

Hur har portvaktsfunktionen i förtidspensionssystemet förändrats över tid?

nr 6 2014 årgång 42

Vi är intresserade av hur portvaktsfunktionen i förtidspensionssystemet, dvs bedömningen av rättigheten att uppbära ersättning, har förändrats över tid. För att studera detta analyserar vi förändringen av den relativa hälsan mellan nybeviljade förtidspensionärer och icke-förtidspensionärer mellan åren 1986 och 2008. Som ett mått på hälsa använder vi mortalitet. Vi finner ett nära samband mellan inflödet till förtidspension och den skattade relativa mortalitetsrisken mellan nybeviljade förtidspensionärer och icke-förtidspensionärer. Vissa av förändringarna över tid sammanfaller med förändringar av de formella kvalificeringskraven för förtidspension, medan andra snarare tycks fånga informella förändringar av hälsobedömningen vid beviljandet av förtidspension.

Förtidspensionssystemet (numera sjuk- och aktivitetsersättningen) försörjer en betydande andel av Sveriges befolkning. Figur 1 visar utvecklingen av förtidspensionärer i åldern 30–64 år mellan 1985 och 2008. Andelen förtidspensionärer av befolkningen i åldern 30–64 år ökade från 8 till 12 procent under perioden, men variationerna i inflödet var stora. Inflödet, dvs andelen nybeviljade förtidspensionärer, var högt under slutet av 1980-talet och början av 1990-talet, minskade under mitten av 1990-talet och ökade sedan kraftigt under slutet av 1990-talet och början av 2000-talet. Sedan mitten av 2000-talet har det skett en dramatisk minskning av andelen nybeviljade förtidspensionärer, vilket även har lett till en minskning av andelen förtidspensionärer mot slutet av perioden. Anledningarna till variationerna i inflödet till förtidspensionssystemet över tid har inte helt klarlagts.

Politiker har två huvudsakliga instrument för att kontrollera inflödet till förtidspensionssystemet. Förtidspensionssystemets *generositet* påverkar attraktiviteten och kan justeras genom förändrade ersättningsnivåer eller ersättningstak. Förtidspensionssystemets *portvaktsfunktion* påverkar sannolikheten att beviljas ersättning och beror på såväl de formella kvalificeringskraven som implementeringen av dessa. Medan formella kvalificeringskrav enkelt kan modifieras på politisk nivå är kontrollen över implementeringen ofta ofullständig. Handläggarnas bedömningar och interna processer på Försäkringskassan är viktiga i beviljandeprocessen men svåra för försäkringsgivaren att observera. På grund av förändringar i implementeringen av regelverket över tid kan kontrollen av inflödet till förtidspensionssystemet förändras också under perioder då inga förändringar av de formella kvalificeringskraven genomförs.

En viktig fråga är huruvida variationerna i inflödet till förtidspensions-

PER JOHANSSON, LISA LAUN OCH TOBIAS LAUN

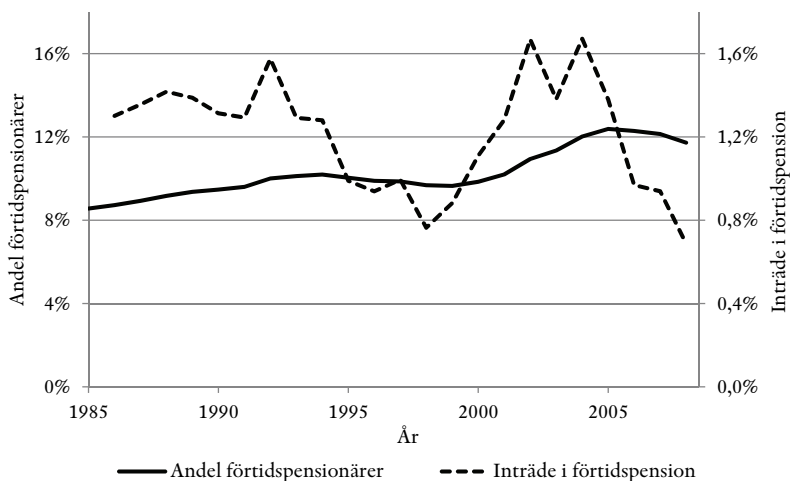
Per Johansson är professor i ekonometri vid Nationalekonomiska institutionen i Uppsala och forskare vid IFAU. Han forskar om metodutveckling, arbetsmarknad och hälsa. per.johansson@ifau.uu.se

Lisa Laun är doktor i nationalekonomi och forskar om socialförsäkring och arbetsmarknad vid IFAU. lisa.laun@ifau.uu.se

Tobias Laun är doktor i nationalekonomi och forskare vid Nationalekonomiska institutionen i Uppsala. Han forskar om arbetsmarknad och pension från ett makroekonomiskt perspektiv. tobias.laun@nek.uu.se

Denna artikel är en förkortad version av Johansson m fl (2014). En tidigare svensk version finns publicerad som Johansson m fl (2013).

Figur 1
Andelen individer med förtidspension och andelen nybeviljade förtidspensionärer i åldern 30–64 år 1985–2008



Anm: Den heldragna linjen avläses mot den vänstra axeln och visar andelen förtidspensionärer av befolkningen i åldern 30–64 år. Den streckade linjen avläses mot den högra axeln och visar andelen nybeviljade förtidspensionärer under året av de som ännu inte erhöll förtidspension vid årets början av befolkningen i åldern 30–64 år.

Källa: Johansson m fl (2014).

systemet kan förklaras av förändringar i befolkningens hälsa, eller om de beror på förändringar i Försäkringskassans portvaktfunktion, dvs bedömningen av rättigheten att uppbära ersättning. Detta studeras empiriskt genom att analysera hur den relativa hälsan mellan nybeviljade förtidspensionärer och icke-förtidspensionärer har utvecklats i Sverige över tid. Som ett mått på hälsa används mortalitet.

1. Förtidspension i Sverige

Förtidspension ersätter inkomstbortfall som beror på en stadigvarande nedsatt arbetsförmåga för personer under 65 år. År 2003 flyttades förtidspensionssystemet från det allmänna pensionssystemet till socialförsäkringssystemet som en del av pensionsreformen. De formella kvalificeringskraven förblev desamma, men ersättningen delades upp i aktivitetsersättning för personer under 30 år och sjukersättning för personer över 30 år. I denna artikel studerar vi utvecklingen i åldersgruppen 30–64 år. Ersättningsnivån i förtidspensionssystemet är 64 procent av inkomsten, upp till taket i socialförsäkringen. Före 2003 beräknades ersättningen utifrån den formel som gällde i det gamla pensionssystemet, men den genomsnittliga ersättningsnivån var i princip densamma som i dag. Förtidspension kan även kompletteras med kollektivavtalade försäkringar som täcker en stor del av den svenska arbetskraften.

Utgångspunkten för att vara kvalificerad för förtidspension är en tydlig koppling mellan *medicinska skäl* och *nedsatt arbetsförmåga*. Under vissa tidsperioder och för vissa grupper av befolkningen kunde hänsyn också tas

till *individens arbetsmarknadssituation*. Mellan 1972 och oktober 1991 kunde personer i åldern 60–64 år bli beviljade förtidspension av arbetsmarknads-skäl, utan någon hälsoprövning, om de fortfarande var arbetslösa när de nådde den bortre tidsgränsen i arbetslöshetsförsäkringen. Mellan 1970 och 1997 fanns dessutom särskilda regler för personer i åldern 60–64 år som innebar en mindre strikt hälsobedömning, inget test av arbetsförmåga och lägre krav på att byta yrke eller bostadsort för att hitta ett arbete. Under samma period kunde personer i alla åldrar bli beviljade förtidspension av arbetsmarknads- och hälsoskäl i kombination, om de hade nedsatt arbetsförmåga av medicinska skäl och hade varit arbetslösa under 1–2 år. År 2005 slogs de 21 regionala försäkringskassorna samman till en central myndighet, Försäkringskassan. Ett viktigt mål med omorganisationen var att öka den centrala styrningen och förbättra enhetligheten i administrationen av försäkringen. År 2008 genomfördes återigen förändringar i de formella kvalificeringskraven för förtidspension som innebar en striktare bedömning för att bli beviljad förtidspension. Vi studerar utvecklingen under perioden 1986 fram till år 2008.

2. Hur går analysen till?

Vi är intresserade av hur portvaktsfunktionen i förtidspensionssystemet, dvs bedömningen av rättigheten att uppbära ersättning, har förändrats över tid. Vi studerar därför hur den relativa hälsan mellan nybeviljade förtidspensionärer och icke-förtidspensionärer har förändrats och använder framtida mortalitet som ett mått på hälsa.¹ Om den relativa mortalitetsrisken mellan dessa grupper har varit konstant över tid tyder detta på att bedömningen av rättigheten till ersättning har fungerat på ett likartat sätt och att variationerna i inflödet primärt beror på förändringar i befolkningens hälsa. Om det däremot finns stora variationer i den relativa mortalitetsrisken över tid tyder detta på att bedömningen av rättigheten till ersättning har förändrats. En högre relativ mortalitetsrisk än genomsnittet under perioden, dvs att mortaliteten bland nybeviljade förtidspensionärer gentemot icke-förtidspensionärer är högre än vanligt, tyder på en striktare bedömning, medan en lägre relativ mortalitetsrisk tyder på en mindre strikt bedömning. Den relativa mortalitetsrisken behöver dock inte enbart fånga striktheten i hälsobedömningen. Även generositeten i ersättningssystemet kan påverka ansökningsbeslutet. Dock har inte ersättningsnivån i förtidspensionssystemet förändrats nämnvärt under den studerade perioden. Också utsikterna på arbetsmarknaden kan påverka ansökningsbeslutet. Effekten av arbetsmarknadsfaktorer ingår i våra skattningar och vårt mått fångar förtidspensionssystemets förmåga att motstå påverkan från sådana yttre faktorer.

Vi använder registerbaserad data över samtliga personer i åldern 30–64 år mellan 1985 och 2008 som inte redan erhöll förtidspension under det

¹ I den engelska versionen av den här artikeln finns en utförlig beskrivning av metod och data (Johansson m fl 2014).

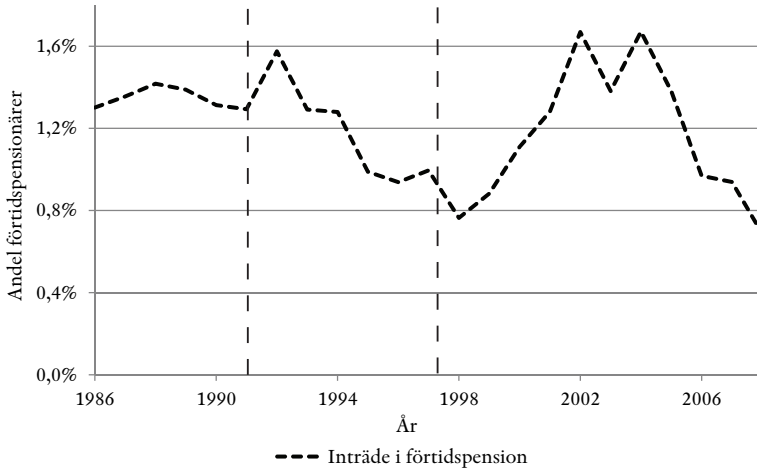
första året de observeras. Urvalet uppgår till ungefär 100 miljoner observationer. Vi utnyttjar information om födelseår, kön och bostadslän från Statistiska centralbyrån (SCB), utbetalningar av förtidspension från Försäkringskassan och mortalitet från Socialstyrelsen. Inträde i förtidspension sker under det första året då en person erhåller en positiv inkomst från förtidspension. Mortaliteten mäts till år 2010 eller till det år personen fyller 64 år.

3. Betydande variationer i relativ hälsa

Figur 2(a) visar att nyinträdet till förtidspensionssystemet för individer i åldrarna 30–64 år har varierat kraftigt över perioden 1986 och 2008, från en lägsta nivå på 0,8 till en högsta nivå på 1,6 procent. Figur 2(b) visar den skattade relativa mortalitetsrisken för nybeviljade förtidspensionärer jämfört med icke-förtidspensionärer i samma åldersgrupp, med ett 95-procentigt konfidensintervall. Att den relativa mortalitetsrisken är större än ett visar som väntat att hälsan bland nybeviljade förtidspensionärer är sämre än bland icke-förtidspensionärer. Variationerna över tid är dock stora, med en mortalitet för nybeviljade förtidspensionärer som är mellan 2,5 och 4,5 gånger så hög som för icke-förtidspensionärer.

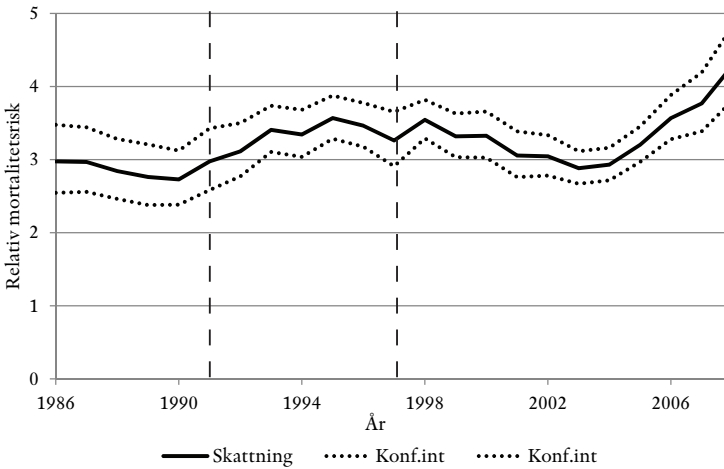
De vertikala streckade linjerna i figur 2 indikerar de två förändringar av de formella kvalificeringskraven för förtidspension som genomfördes under den studerade perioden. Före borttagandet av arbetsmarknadsskålen för personer i åldern 60–64 år i oktober 1991 var inflödet till förtidspension stabilt på en hög nivå. Mortalitetsrisken bland nybeviljade förtidspensionärer var också relativt låg, mindre än tre gånger så hög som för icke-förtidspensionärer. Efter reformen 1991 då alla beslut om förtidspensionering föregicks av någon form av hälsobedömning följde en dramatisk minskning av inflödet till förtidspension som väl återspeglas i en ökad relativ mortalitetsrisk. Detta tyder på att reformen faktiskt påverkade bedömningen av berättigandet till förtidspension. Den andra reformen år 1997, då de särskilda reglerna för personer i åldern 60–64 år samt arbetsmarknads- och hälsoskäl i kombination togs bort, ökade däremot inte mortalitetsrisken. Även om vissa fluktuationer i mortalitetsrisken kan skönjas vid tidpunkten för reformen tycks den inte ha haft någon bestående påverkan på kontrollen av inflödet till förtidspension.

Trots att inga ytterligare förändringar av de formella kvalificeringskraven för förtidspension genomfördes mellan 1997 och 2008 var inflödet till systemet långt ifrån stabilt. På bara några år från 1998 till 2002 fördubblades inflödet från 0,8 till 1,6 procent av befolkningen i åldern 30–64 år. Denna kraftiga ökning återspeglas i en stadig minskning av den relativa mortalitetsrisken mellan nybeviljade förtidspensionärer och icke-förtidspensionärer till en nivå som var jämförbar med den på 1980-talet. Detta tyder på att det ökade inflödet skulle kunna hänföras till en mindre strikt hälsobedömning. Efter 2004 minskade inflödet återigen kraftigt. Vändpunkten sam-



Figur 2
Inträde i förortidspension och den skattade relativa mortalitetsrisken mellan nybeviljade förortidspensionärer och icke-förtidspensionärer i åldern 30–64 år, 1986–2008

(a) Inträde i förortidspension



(b) Skattad relativ mortalitetsrisk mellan nybeviljade förortidspensionärer och icke-förtidspensionärer

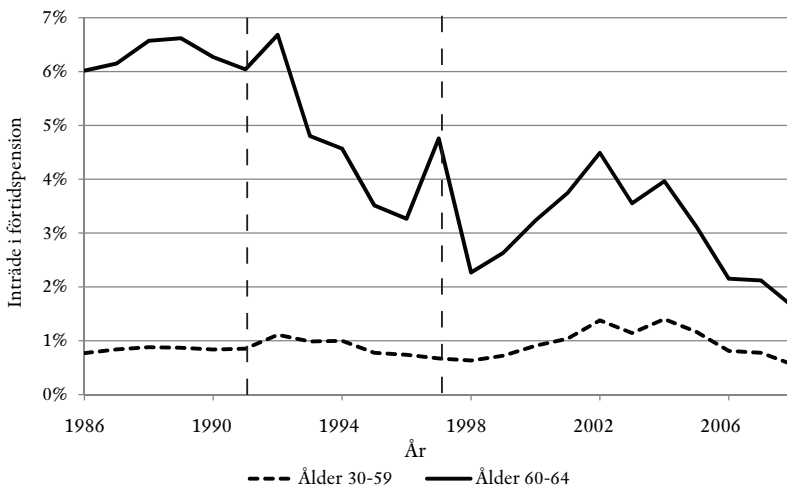
Ann: Skattad relativ mortalitetsrisk utan kontrollvariabler i figur (b). Resultaten blir likartade med en stor uppsättning kontrollvariabler.

Källa: Johansson m fl (2014).

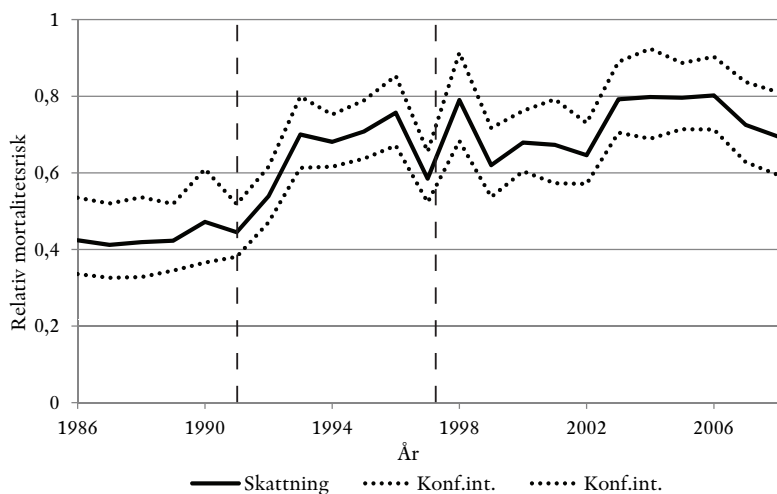
manfaller med sammanslagningen av de regionala försäkringskassorna till en central myndighet år 2005. Enligt OECD (2009) är den allmänna uppfattningen att minskningen av inflödet berodde på en successiv förbättring av hur det existerande regelverket implementerades. Det minskade inflödet återspeglas i en kraftig ökning av den relativa mortalitetsrisken. År 2008 var mortalitetsrisken för nybeviljade förortidspensionärer mer än fyra gånger så hög som för icke-förtidspensionärer, vilket är högre än någonsin tidigare under den studerade perioden. Detta stödjer tesen att det minskade inflödet faktiskt berodde på en striktare och mer enhetlig hälsobedömning vid beviljandet av förortidspension.

Figur 3
Resultat per åldersgrupp

(a) Inträde i förtidspension i åldern 30–59 och 60–64 år



(b) Skattad relativ mortalitetsrisk mellan nybeviljade förtidspensionärer och icke-förtidspensionärer i åldern 60–64 jämfört med 30–59 år



Ann: Skattad relativ mortalitetsrisk utan kontrollvariabler i figur (b). Resultaten blir likartade med en stor uppsättning kontrollvariabler.

Källa: Johansson m fl (2014).

4. Resultat för olika grupper

För att ytterligare belysa hur bedömningen av berättigande till förtidspension har förändrats över tid studerar vi den relativa utvecklingen mellan olika grupper av befolkningen. Tillvägagångssättet finns beskrivet i Johansson m fl (2014) och innebär att vi skattar den relativa mortalitetsrisken mellan nybeviljade förtidspensionärer och icke-förtidspensionärer i en befolkningsgrupp jämfört med en annan. Eftersom reformerna av de formella kvalificeringskraven år 1991 och 1997 främst rörde åldersgruppen 60–64 år börjar vi med att dela in befolkningen utifrån ålder. Figur 3(a) visar att inflödet till förtidspension har varit högre i åldersgruppen 60–64 år än i

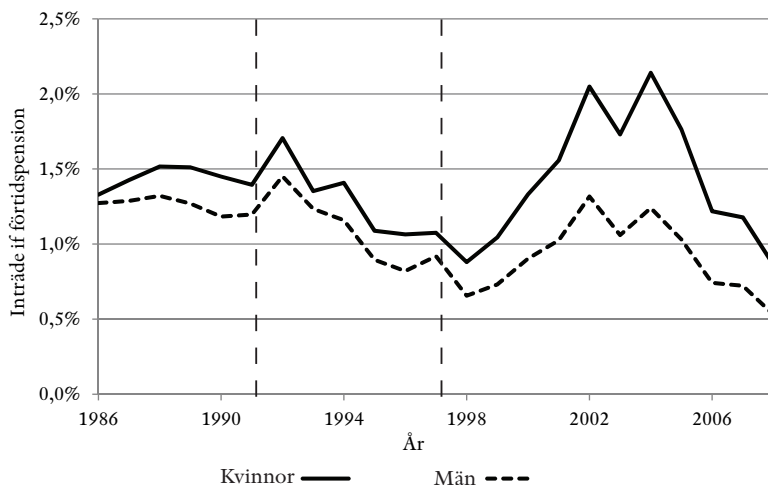
åldersgruppen 30–59 år under hela perioden. Den relativa mortalitetsrisken är alltid lägre än ett i figur 3(b) vilket tyder på att nybeviljade förtidspensionärer i åldersgruppen 60–64 år också har haft bättre hälsa än nybeviljade förtidspensionärer i åldersgruppen 30–59 år, jämfört med icke-förtidspensionärer i samma ålder.

Variationerna i inflödet mellan åldersgrupper över tid har dock varit betydande och sammanfaller med reformerna av de formella kvalificeringskraven. Före reformen 1991 blev äldre personer beviljade förtidspension nästan åtta gånger så ofta som yngre personer och den relativa mortalitetsrisken bland äldre jämfört med yngre nybeviljade förtidspensionärer var på den lägsta nivån under den studerade perioden. Med andra ord blev äldre individer beviljade förtidspensionering trots en relativt god hälsa. Den generella minskningen i nybeviljandet av förtidspensionärer efter reformen 1991 drevs av åldersgruppen 60–64 år, för vilka inträdet till förtidspension minskade från mellan 6 och 7 procent under perioden 1986–92, till drygt 2 procent år 1998. Också den relativa mortalitetsrisken mellan äldre och yngre förtidspensionärer ökade kraftigt efter reformen och förblev på den högre nivån under hela den studerade perioden. Detta utgör ytterligare stöd för att reformen 1991 faktiskt påverkade bedömningen av berättigandet till förtidspension. Runt reformen 1997 fluktuerade inflödet till förtidspension i åldersgruppen 60–64 år betydligt. Den relativa mortalitetsrisken för äldre jämfört med yngre föll kraftigt 1997,² för att sedan öka 1998 då de nya reglerna hade införts. Efter detta återvände dock den relativa mortalitetsrisken mellan nybeviljade förtidspensionärer och icke-förtidspensionärer i den äldre jämfört med den yngre åldersgruppen till samma nivåer som före reformen. Detta tyder på att reformen 1997 inte hade någon bestående påverkan på bedömningen av äldre jämfört med yngre sökanden.

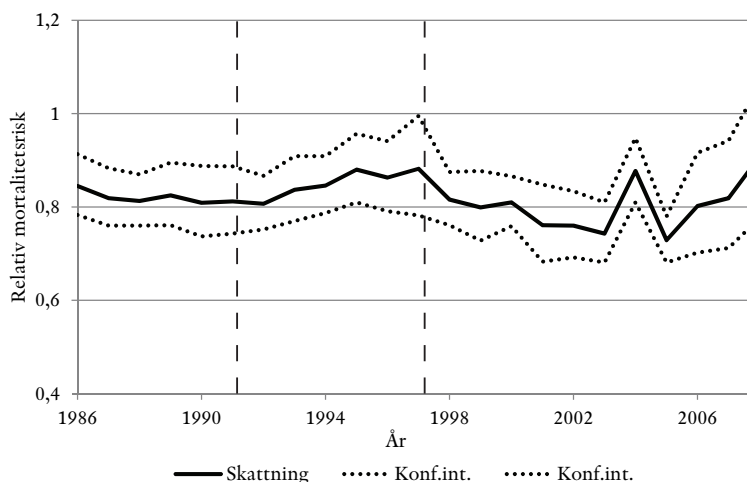
Figur 4(a) visar att inträdet till förtidspensionssystemet har varit högre bland kvinnor än bland män under hela perioden och den relativa mortalitetsrisken som är lägre än ett i figur 4(b) tyder också på att hälsan hos nybeviljade kvinnliga förtidspensionärer har varit bättre än hos manliga förtidspensionärer, jämfört med icke-förtidspensionärer i samma ålder och av samma kön. Ett tydligt särdrag i den kraftiga ökningen av inflödet till förtidspensionssystemet mellan 1998 och 2004 och den tydliga minskningen därefter är att kvinnor påverkades mer än män. Mellan 1998 och 2005 minskade också den relativa mortalitetsrisken mellan könen, vilket tyder på att ökningen i inflödet till förtidspension bland kvinnor under den här perioden skulle kunna förklaras av en mindre strikt hälsobedömning för kvinnor jämfört med män. Det minskade inflödet sedan 2005 har återigen lett till en konvergens av inflödet till förtidspension mellan könen, liksom av den relativa mortalitetsrisken för nybeviljade förtidspensionärer gen-

² Detta fångar det hastigt ökade inflödet före reformens genomförande som visas i Karlström m fl (2008). Ansökningar under de tidigare reglerna kunde lämnas in t o m den 31 december 1996, vilket gör att många av besluten att bevilja förtidspension under de gamla reglerna togs 1997.

Figur 4
Resultat uppdelat
på kön
(a) Inträde i förtids-
pension för män
och kvinnor i åldern
30–64 år



(b) Skattad relativ
mortalitetsrisk
mellan nybeviljade
förtidspensionärer
och icke-förtidspen-
sionärer för kvinnor
jämfört med män

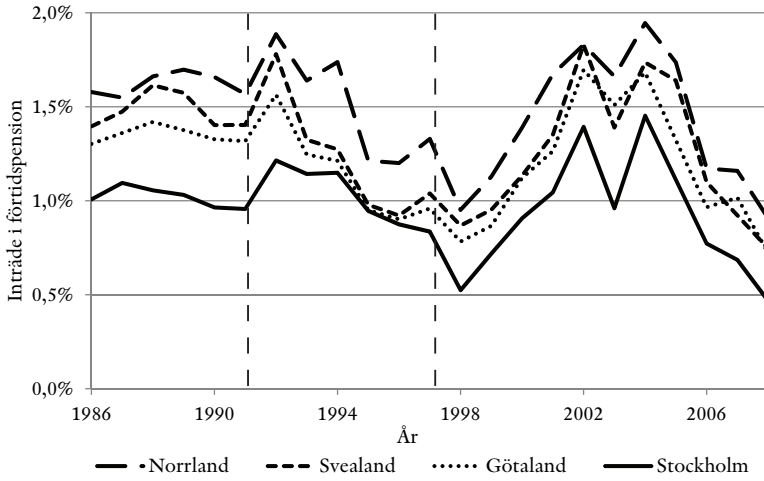


Anm: Skattad relativ mortalitetsrisk utan kontrollvariabler i figur (b). Resultaten blir likartade med en stor uppsättning kontrollvariabler.

Källa: Johansson m fl (2014).

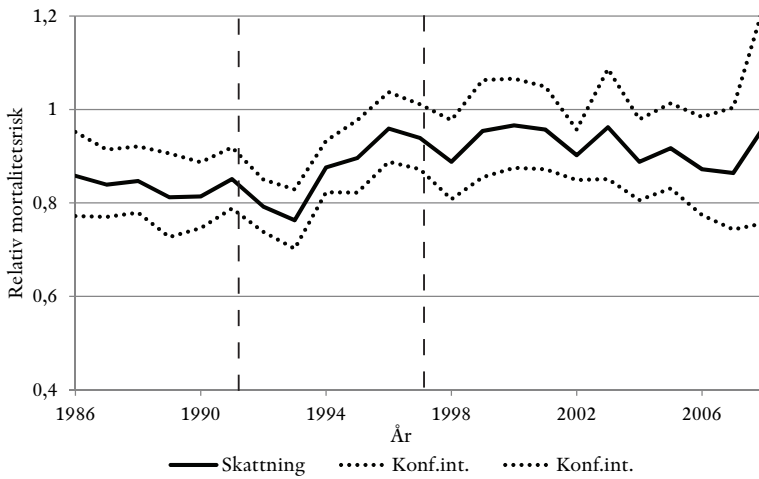
temot icke-förtidspensionärer mellan könen. År 2008 finns det, för första gången under den studerade perioden, ingen statistiskt signifikant skillnad i mortalitetsrisken mellan nybeviljade förtidspensionärer och icke-förtidspensionärer mellan könen.

I samband med ökningen av inträdet till förtidspension under början av 2000-talet påtalades de stora regionala variationerna i inflödet till förtidspension. Detta var en faktor som låg bakom omorganisationen av Försäkringskassan till en central myndighet år 2005. Figur 5(a) visar inträdet till förtidspension med Sverige indelat i fyra delar: Stockholmsregionen, Götaland, Svealand (förutom Stockholm) och Norrland. Inflödet har varit lägst i Stockholm och högst i Norrland under perioden, medan Götaland

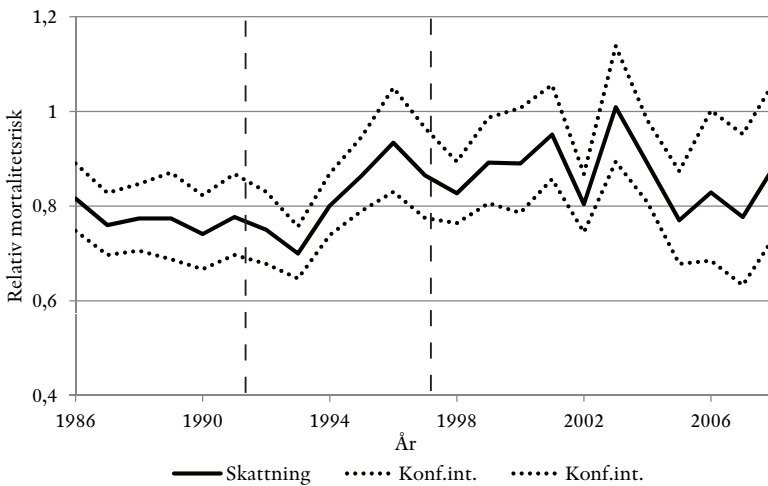


Figur 5
Resultat uppdelat på regioner

(a) Inträde i förtidspension i åldern 30–64 år per region

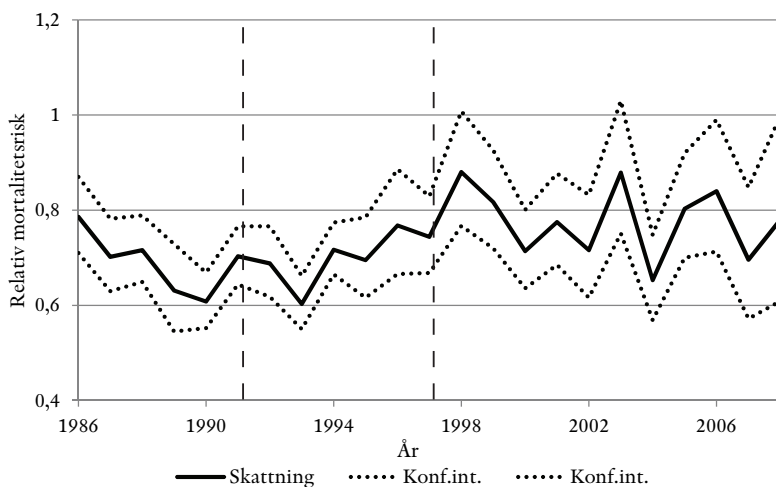


(b) Skattad relativ mortalitetsrisk mellan nybeviljade förtidspensionärer och icke-förtidspensionärer i Götaland jämfört med Stockholm



(c) Skattad relativ mortalitetsrisk mellan nybeviljade förtidspensionärer och icke-förtidspensionärer i Svealand jämfört med Stockholm

(d) Skattad relativ mortalitetsrisk mellan nybeviljade förtidspensionärer och icke-förtidspensionärer i Norrland jämfört med Stockholm



Ann: Skattad relativ mortalitetsrisk utan kontrollvariabler i figur (b)–(d). Resultaten blir likartade med en stor uppsättning kontrollvariabler.

Källa: Johansson m fl (2014).

och Svealand har haft ett inträde mittemellan dessa. De relativa mortalitetsriskerna under ett i figur 5(b)–5(d) tyder på att inte bara skillnader i hälsa mellan regioner ligger bakom skillnaderna i inflödet, utan att även skillnader i bedömningen mellan regioner av berättigandet till förtidspension har haft betydelse.

En poäng med omorganisationen av Försäkringskassan 2005 var att öka enhetligheten i administrationen av försäkringen i landet. Trots detta visar figur 5 inte någon tydlig förändring av den relativa mortalitetsrisken i Götaland, Svealand och Norrland jämfört med Stockholm efter omorganisationen. Inflödet minskade kraftigt i alla regioner och den relativa bedömningen av nya sökanden tycks ha varit oförändrad. Intressant är dock att borttagandet av arbetsmarknadsskäl 1991 ledde till att den relativa mortalitetsrisken mellan nybeviljade förtidspensionärer och icke-förtidspensionärer i olika regioner närmade sig varandra. Under slutet av 1980-talet och början av 1990-talet var den relativa mortalitetsrisken för nybeviljade förtidspensionärer gentemot icke-förtidspensionärer i Götaland, Svealand och Norrland betydligt lägre än i Stockholm. Dessa regioner hade också en högre arbetslöshet än Stockholmsregionen. Efter 1993 närmade sig den relativa mortalitetsrisken i övriga regioner den i Stockholm, i synnerhet i Götaland och Svealand, och har sedan fluktuerat på den högre nivån under resten av perioden. Detta tyder på att borttagandet av arbetsmarknadsskäl påverkade hälsobedömningen för förtidspension och minskade skillnaderna i hälsa hos nybeviljade förtidspensionärer mellan regioner.

5. Vad innebär våra resultat?

Förändringar i förtidspensionssystemets portvaktsfunktion kan vara viktiga för att förklara inflödet till systemet. Hur portvaktsfunktionen fungerar kan dock vara svårt att observera, eftersom det beror på både de formella kvalificeringskraven och implementeringen av dessa. I denna artikel studerar vi hur portvaktsfunktionen i förtidspensionssystemet har förändrats över tid, genom att analysera förändringen av den relativa hälsan mellan nybeviljade förtidspensionärer och icke-förtidspensionärer. Vi använder mortalitet som ett mått på hälsa.

Vi finner betydande variationer i den relativa hälsan hos nybeviljade förtidspensionärer jämfört med icke-förtidspensionärer i Sverige mellan åren 1986 och 2008. Utvecklingen av den skattade relativa mortalitetsrisken mellan nybeviljade förtidspensionärer och icke-förtidspensionärer återspeglar väl utvecklingen av inflödet till förtidspension. Vissa av variationerna sammanfaller med formella förändringar av kvalificeringskraven för förtidspension. Vi finner också variationer i den relativa hälsan under perioder då inga formella förändringar av kvalificeringskraven har genomförts. Detta tyder på att även informella förändringar av hälsobedömningen för att bli beviljad förtidspension över tid har fått genomslag.

Johansson, P, L Laun och T Laun (2013), "Hälsan hos nybeviljade förtidspensionärer över tid", IFAU Rapport 2013:8, Uppsala.

Johansson, P, L Laun och T Laun (2014), "Screening Stringency in the Disability Insurance Program", under utgivning i *The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy* (Contributions), vol 14, s 837–891.

Karlström, A, M Palme och I Svensson (2008), "The Employment Effect of Stricter Rules for Eligibility for DI: Evidence from a Natural Experiment in Sweden", *Journal of Public Economics*, vol 92, s 2071–2082.

OECD (2009), "Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. Sweden: Will the Recent Reforms Make it?", OECD, Paris.

REFERENSER