kr.

Värdet av en försäkring kan inte beräknas som storleken på den förväntade ersättningen ur försäkringen. Det är känslan av trygghet som kommer av en förutsägbar utgift som utgör värdet av försäkringen. En individ är enligt bilden ovan villig att betala en viss summa för att förvissa sig om att värdet på tillgången kommer vara 80 kr oavsett vad som händer .

### 3.5 Jämvikt i Rotschild & Stiglitz modell

En modell som beskriver jämvikter på konkurrensmarknader för försäkringsskydd är Rotschild-Stiglitz modell. Enligt denna modell med två typer av individer kommer lågrisk-individer att välja ett lägre försäkringsskydd medan högriskindivider väljer ett högre skydd.



Det kan inte existera en s.k. ”poolad” jämvikt där båda risktyper köper samma försäkringsskydd. En jämvikt måste vara separerande för att vara hållbar.

Rotschild & Stiglitzs modell<sup>11</sup> är en så kallad State-Preference-modell. I denna modell finns det två tillstånd som kan kallas ”bra” och ”dålig”, eller ”frisk” och ”sjuk”. Tanken med modellen är att analysera varor som kommer till användning enbart i specifika tillstånd. En försäkring är ett bra exempel på en sådan vara, eftersom ersättning betalas ut om det oönskade tillståndet infinner sig. En försäkring erbjuder en möjlighet att fördela en inkomst över dessa två tillstånd. I det ena tillståndet kallat ”frisk” har man hela sin inkomst medan man vid ”sjuk” inte har någon inkomst alls. En riskavert kommer att vilja omfördela sin inkomst mellan dessa två stadier eftersom det finns en stor osäkerhet kring vilket av tillstånden som kommer att infinna sig. Genom att avstå en del av sin inkomst i ”frisk” kan man även få en del av den i ”sjuk”. Utan försäkring blir inkomsten i ”frisk”  $W$  och i sjuk  $W-d$ . Om individen väljer att köpa en försäkring till priset  $\alpha_1$  blir han ersatt med  $\alpha_2$  om sjukdom inträffar. Med försäkring blir inkomsten således:  $(W - \alpha_1, W-d + \alpha_2)$ , där  $\alpha_2 = \alpha_2 - \alpha_1$ , (nettoersättningen ur försäkringen). Inkomsten i ”frisk” betecknas  $W_1$  och inkomsten i ”sjuk”  $W_2$ . Preferenser för inkomstfördelningen mellan dessa stadier beskrivs av följande formel:

$V(p, W_1, W_2) = (1-p)U(W_1) + pU(W_2)$ .  $U$  representerar nyttan av inkomst och  $p$  risken för sjukdom.

Försäkringskontrakten som säljs kallas  $\alpha$  och värderas till  $V(p, \alpha) = V(p, W - \alpha_1, W-d + \alpha_2)$ . Individen väljer det försäkringskontrakt som maximerar  $V(p, \alpha)$ .

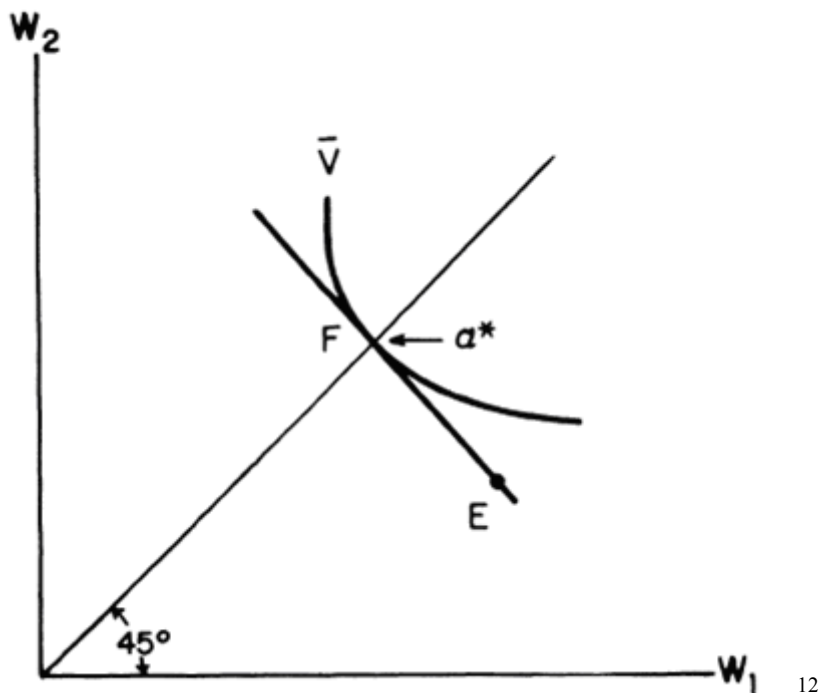
Det antas att försäkringstagare men inte bolag känner risken  $p$ . Högriskindivider kommer, allt annat lika, att efterfråga mer försäkringsskydd än lågriskindivider.

Företagen kommer att erbjuda de homogena och riskaverta individerna försäkringskontrakt som ger noll i vinst, längs linjen EF. Detta är den så kallade ”fair odds” linjen eller aktuarielinjen. Längs den uppgår den förväntade utbetalningen till storleken på avgiften för försäkringen. Vid perfekt konkurrens och fritt inträde är vinsten noll och  $\alpha_1(1-p) - \alpha_2p = 0$ . Förväntad intäkt motsvarar den förväntade utbetalningen längs hela linjen E-F i illustration 4.

---

<sup>11</sup> Rotschild M, Stiglitz J (1976) s.630ff

Illustration 4. Efterfrågan i en state-preference modell med riskaverta homogena individer.



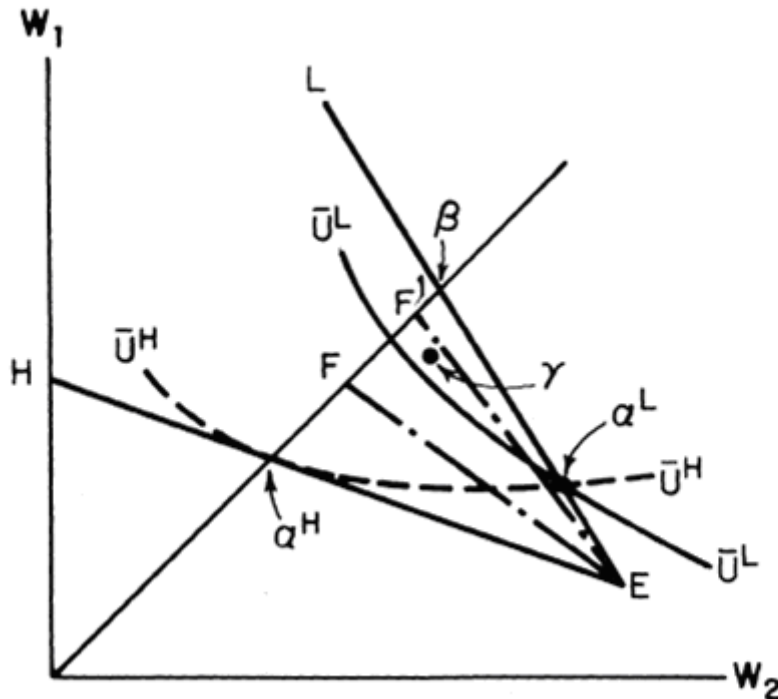
(Källa: Rothschild M, Stiglitz J (1976) s.633)

Inkomst i "bra" anges längs x-axeln och inkomst i "dålig" längs y-axeln. Punkten E visar den ursprungliga oförsäkrade situationen. Försäkringsskyddet blir större ju längre nord väst man går längs linjen E-F. Jämvikten infinner sig i  $a^*$  där aktuarielinjen korsas av linjen som anger lika stor inkomst i de båda lägena. I den punkten tangerar indifferenskurvan utbudskurvan, vilken anger de olika kombinationer av inkomstfördelning mellan de två stadierna som individen väljer mellan.

Eftersom individen antas vara riskavert är indifferenskurvan kvasikonkav och nyttan maximeras därmed där de två linjerna tangerar varandra. Längs 45-graderslinjen är inkomsten lika stor i  $W_1$  som i  $W_2$ . Individen köper således fullt försäkringsskydd vilket medför att inkomsten är lika stor oavsett vad som händer.

För att göra modellen mer verklighetsanpassad kan man anta två risktyper. Det råder då inte lägre full information hos båda parter. Individerna själva vet vilken av de två risktyperna man tillhör men kassorna vet det ej. De två risktyperna har risk  $p^H$ , och  $p^L$ , där  $p^H > p^L$ . Andelen högriskindivider är  $\lambda$ , vilket gör att den genomsnittliga risken  $p = \lambda p^H + (1 - \lambda) p^L$ . Två typer av jämvikt är tänkbara här, poolad eller separerande jämvikt. I en poolad jämvikt köper alla samma kontrakt medan de olika typerna köper olika kontrakt i en separerande jämvikt.

Illustration 5. Efterfrågan i en state-preferencemodell med riskaverta högrisk- och lågriskindivider.



(Källa: Rothschild M, Stiglitz J (1976) s.636)

Med två olika risktyper finns det även två aktuarielinjer. Linjen EL anger de aktuariemässiga allokeringarna för lågriskindividerna medan linjen EH visar det motsvarande för högriskindivider. Alla individer föredrar de flesta allokeringar längs EL eftersom den ligger nord-öst om EH och således på en högre nyttonivå. För ett försäkringsbolag gäller det att kunna erbjuda högriskindivider ett kontrakt längs EH som föredras av högriskindivider framför det kontrakt som lågriskindividerna erbjuds längs EL.

De två olika risktyperna har båda två en initial inkomst i punkten E. Linjen EF anger den genomsnittliga aktuarielinjen. Observera att kassorna inte kan skilja individerna åt, medan individerna själva vet vilken risktyp de tillhör. Skillnaden i risk för de två typerna gör att aktuarielinjen för högriskindivider utgörs av linje EH, medan den samma för lågriskindivider utgörs av EL. På en fungerande marknad med fritt inträde kan det inte existera en ”poolad” jämvikt längs linjen EF med två olika risktyper. Denna linje är ”rättvis” och ger vinsten noll så länge det är lika delar hög- som lågriskindivider som köper kontraktet. Det finns då möjlighet för ett annat företag att erbjuda ett kontrakt som ligger syd-öst om den poolade ”jämvikten”, vilket innebär att endast lågriskindivider kommer att föredra det.

För att hitta en jämvikt i denna modell måste varje grupp föredra just ”sin” försäkring. För att få grupperna att självmant skilja på sig kan man erbjuda de två alternativen  $\alpha^H$  och  $\alpha^L$ . I valet mellan dessa alternativ kommer lågriskindivider att välja  $\alpha^L$  med begränsat försäkringsskydd medan högriskindivider väljer  $\alpha^H$  med fullständigt försäkringsskydd. Observera att  $\alpha^L$  måste ligga under indifferenskurvan för högriskindivider för att dessa ska välja ”sin” försäkring. Jämvikten i denna modell är således en separerande jämvikt där lågriskindividerna köper en

försäkring med relativt litet skydd, medan högriskindividerna köper fullt försäkringskydd. Observera att i en situation med fullständig information i illustration 5 skulle även lågriskindivider köpa en fullständig försäkring i punkt β. Detta förhindras dock av adverse selection-problemet.

## **4 Typer av försäkringar**

Alla försäkringar fördelar resurser från dem som inte drabbas till dem som drabbas. Utöver detta är det även möjligt att omfördela ytterligare resurser mellan grupper med olika risker. Försäkringar kan således förutom att hantera risk även vara ett sätt att omfördela resurser i samhället. För många risker är det helt upp till den enskilde att hantera på önskvärt sätt. I dessa fall får man vända sig till ett försäkringsbolag och köpa en försäkring på marknaden till marknadsmässiga villkor och priser. För risker som det finns en politisk vilja att samhället ska erbjuda skydd mot kan skydd erbjudas genom en offentlig socialförsäkring.

### **4.1 Marknadsförsäkringar**

På en privat marknad kommer en aktör som säljer försäkringar vara tvungen att långsiktigt prissätta försäkringen minst till den förväntade utbetalningen plus ett påslag för administrativa kostnader. Eftersom ett pris som understiger den förväntade kostnaden inte kommer att täcka kostnader kan en sådan prisstrategi endast fungera kortsiktigt för att hindra inträde för konkurrenter.

### **4.2 Socialförsäkringar**

Eftersom ingen är självförsörjande under hela livet måste alla samhällen hantera försörjning vid sjukdom, barndom och ålderdom. I Sverige har vi valt att hantera detta med en generell socialförsäkring. Förutom att trygga försörjningen i barndom, ålderdom och sjukdom omfördelar socialförsäkringen stora belopp mellan olika samhällsgrupper. Socialförsäkringen är således förutom ett verktyg att hantera risker även ett omfördelningsverktyg.

De risker som socialförsäkringen är tänkt att skydda mot antas inte kunna erbjudas på ett tillfredsställande sätt på marknaden. På grund av adverse selection och stora skillnader i risk hos olika grupper kan man anta att en marknadsförsäkring skulle vara för dyr för många individer att köpa. Med en riskbaserad prisstrategi kommer inte alla individer att köpa en

försäkring av den enkla anledningen att de inte har råd. Om alla inte kan erbjudas en marknadsförsäkring till ett överkomligt pris samtidigt som det finns ett samhälligt värde av att alla är försäkrade kan försäkringen erbjudas inom ett offentligt trygghetssystem. Den svenska socialförsäkringen ska skydda oss från ekonomiska risker vid sjukdom, ålderdom och handikapp<sup>13</sup>. Det finns flera skäl att organisera dessa försäkringar i offentlig regi. En anledning är att det anses vara en rättighet att få hjälp att klara ekonomin i dessa skeenden av livet. Eftersom man inte själv anses ”skyldig” till dessa utfall ska man inte heller behöva stå kostnaden när det inträffar. Dessutom kan man anta att ett gott samhälle skulle ta hand om dessa individer även om vi inte hade en socialförsäkring. En socialförsäkring prissätts inte utifrån den förväntade kostnaden för den försäkrade utan vanligtvis som en andel av inkomsten. På detta sätt kommer priset för försäkringen att baseras på inkomst istället för på risk. Eftersom priset inte speglar individens risk kommer det med detta prissystem att uppstå en omfördelning som beror på hur risken är korrelerad till inkomsten. Om risk för sjukdom och inkomst är negativt korrelerade kommer det att bli en omfördelning från höginkomsttagare till låginkomsttagare, om det däremot är tvärtom att korrelationen är positiv kommer omfördelningen vara den omvända. Se exempel nedan:

Antag att:

det finns två individer,  $l$  och  $h$

$l$  är lågrisk med risk för sjukdom = 0,1 och  $h$  är högrisk med risk = 0,5

### Fall 1:

$l$  tjänar 100.000kr och  $h$  tjänar 50.000kr

I detta fall är risken negativt korrelerad till inkomsten.

Med en inkomstbaserad premie på 24 % av inkomsten blir intäkterna  $0,24*100.000 + 0,24*50.000 = 36.000$ kr.

De förväntade utbetalningarna är  $0,1*100.000+0,5*50.000 = 35000$ kr.

För  $l$  är den förväntade utbetalningen 10.000kr och premien 24.000kr.

För  $h$  är den förväntade utbetalningen 25.000kr och premien 12.000kr. Omfördelningen sker från lågrisk till högrisk när inkomst är negativt korrelerad till risk.

---

<sup>13</sup> Elektronisk källa 14: *Socialförsäkringens omfattning och finansiering 2005-2008* s.6

**Fall 2:**

$l$  tjänar 50.000kr och  $h$  tjänar 100.000kr

I detta fall är risken positivt korrelerad till inkomsten.

Med en inkomstbaserad premie på 37 % av inkomsten blir intäkterna  $0,37*50.000 + 0,37*100.000 = 55.500$ kr.

De förväntade utbetalningarna är  $0,1*50.000 + 0,5*100.000 = 55000$ kr.

För  $l$  är den förväntade utbetalningen 5.000 kr och premien 18.500kr.

För  $h$  är den förväntade utbetalningen 50.000kr och premien 37000kr. Omfördelningen sker från låginkomsttagaren till höginkomsttagaren när inkomsten är positivt korrelerad till risk.

Detta exempel är givetvis förenklat men visar att det är viktigt att kartlägga hur riskfördelningen ser ut i respektive inkomstgrupp för att en inkomstbaserad premie ska få önskad omfördelningseffekt.

## 5 Den svenska sjukförsäkringen

Den svenska sjukförsäkringen är en del av socialförsäkringen. Socialförsäkringen är tänkt att ge ekonomiskt stöd vid bl.a. sjukdom, handikapp och ålderdom. Ansvariga myndigheter är försäkringskassan och premiepensionsmyndigheten. De olika förmånerna delas i budgetsammanhang in i de fyra huvudgrupperna:

- Ekonomisk trygghet för familjer och barn
- Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp
- Ekonomisk trygghet vid ålderdom m.m.
- Annan utbetalning<sup>14</sup>

År 2007 uppgick socialförsäkringens totala utgifter till 445 miljarder kronor (varav 92 miljarder för sjukförsäkring) vilket motsvarade 15 % av BNP<sup>15</sup>.

### 5.1 Översikt- kort presentation

Såväl sjukpenningen som sjuk- och aktivitetsersättningen ger ersättning för förlorad inkomst på grund av ohälsa och det är därför meningsfullt att analysera dessa ersättningslag tillsammans. Fortsättningsvis i denna uppsats kommer därför ”sjukförsäkring” avse såväl sjukpenning som sjuk- och aktivitetsersättning. Många av sjuk- och aktivitetsersättningsfallen har börjat som sjukpenningsutbetalningar och genom att analysera dessa ersättningar tillsammans får man således en helhetsbild av ersättningen för arbetsoförmåga p.g.a. sjukdom oavsett vad ersättningen kallas. I Sverige finansieras sjukvården via landstingsskatten. Försäkringskassan betalar ut ersättning kallad sjukpenning för förlorad arbetsinkomst vid tillfällig arbetsoförmåga p.g.a. sjukdom. Vid varaktig arbetsoförmåga utbetalas sjuk- eller aktivitetsersättning. Därtill kan man via avtalsförsäkringar få utökad ersättning. Den första sjukdagen är en karensdag och ingen ersättning betalas ut.

---

<sup>14</sup> Elektronisk källa 2: Budgetproposition 2008

<sup>15</sup> Elektronisk källa 6: Försäkringskassans årsredovisning 2007s.9



- Dag 1: karensdag, ingen ersättning utgår
- Dag 2-14: 80 % sjuklön utan tak betalas av arbetsgivaren (för arbetslösa betalar försäkringskassan)
- Dag 15-90: sjukpenning 80 % av sjukpenninggrundande inkomsten (SGI)+ ev. avtalsförsäkring (normalt ytterligare 10 %)
- Dag 90- ∞: 80 % + eventuell ersättning från avtalsförsäkring
- Inom 365 dagar ska försäkringskassan utreda om personen ska ha sjuk- och aktivitetsersättning istället för sjukpenning
- Vid sjukersättning (förtidspension) erhålls 64 % av genomsnittsinkomsten under tidigare år (antagandeinkomsten) upp till taket+ avtalsersättning (något högre än avtalsersättning under sjukskrivning)<sup>16</sup>

### 5.1.1 Försäkringens syfte och mål

Den svenska sjukförsäkringen bygger på den så kallade inkomstbortfallsprincipen. I praktiken innebär det att man försäkras mot det inkomstbortfall man drabbas av vid arbetsoförmåga på grund av sjukdom eller handikapp. Den som har en hög inkomst betalar en hög avgift men får samtidigt en hög ersättning om han/hon blir sjuk. Syftet med sjukförsäkringen beskrivs av försäkringskassan på följande sätt:

”Sjukförsäkringen skall syfta till att bevara tryggheten för den som drabbas av sjukdom eller skada. Samtidigt skall den ge motiv och möjlighet att återgå till arbete. Försäkringshandläggningen skall präglas av kvalitet och likformighet. Arbetslinjen skall vara vägledande i sjukskrivningsprocessen och försäkringskassan skall främja insatser som syftar till att motverka långtidssjukskrivning och utanförskap genom aktiva och tidiga insatser.”<sup>17</sup>

Att konstruera en bra sjukförsäkring utifrån dessa premisser innebär att försäkringen dels ska erbjuda en hög ersättning så att den ekonomiska tryggheten inte går förlorad, dels ska den

<sup>16</sup> Elektronisk källa 12: Samtal om socialförsäkring Nr. 6 s.13-15

<sup>17</sup> Elektronisk källa 6: Försäkringskassans årsredovisning 2007 s.25

inte minska arbetsutbudet mer än nödvändigt. Dessutom ska handläggningen vara rättvis och förutsägbar samtidigt som försäkringen ska motverka långtidssjukskrivningar.

## 5.1.2 Historik

Sjukförsäkringen har sedan den infördes reformerats ett stort antal gånger. Bara sedan nittiotalet har mer än 10 reformer genomförts. Dagens sjukförsäkring började ta sin form i slutet av 1800-talet när så kallade ”sjukhjelpkassor” bildades. Medlemskap var frivilligt och utan stöd från staten. År 1931 började staten att stödja föreningarna ekonomiskt och de fick namnet ”sjukkassor”. Den obligatoriska sjukförsäkringen såg dagens ljus först år 1955<sup>18</sup>. Sedan dess har ett flertal ersättningsformer och bidrag tillkommit. Principen är dock den samma, att se till att folk har en viss grundtrygghet i samhället. De senaste åren har sjukförsäkringen reformerats ett antal gånger. Såväl sjuklöneperioden som ersättningsgraden har förändrats.

Tabell 1 Förändring av sjuklöneperiod och ersättningsnivå i sjukförsäkringen 1991-2005

	Sjuklöne- period, dag	Ersättningsgrad i procent av inkomsten under dag:					
		1	2-3	4-14	15-90	91-365	366-
– mars 1991	..	90	90	90	90	90	90
mars 1991 – dec 1991	..	65	65	80	80	90	90
jan 1992 – mars 1993	1-14	65	65	80	80	90	90
apr 1993 – juni 1993	1-14	0	65	80	80	80	80
juli 1993 – dec 1995	1-14	0	65	80	80	80	(1) 70
jan 1996 – dec 1996	1-14	0	75	75	75	75	75
jan 1997 – dec 1997	1-28	0	75	75	75	75	75
jan 1998 – mars 1998	1-28	0	80	80	80	80	80
apr 1998 – jun 2003	1-14	0	80	80	80	80	80
juli 2003 – dec 2004	1-21	0	77,6	77,6	77,6	77,6	77,6
jan 2005 –	(2) 1-14	0	80	80	80	80	80

(Källa: *Mera försäkring och mera arbete* s.83, elektronisk källa 7)

**Sjuklöneperiodens längd påverkar arbetsgivarens kostnader medan en sänkt ersättningsnivå påverkar arbetstagare. Ersättningen från dag 2 sänktes år 2007 till 79,12% och år 2008 till 77,6%<sup>19</sup>.**

<sup>18</sup> Elektronisk källa 15: Socialförsäkringen, historik, Försäkringskassan

<sup>19</sup> Elektronisk källa 5: Försäkringskassan, statistik, sjukförmåner, ohälsomått

### **5.1.3 Organisation**

Två myndigheter ansvarar för socialförsäkringen. Dessa är försäkringskassan och premiepensionsmyndigheten. Försäkringskassan är den myndighet som är ansvarig för sjukförsäkringen. Försäkringskassan genomgår just nu en omorganisation. En nyhet är de nationella försäkringscentra som kommer att upprättas. Dessa centra kommer att hantera ärenden som inte kräver direkt kundkontakt. Tanken med att frångå den idag lokala handläggningen är att generera lika behandlig av ärenden oavsett var i landet man bor.

### **5.2 Finansiering**

Sjukförsäkringen är skattefinansierad. Skatten kallas sjukförsäkringsavgift men eftersom pengarna som kommer in via ”avgiften” inte är öronmärkta för ändamålet och inte heller motsvarar de kostnader den är tänkt att täcka är det egentligen en skatt. Avgiften som ska finansiera sjukförsäkringen betalas av alla med en avgiftsgrundande lön. Om det är färre som arbetar måste således avgiften höjas för att rendera samma intäkter. Eftersom avgiften inte är öronmärkt för sjukförsäkringen kan det komma att hända att försäkringen går med under- eller överskott. I de fall det saknas pengar skjuts det till från statskassan samtidigt som ett överskott försvinner in i statskassan. Trots att det alltså saknas en direkt koppling mellan avgift och utgift påverkar en minskad avgiftsbas försäkringen negativt i den meningen att om man inte ska tvingas skära ner på annan skattefinansierad verksamhet kommer att behöva höja avgiften för sjukförsäkringen. Med denna finansieringsform är det således viktigt att sjukförsäkringen inte leder till en allt för kraftig minskning av arbetsutbudet.

## 5.3 Riskfördelningen

Avgiften för sjukförsäkringen är satt på ett sådant sätt att den inte ska påverkas av den individuella risken för sjukdom. Eftersom avgiften inte beror på hur mycket man förväntas använda försäkringen kommer stora omfördelningar till stånd från dem som använder försäkringen lite till dem som använder den mycket. Skillnader i riskstruktur gör att sjukförsäkringen omfördelar stora summor årligen.

### 5.3.1 Ohälsotalet

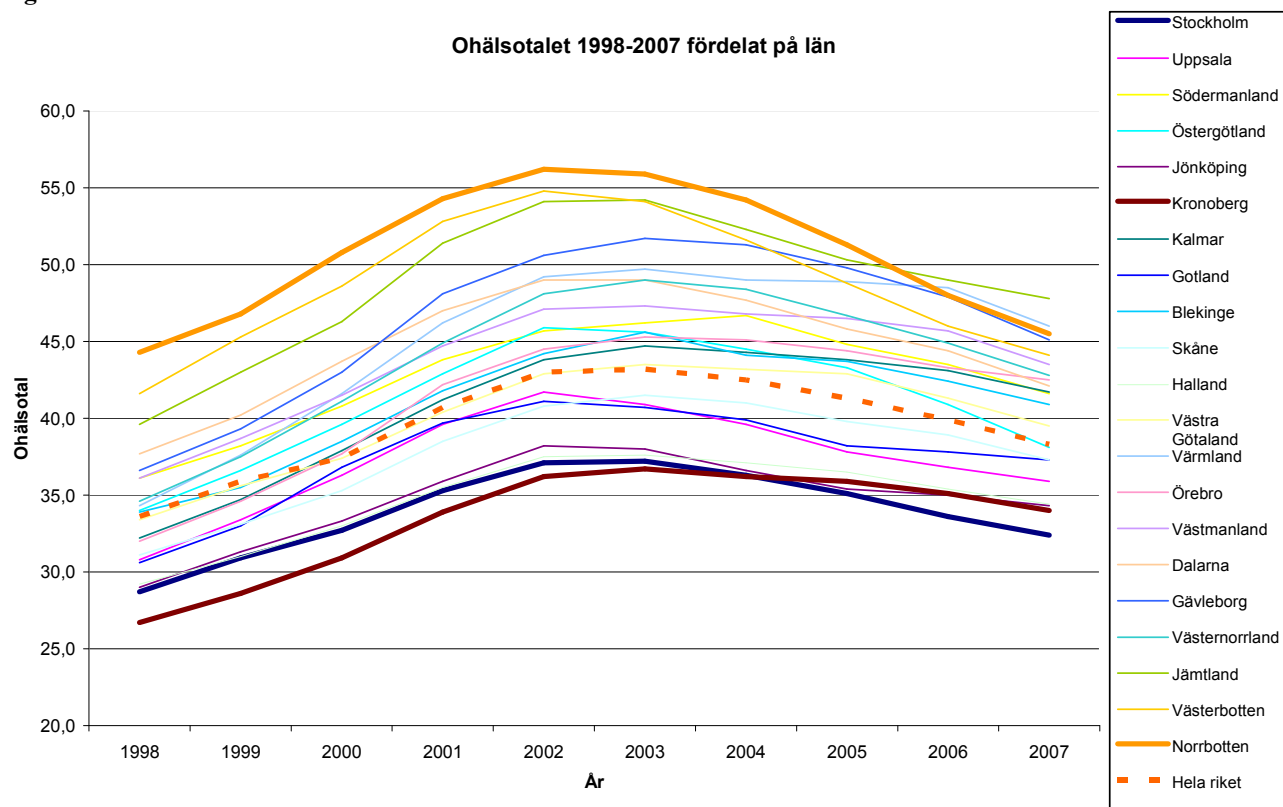
Ohälsotalet är ett mått på användandet av sjukförsäkringen. Talet anger antal dagar med ersättning ur sjukförsäkringen<sup>20 21</sup>. Det finns stora regionala skillnader i ohälsotalet i Sverige. Lägst tal (minst antal ersatta dagar) har för närvarande stockholmarna, medan norrbottningarna har flest ersatta dagar.

---

<sup>20</sup> **Ohälsotalet from 1998**, Antal utbetalda dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukersättning eller aktivitetsersättning (före år 2003 förtidspension och sjukbidrag) från socialförsäkringen per registrerad försäkrad i åldrarna 16-64. Alla dagar är omräknade till "heldagar" - t.ex. TVÅ dagar

<sup>21</sup> Elektronisk källa 5, Försäkringskassan

Diagram 1



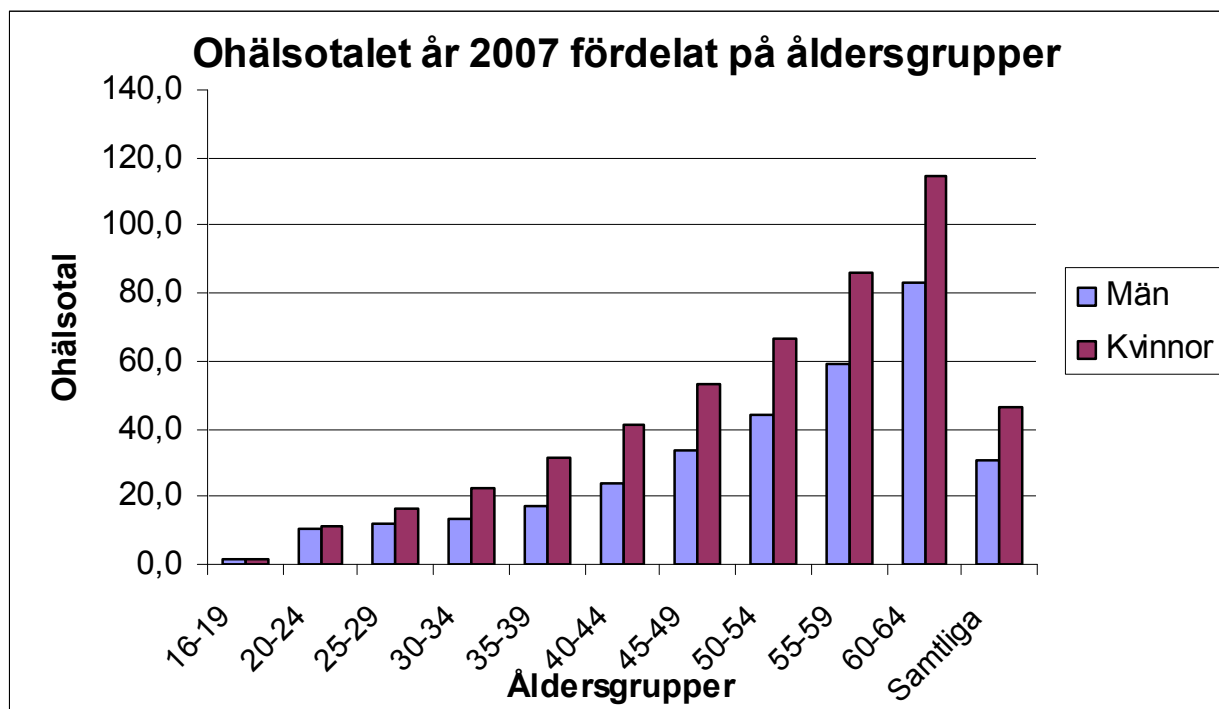
22

För samtliga län steg ohälsotalet kraftigt från slutet av 1990-talet fram till år 2002 då det började sjunka. De anmärkningsvärt stora skillnaderna mellan Stockholm och Norrbotten kan till liten del förklaras med skillnader i demografi och arbetsmarknad. Den största delen av skillnaden mellan de ”friska” och ”sjuka” länen kan inte förklaras med skillnader i ohälsa. Samtliga läns kurvor kan jämföras med den streckade kurvan i mitten, som visar riket som helhet.

Det är inte bara mellan länen det finns stora skillnader i antal ersatta dagar. Kvinnor är mer sjukskrivna än män och äldre är mer sjukskrivna än yngre.

<sup>22</sup> Elektronisk källa 5, Försäkringskassan, statistik, sjukförmåner, ohälsomått

Diagram 2



Kvinnors ohälsa är högre för samtliga åldersgrupper utom i den yngsta. Dessutom är ålderns betydelse för ohälsan tydlig.

### 5.3.2 Långtids- och korttidsfrånvaro

Även om de allra flesta sjukskrivningarna är korta står de långa sjukskrivningarna för de flesta dagarna. På grund av införandet av sjuklönen 1992, då arbetsgivarna tog över ansvaret för de första 14 dagarna i sjukskrivningen, finns det idag ingen komplett statistik för de korta sjukskrivningsfallen. Året innan sjuklöneperioden infördes (1991) stod sjukfallen som var upp till en vecka långa för 85,4% av alla sjukfall. Sett till antalet sjukpenningdagar som betalades ut 1991 stod de korta fallen (upp till en vecka) för 19,9% av alla dagar<sup>23</sup>. Detta visar de långa sjukskrivningsfallens påverkan på den totala sjukfrånvaron. De riktigt korta sjukskrivningarna stod 1991 för omkring 85 % av fallen men för mindre än 20 % av de utbetalade dagarna. Enligt statistik från svenskt näringsliv sjönk den korta sjukfrånvaron från början av nittiotalet och ligger fortfarande på en lägre nivå. Den stora ökningen av sjukskrivningar från mitten av 1990-talet kan tillskrivas nästan uteslutande de långa sjukskrivningarna.

<sup>23</sup> Rikner, Klas (2002) s.20-21

## 5.4 Riskgruppsutjämnin

Det är genom skillnader i utnyttjande som omfördelningen mellan riskgrupper kommer till stånd. Låginkomsttagare använder försäkringen i högre utsträckning än höginkomsttagare. Trots detta betalar de samma avgift för försäkringen vilket leder till en omfördelning mellan inkomstgrupper. Försäkringskassan redovisar användandet av sjukförsäkringen uppdelat på inkomstgrupper. Försäkringstagarna delas upp i grupper efter hur många prisbasbelopp deras inkomst uppgår till.

Tabell 2. Kostnad för sjukpenning och förtidspension 2002 i den allmänna försäkringen

Bakomliggande årsinkomst basbelopp	miljarder kronor			som andel av avgiftsbas i respektive inkomstskikt, procent		
	Sjuk- penning	Förtids- pension	Summa	Sjuk- penning	Förtids- pension	Summa
0-4	4	12	16	8,6	23,9	32,5
4-5,5	15	6	20	13,2	5,3	18,5
5,5-6,5	11	13	24	6,0	7,4	13,4
6,5-7,5	6	7	14	3,8	4,2	8,0
7,5+	6	10	16	1,4	2,1	3,4
<b>Totalt</b>	<b>43</b>	<b>48</b>	<b>91</b>	<b>4,3</b>	<b>4,9</b>	<b>9,3</b>
- kvinnor	25	24	49	6,5	6,4	12,9
- män	18	24	42	3,0	4,0	7,0

(Källa: Samtal om socialförsäkring nr.5 s.47, elektroniks källa nr.11)

Kostnaderna är angivna i 2002 års penningvärde. I kolumnen längst till höger anges hur stor del av avgiftsbasen som betalats ut i respektive inkomstgrupp. Om varje grupp finansierade sin egen sjukfrånvaro är denna procentsats den avgift som varje grupp skulle tvingas betala. Totalt uppgick utbetalningarna till 9,3 % av avgiftsbasen. 9,3 % är därför den avgift som skulle behöva tas ut för att täcka samtliga kostnader för sjukförsäkringen.

Tabell 1 visar en sammanställning av hur stor del av inkomsten som skulle behöva betalas av respektive grupp för att finansiera den egna sjukfrånvaron. De personer med en inkomst mellan 0 och 4 prisbasbelopp ( ett prisbasbelopp uppgick till 37900 kr år 2002<sup>24</sup>) skulle behöva betala 32,5 % av sin inkomst för att enbart täcka kostnaderna för sjukpenning och förtidspension. Detta kan jämföras med dem som har en inkomst som överstiger 7,5

<sup>24</sup> Elektronisk källa 13: SCB

prisbasbelopp som endast skulle behöva betala 3,4 % av sin lön för att täcka kostnader för ersättning vid sjukfrånvaro. Här ser man tydligt kärnan i socialförsäkringen. Det är givetvis orimligt att tro att en person med en årsinkomst på 80 000 kr skulle kunna betala 32,5% av denna inkomst i enbart sjukförsäkringsavgift. Den totala avgiftsbasen var 979 miljarder kronor år 2002 och de totala kostnaderna 91 miljarder kronor. De totala kostnaderna för försäkringen motsvarade således ungefär 9,3 % av avgiftsbasen år 2002 vilket skulle vara den avgift som skulle behöva tas ut för att täcka de totala kostnaderna. Den formella sjukförsäkringsavgiften var detta år 8,80 % vilket visar att det inte finns en direkt koppling mellan sjukförsäkringsavgiften och utgifterna för försäkringen. Bristen på en direkt koppling mellan avgifter och utgifter kan ses som en indikation på låg försäkringsmässighet. Försäkringen är inte avgiftsbestämd utan ersättningsbestämd, vilket leder till att man vid en ökad sjukfrånvaro antingen måste öka skattetrycket eller ta resurser från annan skattefinansierad verksamhet. Det är inte nödvändigtvis sjukförsäkringsavgiften (som alltså är en skatt) som höjs för att finansiera en den högre frånvaron i det avgiftsbestämda systemet. Dessa resurser kan lika väl tas ut i form av t.ex. höjd moms eller minskade anslag till försvaret.

**Tabell 3. Omfördelningen i sjukförsäkringen år 2002.**

Bakomliggande årsinkomst basbelopp	Omfördelning	
	Mdkr	Procent av bas
0-4	12	23,2
4-5,5	10	9,2
5,5-6,5	8	4,2
6,5-7,5	-2	-1,3
7,5+	-27	-5,8
<b>Totalt</b>	<b>29</b>	<b>3,0</b>
- kvinnor	14	3,6
- män	-14	-2,3

(Källa: Samtal om socialförsäkring nr.5 Riskgruppsutjämning, Socialförsäkringsutredningen, elektronisk källa 11)

Av tabellen ovan framgår hur varje inkomstgrupp påverkas av omfördelningen. Till exempel ser man att gruppen med den lägsta inkomsten var nettomottagare av 12 miljarder kronor detta år. Medan de med högst inkomst betalade 27 miljarder netto till sjukförsäkringen.



## **5.5 Politiska preferenser över fördelning**

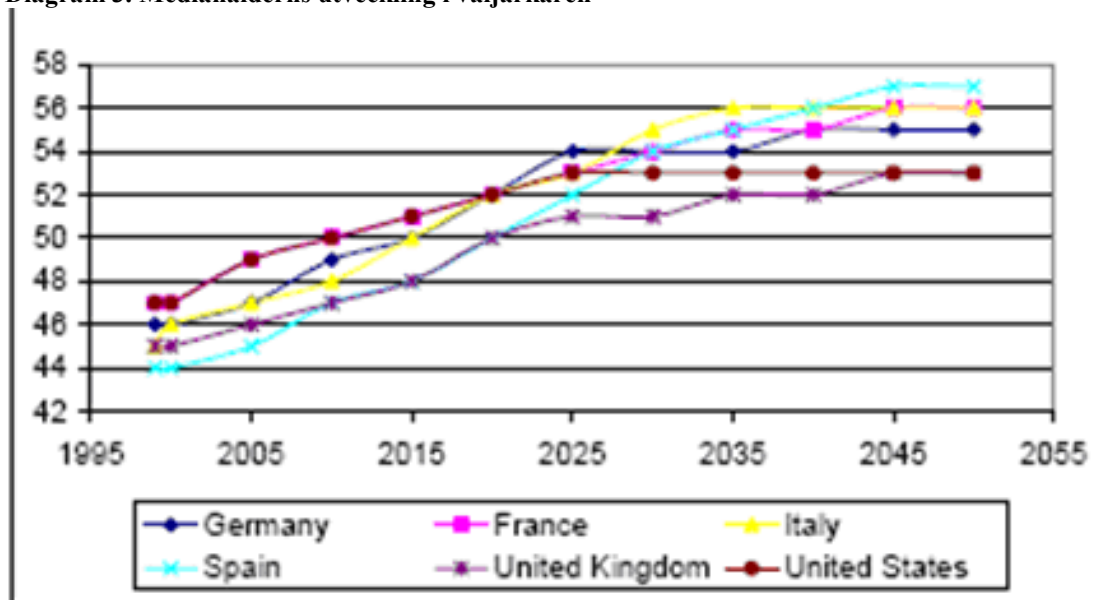
Alla försäkringar omfördelar från dem som drabbas till dem som inte drabbas. Den svenska sjukförsäkringen omfördelar dessutom stora summor mellan höginkomsttagare och låginkomsttagare. Att det finns en politisk vilja att omfördela resurser i samhället syns såväl i skattesystemet som i socialförsäkringarna. Den politiska viljan att omfördela kan förklaras med att det finns politiska preferenser över inkomstfördelningen i samhället. Dessa preferenser påverkar såväl skattesystem som socialförsäkring. Det kan tyckas svårt eller näst intill omöjligt att analysera den ”politiska viljan”. En modell som erbjuder viss förklaring är medianväljarteoremet. Precis som att man antar att varje individ är nyttomaximerare kan man anta att politiker är röstmaximerare. Politiker antas med denna ansats inte vara välvilliga diktatorer som enbart agerar utifrån samhällets bästa. Individen väljer politiker efter hur väl de egna preferenserna tas till vara av politikern. Politikern i sin tur sätter sina preferenser på ett sådant sätt att han får maximalt med röster och kan vinna valet. Man tänker sig att en specifik fråga skulle avgöras i ett enkelt majoritetsval. I detta fall skulle man kunna tänka sig att man väljer mellan att rösta för en kraftig omfördelning eller för ett aktuariemässigt försäkringssystem. Medianväljarteoremet säger att det är medianväljarens åsikt som kommer att realiseras politiskt eftersom det är han/hon som har den avgörande rösten i ett enkelt majoritetsval. Det är rimligt att anta att varje individ har egna preferenser över fördelningen i samhället som till stor del beror på hur de själva påverkas. Den som själv har hög risk borde vilja se en större omfördelning till högriskindivider än en person i en lågriskgrupp. Medianväljarens preferenser är således viktiga för vilken politik som kommer att realiseras. Eftersom risk för sjukdom är starkt korrelerad med ålder kan man anta att en stigande ålder kommer att påverka den politiska viljan i riktning mot mer omfördelning. I takt med att medianväljarens ålder borde därför en omfördelning av sjukförsäkring få ett ökat politiskt stöd. Medianåldern i väljarkåren vid genomförandet av den svenska pensionsreformen var ungefär 48 år<sup>25</sup>. Förutsatt att vi i Sverige får en liknande demografisk förändring som övriga Europa kan man anta att medianåldern i väljarkåren inom kort kommer vara en bra bit över 50 år. En åldrande medianväljare innebär även en medianväljare som har större risk att bli sjukskriven och således borde förespråka en större omfördelning från lågriskgrupper till högriskgrupper. Ohälsotalet för åldersgruppen 45-49 år, där medianväljaren finns idag, är 52,9 dagar. I nästa

---

<sup>25</sup> Kruse Agneta (2003) s.93

åldersgrupp (50-54 år) är ohälsotalet 66,6 dagar. Detta tyder på att vi inom några år kan få en medianväljare vars ohälsotal är 26 % högre än dagens medianväljare.

Diagram 3. Medianålderns utveckling i väljarkåren



(Källa: Galasso, Profeta (2004) s.26)

Medianväljarens ålder stiger i de flesta europeiska länder till följd av låga födelsetal och en längre livslängd<sup>26</sup>.

## 5.6 Regleringsmisslyckanden i den svenska sjukförsäkringen

Anledningen till att sjukförsäkringen är statligt administrerad är att man antar att den inte kan tillhandahållas på ett önskvärt sätt på en fri marknad. Det finns flera marknadsmisslyckanden att befara på en helt oreglerad sjukförsäkringsmarknad. Ett av dem kan härledas till att informationen som finns är asymmetriskt fördelad mellan försäkringsbolag och försäkringstagare. Det är dock ett problem som finns på alla försäkringsmarknader och kan ensamt inte förklara motivet bakom den statliga och obligatoriska sjukförsäkringen. Det finns även med en fördelningsfråga i beslutet att ha en statlig och obligatorisk sjukförsäkring. Det finns en politisk vilja att alla ska ha en sjukförsäkring till en rimlig kostnad. Givet denna politiska önskan har man valt att organisera sjukförsäkringen som en obligatorisk offentlig sjukförsäkring.

<sup>26</sup> Galasso, Profeta s.26

Det finns alltid en risk att en reglering som kommit till för att förhindra ett marknadsmisslyckande istället utvecklas till ett regleringsmisslyckande. Regleringen har tillkommit för att nå ett visst resultat. Kan man säga att den svenska sjukförsäkringen är vad den vill vara? Den svenska sjukförsäkringen kan påstås lida av regleringsmisslyckanden på flera punkter.

- Sjukskrivningar varierar över tid och plats på ett sätt som inte kan förklaras med skillnader i hälsa
- Sverige har högre sjukskrivningstal än andra länder med jämförbar hälsostatus
- Sjukskrivningar följer konjunkturen

Dessa punkter pekar på att försäkringen inte gör det den är tänkt att göra, nämligen att hantera risk för arbetsoförmåga. Sambandet mellan utnyttjande av sjukförsäkringen och konjunkturläget antyder att den svenska sjukförsäkringen kan ha använts som ett sätt att tackla förändringar på arbetsmarknaden. Samtidigt ska man ha klart för sig att det alltid har funnits en koppling mellan folks benägenhet att använda sjukförsäkringen och hur läget på arbetsmarknaden sett ut. I goda tider är man inte lika rädd att bli av med jobbet och vågar därför sjukskriva sig i högre grad än i dåliga tider.<sup>27</sup> Vad som är än mer förbryllande ur ett försäkringsperspektiv är den regionala skillnaden i användandet av sjukförsäkringen. Ohälsotalet är betydligt högre i Norrbotten och Västerbotten än i t.ex. Stockholms och Kronobergs län<sup>28</sup>. År 2002 hade t.ex. norrbottningarna 56 dagar ersatta i genomsnitt medan kronobergarna hade 35 dagar ersatta, en skillnad på 57 %<sup>29</sup>. En skillnad som om hänsyn tas till befolkningsstruktur och ”övriga förhållanden” enligt inte borde vara större än 4 dagar<sup>30</sup>. Dessa omständigheter gör att man inte kan se den svenska sjukförsäkringen som en helt lyckad reglering. Osäkerheten är för stor. Eller för att låna socialförsäkringsutrednings formulering: försäkringsmässigheten behöver stärkas. Försäkringen i dess nuvarande form har till skillnad från den tyska försäkringen stora portioner godtycklighet i bedömningen av sjukfall. Denna godtycklighet visar sig i variationer i användandet som inte kan förklaras av förändrat hälsotillstånd.

---

<sup>27</sup> Elektronisk källa 10: Samtal om socialförsäkring nr.2 s.15

<sup>28</sup> Elektronisk källa 10: Samtal om socialförsäkring nr.2 s.47

<sup>29</sup> Elektronisk källa 9: RFV s.4

<sup>30</sup> Elektronisk källa 9: RFV s.6

## 6 Den tyska sjukförsäkringen

I Tyskland finns det två sjukförsäkringssystem, den offentliga sjukförsäkringen som täcker största delen av befolkningen och ett privat system som är valbart för dem med höga inkomster. Fokus i denna uppsats ligger på konkurrensen i det offentliga systemet och den privata försäkringen kommer därför endast att presenteras kortfattat. En omfattande reform av den tyska sjukförsäkringen är på gång. Bland annat ska den nuvarande riskutjämningen mellan de konkurrerande kassorna inom den offentliga sjukförsäkringen stärkas. Initialt var denna förändring tänkt att drivas igenom redan 2007 men är nu försenad till tidigast 2009<sup>31</sup>.

### 6.1 Översikt och historik

De tyska sjukförsäkringarna, fortsättningsvis *Krankenkassen* har ett större ansvarsområde än den svenska försäkringskassan. Till skillnad från den svenska försäkringskassan ska de tyska *Krankenkassen* förutom sjukpenning även betala för vårdkostnader och är ansvariga för rehabilitering<sup>32</sup>. Dessa kostnader finansieras genom försäkringsavgifter som betalas av arbetstagaren och en lika stor del av arbetsgivaren. Därtill kommer visst tillskott genom skattemedel. Det mer omfattande ansvarsområdet för *Krankenkassen* gör att de har starka incitament att hålla utbetalningar nere, och därför även hålla sjuktalet nere. De har även stora möjligheter och incitament att förbättra arbetsförhållanden på arbetsplatser.

I Tyskland finns två olika typer av sjukförsäkringar, offentliga (*gesetzliche*) och privata (*private*). För invånare med en inkomst under 48150 Euro per år<sup>33</sup> (för år 2008) råder försäkringsplikt. Dessa invånare måste välja en av de många *Krankenkassen* i det offentliga systemet. För invånare med en högre inkomst är medlemskap i en *Krankenkasse* frivilligt. De kan därmed välja att vara oförsäkrade eller att teckna en privat sjukförsäkring till marknadsmässiga priser och villkor. Dessa privata försäkringar har tillskillnad från de offentliga försäkringarna en riskbaserad premie. En höginkomsttagare som väljer att teckna en privat försäkring är för alltid utesluten från det offentliga systemet.

---

<sup>31</sup> Wasem, Jürgen (2007) s.18

<sup>32</sup> Elektronisk källa 8: RFV analyserar 2003:16 s.18

<sup>33</sup> Elektronisk källa 3: Die Bundesregierung

### **6.1.1 Historik**

Sedan 1996 får alla tyskar välja vilken kassa de vill tillhöra. Tidigare var detta val endast förbehållet vissa grupper, vilket ledde till en orättvis särställning hos dem som kunde välja den billigaste försäkringen eller för dem som hade turen att tillhöra en kassa med låg avgift. Redan innan alla fick möjlighet att fritt välja försäkringskassa fanns flera hundra olika kassor. De största var (och är) AOK:s, eller *Allgemeine Orts Krankenkassen* och BKK:s *Betriebskrankenkassen*. AOK:s kassor var ortsbestämda, medan BKK:s var yrkesbestämda. Eftersom ohälsa är regionalt och yrkesmässigt skiftande var det stor skillnad i riskstruktur mellan kassorna. En kassa med huvudsakligen låginkomsttagare med slitsamma jobb hade högre utbetalningar och därför även högre avgifter än en kassa med huvudsakligen högutbildade. Det var alltså med en på förhand ojämn riskfördelning som konkurrensen mellan kassorna inleddes.

### **6.2 Privata försäkringar**

De privata försäkringarna prissätts som vilken marknadsförsäkring som helst och priset motsvarar därför den förväntade utbetalningen för varje individ plus ett administrativt påslag. Eftersom risken för sjukdom ökar med ålder kan det vara lockande att teckna en privat försäkring i unga år medan premien är låg. För att undvika *cream-skimming*, där de privata försäkringsbolagen försäkrar unga och friska individer som senare i livet byter till det offentliga systemet när risken och därför även premien stiger, är det inte möjligt att komma tillbaka till det offentliga systemet när en privat försäkring en gång är tecknad. En nyttomaximerande individ måste således se till hela livet när han väljer att teckna en privat försäkring.

### **6.3 Den allmänna försäkringen**

Försäkringen täcker i båda fallen såväl kostnader för sjukvård som förlorad arbetsinkomst. Historiskt har det funnit otaliga krankenkassen. Dessa var ofta knutna till en ort, yrke eller ett

företag. Gemensamt för alla kassor är att de måste erbjuda ett grundskydd som är reglerat i lag (sociallagbok 5). Utöver detta grundskydd står det försäkringskassorna fritt att erbjuda extra förmåner. De kan till exempel erbjuda gratis vaccinationer, gratis screeningundersökningar av vissa sjukdomar eller subventionerade läkemedel. Det som ersätts över grundutbudet är helt upp till respektive krankenkasse<sup>34</sup>. Jämförelsen med Sverige blir något haltande eftersom kassorna i Tyskland även har ansvar för sjukvårdskostnader. Detta leder till att sjukpenningen endast kan förklara en del av konkurrenssituationen i Tyskland eftersom kassorna också skiljer sig åt vad gäller ersättningar över det lagstadgade grundskyddet.

Ersättningsregler för sjukpenning:

- Dag 1-2: 100 % ersättning från arbetsgivaren
- Dag 3-42: 100 % ersättning från arbetsgivaren, läkarintyg krävs
- Dag 43-365: 70 % av bruttolönen (ej skattepliktig)

Läkare som gör bedömningen om nedsatt arbetsförmåga har tydliga riktlinjer att gå efter. Detta ska säkerställa en rättssäker, tydlig och likvärdig behandling av alla försäkringsärenden. Försäkringsplikten gäller inte dem som i tre år har haft en inkomst överstigande en bestämd årsgräns. År 2008 ligger denna gräns på 48150 Euro per år<sup>35</sup>. I enlighet med tysk socialpolitik där kärnfamiljen värnas är familjemedlemmar medförsäkrade om en familjemedlem (oftast fadern) är förvärvsarbetande och därmed medlem i en allmän krankenkasse. Försäkringstagaren får fritt välja mellan hundratals olika kassor. Möjligheten att lämna det offentliga systemet minskar möjligheterna till omfördelning mellan höginkomsttagare och låginkomsttagare eftersom många av dem med högst inkomst finns utanför systemet. Å andra sidan har systemet en hög rättfärdighet och acceptans i och med att det står de största nettobetallarna fritt att lämna systemet.

### 6.3.1 Finansiering

De privata försäkringarna betalas av respektive försäkringstagare, liksom andra marknadsförsäkringar. De allmänna sjukförsäkringarna finansieras via avgifter som kassorna

---

<sup>34</sup> Busse, Riesberg s.67

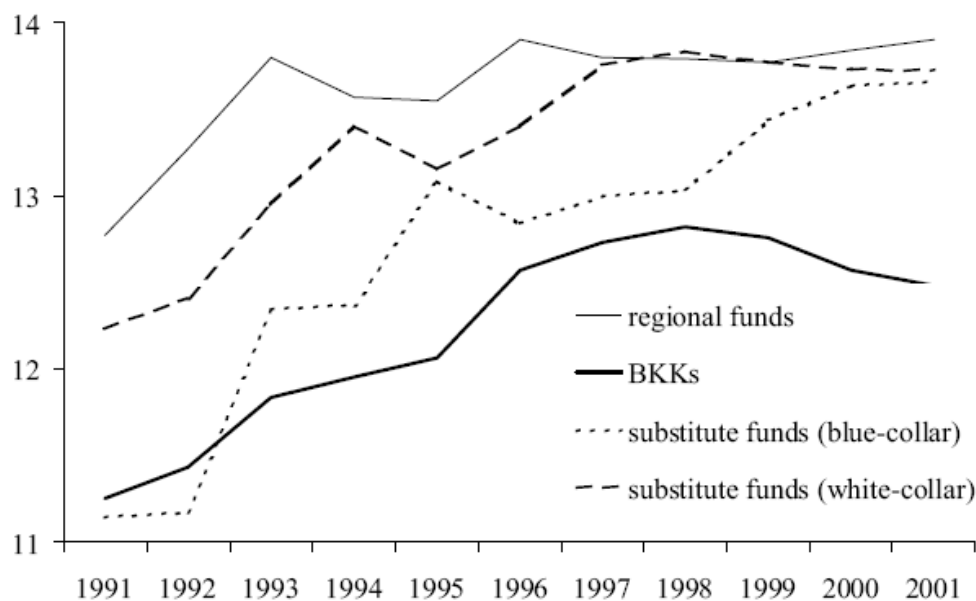
<sup>35</sup> Elektronisk källa 3: Die Bundesregierung

själva fastställer och av en lika stor del som betalas av arbetsgivaren. Innan 1996 då endast ett fåtal fritt fick välja kassa var det stor skillnad mellan kassornas avgifter. De kassor som hade huvudsakligen höginkomsttagare som sällan är sjuka kunde ha lägre avgifter än de kassor som riktade sig mot högriskyrken. Detta ledde till en situation som ansågs orättvis. Sedan 1996 får alla fritt välja försäkringskassa, vilket har påverkat avgifterna.

### **6.3.2 Riskgruppsutjämning**

För att undvika att vissa kassor skulle få en bättre riskstruktur även efter konkurrensutsättningen infördes en mekanism för riskstruktursutjämning mellan kassorna. I det svenska systemet sker denna riskutjämning mellan hög- och lågriskindivider genom att alla betalar samma avgiftssats och är med i samma riskpool oavsett risk. I den tyska modellen vill man att kassorna ska ha incitament att hålla kostnader nere. Tanken har därför varit att låta dem konkurrera med bl.a. storlek på avgift samt utbudet av extra förmåner. För att förhindra ojämlika riskpools i de olika kassorna finns en mekanism tänkt att kompensera kassorna för deras olika riskstrukturer. På detta sätt ska det fortsatt vara lönsamt för varje kassa att hålla kostnaderna nere oavsett vilken riskstruktur man har i ”poolen”. Systemet kallas RSA, eller ”*Risikostrukturausgleich*”. Med ett fungerande system borde inte skillnaden i riskstruktur hos de olika kassorna ge upphov till skillnader i avgift i någon större utsträckning. Så var i alla fall tanken. Som synes på diagram 4 här under så skedde viss konvergens av avgifterna sedan 1996. Det finns dock ett klart undantag, BKK-kassorna som historiskt sett har haft en klart lägre avgift fortsatte även efter konkurrensöppningen att ha klart lägst avgifter. Detta tyder på att den tyska modellen för riskutjämning inte har fungerat tillfredsställande.

Diagram 4. Avgiftsutveckling på den tyska allmänna sjukförsäkringsmarknaden 1991- 2001



(Källa: Knaus, Nuscheler (2002) s.25)

Avgifterna är angivna i procent av inkomsten. På y-axeln är avgiftssatsen i %, på x-axeln årtal. Sedan 1996 får alla tyskar fritt välja sjukförsäkring vilket har lett till en tydlig konvergens för avgifter för alla typer av kassor utom BKK-kassorna. Dessa hade redan innan konkurrensutvidgningen 1996 en klart bättre riskpool än övriga kassor, vilken de lyckats behålla eller till och med förbättra.

Riskutjämnningen är tänkt att kompensera kassorna för deras riskstruktur. Kassor med många högriskindivider och många medförsäkrade familjemedlemmar (som inte betalar avgift) ska kompenseras för detta. Skillnaden i avgift beror på flera faktorer. BKK-kassorna erbjuder jämförelsevis få förmåner utöver grundskyddet. Med en BKK-kassa får man således mindre skydd och betalar därför mindre. Detta skulle kunna ses som en efterfrågeanpassning där de med lägre riskaversion köper en sämre försäkring helt i enlighet med sina preferenser. Detta är effektivt och borde anses rättvist så länge detta val beror på riskaversion snarare än faktisk risk. Att folk väljer utifrån hur de uppfattar och värderar sin risk måste ses som välfärdsförbättrande, att de väljer utifrån hur den egna risken ser ut strider mot idén med socialförsäkringen, att den egna risken inte ska påverka kostnaden för sjukdom.

Kassorna har inte rätt att neka någon inträde. Det finns dock andra sätt att få behålla en god riskstruktur. Ett sätt kan vara att ge sämre service och därmed sämre kvalitet till dem man anser har högre risk så att de byter kassa. Ett annat sätt är att utnyttja att man från början har haft en bra riskstruktur och att ett byte av försäkring är förbundet med en byteskostnad. Ett byte av krankenkasse är förbundet med en informationskostnad. Informationskostnaden består



dels av informationssökande som handlar om priser och villkor för att kunna hitta den mest prisvärda försäkringen, dels om information som rör rutiner kring hur försäkringen fungerar praktiskt. För den som varit sjuk och lärt sig exakt vilka rutiner som gäller vid nyttjade av försäkringen kan denna kostnad vara stor. Information om hur ersättningsanspråk ska hanteras i en specifik krankenkasse går förlorad om man byter kassa. Det är främst högriskindivider som har använt sig mycket av försäkringen som har tillgång till denna information. Högriskindivider har bl.a. därför en högre byteskostnad än lågriskindivider. Det är i sammanhanget viktigt att komma ihåg att värdet av en försäkring inte utgörs av den faktiska utbetalningen utan av känslan av trygghet och förutsägbarheten i kostnaderna. Vet man inte hur försäkringen fungerar är den mindre värd.

Försäkringstagarna betalar in sin avgift till den egna krankenkassen som sedan måste betala en viss avgift till RSA. Krankenkassen ska för varje försäkrad individ betala in en avgift som motsvarar den genomsnittliga kostnaden för samtliga kassor. Inbetalningens storlek beräknas således som om alla individer har en genomsnittlig risk. Samtliga individer delas sedan in i en av omkring 100 riskgrupper baserat på kön, ålder och arbetsförmåga. De inbetalade medlen betalas sedan tillbaka till kassorna genom att varje individ ersätts med den genomsnittliga kostnaden som alla kassor har för varje riskgrupp<sup>36</sup>. Riskutjämnningen görs således utifrån demografiska skillnader i riskstruktur. Medan inbetalningen till RSA motsvarar den genomsnittliga kostnaden för de avgiftsbelagda är ersättningen ur RSA beräknad utifrån vilken riskgrupp de försäkrade tillhör. De krankenkassen som har en sämre riskstruktur får ett bidrag av RSA, medan de med bättre struktur får betala. Kassor som har ickebetalande familjemedlemmar blir kompenserade genom att dessa medlemmar inte tas med på kostnadssidan i RSA men i utbetalningssidan. Endast utgifter för den grundläggande och lagstadgade vården räknas in, inte kostnader för extra förmåner eller administrativa avgifter.

Problemet med denna struktur är att det aldrig går att kompensera fullt ut. Det finns alltid högriskindivider bland dem som rent statistiskt borde vara lågrisk och tvärtom. Kassorna blir således kompenserade för en statistiskt förväntad risk, medan man som nyttomaximerande individ väljer kassa utifrån en konkret faktisk risk. Det kassan vinner på är att ha faktiska lågriskindivider snarare än statistiska sådana. I samband med att folk själva fick välja kassa ökade bytet av sjukassor. Byten av sjukförsäkring var inte jämnt fördelat över befolkningen. Flitigast att byta kassa var de unga och friska<sup>37</sup>. Riskutjämnningssystemet visade sig ha flera

---

<sup>36</sup> Knaus T, Nuscheler R, (2002) s.8

<sup>37</sup> Knaus T, Nuscheler R, (2005) s.1254

svagheter. Bland annat kom det faktum att administrativa kostnader inte utjämnades genom RSA att bli en nackdel för nettomottagarkassorna. De kassor som har högst risk och därmed också högst utbetalningar visade sig även ha högre administrativa kostnader än andra kassor eftersom de har fler utbetalningar att administrera. Dessa kostnader ersattes inte genom utjämningsystemet. En annan, och kanske viktigare, förklaring till att BKK-kassorna även fortsättningsvis kunde ha lägst avgifter står att finna i skillnader i byteskostnader mellan olika individer. Riskutjämnningen var inte tillräcklig samtidigt som friska personer bytte till BKK-kassorna i hög utsträckning. Det visade sig att lågriskindivider har lägre kostnad av att byta kassa och därför också gör det i högre utsträckning än dem med hög risk. Detta leder till en ökad mobilitet bland lågriskindivider som i sin tur gav möjlighet till cream-skimming trots RSA.

## 7 Marknadsmislyckanden på den tyska marknaden

På den tyska sjukförsäkringsmarknaden har man på ett bättre sätt än i Sverige hanterat problem med Moral Hazard i betydelsen att försäkringens användande inte varierar över tid som i Sverige<sup>38</sup>. Det är inte enbart tack vare konkurrensen som sjukskrivningarna är lägre i Tyskland än i Sverige. Stor del av skillnaden kan förklaras med skillnader i intygskrav och ansvarsfördelningen mellan arbetsgivare och försäkringskassa. Konkurrenssituationen har däremot medfört en del andra problem som vi inte har i Sverige.

### 7.1 Moral Hazard på den tyska sjukförsäkringsmarknaden

Som tidigare nämnt är sjukskrivningarna lägre i Tyskland än i Sverige. Otaliga studier såväl utländska som svenska har behandlat ämnet Moral Hazard i sjukförsäkringar<sup>39</sup>. Det står klart att generositeten i systemet påverkar antalet sjukdagar, vilket man kan se bl.a. i Sverige där sjukskrivningar förändras i takt med att systemet reformerats. Ett tydligt exempel är ett experiment som utfördes i Göteborg som visar att längden på sjukskrivningen till stor del beror på hur länge man får vara sjukskriven utan läkarintyg<sup>40</sup>. Även ersättningsnivån i försäkringen påverkar sjukfrånvaron. RFV<sup>41</sup> visar i en jämförelse mellan bl.a. Tyskland och Sverige att det inte går att isolera dessa effekter utan att de måste ses i ett större sammanhang<sup>42</sup>. Tyskland har till exempel 100 % ersättning från första dagen och låg frånvaro medan Sverige med en karensdag och 80 % ersättning har betydligt högre frånvaro. Skillnaden kan förklaras med att de tyska reglerna är hårdare gällande intygskrav redan från dag tre samt ett närmare samarbete mellan försäkringskassa och arbetsgivare. Det är viktigt att inse att ersättningsgraden påverkar sjukfrånvaron men att den inte är den ensamt avgörande faktorn.

---

<sup>38</sup> I betydelsen att försäkringen inte följer konjunktur eller annan faktor som ej har med hälsa att göra

<sup>39</sup> Se t.ex. Johansson & Palme (1994)

<sup>40</sup> Hesselius, Johansson, Larsson Ekonomisk debatt nr 2 2006

<sup>41</sup> RFV= *Risikoförsäkringsverket* vilket är namnet på den myndighet som hade ansvar för socialförsäkringen innan myndigheten *Försäkringskassan* bildades

<sup>42</sup> Elektronisk källa 8: RFV analyserar 2003:16

## 7.2 Adverse Selection

En förutsättning för att ett adverse selection-problem ska uppstå är att det finns möjlighet att avstå från att köpa en försäkring. I den svenska sjukförsäkringen förekommer inte adverse selection eftersom det endast finns en riskpool till vilken medlemskap är obligatoriskt. Problemet i sin teoretiska form består i svårigheten att skilja högriskindivider från lågriskindivider. Med en enhetlig avgift är då individer med hög risk mer benägna att teckna försäkring vilket medför en förhöjd risk i riskpoolen. Bland de tyska kassorna syns detta problem i skillnaden i avgift för de olika kassorna. Ett från början skevt urval gav upphov till stor skillnad i avgifter mellan olika kassor. Detta skulle rättas till genom att tillåta samtliga individer att välj kassa och på så sätt få marknadskrafter att jämna ut dessa skillnader. Genom adverse selection kan cream-skimming-problem uppstå antingen genom aktiva, eller genom passiva riskurval<sup>43</sup>. Ett aktivt urval skulle vara att neka högriskindivider inträde eller att locka till sig enbart lågriskindivider. Ett passivt riskurval uppstår då individerna själva oberoende av kassans agerande väljer kassor på ett sådant sätt att det blir skillnader i riskstrukturen. Indikationer om att det finns ett adverse selection-problem får man genom att titta på avgifterna för de olika typerna av kassor samt siffror över hur folk har bytt kassor sedan möjligheten gavs 1996. Tros att BKK-kassorna, som alltid har haft lägst avgifter, fick ett stort tillskott av medlemmar kunde de sänka sina avgifter medan övriga kassor, som följaktligen förlorat medlemmar, tvingades höja sina avgifter<sup>44</sup>. Nuscheler och Knaus har i en studie visat att detta problem går att förklara med skillnader i transaktionskostnader mellan riskgrupper och att adverse selection-problemet därför beror på passiva riskurval. Att kassorna själva aktivt skulle göra val som påverkar riskurvalet fann de inget stöd för.<sup>45</sup> Förklaringen till problemet är att riskutjämningsmekanismen var otillräcklig. Tanken bakom riskutjämnningen var att ingen kassa skulle kunna skaffa sig fördelar genom en mer gynnsam riskstruktur. En bra riskstruktur hos enskilda kassor var förklaringen till att vissa hade en låg avgift, vilket ansågs orättvist. Genom att utjämna riskstrukturen var tanken att kassorna skulle få konkurrera genom att pressa sina administrativa kostnader, vilket skulle skapa en mer effektiv sjukförsäkringsmarknad. Mekanismen för riskutjämnning har inte lyckats ersätta de kassor som har en högre risk än andra kassor. Det har visat sig att friska individer har bytt försäkring

---

<sup>43</sup> Knaus, T & Nuscheler R (2005) s.1255

<sup>44</sup> Knaus, T & Nuscheler, R (2005) s.1258

<sup>45</sup> Knaus, T & Nuscheler, R (2005) s.1260

oftare än de som är sjuka<sup>46</sup>. På så sätt har kassorna som tack vare gynnsam riskstruktur kunnat ha låga avgifter fått ett tillskott av friska personer, medan övriga kassor har fått en högre andel sjuka personer. Detta har kunnat fortgå eftersom de olikheter i riskstruktur som uppstått inte har kompenserats fullt ut genom RSA. Utjämningen var bristfällig på flera punkter

- För att ge incitament till kassorna att pressa sina administrativa kostnader togs ingen hänsyn till administrativa kostnader i utjämningen. Detta medförde att kassor med många sjukskrivningsfall missgynnades eftersom de oundvikligen har högre administrativa kostnader. Även om de skulle lyckas pressa ner den genomsnittliga administrativa kostnaden har de högre totala administrativa kostnader till följd av ett högre antal ärenden att administrera.
- En annan brist hos riskutjämningsystemet var att det inte gjorde skillnad mellan sjuka och friska personer. Kassorna blev kompenserade för vilken risktyp en individ tillhörde snarare än vilken kostnad han faktiskt medförde. En 30 årig man utan barn renderade kassan samma typ av riskkompensation oavsett om han var diabetiker eller kärnfrisk. Hade personer med extremt höga kostnader varit jämnt fördelade inom respektive riskgrupp och alla kassor på så sätt skulle ha samma andel diabetiker inom gruppen ”30-åriga män” hade problemet inte funnits.
- Det hade krävts att byteskostnaderna inte var korrelerade med risken för sjukdom, vilket de har visat sig vara. Unga och friska individer har bytt försäkring i högre utsträckning än de som är äldre. De kassor som initialt har haft en högre andel gamla och sjuka har fortsatt att ha det även om det har varit möjligt för dessa högriskindivider att byta försäkring.

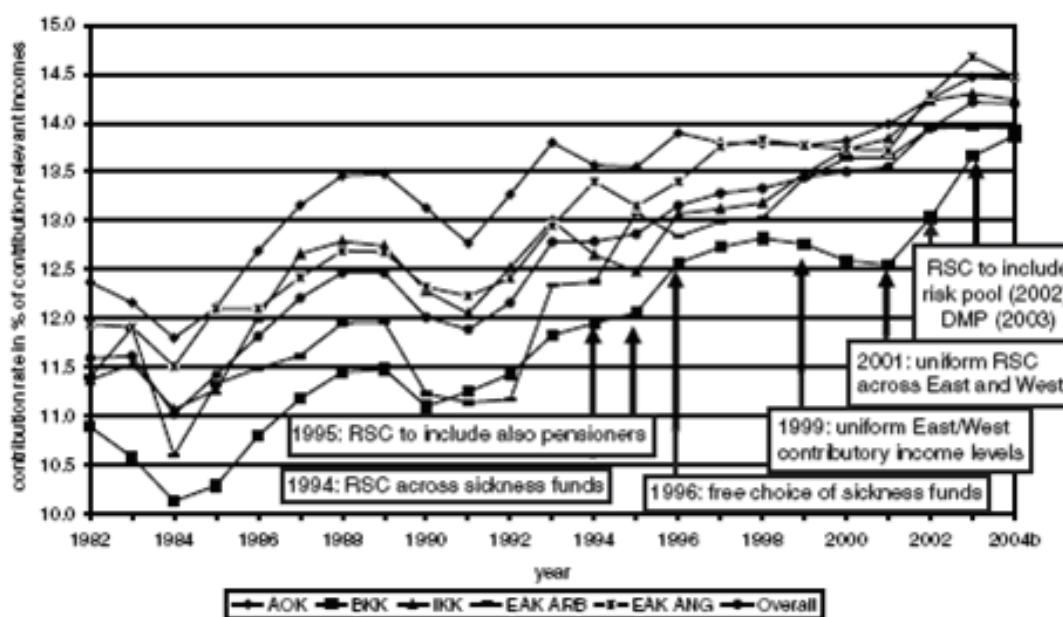
På grund av dessa brister har riskutjämningsmekanismen reformerats flera gånger och ytterligare utveckling av systemet är på gång. Den understa kurvan i diagram 5 visar BKK-kassornas avgiftsutveckling. Man ser tydligt att de ganska kort efter införandet av fritt val av sjukförsäkring kunde sänka sina avgifter till skillnad från övriga kassor. Från och med 2002 infördes en mekanism som skyddade kassorna för kostnader som beror på extremt dyra försäkringstagare. Om en patient kostar mer än 20450 Euro per år får kassan den överstigande

---

<sup>46</sup> Knaus, T & Nuscheler, R (2005) s.1254

kostnaden numera till 60 % täckt ur riskutjämningsystemet<sup>47</sup>. Ytterligare reformer är planerade att införas 2009 då det så kallade ”Morbi-RSA” ska införas. Reformen ska ytterligare minska skillnaden mellan kassorna genom utjämnningen inte längre ska se till demografiska indelningar i riskgrupper som dagens system gör utan riskutjämna efter faktiska sjukdomstillstånd och behov hos respektive patient. Detta innebär att riskutjämnningen blir mer exakt men samtidigt också dyrare. Kassorna kommer att få ersättning som bygger på hur sjuka folk faktiskt har varit snarare än hur sjuka de förväntas vara baserat på den demografiskt bestämda risktyp de tillhör.

Diagram 5. Avgiftsutveckling för de tyska sjukkassorna efter riskutjämningsreformer.



(Källa: Busse, R, Riesberg, A (2004) s.64)

Efter det att riskutjämnningen har reformerats har BKK-kassornas avgifter närmast sig de andra kassornas. Detta tyder på att de inte längre har samma fördel av en bättre riskstruktur. Troligtvis kommer skillnaderna minskas än mer när den nya riskutjämnningen träder i kraft.

## 7.2.1 Creamskimming genom adverse selection

En farhåga som ofta nämns i samband med privatiseringar och utkontraktering av verksamhet är att det ska uppstå cream-skimming. D.v.s. att de privata aktörerna ska ta över de lönsamma bitarna av den tidigare offentliga verksamheten och lämna den kostsamma biten till andra.

<sup>47</sup> Elektronisk källa 1: AOK, So wirkt der Risikostrukturausgleich

Detta problem har man försökt att lösa genom att förbjuda kassorna att neka någon inträde. Kassorna kan alltså inte välja ut vilka individer de vill erbjuda en försäkring utan måste vara öppna för alla. Trots detta finns det risker att cream-skimming kan uppstå. En situation som kassorna kan dra nytta av är det skeva urvalet som uppstår genom adverse selection. Cream skimming sker inte främst för att kassorna gör aktiva val att neka någon utan för att transaktionskostnader i vissa grupper gör att endast ”gräddan” rör på sig. Detta kan givetvis kassorna påverka i viss mån även om de inte kan neka någon inträde. Genom att rikta sin marknadsföring till specifika lågriskgrupper kan de påverka vilka som söker sig till dem. De kan även påverka den befintliga riskpoolen genom att ge högriskindivider sämre kvalitet och samtidigt upplysa dessa om deras möjlighet att byta kassa. På så sätt kan de indirekt påverka såväl inträde som utträde till kassan efter eget intresse. Konkurrensen kan med andra ord leda till incitament att försämra kvaliteten för vissa, vilket är tvärtemot avsikten med valfriheten.

## 8 Vad är privatisering?

Ordet privatisering används i en rad olika betydelser. Gemensamt för dessa olika användningsområden är att man pratar om en offentlig verksamhet som på ett eller annat sätt omregleras så att någon del av organisationen hamnar utanför direkt offentlig styrning. Ordet privatisering är känsloladdat, särskilt i sammanhang som rör den svenska välfärdsmodellen. Det är därför viktigt att reda ut begreppen så att inte ideologiska skygglappar hamnar i vägen för det faktiska resonemang som följer kring den svenska sjukförsäkringen.

### 8.1 Olika former av "privatisering"

Det finns en rad närbesläktade företeelser som ofta något förvirrande kallas för privatisering. Nedan följer en beskrivning av olika former.

- Enligt Simon Domberger och Paul Jensen vid University of Sydney innebär privatisering att det sker en **överflyttning av ägande** från statligt till privat<sup>48</sup>. Att sälja det statliga *Vin och Sprit* är ett exempel på privatisering. Produkterna kommer fortfarande att tillhandahållas mot betalning och även fortsättningsvis vara utsatta för konkurrens. Skillnaden är att det numera är "Pernod Ricard" som äger *Vin och sprit* inte längre den svenska staten.
- Ett annat fenomen som ofta kallas privatisering är när tjänster läggs ut på entreprenad. I dessa fall erbjuds konkurrerande företag genom upphandling att utföra den aktuella tjänsten. Detta kan ske utan att någon som helst överflyttning av ägande sker. Det är endast rätten att tillhandahålla en viss tjänst som flyttas från offentligt till privat regi. Ett exempel på detta är tunnelbanetrafiken i Stockholm som utförs av Veolia transport med landstingsägda SL som uppdragsgivare.
- Ett tredje exempel är att öppna upp en tidigare monopolmarknad för konkurrenter. Detta kan ske helt utan ägandeförändringar eller upphandlingar. Detta kallas vanligen avreglering.

---

<sup>48</sup> Domberger & Jensen (1997) s.68



- Ett sista exempel är omregleringar. I dessa fall förändrar man regleringar som tidigare hållit konkurrenter utanför marknaden. Anledningen till att en tjänst tidigare tillhandahållits hårt reglerat är ofta att den tjänsten eller varan är av sådan karaktär att den antagits inte kunnat tillhandahållas på ett önskvärt sätt. Vid omregleringar kan konkurrens tillåtas men med fortsatt hårda regleringar kring hur varan/ tjänsten får tillhandahållas.

### **8.1.1 Privat produktion, konsumtion och finansiering**

Även om det inte är frågan om att sälja en hel verksamhet kan delar av verksamhet övergå från offentlig till privat regi. Att konkurrensutsätta den svenska sjukförsäkringen behöver inte betyda att man måste sälja försäkringskassan till högstbjudande. En konkurrensutsättning av försäkringskassan behöver inte innebära att man gör om socialförsäkringen till en vanlig marknadsförsäkring där risken för skada avgör premiens storlek.

Man kan skilja mellan privatisering i de tre olika hänseendena, konsumtion, produktion och finansiering. Vad som menas med ovanstående tydliggörs lättast med två fyrfältsmatriser. Den ena representerar privat finansiering vilket innebär att den som konsumerar också är den som betalar. Med offentlig finansiering är det inte konsumenten själv som betalar utan varan finansieras med skattemedel. Privat konsumtion innebär att det är konsumenten själv som bestämmer över konsumtionen. Privat produktion innebär att det är ett privat företag som producerar varan eller tjänsten. En privat konsumerad och producerad vara kan således finansieras offentligt. Dessa distinktioner ska man ha klara för sig när man analyserar en privatisering eftersom det kan innebära att man går från ”offentlig” till ”privat” i någon eller samtliga av dessa tre aspekter. Nedan följer exempel på varor och tjänster i respektive privatiseringskategori.

<b>Offentlig finansiering</b>	<b>Offentlig produktion</b>	<b>Privat produktion</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Offentlig konsumtion A</b>	”Gamla” sjukvårds-systemet	Vårdhem
<b>Privat konsumtion B</b>	Skolval bland kommunala skolor	Skolval med friskolor

<b>Privat finansiering</b>	<b>Offentlig produktion</b>	<b>Privat produktion</b>
	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Offentlig konsumtion C</b>	Kommunal sophämtning	Sophämtning utförd av företag
<b>Privat konsumtion D</b>	Alkohol	Hemförsäkring

49

En privatisering av sjukvårdsförsäkringen skulle inte behöva innebära att man går från ruta A1 till ruta D4. Graden av privatisering måste beslutas från fall till fall beroende på vilka egenskaper som finns hos den aktuella varan eller tjänsten samt hur samhället ser på konsumtionen av varan. I den fortsatta diskussionen om privatisering ska dessa distinktioner hållas i medvetandet. Idag befinner sig sjukförsäkringen i ruta A1. Att konkurrensutsätta försäkringskassan skulle kunna innebära att man förflyttar sig från A1 till B2. I ruta B2 är fortfarande finansieringen offentlig. Däremot är konsumtionen och produktionen privat. Detta betyder att konsumenterna själva får välja vilket försäkringsbolag man vill köpa försäkring av.

<sup>49</sup> Tabellerna bygger på anteckningar från en föreläsning av Fredrik Andersson i kursen ”Topics in public economics” HT 2006 vid Nationalekonomiska inst. Lunds Universitet.

Samtidigt blir även produktionen privat eftersom det inte längre är en myndighet som tillhandahåller försäkringen utan ett privat företag. Den tyska allmänna sjukförsäkringen är privat i denna bemärkelse.

## **8.2 Syftet med privatisering**

Ett vanligt argument för bolagisering och privatisering av statliga verk är en önskad effektivitetsförbättring. En marknad som är mer i linje med EU:s mål om en inre marknad var en av anledningarna till att flera stora avregleringar gjordes på nittioalet. Avregleringarna av el-, post-, taxi-, tele- och inrikesflygmarknaderna gjordes då regeringen ansåg att bristen på konkurrens gjorde marknaderna ineffektiva<sup>50</sup>. Ett annat skäl kan vara att minska kostnaderna genom effektivare administration. Konkurrens väntas leda till högre effektivitet eftersom konkurrensen slår ut dem som inte håller tillräckligt hög kvalitet samtidigt som konsumenternas preferenser tas tillvara bättre på en konkurrensmarknad<sup>51</sup>. Enligt Domberger & Jensen sparade man i Storbritannien omkring 20 % av sina utgifter genom konkurrensutsättning.<sup>52</sup>

## **8.4 Kan den svenska sjukförsäkringen konkurrensutsättas?**

En konkurrensutsättning kan ske på flera olika sätt. Konkurrensen kan vara mer eller mindre omfattande. Jordahl<sup>53</sup> visar i en genomgång av de sex avregleringarna (el, post, tele inrikesflyg, järnväg, taxi) som skedde i Sverige på nittioalet att det inte varit frågan om någon ”fullständig avreglering”. En avreglerad marknad för tankarna till en marknad där aktörerna för agera fritt och där endast markandskrafterna styr. Som Jordahl belyser är det ofta frågan om en omreglering. Nya regleringar tillkommer för att nå önskad situation på marknaden. Att en marknad är reglerad från början tyder på att det finns eller befaras finnas risk för marknadsmisslyckanden. Det kan t.ex. handla om ett naturligt monopol eller en vara med

---

<sup>50</sup> Josefsson, Dennis

<sup>51</sup> Jordahl s.3

<sup>52</sup> Domberger & Jensen s.68

<sup>53</sup> Jordahl s.6

externaliteter. Två tänkbara alternativa sjukförsäkringsregleringar skulle kunna vara att konkurrensutsätta sjukförsäkringen antingen genom driftsentreprenad eller genom ett så kallt kundvalssystem. Vid driftsentreprenad sker konkurrensen om marknaden inte i marknaden<sup>54</sup>. Det innebär att ett antal aktörer kämpar om att under en begränsad tid få tillhandahålla varan eller tjänsten. Vid ett kundvalssystem tillåts en rad olika aktörer samtidigt konkurrera om kunderna på marknaden. Oavsett vilken av dessa modeller man väljer kommer staten att tappa lite av kontrollen över varan eller tjänsten eftersom det kommer in en ny part som tar över driften och/eller ägandet. För varor som det finns politiska preferenser över konsumtionen eller produktionen är det därför viktigt att skriva ett kontrakt med den privata producenten. Som tidigare nämnts är ofta statligt producerade varor eller tjänster statligt producerade just för att det finns politiska preferenser över hur de tillhandahålls. Förutsättningen för att en vara ska kunna tillhandahållas i enlighet med de politiska preferenserna är att man kan precisera dessa i ett kontrakt som man även kan tvinga företaget att hålla. I de fall det finns flera företag som erbjuder samma tjänst måste de politiska preferenserna efterlevas genom regleringar av marknaden. Möjligheten att skriva ett ”bra” kontrakt beror till stor del på karakteristika hos den aktuella varan. I de fall där företaget kan tjäna pengar på att dra ner på kvaliteten hos varan eller tjänsten kommer de att ha incitament att sänka kvaliteten hos varan<sup>55</sup>. Det är således viktigt att kvaliteten går att kontraktera för att ett privat företag ska producera i enlighet med de politiska preferenserna.<sup>56</sup> På grund av befärade kontraktsproblem kan vissa varor lämpa sig bättre för statlig produktion än privat produktion. Enligt Shleifer<sup>57</sup> är statlig produktion att föredra när:

- möjligheten till kostnadsminskning som leder till icke kontrakterbar kvalitetssänkning är omfattande
- innovationer är obetydliga
- konkurrensen är svag och kundval är ineffektiva
- rykten spelar liten roll

Vilken av dessa modeller man väljer beror på egenskaper hos den aktuella varan eller tjänsten. Är det frågan om en vara som kräver stora investeringar i infrastruktur eller där det av andra

---

<sup>54</sup> Domberger & Jensen s.68

<sup>55</sup> Domberger & Jensen s. 71

<sup>56</sup> Shleifer (1998) s. 140

<sup>57</sup> Shleifer (1998) s. 140

skäl är mest effektivt med en producent kan driftupphandlingen vara att föredra. Vill man å andra sidan främst nå ökad valfrihet för kunderna är kundvalsmodellen mer lämplig.

Det finns flera fördelar med konkurrens på sjukförsäkringsmarknaden. Konkurrenten kan tvinga ner de administrativa kostnaderna för försäkringshandläggning. På så sätt kan man även ge dem som betalar ut ersättningar samma incitament som de försäkrade att hålla kostnaderna nere. Dessutom kan en kassa med vinstintresse förmodligen bättre än en myndighet anpassa försäkringen efter kundernas efterfrågan. Det uppkommer givetvis även negativa konsekvenser av en konkurrensutsättning. De marknadsmisslyckanden som från början motiverade det offentliga tillhandahållandet av tjänsten måste hanteras av de konkurrerande företagen. En riskutjämningsmekanism måste konstrueras för att stävja problem med adverse selection. En sådan mekanism medför kostnader som måste vägas mot de förväntade fördelarna.

## 9 En modell av en konkurrensutsatt sjukförsäkring

Olika länder har olika sätt att hantera moral hazard problem i respektive sjukförsäkring. I Sverige har vi för närvarande 1 karensdag och därefter 80 % ersättning medan man i Tyskland får full löneersättning från dag 1. Hur skulle det se ut om försäkringstagarna själva fick bestämma?

### 9.1 Rikners studie

Det finns otaliga tänkbara sätt att utforma en försäkring som ska motsvara individernas preferenser. Avgifter, självrisker och övriga villkor kan kombineras på en rad olika sätt som mer eller mindre motsvarar det som efterfrågas. Utgångspunkten i denna hypotetiska konkurrensutsättning är en studie gjord av bl.a. Klas Rikner<sup>58</sup>.

Rikner m.fl. gjorde en studie av hur folks preferenser över sjukförsäkringen och självrisker ser ut. I Sverige har vi en karensdag och därefter 80 % ersättning (egentligen 77,6%). I undersökningen tittade man på möjligheten att konstruera självrisker med andra kombinationer av karensdagar och ersättningsprocent för att se vad folk föredrog. Som tidigare nämnt har vi i Sverige ofta ändrat såväl antal karensdagar som ersättningsprocent.

Kan man, då med de tyska marknadsmisslyckandena i bakhuvudet, i praktiken genomföra en reform i linje med Rikners studie?

I studien utgick man från en konstant sjukfrånvaro och räknade därifrån fram andra kombinationer av karensdagar och ersättningsnivåer som skulle ge ungefär samma kostnad. För varje given kostnadsnivå kan man sedan beräkna alternativa kombinationer av karensdag och ersättningsnivå som ger samma kostnad, givet initial frånvaro. Dessa kombinationer avbildades som isokostlinjer. Med frånvarodata från RFV räknades tre olika kombinationer fram. I en enkätundersökning fick sedan respondenter svara på vilken kombination de föredrog. I resultatet såg man bland annat att folk väljer självriskkombinationen som är mest

---

<sup>58</sup> Rikner (2002)

gynnsam för dem. Äldre personer väljer flera karensdagar medan unga väljer färre karensdagar.<sup>59</sup>

Rikner isokostlinjer är beräknade på frånvarosiffror från 1988. Eftersom en sjuklöneperiod infördes 1991 finns efter det inte fullt tillförlitlig data för sjukfrånvaron de första 14 dagarna. Försäkringskassan har i en rapport om sjuklöneperioden år 2002- 2004 med hjälp av data från arbetsgivare sammanställt sjukfrånvaro efter fallängd under sjuklöneperioden. Med hjälp av dessa siffror kan man göra om Rikners beräkningar för året 2002.

Genom att undersöka hur många sjukfrånvarofall som är en dag långt, två dagar långt o.s.v. kan man räkna ut kombinationer av karensdagar och ersättningsnivåer som ger samma kostnad. Dessa beräkningar förutsätter att frånvaron inte varierar med förändringar av ersättningsreglerna, vilket även Rikner gjorde i sin studie. Fallängdsstatistik finns endast uppdelad efter kön.

År 2002 fanns en karensdag och därefter var ersättningen 80 %. Den totala sjukfrånvaron (sjuklön+ sjukpenning) fördelade sig på följande sätt de första 8 dagarna:

**Tabell 4. Sjukskrivningarnas fördelning dag 1-8 som andel av den totala frånvaron (sjuklön+sjukpenning) under det första kvartalet år 2002.**

Dag i sjukperioden första kvartalet år 2002	1	2	3	4	5	6	7	8
Andel av total frånvaro % för män+kvinnor	0,81	1,71	1,85	1,58	2,03	1,06	1,89	0,51
Andel av total frånvaro % för män	0,79	1,78	2,13	1,90	2,54	1,29	2,45	0,59
Andel av total frånvaro % för kvinnor	0,82	1,67	1,67	1,37	1,70	0,91	1,53	0,46

**Sjukfall som endast var en dag långa utgjorde en mycket liten del av den totala sjukfrånvaron. Vid åttonde dagen ser man tydligt att kravet på läkarintyg påverkar sjukfrånvaron kraftigt. Att procentsatserna för kvinnor är lägre än för män betyder inte att de har lägre absolut frånvaro. De låga talen beror på att kvinnors korttidsfrånvaro utgör en mindre andel av deras totala frånvaro än männens.**

<sup>59</sup> Granqvist (2002) s.178

Värt att notera är att förhållandevis få personer är sjukskriva endast en dag. Detta beror sannolikt på att man vill vara hemma lite till när man drabbats av en karensdag. Nästa tydliga beteendeanpassning till regelverket ser man efter dag 7. För att få vara fortsatt sjukskriven även dag 8 behövs ett läkarintyg vilket gör att förvånansvärt många tillfrisknar till dag 8.

Beräknat på de totala sjuklöneutbetalningarna för samtliga skulle följande kombinationer ge samma kostnader som den då rådande ersättningen med en karensdag och 80 % ersättning.

**Tabell 5. Isokostalternativ för olika kombinationer av karensdagar och ersättningsprocent**

År 2002	
<u>Antal karensdagar</u>	<u>Procentuell ersättning</u>
0	79,19
1	80
2	81,71
3	83,56
4	85,14
5	87,17

**Dessa alternativ genererar samma kostnader givet en viss sjukfrånvaro. Huruvida valmöjligheten skulle leda till ökad sjukfrånvaro eller ej är svårt att uttala sig om. Dock skulle valfriheten leda till ökade utbetalningar för en given frånvaro om folk valde den kombination som gav dem högst förväntad utbetalning.**

Under antagande att individerna i en valsituation väljer det alternativ som bäst passar deras sjukfrånvaro kommer olika grupper att välja olika kombinationer. Tyvärr saknas statistik på sjukfrånvaro uppdelat efter falllängd för andra grupperingar än för män och kvinnor. Men även för dessa två grupper skiljer sig sjukskrivningsmönstret de första 8 dagarna, även om skillnaden förmodligen skulle bli större om man jämförde grupperna ”gammal” och ”ung”. Om man tittar på den totala sjukfrånvaron under denna period för män respektive kvinnor och utifrån dessa siffror räknar fram den kombination som ger den högsta totala ersättningen under perioden framkommer att män och kvinnor har incitament att göra olika val. De isokost-alternativ som presenterades är isokostalternativ för den genomsnittlige individen. Om man antar att riskpoolen inte består av identiska individer finns det olika optimala val för olika grupper av människor. För att räkna ut vilken av kombinationerna som är bäst för män respektive kvinnor kan man räkna ut vilken total ersättning de skulle få under respektive kombination. Tillexempel ger alternativet utan karensdagar och 79,19% ersättning just 79, 19



% ersättning vid sjukdom. Om en karensdag och 80 % ersättning istället införs når man den nya totala ersättningen genom att subtrahera sjukfrånvaron under denna dag från den ersättningen under de resterande dagarna, alltså  $80\% - 0,81\% = 79,19\%$ . Om detta görs för varje kombination för såväl män som kvinnor ser man att de mest föredragna alternativen skiljer sig åt.

**Tabell 6. Total ersättningsandel under respektive kombination för män och kvinnor**

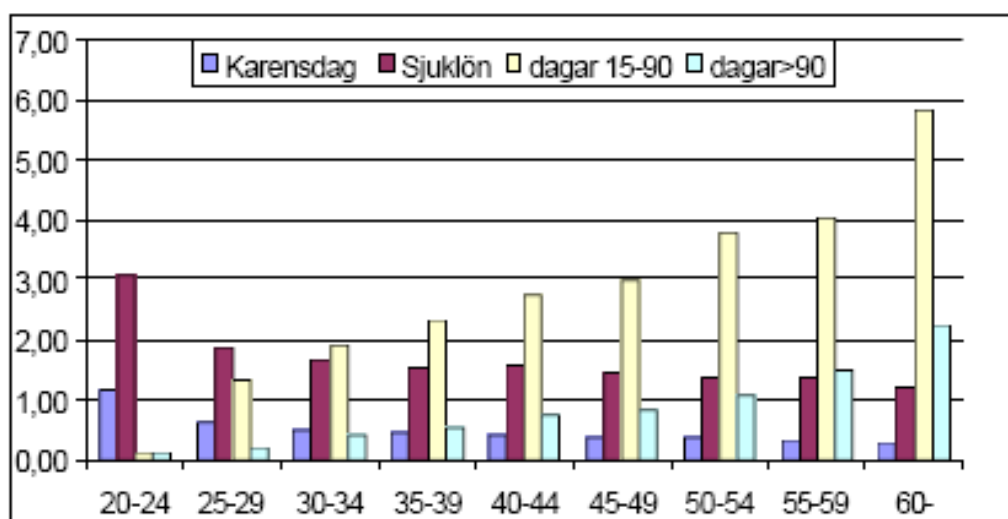
År 2002			
Antal karensdagar	Procentuell ersättning	Total ersättning kvinnor %	Total ersättning män %
0	79,19	79,19303491	79,19303491
1	80	79,18093272	<b>79,21182039</b>
2	81,71	79,2226809	77,43520972
3	83,56	79,4015349	75,30686514
4	85,14	79,60824253	73,40934892
5	87,17	<b>79,9384322</b>	70,86643761

Eftersom kvinnor är mer långtidssjukskrivna än män är det mest fördelaktigt för dem att välja många karensdagar och hög ersättning. För män är det tvärtom mer gynnsamt att välja få karensdagar eftersom de har förhållandevis mycket korta sjukskrivningar.

Enligt denna sammanställning skulle det bästa alternativet för män vara en karensdag och 79,21 % ersättning och för kvinnor 5 karensdagar och 87,17 % ersättning. Det är tydligt att skillnaden i frånvarostruktur hos de båda grupperna gör att grupperna kommer att välja olika alternativ om de ges möjlighet. Skillnaden mellan olika åldersgrupper är troligtvis större än den är för män och kvinnor. Den skillnad som spelar roll i denna jämförelse är skillnad i lång- respektive korttidssjukskrivning. Om det hade funnits data för hur sjukskrivningar är fördelade efter falllängd även för olika åldersgrupper är det mycket troligt att man skulle se tydligare skillnader mellan grupper. De äldre skulle välja fler karensdagar och högre ersättning efter det medan yngre skulle välja ett fåtal eller ingen karensdag eftersom äldre i regel har längre sjukskrivningar än yngre.

Diagrammet visar sjukfallens längd i procent av ordinarie arbetstid för olika åldersgrupper år 2001. Givet denna skillnad i sjukskrivningens struktur mellan åldersgrupper är det högst troligt att de äldre väljer fler karensdagar medan yngre väljer färre.

Diagram 6. Sjukfrånvarostruktur för olika åldersgrupper år 2001



(Källa: SOU 2002:5 s.88)

Diagrammet visar frånvaro i procent av ordinarie arbetstid för olika åldersgrupper. Som synes ökar de längre sjukskrivningarna (de gula och gröna staplarna) markant med stigande ålder

## 9.2 Förväntade marknadsmisslyckanden med "Rikner-modellen"

Det kan tyckas vara nästan självklart att folk väljer den försäkring som ger dem högst förväntad avkastning och att det i sig inte är ett problem.

Ett problem som skulle kunna uppstå om dessa alternativ erbjöds är att det förutom skillnader i hur sjukfrånvaron är fördelad i respektive grupp även finns skillnader i absoluta tal. De som har stora delar av sin sjukfrånvaro i längre sjukskrivningar även har en högre total sjukfrånvaro än dem som har främst korta sjukskrivningar. På detta sätt blir valet av självrisk en signal om vilken risk man har. Genom att erbjuda olika självriskkombinationer kan således försäkringskassorna komma att försöka locka till sig lågriskindividerna. Detta kan leda till problem med "creamskimming" genom adverse selection och genom att ge sämre kvalitet till dem som genom sin självrisk signalerar hög risk. Valet av självrisk talar om huruvida man väntar sig att i huvudsak ha långa eller korta sjukskrivningar.

### **9.2.1 Quality-shading**

En riskpool som inte får stänga högriskindivider ute kommer ändå att ha incitament att förbättra sin riskpool. Om detta inte kan ske genom att kontrollera inflödet kan det göras genom att se till att rätt personer lämnar riskpoolen. Risken finns därför att de oönskade personerna med hög risk får sämre kvalitet eller hjälp att byta kassa. Detta ger upphov till rena samhällsekonomiska förluster eftersom resurser som läggs på att förflytta folk mellan riskpools i detta fall är exempel på rent-seeking. Det finns således en risk att kassorna får incitament att lägga resurser på att försämra sin kvalitet för vissa grupper.

### **9.2.2 Adverse selection-problem**

Problemet med systemet är att valet av självrisk visar vilken risk man har snarare än vilken riskaversion man har. Resultatet blir en försäkring där risken för sjukdom kan komma att påverka avgiften man betalar för sin försäkring. En tillfredsställande riskutjämningsmekanism måste konstrueras. I annat fall kommer troligtvis de nya kassorna kunna locka till sig de friskaste individerna genom skillnader i byteskostnader. Vi tänker oss en situation där försäkringskassans sjukförsäkringsmonopol bryts och konkurrenter tillåts. Dessa får konkurrera genom att erbjuda de olika självriskalternativen samt sätta vilken avgift de vill förutsatt att en och samma självriskkombination har samma pris för alla sökande. Detta ger kassorna incitament att pressa priset på försäkringarna samt att hålla de administrativa kostnaderna nere. Tillskillnad från situationen i Tyskland 1996 då det redan fanns en uppsjö med kassor med olika riskstrukturer finns det endast en kassa där alla är medlemmar. De som kommer att byta till någon av de nya kassorna kommer att göra det eftersom de får en nyttovinster av att göra så. Om kassorna själva får bestämma sina avgifter (priset på försäkringen) kommer de att vilja sätta den så att den minst motsvarar den förväntade utbetalningen för varje individ. Eftersom de inte får sätta sådana priser kommer de istället försöka få in medlemmar vars förväntade kostnader är så låga som möjligt.

Adverse selection kan också komma att bli ett problem på grund av olikheter i byteskostnader mellan individer. Det är högst troligt att högriskindivider kommer att ha en högre kostnad av

att byta kassa. Byten kommer därför att ske i lägre utsträckning bland högriskindivider (*ceteris paribus*). Precis som i Tyskland blir det då fråga om adverse selection som inte kassorna aktivt ligger bakom.

Antag att det finns en riskpool kallad *FK* med en genomsnittlig risk på 10 %. Denna riskpool består av två typer av individer, L med risken 5 % och H med risken 15 %. Avgiften för *FK*:s försäkring hamnar direkt efter konkurrensutsättningen på 12 %. De första 10 % täcker utbetalningar och 2 % de administrativa kostnaderna. Såväl L som H har möjlighet att byta till den nya kassan *NY*. Avgiften i *NY* sätts initialt på 10 %, vilket är lägre än *FK*:s avgift. Kostnaden att byta till den nya försäkringen är 3 % för H och 2 % för L och består i kostnader för att söka information. För H lönar det sig inte att byta så de stannar i *FK*. För L lönar det sig att byta och många gör det. Efter bytet är den genomsnittliga risken i *FK* nu 13 % och i *NY* 5 %. Avgifterna justeras efter riskpoolernas sammansättning och den nya avgiften i *FK* blir 15 % medan avgiften i *NY* sänks till 7 %.

Exemplet är i enklaste laget men beskriver hur adverse selection kan påverka riskstrukturen utan att kassorna gör aktiva val av vem man tar in i sin riskpool. Principen håller så länge det är skillnad i byteskostnader mellan individer med hög och låg risk.

### **9.2.3 Moral Hazard**

Det är svårt att uttala sig om huruvida problemet med moral hazard skulle förvärras med en försäkring där självrisken väljs av försäkringstagaren. Å ena sidan kan det vara så att den som är oärlig och har uppsåt att lura till sig pengar nu på ett bättre sätt kan göra det eftersom han kan välja den mest gynnsamma självrisken. Å andra sidan kan det uppstå situationer där personer som i det nya systemet slipper karensdagen och därför inte behöver ta en extra dag "sjukledigt" för att inte ha tagit karensdagen i onödan. Den avgörande effekten på ett systems moral hazard-problem ligger inte enkom i konstruktionen av självrisken utan måste sättas in i en helhet där man även ser till kontrollmöjligheter, från såväl arbetsgivare som försäkringskassa. Bortsett från rent bedrägligt beteende kan man dock anta att de totala utbetalningarna skulle öka med denna typ av självriskval. Förutsatt att individer väljer den kombination som ger dem den högsta faktiska utbetalningen vid sjukdom måste de totala

utgifterna öka. Varje individ gör ett val som minimerar den totala självrisk, vilket innebär att de totala inbetalningarna i form av självrisker blir lägre. Detta kan givetvis kompenseras med en lägre total frånvaro tack vare en större acceptans för gällande regler eller hårdare kontroller från den vinstmaximerande försäkringskassan. Nettoeffekten är givetvis svår att uttala sig om.

### ***9.3 Riskutjämnningen eller kan marknaden uppfylla politiska fördelningspreferenser?***

En riskutjämningsmekanism är tänkt att utjämna avgifterna för sjukförsäkringar genom att de kassor som har en mer gynnsam riskstruktur betalar en avgift medan de kassor med högre risk för en kompensation för detta. Vikten av ett system som på träffsäkert sätt ersätter kassorna för utgifter de har som beror på en ofördelaktig riskstruktur är viktigt. Strategin att dela in alla försäkringstagare i klasser och därefter kompensera kassorna efter vilka klasser deras medlemmar tillhör visade sig vara otillräckligt. Kärnan i problemet är att en statistisk risk i det tyska systemet kommit att utgöra en genomsnittlig risk för en viss demografisk grupp. Så länge en sådan grupp är större än en individ kommer det leda till adverse selection problem. Dessa problem uppstår genom att folk med en faktisk risk som överstiger den statistiskt tillskrivna risken har lägre incitament att byta kassa än den genomsnittlige individen i just denna demografiskt bestämda riskgrupp på grund av de förhöjda byteskostnaderna för högriskindivider.

### ***9.4 Effektivitetsaspekter av konkurrensutsättning***

Ett effektivt försäkringssystem erbjuder inkomsttrygghet vid sjukdom utan att minska arbetsutbudet nämnvärt. Två viktiga förutsättningar för att försäkringen ska uppfylla detta kriterium är att försäkringen är rättssäker så att man vet vilket skydd man har och att de administrativa kostnaderna hålls till ett minimum så att så stor del av avgifterna som möjligt kan betalas ut i ersättningar.

Arbetsutbudets påverkan beror till stor del på hur systemet klarar att hantera moral hazard problemet. Det är tänkbart att en försäkring som i större utsträckning motsvarar en individs preferenser ger högre sjukfrånvaro eftersom man väljer att det system som ger högst förväntad utbetalning. Samtidigt har den konkurrensutsatta kassan starka incitament att hålla nere antalet felaktiga utbetalningar. Nettoeffekten är det svårt att uttala sig om dels på grund av nyss nämnda anledning och dels på grund av påverkan av kontroller.

Kostnaderna för respektive system skiljer sig förmodligen åt på flera punkter. Även om de konkurrensutsatta kassorna har starka incitament att håll kostnaderna nere tillkommer en rad nya arbetsuppgifter såsom riskdiversifiering och riskanalyser. Adverse selektion problemet i Tyskland visar att en riskgruppsutjämning mellan grupper är otillräcklig om den enbart görs på demografisk grund. En fungerande riskutjämning behöver göras på individuell basis och är därför mycket kostsam. Kostnaderna för dagens system innefattar inte enbart de administrativa kostnaderna som syns i årsredovisningen från försäkringskassan. Utöver dessa kostnader tillkommer rentseeking kostnader kring det politiska beslutet.

## 10 Utvärdering och diskussion

Det exempel på reglering som presenteras här är givetvis inte den enda tänkbara för en svensk konkurrensutsatt försäkringskassa. Man kan tänka sig lösningar där kassorna får konkurrera med såväl innehåll i försäkringsavtalen som med avgifter. Oavsett hur den tänkta marknaden skulle regleras måste det till en riskutjämningsmekanism som inte enbart är konstruerad efter demografiska skillnader mellan kassornas kunder för att kunna uppfylla de politiska preferenserna över fördelningen genom sjukförsäkringen.

De vinster man kan vänta sig av konkurrensen i form ökade incitament att hålla kostnader nere måste vägas mot de nya kostnaderna som skulle uppstå vid skapandet av en riskutjämningsmekanism. Nuscheler och Knaus förklarade adverse selection-problemet i Tyskland med att det finns för lite konkurrens på den marknaden och lösningen på problemet således är att arbeta för att öka densamma. Denna slutsats byggde de på det faktum att de inte fann bevis på att kassorna själva gör aktiva riskurval utan att det är transaktionskostnader som orsakar problemen. I en sådan situation kan man förespråka mer konkurrens i betydelsen att det ska vara lättare att byta försäkringskassa. Resultat av de tyska reformerna måste dock ses i skenet av den situation som rådde innan konkurrensmarknaden i dess nuvarande form bildades. På många viktiga punkter skiljer den sig från situationen i Sverige. I Tyskland hade man innan 1996 en situation som uppfattades som mycket orättvis, där vissa på grund av yrke eller bransch hade förmånen att ha en låg sjukförsäkringsavgift. Målet där var alltså att utjämna avgifterna mellan befintliga kassor. I Sverige har vi inte det rättviseproblemet.

Problemen i den svenska sjukförsäkringen är till stor del organisatoriska problem. Socialförsäkringsutredningens slutsats att det måste bli mer försäkrings- och mindre bidragskaraktär i Sverige kan förmodligen realiseras utan konkurrensutsättning.

### **10.1 Fördelar och nackdelar med konkurrens**

Till fördelarna med konkurrens och avreglerade marknader räknar man vanligtvis kostnadsbesparingar. Hur mycket man kan spara i administrativa kostnader på den svenska



sjukförsäkringen är givetvis svårt att säga. En annan fördel som ofta nämns är marknadens förmåga att ta tillvara på individers preferenser. Utan en marknad blir det upp till staten att gissa vad folk vill ha. Marknaden är på så sätt ett verktyg för att tillgodose efterfrågan. En marknad kan på så sätt fungera som ett test för att undersöka om folk är beredda att betala varans pris<sup>60</sup>. Utan marknad kan det vara så att staten tillhandahåller varor eller tjänster som folk egentligen inte vill ha, i alla fall inte till aktuellt pris. Detta resonemang bygger dock på att det är den privata efterfrågan som ska bestämma huruvida en vara eller tjänst ska tillhandahållas. För varor där politiker har preferenser om hur individer konsumerar är inte marknaden nödvändig för att berättiga en varas pris. En reglering av en marknad tillkommer för att politiker inte är nöjda med det förväntade (eller faktiska) resultatet på marknaden. För att tillgodose de politiska preferenserna även efter en reglering tillkommer en rad kostnader för riskutjämning, kontraktsskrivning och beslutskostnader.

Är sjukförsäkringen en lämplig vara att erbjuda på en reglerad marknad i stället för med statlig produktion? Sjukförsäkringen är en vara som politiker har bestämda preferenser över. Alla ska ha råd med försäkringen och priset ska inte påverkas av den enskildes risk för att bli sjuk. En lyckad reglering kräver att man kan skriva ett kontrakt över hur varan ska produceras och tillgodoses. Enligt Shleifer är det lätt att skriva ett kontrakt så länge staten vet vad den vill ha<sup>61</sup>. Vet man inte vad man vill ha kan man inte heller specificera detta i ett kontrakt. Problemet med sjukförsäkringen är att adverse selection problem som beror på byteskostnader är mycket svåra att komma åt med ett kontrakt mellan staten och försäkringsproducenten. Även om marknaden fullt ut kunde regleras så att producenten inte kunde göra riskurval eller försämra kvaliteten skulle fortfarande ett adverse selection-problem uppstå så länge man tillåter kassorna att ha olika avgifter. Skillnader i avgifter kommer som tidigare nämnts att gynna dem med lägst byteskostnader i första hand. En enhetlig avgift eller en fullständig riskutjämning mellan kassorna är en förutsättning för att de politiska preferenserna över fördelningen ska kunna tillgodoses fullt ut.

---

<sup>60</sup> Coase (1946) s. 175

<sup>61</sup> Shleifer (1998) s.136

## 11 Slutsats

Den svenska sjukförsäkringen har mycket att lära av den tyska. Främst behövs ansvarsfördelningen mellan arbetsgivare, försäkringskassa och arbetstagare/försäkringstagare ses över. Även om en konkurrensutsättning skulle kunna vara ett sätt att komma tillrätta med incitamentsproblem för den utbetalande instansen är det sannolikt inte en ekonomiskt försvarbar reform. Att som på nittioalet förändra incitament att sjukskriva sig med hjälp av karensdagar och lägre ersättning erbjuder enbart konstgjord andning för systemet. De långa sjukskrivningarna kan man inte komma åt genom att ändra incitament för de försäkrade utan snarare genom tydligare riktlinjer för läkare och handläggare på försäkringskassa samt ett samlat ansvar för försäkringskassan.

Man ska dock inte dra slutsatser kring konkurrensens fördelar baserat på förhållanden på den tyska marknaden. För att få mer försäkringskaraktär i den svenska sjukförsäkringen är sannolikt konkurrens inte en nödvändighet. Problemen på den tyska marknaden visar snarare att sjukförsäkring är en olämplig tjänst att tillhandahålla på en konkurrensmarknad om man samtidigt har starka preferenser över hur varan ska tillhandahållas. Riskutjämningen måste ske på individnivå för att inte adverse selection-problem ska leda till cream-skimming. Alternativt måste man reglera marknaden så hårt att konkurrensen i stort sett blir meningslös. De administrativa kostnadsbesparingar man normalt förväntar av en avreglering skulle troligtvis ätas upp av rentseeking-kostnader<sup>62</sup> hos kassorna, ökade kostnader för riskutjämning samt de politiska beslutskostnaderna som kommer av själva regleringen och kontrollen av den samma. Sjukförsäkringen motsvarar ganska väl de punkter Shleifer menade karakteriserar en vara som produceras bäst av staten. Den tyska sjukförsäkringen har många fördelar gentemot den svenska, konkurrensen är troligtvis inte en av dem.

---

<sup>62</sup> Rent seeking innebär ett lägga resurser på sökande efter en redan befintlig ”vinst” istället för att använda resurserna till något produktivt, en samhällsekonomisk förlust således.

## 12 Förteckning över tabeller och figurer

Illustration 1: Marginalnyttokurva riskavert individ s.10

Illustration 2: Marginalnyttokurva riskälskande individ s.10

Illustration 3: Efterfrågan på försäkring hos riskavert individ s.16

Illustration 4: Riskaversion i en state-preference-modell s.18

Illustration 5: Efterfrågan i en state- preference-modell med två risktyper s.19

Diagram 1: Ohälsotalet 1998-2007 per län s.29

Diagram 2: Ohälsotalet år 2007 fördelat per åldergrupp s.30

Diagram 3: Medianväljarens ålder s.34

Diagram 4: Avgiftsutveckling för tyska sjukförsäkringar 1991-2001 s.40

Diagram 5: Avgiftsutveckling för tyska sjukförsäkringar 1982-2004 s.46

Diagram 6: Sjukfrånvarostruktur för åldersklasser 2001 s.59

Tabell 1: Förändring av sjuklöneperiod och ersättningsnivå i sjukförsäkringen 1991-2005 s.26

Tabell 2: Kostnad för sjukpenning och förtidspension år 2002 i den allmänna försäkringen s.31

Tabell 3: Omfördelningen i sjukförsäkringen år 2002 s.32

Tabell 4: Sjukskrivningarnas fördelning dag 1-8 som andel av total sjukfrånvaro s.55

Tabell 5: Isokostalternativ för kombinationer av karensdagar och ersättningsprocent s.56

Tabell 6: Total ersättning med respektive självriskkombination för män och kvinnor s.58

## 13 Referenser

Publicerade källor:

Arrow, Kenneth J, (1963) "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care" *The American Economic Review*, Vol.53, No.5, pp. 941-973.

Busse, Reinhard och Riesberg, Anette (2004) "Health care systems in transition: Germany", Copenhagen, WHO Regional Office for Europe Observatory on Health Systems and Policies.

Coase, Ronald H. (1946) "The Marginal Cost Controversy" *Economica*, New Series, Vol. 13, No.51, 1946, s. 169-182

Domberger, Simon och Jensen, Paul (1997) "Contracting out by the public sector: theory, evidence, prospects" *Oxford review of economic policy*, Vol. 13. No. 4

Galasso, Vincenzo och Profeta, Paola (2004) "Lessons for an Ageing Society: The Political Sustainability of Social Security Systems" *CRR WP 2004-07* Centre for retirement Research Working Papers at Boston Collage

Granqvist, Nina i Biel, Anders et al (2002) *Sjuk och försäkrad* CEFOS

Hesselius, Patrik- Johansson, Per- Larsson, Laura " Hur påverkar kravet på läkarintyg sjukfrånvaron? Erfarenheter från ett socialt experiment" i *Ekonomisk debatt nr. 2 2006*

Johansson, P & Palme, M (1994) "Do economic incentives effect work absence? *Journal of public economics* 59 1996, s.195-218

Jordahl, H. "Avregleringar, entreprenadupphandlingar, kundvalsmodeller och vouchersystem" *The Swedish model rapport nr.8* Ratio

Josefsson, Dennis "Reformerna som förändrade Sverige" *The Swedish model rapport nr.2* Ratio

Knaus, Thomas och Nuscheler, Robert (2002) "Incomplete Risk Adjustment and Adverse Selection in the German Public Health Insurance System". FS IV 02-27, Wissenschaftszentrum Berlin Für Sozialforschung

Knaus, Thomas och Nuscheler, Robert (2005) "Risk selection in the German public health insurance system" *Health Economics* 14, pp 1253- 1271

Kruse, Agneta (2003), "Svenska pensionsreformer under 1900-talet, ett public choice perspektiv" i *Meddelanden från Socialhögskolan 2003:2 25 år i tåten*, red. Harrysson, Mallander, Peterson. Socialhögskolan Lund  
[http://www.soch.lu.se/images/Socialhögskolan/2003\\_2.pdf](http://www.soch.lu.se/images/Socialhögskolan/2003_2.pdf)

Nicholson, Walter (2005) *Microeconomic Theory Basic Principles and Extensions*, 9 ed, Thomson South-Western

Pauly, Mark V. (1968) "The Economics of Moral Hazard: Comment" *The American Economic Review*, Vol.58, No.3, pp. 531-537.

Rikner, Klas i Biel, Anders et al (2002) *Sjuk och försäkrad* CEFOS

Rothschild, Michael och Stiglitz, Joseph (1976) „Equilibrium in competitive insurance markets: An essay on the economics of imperfect information" *The quarterly Journal of Economics*, Vol.90. No.4 s. 629-649.

Schotter, Andrew (2001) *Microeconomics a Modern Approach*, 3 ed, Addison Wesley Longman

Shleifer, Andrei (1998) "State versus private ownership", *Journal of economic perspectives*, Vol. 12 No. 4 s.133-155

Wasem, Jürgen (2007) "Die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleich ab dem Jahr 2009", *GGW 3/2007(juli)7.Jg.*

Elektroniska källor:

Elektronisk källa 1: AOK, *So wirkt der Risikostrukturausgleich*  
[http://www.aok-bv.de/politik/agenda/rsa/index\\_03180.html](http://www.aok-bv.de/politik/agenda/rsa/index_03180.html)

Elektronisk källa 2: *Budgetproposition 2008*,  
<http://www.regeringen.se/sb/d/8703/a/88169;jsessionid=aaTIFLEmv0k9>

Elektronisk källa 3: Die Bundesregierung, *Neue Rechengrößen in der Sozialversicherung für 2008*  
[http://www.bundesregierung.de/nn\\_774/Content/DE/Artikel/2007/10/2007-10-17-neue-rechengroessen-in-der-sozialversicherung-fuer-2008.html](http://www.bundesregierung.de/nn_774/Content/DE/Artikel/2007/10/2007-10-17-neue-rechengroessen-in-der-sozialversicherung-fuer-2008.html)

Elektronisk källa 4: Försäkringskassan statistik 2006:1 *Sjuklöneperioden åren 2002-2004*,  
[http://statistik.forsakringskassan.se/rfvexcel/statpub/Statistik\\_2006-01.pdf](http://statistik.forsakringskassan.se/rfvexcel/statpub/Statistik_2006-01.pdf)

Elektronisk källa 5: *Försäkringskassan, statistik, sjukförmåner, ohälsomått*  
[http://statistik.forsakringskassan.se/portal/page?\\_pageid=47,40404&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://statistik.forsakringskassan.se/portal/page?_pageid=47,40404&_dad=portal&_schema=PORTAL)

Elektronisk källa 6: *Försäkringskassans årsredovisning 2007*,  
[http://www.fk.se/omfk/styrning/redovisningar/dokument/fk\\_ars\\_2007.pdf](http://www.fk.se/omfk/styrning/redovisningar/dokument/fk_ars_2007.pdf)

Elektronisk källa 7: *Mera försäkring och mera arbete* Betänkande SOU 2006:86  
[http://www.regeringen.se/download/fdb4ae15.pdf?major=1&minor=72124&cn=attachmentPublicDuplicator\\_0\\_attachment](http://www.regeringen.se/download/fdb4ae15.pdf?major=1&minor=72124&cn=attachmentPublicDuplicator_0_attachment)

Elektronisk källa 8: RFV analyserar 2003:16  
<http://www.fk.se/filer/publikationer/pdf/ana0316.pdf>

Elektronisk källa 9: RFV *Regionala skillnader i sjukskrivningsmönster*, Delrapport 20021015  
Dnr 3289/02-SSA  
[http://www.forsakringskassan.se/press/pressmed/pm2002/pm40\\_02/bilagapm40\\_02/resus001.pdf](http://www.forsakringskassan.se/press/pressmed/pm2002/pm40_02/bilagapm40_02/resus001.pdf)

Elektronisk källa 10: Samtal om socialförsäkring nr.2 *Sjukfrånvaro i tid och rum*,  
Socialförsäkringsutredningen.  
<http://www.sou.gov.se/socialforsakring/dokument/sjukfranvaro.pdf>

Elektronisk källa 11: Samtal om socialförsäkring nr.5 *Riskgruppsutjämning*,  
Socialförsäkringsutredningen.  
[http://www.sou.gov.se/socialforsakring/dokument/skrift\\_no5.pdf](http://www.sou.gov.se/socialforsakring/dokument/skrift_no5.pdf)

Elektronisk källa 12: Samtal om socialförsäkring Nr. 6, *Trygg i början - om samspelet sjukförsäkring, avtalsersättningar och tid*, Socialförsäkringsutredningen.  
[http://www.sou.gov.se/socialforsakring/dokument/skrift\\_nr6.pdf](http://www.sou.gov.se/socialforsakring/dokument/skrift_nr6.pdf)

Elektronisk källa 13: SCB  
[http://www.scb.se/templates/tableOrChart\\_\\_\\_\\_33883.asp](http://www.scb.se/templates/tableOrChart____33883.asp)

Elektronisk källa 14: *Socialförsäkringens omfattning och finansiering 2005-2008*  
<http://www.forsakringskassan.se/filer/publikationer/pdf/ana0705.pdf>

Elektronisk källa 15: Socialförsäkringen, historik, Försäkringskassan  
<http://www.forsakringskassan.se/omfk/socialforsakringen/historik/>

Elektronisk källa 16: SOU 2002:5 *En handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*  
[http://www.regeringen.se/download/ece7624c.pdf?major=1&minor=2747&cn=attachmentPublDuplicator\\_0\\_attachment](http://www.regeringen.se/download/ece7624c.pdf?major=1&minor=2747&cn=attachmentPublDuplicator_0_attachment)