

Kan vi jobba tills vi blir 75?

Vi visar att arbetskraftsdeltagandet och folkhälsan utvecklats mycket olika bland äldre i Sverige sedan början av 1960-talet. Sedan år 2000 har dock sysselsättningen bland de äldre ökat avsevärt. För män i åldersgruppen 60–64 år är den åter tillbaka till den nivå som gällde i mitten av 1970-talet. Vi visar också att det, om man bara beaktar hälsan, finns en stor potential för ökad sysselsättning framför allt i åldersgruppen som är äldre än 65 år.¹

Ett av de mest uppmärksammade uttalanden som statsminister Fredrik Reinfeldt gjorde under sin regeringstid var att om vi även i framtiden skulle kunna förvänta oss goda pensionsnivåer, så måste vi förlänga våra yrkesliv. Vi skulle, menade Reinfeldt, successivt ställa in oss på att arbeta fram tills vi var 75 år gamla (se *Dagens Nyheter* 2012).

Huvuddelen av den kritik som följde uttalandet pekade på folkhälsan som den begränsande faktorn. Många, framför allt de med fysiskt krävande arbeten, skulle inte orka jobba mycket längre än de gör i dag. Att på olika sätt förmå befolkningen att jobba längre skulle ha små utsikter att lyckas och skulle dessutom beröva befolkningen på en välbehövlig period av pensionärsnivå innan de allvarigare åldersrelaterade åkommorna började göra sig påminda.²

Vem som har rätt i denna viktiga fråga är så klart svårt att reda ut eftersom vi inte med säkerhet vet hur framtiden kommer att se ut varken vad det gäller folkhälsan eller arbetslivet. I den här artikeln ska vi närma oss problemet genom att studera hur arbetskraftsdeltagandet och folkhälsan utvecklats historiskt. Har hälsan på senare år förbättrats och har detta resulterat i senare utträde från arbetskraften? Finns det en potential med avseende på hälsa för ett ökat arbetsutbud bland de äldre?

Som bekant avgörs inte hur länge vi stannar i arbetslivet bara av hälsan, utan också i hög grad av ekonomiska incitament i pensionssystemen; regler och avtal om obligatoriska pensionsåldrar; ersättningsnivåer och hälsokrav i sjukersättnings- och sjukpenningsystemen. Det finns således stora möjligheter att genom offentlig politik påverka hur länge folk stannar i arbetslivet. Men detta förutsätter så klart att hälsan i de relevanta åldersgrupperna ger en potential för detta.

¹ Denna artikel bygger till stor del på författarnas arbete inom projektet ”International Social Security” som bedrivs inom ramen för National Bureau of Economic Research (NBER). Resultaten från den empiriska analysen har tidigare publicerats i Johansson m fl (2015a och 2015 b).

² Se t ex Annelie Nordström, ordförande Kommunal, eller Roger Mörtvik, samhällspolitisk chef på TCO, i *Svenska Dagbladet* (2012).

PER JOHANSSON, LISA LAUN OCH MÅRTEN PALME

Per Johansson är professor i statistik vid Statistiska institutet, Uppsala universitet. Per.Johansson@statistik.uu.se

Lisa Laun är fil dr i nationalekonomi och forskare vid Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU). Lisa.Laun@ifau.uu.se

Mårten Palme är professor i nationalekonomi vid Nationalekonomiska institutionen, Stockholms universitet. Marten.Palme@ne.su.se

Vi vill tacka Niklas Bengtsson, Mats Persson, Håkan Selin och Olof Åslund för kommentarer på en tidigare version och Michael Gähler för att han tillhandahållit grupperade data från Levnadsnivåundersökningarna.

1. Hälsa och sysselsättning – bakgrund och utveckling

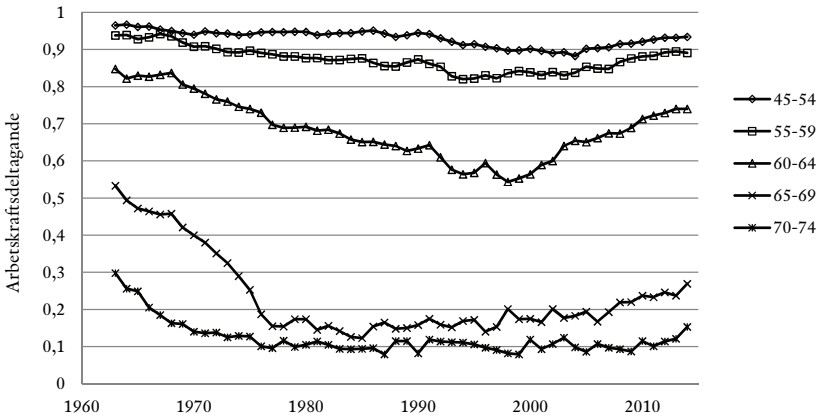
Figur 1 visar den historiska utvecklingen av arbetskraftsdeltagandet för män i olika åldersgrupper. Den mest dramatiska utvecklingen ser vi i åldersgruppen 60–64 år. I början av 1960-talet arbetade runt 85 procent av denna grupp. Fram till år 2000 minskade arbetskraftsdeltagandet i denna grupp till 55 procent, för att sedan återigen öka markant till 73 procent år 2014. Utvecklingen för grupperna 50–55 och 55–59 har en likartad form men är mindre dramatisk.

En ytterligare intressant sak att notera i figur 1 är utvecklingen av arbetskraftsdeltagandet för de två äldsta grupperna – de i intervallen 65–69 och 70–74. Den stora minskningen av arbetskraftsdeltagandet i gruppen 65–69 fram till slutet av 1970-talet kan hänföras till ändringen av den normala pensionsåldern från 67 till 65. Att en så stor andel som 30 procent i åldersgruppen 70–74 arbetade i början av 1960-talet beror troligen på att många hade mycket låga pensioner innan införandet och mognaden av ATP-systemet. På senare år, sedan mitten av 2000-talet, kan vi skönja en markerad ökning av arbetskraftsdeltagandet, framför allt i gruppen 65–69, där ökningen varit nästan 10 procentenheter.

Den historiska utvecklingen av det kvinnliga arbetskraftsdeltagandet under perioden, som visas i figur 2, är mer sammansatt. Den dominerande kraften bakom utvecklingen är kvinnornas inträde på arbetsmarknaden. Denna utveckling verkar framför allt mellan grupper födda olika år – en ”kohorteffekt”. Arbetskraftsdeltagandet ökar successivt fram till de som är födda på 1950-talet. Utvecklingen mellan olika perioder – som vi kunde se för männen i figur 1 med ett kraftigt minskat arbetskraftsdeltagande fram till år 2000, med en särskilt stark minskning från mitten av 1980-talet – kan man skönja som en avstannande och delvis minskande effekt för kvinnor.

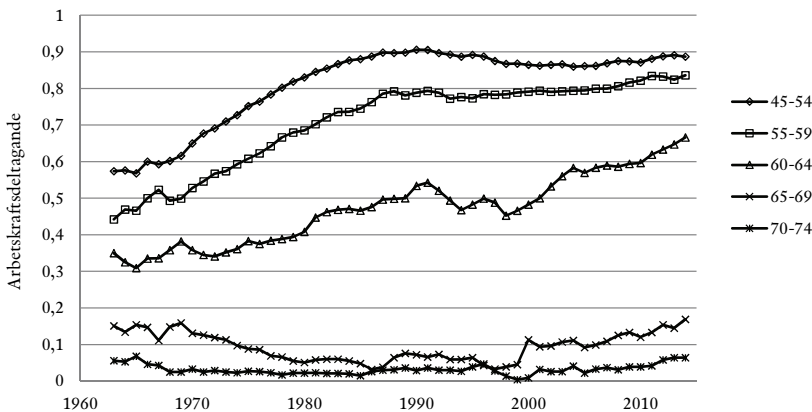
Resultatet av dessa, i viss mån motverkande, underliggande utvecklingar kan tydligt ses i kurvan som visar utvecklingen av arbetskraftsdeltagandet för kvinnor i åldersgruppen 60–64. Den visar en uppåtgående trend som avstannar markant i början av 1980-talet, då männens arbetskraftsdeltagande sjönk betydligt, för att sedan åter ta fart i början av 2000-talet. Sedan dess har arbetskraftsdeltagandet ökat med ca 20 procentenheter för både kvinnor och män: för kvinnor från 47 till 67 procent och för män från 53 till 73 procent.

Det finns en rad förklaringar till den ganska dramatiska utveckling som avspeglas i figurerna: borttagandet av rätten till förtidspension av arbetsmarknadsskäl 1991, ändringarna av reglerna för förtidspension av arbetsmarknadsskäl i kombination med medicinska skäl 1997 (se t ex Karlström m fl 2008) och ändringen av reglerna för sjukersättningen 2008, är troligen de viktigaste. Kanske har även pensionsreformen spelat in. Men en grundläggande fråga, som anknyter till vår inledande frågeställning, är naturligtvis hur utvecklingen av folkhälsan i åldersgruppen relaterar till det ökade arbetskraftsdeltagandet.



Figur 1
Mäns arbetskraftsdeltagande i olika åldersgrupper, 1963-2014

Källa: Arbetskraftsundersökningarna (AKU); Statistiska centralbyrån.



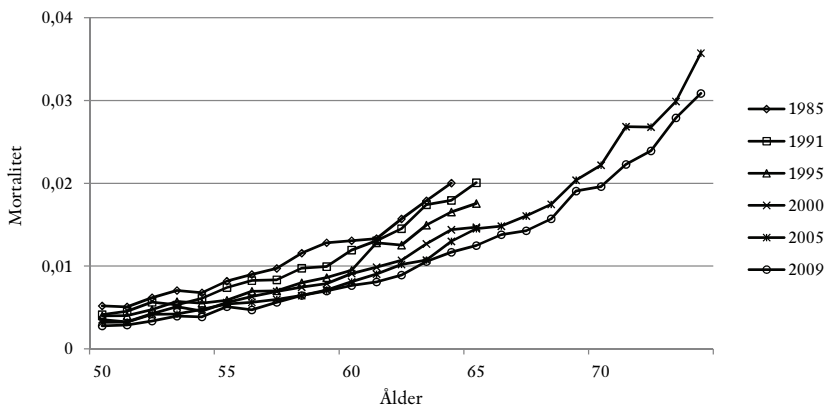
Figur 2
Kvinnors arbetskraftsdeltagande i olika åldersgrupper, 1963-2014

Källa: Arbetskraftsundersökningarna (AKU); Statistiska centralbyrån.

Figur 3 och 4 visar hur mortaliteten och den andel som inte svarar att de har ett "Gott" allmänt hälsotillstånd i Levnadsnivåundersökningarna förändrats i åldersgruppen 50-74.³ Som mått på hälsa och arbetsförmåga har båda dessa mått sina styrkor och svagheter. Fördelarna med mortalitet är att det är oberoende av mätteknik och att förändringar över tid är lätta att skatta precis eftersom man kan använda hela den svenska populationen som dataunderlag. Nackdelen är den diffusa kopplingen till arbetsförmåga. Fördelen med subjektiva hälsomått är att de har en tydligare koppling till

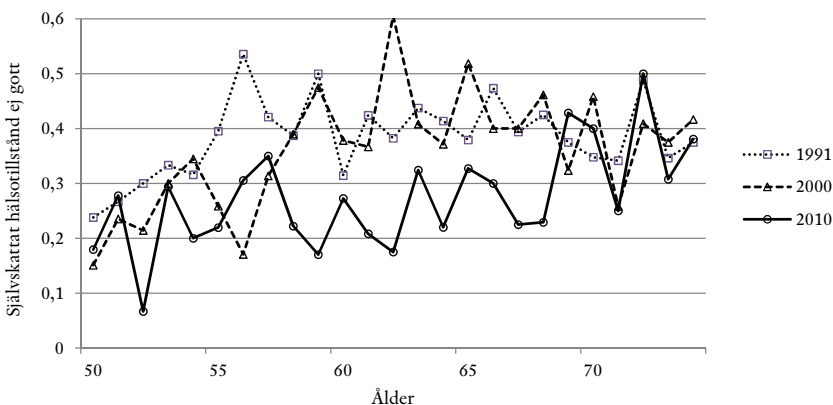
³ Levnadsnivåundersökningarna (LNU) är en urvalsundersökning som genomförts och förvalts av Institutet för social forskning (SOFI) på Stockholms universitet. Undersökningarna, som inkluderar 1 promille av den svenska befolkningen i åldern 16-74 år, har genomförts 1968, 1974, 1981, 1991, 2000 och 2010. Vi har fått tillgång till grupperade data från undersökningarna från 1991, 2000 och 2010.

Figur 3
Mortalitet för män
i åldern 50-74,
1985-2009



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och LOUISE, Statistiska centralbyrån.

Figur 4
Självskattad hälsa för
män i åldern 50-74,
1991-2010



Källa: Levnadsnivåundersökningarna, SOFI, Stockholms universitet.

arbetsförmågan. Nackdelen är att de i hög grad påverkas av samhälleliga trender och att de förutsätter intervjufrågor, vilket innebär att data hämtas från urvalsundersökningar, vilket i sin tur medför mindre precisa skattningar av förändringar.

Vi ser att mortaliteten minskat stadigt och förbluffande fort: bland 65-åringar från ca 2,0 procent år 1991 till 1,3 år 2009 – en 35-procentig förändring. Även det subjektiva hälsomåttet visar förbättringar för 65-åringarna över den studerade perioden, även om vi ser att skattningarna innehåller en hel del ”brus” som kan hänföras till den begränsade urvalsstorleken. Vi ser att kurvorna för åren 1991 och 2000 skär varandra vid flera tillfällen och det är svårt att dra någon entydig slutsats om hälsoförändringen mellan åren. Kurvan för 2010 ligger dock markant under de båda andra för de åldersgrupper vi är mest intresserade av mellan 57 och 67.

2. Hälsa och sysselsättning – förändringar över tid

Från figur 3 och 4 kan vi således dra slutsatsen att 60–65 åringarna i början av 2010-talet inte är desamma som de i mitten av 1990-talet: de har en betydligt lägre mortalitet och en bättre självskattad hälsa. Hur hänger då hälsan och arbetskraftsdeltagandet ihop? Ett sätt att närma sig den frågan är att skatta arbetskraftsdeltagandet ”vid konstant hälsa”, dvs i stället för att – som i figurerna 1 och 2 – beskriva sysselsättningen vid vissa åldersgrupper ange den vid en given hälsa. Den metod vi använder användes först av Milligan och Wise (2012) för att studera relationen mellan hälsa och arbetskraftsdeltagande på amerikanska data.

Vi använder mortalitet som mått på hälsa. Det kan tyckas som ett starkt antagande att mortaliteten i en demografisk grupp avgör hur många i gruppen som är kapabla att arbeta: ”den marginellt arbetsföra” och ”den marginellt överlevande” är ju inte nödvändigtvis samma person. Det är dock svårt att tänka sig alternativa hälsomått. Som vi noterade ovan kan mortalitet mätas med stor precision; den är jämförbar både över tid inom en grupp och mellan olika grupper vid en viss tidpunkt.

Vi använder data över mortalitet från Dödsorsaksregistret som administreras av Socialstyrelsen och data över sysselsättning från LOUISE-databasen som administreras av Statistiska centralbyrån. En person definieras som sysselsatt om han eller hon har en inkomst från anställning som överstiger ett prisbasbelopp.

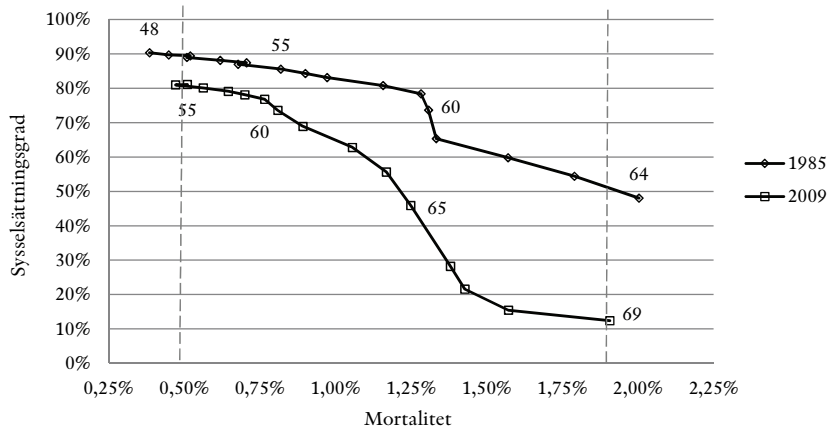
Figur 5 visar relationen mellan mortalitet och sysselsättningsgrad för män i olika åldersgrupper för åren 1985 och 2009. Figur 6 visar motsvarande relation för kvinnor. Om vi tittar på en speciell mortalitetsnivå på figurens X-axel – säg 1,0 procent – ser vi att den mortaliteten gällde för åldersgrupperna mellan 56 och 57 år 1985 och mellan 62 och 63 år 2009 för män. 1985 var sysselsättningsgraden för den åldersgruppen över 80 procent, medan den var knappt 65 procent 2009. Vid *konstant hälsa* – mätt som mortalitet – är således sysselsättningsgraden mycket lägre 2009 än 1985.

Figur 5 visar att resonemanget ovan gäller för alla mortalitetsnivåer: sysselsättningsgraden 1985 är alltid högre än 2009 vid given mortalitet. Figur 6 visar att detsamma inte gäller entydigt för kvinnor: kurvorna skär varandra på flera ställen. Även om minskningen av mortaliteten varit nästan lika stor för kvinnor som för män visar således kurvorna att sysselsättningsökningen för kvinnor hållit jämna steg med minskningen i mortalitet.

Om vi summerar ytorna mellan kurvorna i figurerna 5 och 6 får vi en skattning av hur många fler år vi i genomsnitt skulle kunna arbeta 2009 jämfört med 1985 vid ”konstant hälsa”. De två första kolumnerna i tabell 1 visar mortalitet och sysselsättning för åldrarna 55 till 69 för år 2009. Summerar vi sysselsättningen över denna åldersgrupp ser vi att de svenska männen i genomsnitt arbetar 8,61 år mellan åldrarna 55 och 69. Den tredje kolumnen visar hur stor sysselsättningen hade varit om den varit konstant mellan 1985 och 2009 vid samma mortalitetsnivå.

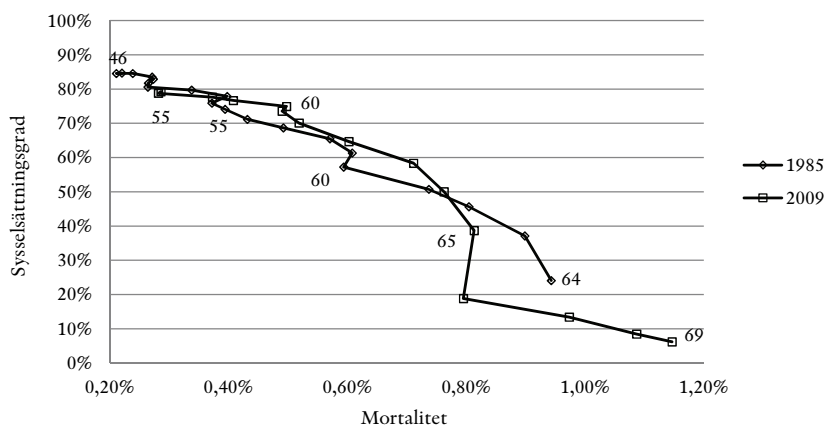
Den fjärde kolumnen visar skillnaden mellan denna hypotetiska sys-

Figur 5
Mortalitet och sysselsättningsgrad 1985 och 2009. Män



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och LOUISE, SCB.

Figur 6
Mortalitet och sysselsättningsgrad 1985 och 2009. Kvinnor



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och LOUISE, SCB.

sysselningsnivå och den som faktiskt gällde 2009. Om vi summerar den ytterligare sysselningsnivån för varje åldersgrupp mellan 55 och 69 får vi att den motsvarar 3,17 år, eller en genomsnittlig sysselningsökning i åldersgruppen med nästan 37 procent. Tabell 2 visar att motsvarande sysselningsökning för kvinnor bara är 0,02 år eller 0,03 procent.

För att sammanfatta visade våra skattningar på en ganska betydande potential för ökad sysselningsnivå bland de äldre männen i arbetskraften om de skulle arbeta lika mycket vid en given hälsolivå som 1985. För kvinnor var den potentiella vinsten obetydlig. Figurerna 1 och 2 visade dock att sysselningsnivån bland äldre fluktuerat betydligt. Det betyder att våra slutsatser kan vara känsliga för vilket år vi väljer som jämförelseår.

Ålder	Mortalitet 2009	Sysselsättnings- grad 2009	Sysselsättnings- grad vid samma mortalitet	Ytterligare sysselsättnings- kapacitet
55	0,51	81,11	88,97	7,86
56	0,47	80,99	89,62	8,63
57	0,56	80,12	88,56	8,44
58	0,65	79,11	87,92	8,81
59	0,70	78,11	86,76	8,65
60	0,77	76,80	86,11	9,31
61	0,81	73,58	85,68	12,10
62	0,89	68,91	84,43	15,52
63	1,06	62,79	82,08	19,29
64	1,17	55,64	80,60	24,96
65	1,25	45,91	79,05	33,14
66	1,38	28,22	64,25	36,03
67	1,43	21,58	63,14	41,56
68	1,57	15,45	59,77	44,32
69	1,91	12,40	50,93	38,53
År totalt		8,61		3,17

Tabell 1
Ytterligare sysselsättningskapacitet 2009 utifrån relationen mellan sysselsättning och mortalitet 1985. Procent. Män

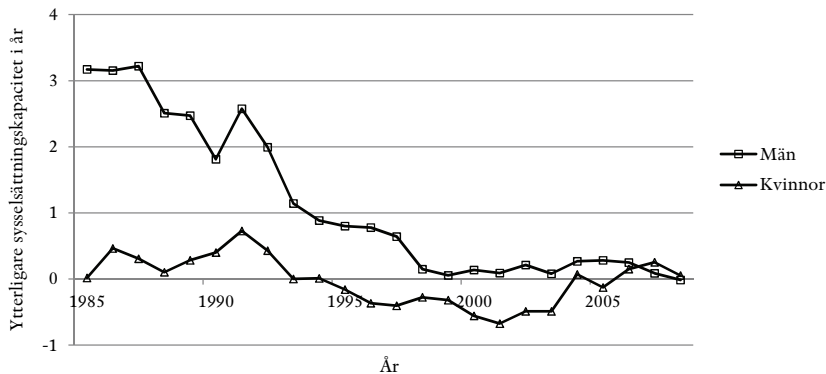
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och LOUISE, SCB.

Ålder	Mortalitet 2009	Sysselsättnings- grad 2009	Sysselsättnings- grad vid samma mortalitet	Ytterligare sysselsättnings- kapacitet
55	0,29	79,25	80,33	1,08
56	0,28	78,79	80,38	1,59
57	0,37	77,63	75,84	-1,79
58	0,41	76,67	73,01	-3,66
59	0,50	74,92	68,45	-6,47
60	0,49	73,55	68,76	-4,79
61	0,52	70,09	67,59	-2,50
62	0,60	64,66	56,83	-7,83
63	0,71	58,33	51,89	-6,44
64	0,76	50,01	48,79	-1,22
65	0,81	38,68	44,84	6,16
66	0,80	18,82	46,33	27,51
67	0,97	13,40		
68	1,09	8,46		
69	1,15	6,17		
År totalt		7,89		0,02

Tabell 2
Ytterligare sysselsättningskapacitet 2009 utifrån relationen mellan sysselsättning och mortalitet 1985. Procent. Kvinnor

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och LOUISE, SCB.

Figur 7
Skattad ytterligare
sysselsättningskapaci-
tet efter jämförelseår
för män och kvinnor



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och LOUISE, SCB.

Figur 7 visar hur många ytterligare år som vi i genomsnitt skulle kunna arbeta 2009 vid olika jämförelseår. För män ser vi att sysselsättningsreserven succesivt fallit från 1985 fram till år 2000. Därefter ser vi att sysselsättningsökningen i stort hållit jämna steg med förbättringen av hälsan. För kvinnor är bilden annorlunda: sett över hela perioden är sysselsättningen vid konstant hälsa oförändrad, medan den faktiskt ökat med ca 0,5 år mellan åren 2000 och 2009.

3. Hälsa och sysselsättning – analys av tvärsnittsdata

Som vi konstaterade i inledningen till denna artikel påverkas pensioneringstidpunkten inte bara av vår hälsa utan också i hög grad av olika institutionella faktorer som avtal på arbetsmarknaden och hur olika socialförsäkringssystem är utformade och som i stor utsträckning är relaterade till vår levnadsålder. En fråga som relaterar till potentialen för senare pensionering är hur mycket de som är i åldersgruppen 65–69 år skulle kunna arbeta om vi gör tankeexperimentet att de arbetade lika mycket som de som är i åldersgruppen 50–54 vid den hälsa vi faktiskt observerar för dem – dvs vid *konstant hälsa*?

Ett sätt att undersöka denna fråga är att använda sig av mikrodata och skatta en regressionsmodell för sannolikheten att vara sysselsatt som en funktion av detaljerade indikatorer för hälsa för åldersgruppen 50–54 och sedan använda samma indikatorer för äldre åldersgrupper för att prediktera hur stor andel som, om hälsa var det enda som bestämde arbetskraftsdeltagandet, skulle kunna delta i arbetskraften. Metoden användes ursprungligen av Cutler m fl (2012) för en analys av amerikanska data.

Metoden bygger på tre grundläggande antaganden:

1. Hälsan kan på ett uttömmande sätt mätas med tillgängliga mikrodata. En implikation av detta antagande är att hälsan kan mätas på samma sätt i olika åldrar.

Tabell 3
Sysselsättningsregressioner. Samtliga hälsotvariabler

Variabel	Män 50–54		Kvinnor 50–54	
	Koefficient	s.e.	Koefficient	s.e.
Hälsa, mycket god	0,02	0,04	0,01	0,04
Hälsa, god	0,04	0,04	0,10	0,04 ***
Hälsa, ganska bra	0,18	0,07 ***	0,27	0,06 ***
Hälsa, dålig	0,57	0,11 ***	0,28	0,10 ***
Begränsad fys förm 1	0,10	0,05 *	0,01	0,04
Begränsad fys förm >1	0,02	0,07	0,11	0,05 **
ADL någon	0,10	0,08	0,22	0,08 ***
IADL någon	0,44	0,18 ***	0,33	0,09 ***
CESD	0,08	0,17	0,13	0,09
Hjärta	0,06	0,07	0,08	0,09
Lungsjuk	0,06	0,20	0,36	0,19 *
Stroke	0,04	0,01 ***	0,00	0,01
Högt blodtryck	0,04	0,04	0,03	0,04
Artros	0,09	0,09	0,06	0,07
Diabetes	0,02	0,07	0,02	0,07
Ryggsproblem	0,01	0,03	0,04	0,03
Övervikt	0,00	0,03	0,04	0,04
Kraftig övervikt	0,07	0,05	0,01	0,04
Rökare, tidigare	0,08	0,04 **	0,07	0,04 *
Rökare, nuvarande	0,10	0,04 ***	0,03	0,04
Utbildning, obl	0,01	0,05	0,02	0,05
Utbildning, gymnasia	0,02	0,05	0,03	0,05
Utbildning, universitet	0,05	0,05	0,05	0,05
Gift	0,08	0,03 **	0,04	0,03
Antal observationer	393		564	

Anm: * 10%, ** 5% och *** 1% signifikansnivå.

Källa: SHARE.

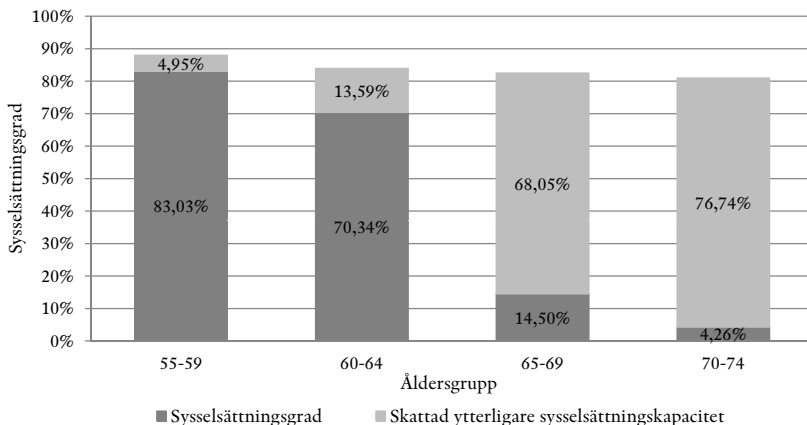
- Relationen mellan hälsa och arbetskraftsdeltagande är oberoende av ålder, dvs den relation som skattas för åldersgruppen 50–54 gäller också för de i åldrarna 55–74.
- Utträdet från arbetsmarknaden bestäms enbart av hälsoskäl. Sjukersättningen, ålderspensionssystem och avtal om pensionsåldrar på arbetsmarknaden spelar ingen roll.

Det som anges i det tredje antagandet är det som antas gälla i den yngre åldersgruppen, där regressionsmodellen skattas. Vi använder data för åren 2004, 2007, 2011 och 2014 av den svenska delen av Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE).⁴

Tabell 3 presenterar resultaten från våra regressionsmodeller för sanno-

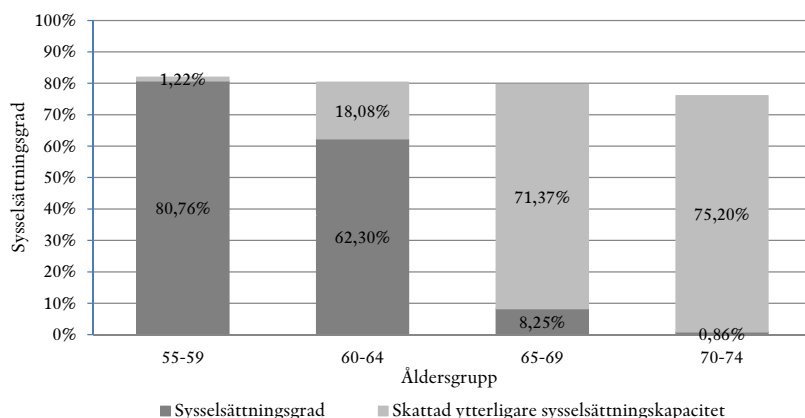
⁴ SHARE (se www.share-project.org) är en mycket omfattande urvalsundersökning som fokuserar på åldrande, hälsa och sysselsättning som görs på ett liknande sätt i ett stort antal europeiska länder. Förebilderna för SHARE är det amerikanska HRS (Health and Retirement Survey) och det brittiska ELSA (English Longitudinal Study of Aging).

Figur 8
Andel sysselsatta
SHARE män och
ytterligare sysselsättningskapacitet i olika
åldersgrupper



Källa: SHARE.

Figur 9
Andel sysselsatta
SHARE kvinnor och
ytterligare sysselsättningskapacitet i olika
åldersgrupper



Källa: SHARE.

likheten att vara sysselsatt på arbetsmarknaden för män respektive kvinnor. De indikatorer som är statistiskt signifikanta på olika nivåer har markerats med stjärnor. Resultaten visar att de olika självrapporterade sammanfattande måtten har ganska god prediktionsförmåga för sannolikheten att vara sysselsatt.

Figur 8 och 9 visar den andel som är sysselsatt enligt uppgifterna i data-materialet och den andel som predikteras vara sysselsatt enligt våra regressionsmodeller för män respektive kvinnor. Vi ser att den andel som är sysselsatt minskar mycket kraftigt framför allt mellan åldersgrupperna 60-64 och 65-69, medan den andel som predikteras kunna vara sysselsatt minskar i mycket ringa utsträckning mellan de åldersgrupper som beaktas. Enligt våra skattningar skulle ytterligare runt 70 procent av både männen och kvinnorna i åldersgruppen 65-69 kunna vara sysselsatta.

Man kan vara kritisk mot realismen i det första av de tre antaganden som listades ovan. Självklart går det inte att på ett uttömmande sätt mäta alla aspekter av hälsan som relaterar till arbetsförmågan. Ett potentiellt problem i detta sammanhang är om de intervjuade tenderar att relatera sin hälsa till andra jämnåriga snarare än att beskriva sin hälsa i absoluta termer. Detta skulle leda till att vi underskattade minskningen av sysselsättningen med ålder.

Även om så skulle vara fallet skulle med största sannolikhet de huvudsakliga slutsatserna från analysen kvarstå: en mycket stor andel av de två äldre åldersgrupperna som inkluderats i analysen skulle kunna fortsätta att jobba vidare om det bara kom an på hälsan. Att det branta fall i sysselsättningen som skattas mellan åldersgrupperna 60–64 och 65–69 skulle motsvaras av ett motsvarande fall i hälsan förefaller osannolikt.

4. Slutsatser

Vi har visat att sysselsättningen bland de äldre ökat kraftigt på senare år. Sedan början av 2000-talet har arbetskraftsdeltagandet för män i åldersgruppen 60–64 ökat från ca 55 till 75 procent. För kvinnor har motsvarande ökning varit från 45 till 65 procent. Vår första analys visade att svenska män har en potential att i genomsnitt arbeta i ytterligare tre år om man beaktar förbättringarna i hälsa mellan 1985 och 2009. Sedan år 2000 har senareläggningen av utträdet från arbetsmarknaden hållit jämna steg med förbättringen i hälsa. För kvinnor har det ökade arbetskraftsdeltagandet bland äldre från 1985 nästan exakt motsvarat förbättringen i hälsa.

Vår andra analys visade en stor potential för ökat arbetskraftsdeltagande i åldersgrupperna äldre än 60. Att potentialen är större bland kvinnor kan uppfattas som en motsägelse med tanke på resultaten i den första analysen, men bakgrunden är naturligtvis den historiska utvecklingen mot ett allmänt ökat arbetskraftsdeltagande bland kvinnor. Att män fortfarande har ett högre arbetskraftsdeltagande bland äldre och att kvinnor har en större potential för senare utträde från arbetskraften kan ses som en aspekt av att jämställdhet mellan kvinnor och män fortfarande inte uppnåtts på arbetsmarknaden.

Att arbetskraftsdeltagandet bland äldre på senare år ökat så mycket måste betraktas som en framgång för de policyansträngningar som gjorts för att uppnå just det syftet – ”arbetslinjen” under regeringen Reinfeldt, men som vi såg faktiskt påbörjades av den tidigare, socialdemokratiska regeringen. I åldersgruppen 65–69 har dock förbluffande lite hänt. Ett nästa naturligt steg mot ett förlängt arbetsliv kommer troligen främst att ske i den gruppen. Pensionsåldersutredningen (se Statens Offentliga Utredningar 2013) har visat att det fortfarande finns gott om godtyckliga regler för att reglera den ”normala” pensionsåldern vilka väntar på att bli reformerade.

Till skillnad från åldersgruppen 60–64 belastar finansieringen av utträdet för åldersgruppen 65–69 främst ålderspensionssystemet. En måhända

rimlig utgångspunkt är att den ekonomiska politiken inte skulle intressera sig för att försöka påverka pensioneringstidpunkten i den åldersgruppen med ett aktuariskt rättvist pensionssystem (där individen själv förväntas tjäna lika mycket på de minskade premier som förlusten av lägre framtida förmåner om han eller hon beslutar sig för att gå i pension tidigare). Detta gäller dock inte om man beaktar hela den offentliga sektorns finanser med skatter och bostadsbidrag (se t ex Palme och Svensson 2009) eller hela samhällsekonomin (se Karlström m fl 2011). Gör man det blir det en vinst med senare utträde från arbetskraften. Det går heller inte att finna något empiriskt stöd för att sysselsättning bland äldre skulle "tränga ut" möjligheter till arbete för yngre (se Palme och Svensson 2010).

Att underlätta för folk att jobba vidare genom att motverka åldersdiskriminering och på andra sätt anpassa arbetslivet för att möjliggöra ett förlängt arbetsliv har således många vinnare och få uppenbara förlorare. Att arbetsmiljön blir mindre fysiskt men mer socialt krävande skapar sannolikt nya utmaningar för att vi på sikt ska kunna rikta in oss på att i framtiden arbeta tills vi blir 75.

REFERENSER

- Cutler, D M, E Meara och S Richards-Shubik (2013), "Health and Work Capacity of Older Adults: Estimates and Implications for Social Security Policy", manuskript, SSRN 2577858.
- Dagens Nyheter* (2012), "Fler måste kunna byta karriär mitt i livet", *Dagens Nyheter*, 7 februari 2012, <http://www.dn.se/nyheter/politik/flu-maste-kunna-byta-karriar-mitt-i-livet/>.
- Johansson, P, L Laun och M Palme (2015a), "Health, Work Capacity and Retirement in Sweden", working paper 2015:29, IFAU, Uppsala.
- Johansson, P, L Laun och M Palme (2015b), "Kan vi jobba tills vi blir 75? Vad säger mikrodata om hälsa och arbetskapacitet bland de äldre i arbetskraften?" IFAU Rapport 2015:24, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering.
- 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.
- Karlström, A, M Palme och I Svensson. (2011), "Assessing the Welfare Change from a Pension Reform", *International Tax and Public Finance*, vol 18, s 634–657.
- Milligan, K S och D A Wise (2012), "Health and Work at Older Ages: Using Mortality to Assess the Capacity to Work across Countries", NBER Working Paper 18229.
- Palme, M och I Svensson (2009), "Financial Implications of Income Security Reforms in Sweden", i Gruber, J och D A Wise (red), *Social Security Programs and Retirement around the World: Fiscal Implications of Reform*, University of Chicago Press, Chicago.
- Palme, M och I Svensson (2010), "Incentives to Retire, Employment of the Old and the Employment of the Young in Sweden", i Gruber, J och D A Wise (red), *Social Security Programs and Retirement around the World: The Relationship to Youth Employment*, University of Chicago Press, Chicago.
- SOU (2013:25), *Åtgärder för ett längre arbetsliv. Slutbetänkande från pensionsåldersutredningen*, Fritzes, Stockholm.
- Svenska Dagbladet* (2012), "Höjd pensionsålder ifrågasätts", *Svenska Dagbladet*, 7 februari 2012, <http://www.svd.se/hojd-pensionsalder-ifragasatts>.