

## Tack, nästa

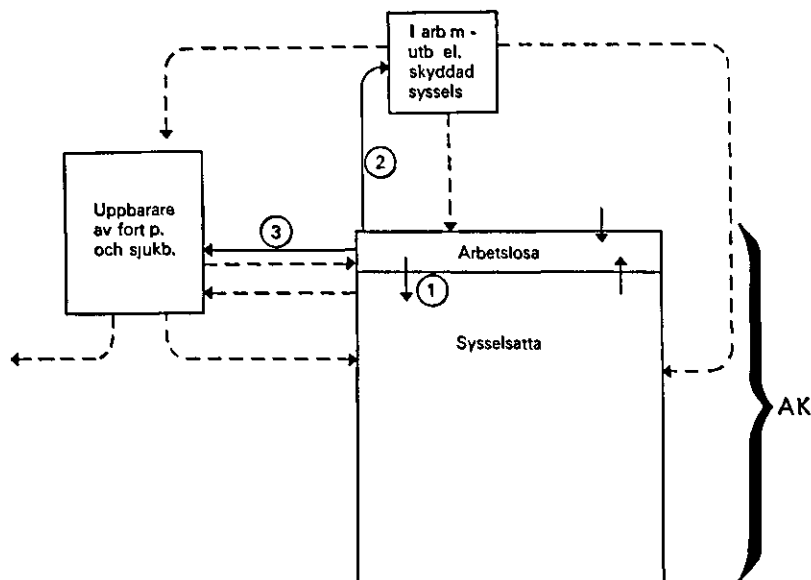
Låg arbetslöshet och god prisstabilitet är centrala ekonomisk-politiska målsättningar och det är välbekant att det är svårt att sänka arbetslösheten utan att inflationen samtidigt ökar.

I Sverige tycks vi, åtminstone delvis, ha funnit en lösning på den nämnda målkonflikten, nämligen genom att kontinuerligt förklara stora delar av de arbetslösa som arbetsoförmögna av medicinska skäl och sedan genom förtidspensionering eller utbetalandet av sjukbidrag förpassa dem ur arbetskraften. Härvid sänks arbetslösheten utan att syssel-

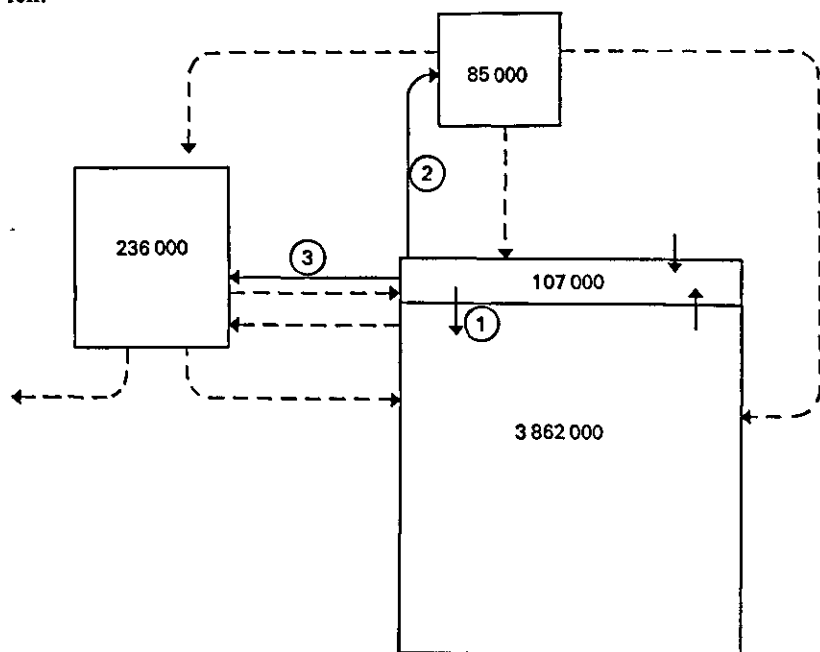
sättningen ökas i motsvarande grad och utan att samhällets totala köpkraft nämnvärt förändras. En del av efterfrågeinflationen hålls stängin.

Förtidspensionering och utbetalandet av sjukbidrag sker i regel på formellt medicinska grunder, vilket betyder att en reell medicinsk orsak måste föreligga som grund för den nedsatta arbetsförmågan. Förekomsten av sådan orsak avgörs i varje enskilt fall av läkare. Därmed har läkarkåren blivit en viktig faktor i vår arbetsmarknadspolitik. Tack, nästa.

Figur 1. Partiell bestånds- och flödesmodell av arbetsmarknaden.



Figurs 2. Beståndens storlek år 1972 i den partiella arbetsmarknadsmodellen.



Källor: Arbetsmarknadsstatistisk årsbok 1973, SCB, Riksförsäkringsverket, Stockholm.

### Arbetskraften och arbetslösheten

De flesta läsare av *Ekonomisk Debatt* torde vid det här laget vara bekanta med olika bestånds- och flödesmodeller över arbetsmarknaden. En partiell sådan återfinns i *figur 1*.

Som vanligt delas de människor, vilka befinner sig i arbetskraften, upp i två delgrupper: de som är sysselsatta och de som är arbetslösa. De som hamnat i gruppen arbetslösa kan, såsom vi ritat figuren, komma därifrån på i huvudsak tre olika sätt. För det första genom att de får ny anställning på den öppna marknaden och återförs till gruppen sysselsatta. Detta är den väg att sänka arbetslösheten som brukar betraktas som normal. Ett annat sätt är att placera den arbetslöse i någon form av arbetsmarknadsutbildning eller inom den skyddade sektorn. Också härigenom minskas antalet arbetslösa. Det tredje huvudsättet att få arbetslösa bort ur den grupp, som officiellt betraktas som arbetslösa, är att ge dem förtidspension eller sjukbidrag. Naturligtvis finns också andra vägar att sänka arbetslösheten på. Ovan angivna är emellertid de huvudsakliga under rådande förhållanden.

Låt oss se lite närmare på storleken

av de i *figur 1* ingående bestånden. Eftersom 1972 är det sista år för vilket vi känner storleken av beståndet förtidspensionärer och uppbärare av sjukbidrag, så har vi använt oss av siffror från detta år. De återfinns i *figur 2*.

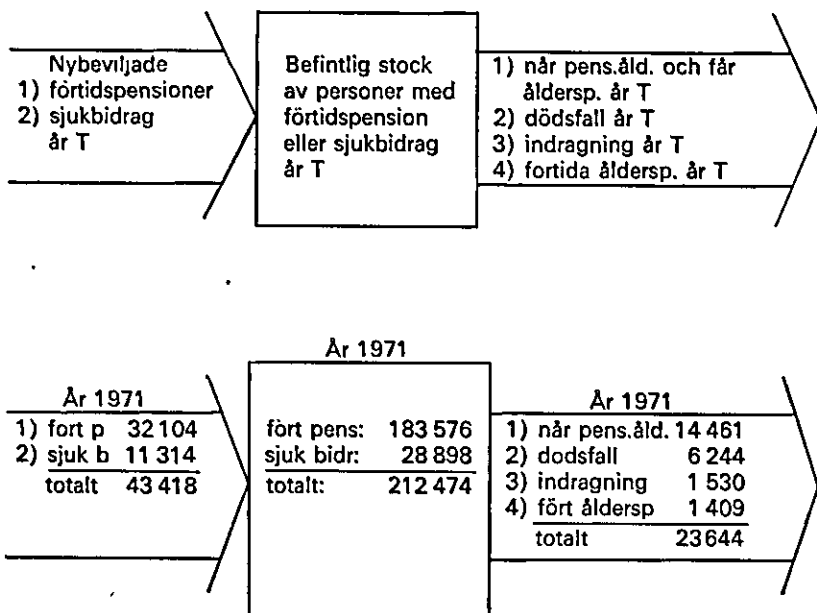
Av figuren framgår att antalet förtidspensionärer och uppbärare av sjukbidrag är stort. Det är också så att denna grups storlek ökat betydligt under senare år. Den innehöll 1966 något över 160 000 individer, vilket kan jämföras med 236 000 sex år senare.

### Förtidspension och sjukbidrag i bestånds- och flödesperspektiv

Vi skall nu koncentrera oss på beståndet av förtidspensionärer och uppbärare av sjukbidrag,<sup>1</sup> samt de årliga flödena till och från detta bestånd. En grov skiss av de nämnda storheternas komponenter

<sup>1</sup> Såväl förtidspension som sjukbidrag förekommer i tre olika former beroende på i vilken utsträckning angiven medicinsk grund anses nedsätta arbetsförmågan. De tre formerna anges i fraktioner av hel bidragsform och är idag av graderna 1/2, 2/3 samt 3/3. En uppdelning på dessa olika typer är här ointressant. Över 90 procent av samtliga bidragsbärare uppbär hel bidragsform.

Figur 3. Beståndet av förtidspensionärer och uppbärare av sjukbidrag samt årligt in- och utflöde.



Källa: Riksförsäkringsverket, Stockholm.

återfinns i övre delen av figur 3. I dess undre del återges de olika komponenternas storlek år 1971.

Exakt hur stor del av det årliga utflödet som går till den reguljära arbetsmarknaden vet vi inte. Vad vi emellertid vet är att en sådan återgång endast kan vara aktuell för de människor som fått sin förmån indragen. Till större delen rör det sig här om arbetare vilka uppburit sjukbidrag under en begränsad tidsperiod. Uppenbart är att denna del av utflödet inte överstiger ca 1 500 personer per år.

Noteras bör att inflödet är nästan dubbelt så stort som utflödet, vilket naturligtvis är förklaringen till beståndets snabba tillväxt. Som en jämförelse kan nämnas att inflödet år 1972 uppgick till 51 843 medan utflödet samma år omfattade 23 157 människor. År 1973 var inflödets storlek 50 162 personer.

### Är dessa människor verkligen sjuka?

Huvudregeln är, som vi redan nämnt, att medicinsk orsak måste föreligga för att en person skall få förtidspension eller sjukbidrag. Med anledning av det ökade antalet äldre strukturarbetslösa arbetskraft bestämdes 1970 att de medicinska kraven för erhållande av förtidspension skulle lindras — förmånstagaren skulle fort-

farande besitta någon form av medicinskt handikapp men man krävde inte längre lika hög svårighetsgrad. År 1972 kom dessutom en regel om att vissa äldre långtidsarbetslösa skulle kunna förtidspensioneras utan att medicinska skäl förelåg. Sistnämnda regel har utnyttjats endast i ringa omfattning. Första året efter tillkomsten beviljades 3 210 förtidspensioner utan medicinsk grund, andra året 2 922. Fortfarande är ca 94 procent av antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag *formellt* grundade på medicinska orsaker.

Ehuru det således kan misstänkas att stora grupper arbetslösa genom aktuella förmånsformer försvunnit ur arbetskraften utan att egentligen vara sjukare än vad som anses normalt för deras ålder, är det svårt att i konkreta siffror påvisa existensen av ett sådant förhållande.

I samband med ett större tvärvetenskapligt arbete har jag emellertid haft möjlighet att empiriskt undersöka en väl avgränsad delgrupp av de som varje år nybeviljas förtidspension eller sjukbidrag. Delgruppen utgörs av de fall där angiven medicinsk huvudorsak eller någon av de medicinska bidiagnoserna är ryggradskrök.

Sjukdomen ryggradskrök förekommer i två huvudformer. Dels som en onaturlig krökning i ryggraden i framåt-bakåt-

led, varvid sjukdomen benämnes kyfos. Dels som en onaturlig krökning av ryggraden i sidled, varvid sjukdomen benämnes skolios. Den senare formen är den vanligaste och innehåller i sig tre olika undergrupper: då kröken är placerad i brösthöjd kallas skoliosen thorakal, då kröken är placerad längre ner kallas den lumbal. Ibland är kröken S-formad och innesluter både de ovan nämnda delarna av ryggraden och kallas då thorako-lumbal. Grovt gäller att thorakala krökar ger upphov till nedsatt lung- och hjärtverksamhet men mycket sällan förorsakar smärta. Lumbala krökar ger i vissa fall upphov till smärta samt medför rörelseproblem.

Det intressanta med denna sjukdom är att den är mätbar. Dess svårighetsgrad uttrycks av ryggradskrökens storlek. Den senare mätes i grader enligt en speciell metod.

För samtliga under år 1971 nybeviljade fall av förtidspension och sjukbidrag tillhörande aktuell grupp har undersökts sambandet mellan ålder och sjukdomens svårighetsgrad vid beviljandetillfället. Härvid har materialet uppdelats i 48 delgrupper beroende på om individen beviljats förtidspension eller sjukbidrag; om ryggradskrök varit huvuddiagnos eller en av bidiagnoserna; om graden av förmån varit 3/3, 2/3 eller 1/2; om kröken varit av typen kyfos eller skolios; samt då det rört sig om skolios, huruvida kröken varit thorakal, lumbal eller thorako-lumbal. De funna sambanden är tämligen likartade för samtliga grupper. Resultaten från en av dem redovisas i figur 4.

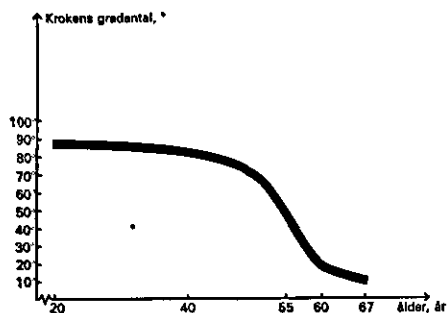
Av figuren framgår att ju äldre de berörda personerna varit vid beviljningstillfället ju mindre krav har ställts på sjukdomens svårighetsgrad. Hos personer över 55 år är kröken i regel inte större än vad som orsakas av naturliga ålderförändringar i skelettet. Dessa människor kan i de flesta fall inte anses lida av någon onaturlig ryggradskrök. Det är samtidigt så att frekvensen nybeviljningar är i särklass störst i dessa åldersgrupper — över 70 procent av fallen ligger här.

Det är uppenbart att många friska människor slussas bort ur arbetskraften. De uppgivna medicinska orsakerna är inte reella.

### Bidrag eller ekonomisk politik?

Att ge friska människor som av olika skäl blivit obsoleta på arbetsmarknaden ekonomiska möjligheter till fortsatt exi-

Figur 4. Samband mellan sjukdomens svårighetsgrad och ålder vid beviljningstillfället. (Delgrupp: skolios, lumbal, fört p 3/3, ryggradskrök, h-diagnos)



stens är humant. I själva verket kan emellertid denna form av eftergift för marknadskrafterna tolkas som en medveten ekonomisk politik uppklädd i humanismens värdbara täckmantel.

Denna typ av selektiva åtgärder är ett alldeles utmärkt sätt att nedbringa den officiellt registrerade arbetslösheten om man samtidigt vill undgå kraftiga inflationseffekter. En motsvarande sänkning av arbetslösheten med hjälp av generella stimulansåtgärder kan inte uppnås utan betydande prisstegringar. För den beslutsfattare som störs av mardrömmar om stillastående och vandrande phillipskurvor kan användandet av aktuella bidragsformer således vara en lugnande och god sömnkaramell.

Men inte är det väl den sortens medicin vi kallar för "intensifierade arbetsmarknadsåtgärder" och som skulle medge en smärtfri tillämpning av den Rehnska modellen? Dessa åtgärder medför ingen reell lösning av de problem som uppstått. Om vi inte vill hamna i en situation med stora skaror av pacificerad arbetskraft krävs insatser av helt annat slag.

Fil kand Lars Dahlberg  
Göteborgs universitet