

Inkomstskillnader och hälsa – lärdomar från den svenska flykting- utplaceringspolitiken

nr 6 2012 årgång 40

Vi studerar effekten av inkomstskillnader på hälsa för en ekonomiskt särskilt utsatt grupp; flyktingar. Vår analys bygger på longitudinella registerdata samt den svenska utplaceringspolitiken som innebär att flyktingar tilldelades boenden i samband med beviljat uppehållstillstånd. Vi finner inga statistiskt signifikanta effekter av inkomstskillnader på sannolikheten att bli inlagd på sjukhus. Våra resultat håller även om vi delar upp individer efter kön, ålder och utbildning samt när vi undersöker olika diagnoser. Skattningarna är tillräckligt precisa för att vi ska kunna utesluta att det skulle finnas stora effekter av inkomstskillnader på hälsa.

Det finns en omfattande litteratur inom flera olika discipliner som visar att invånare i områden med större inkomstskillnader har sämre hälsa och högre dödlighet (se t ex översikter av Deaton 2003; Leigh m fl 2009; Nilsson och Waldenström 2011; Wilkinson och Pickett 2006). Resultaten i några av dessa studier är slående, t ex finner Lynch m fl (1998) att den årliga dödligheten till följd av inkomstskillnader i USA motsvarar den samlade dödligheten från lungcancer, diabetes, trafikolyckor, HIV, självmord och mord. Om dessa resultat stämmer kan de ökade inkomstskillnaderna i den industrialiserade världen under de senaste decennierna ha långtgående konsekvenser för folkhälsan. Samtidigt innebär detta att politiska åtgärder för att minska inkomstskillnader potentiellt kan medföra positiva hälsoeffekter. Utsatta minoritetsgrupper kan i detta avseende tänkas vara särskilt sårbara eftersom de ofta lever i områden med stora inkomstskillnader (Deaton och Lubotsky 2003).

Det finns dock åtminstone tre skäl till att tolka resultaten i tidigare studier med försiktighet. För det första baseras de flesta studier på aggregerade data. Problemet med sådana data är att om individens hälsa ökar med inkomst (men med avtagande takt), kommer det på aggregerad nivå alltid att finnas en korrelation mellan inkomstskillnader och hälsa. Denna korrelation kommer att observeras även om ojämnt fördelade inkomster *inte* har någon effekt på hälsa (se t ex Rodgers 1979). Det är därför avgörande att använda individdata för att kunna säga något om effekten av inkomstskillnader på hälsa.¹

För det andra använder de studier som använder data på individnivå ofta mått på inkomstskillnader som är framtagna från flera olika datakällor som i sin tur bygger på små urval. Det är troligt att detta tillvägagångssätt gene-

**HANS GRÖNQVIST,
PER JOHANSSON
OCH SUSAN
NIKNAMI**

Hans Grönqvist är verksam vid SOFI där han forskar om områdeseffekter, kriminalitet och fertilitet. hans.gronqvist@sofi.su.se

Per Johansson är verksam IFAU där han forskar om arbetsmarknadsfrågor samt hälsa och metodutveckling. per.johansson@ifau.se

Susan Niknami är verksam vid SOFI, Stockholms universitet och forskar kring frågor som rör invandring och kriminalitet. susan.niknami@sofi.se

Denna rapport bygger på Grönqvist, Johansson och Niknami, (2012). Vi tackar seminariedeltagare vid UCL, IZA, SOLE 2011, NORFACE 2011, SOFI samt Anders Björklund, Gabriella Chirico, Miles Corak, Matz Dahlberg, Christian Dustmann, Caroline Hall, Per Molander, Anders Stenberg, Eskil Wadensjö och Olof Åslund för värdefulla kommentarer.

¹ Wagstaff och van Doorslaer (2000) diskuterar fördelarna med individdata.

rerar mätfel, vilket leder till en underskattning av resultaten (Deaton 2003). Detta kan förklara varför många individstudier hittar svagare samband mellan ojämlikt fördelade inkomster och hälsa.²

För det tredje kan relationen mellan inkomstskillnader och hälsa drivas av att det finns en sortering av individer mellan regioner. Det är också möjligt att orsakssambandet går åt motsatt håll, dvs att individer med sämre hälsa har svårare att arbeta och därför har lägre inkomster (t ex Cutler m fl 2010). Genom att kontrollera för potentiella faktorer som både påverkar hälsa och inkomst, vilket flera tidigare studier gör, kan dessa problem delvis avhjälpas men det är ändå omöjligt att utesluta risken att resultatet drivs av utelämnade variabler eller av att orsakssambandet är det omvända.

Vi kringgår de metodologiska problem som diskuterats ovan genom att använda omfattande registerdata och samtidigt studera flyktingar som omfattades av den svenska utplaceringspolitiken under åren 1985–94, den så kallade ”Hela Sverige-strategin”. Strategin innebar att nyanlända flyktingar placerades ut i olika bostadsområden. Placeringspolitikens utformning medför att det är rimligt att anta att graden av inkomstskillnader en given individ möttes av i sitt första bostadsområde är slumpmässigt betingad på ett antal individvariabler.

Vår studie är den första inom detta område att utnyttja vad som kan betraktas vara kvasi-experimentell variation i graden av inkomstskillnader. Ytterligare en styrka med studien är den data som används. Data från myndighetsregister gör det möjligt att beräkna mått på inkomstskillnader för hela befolkningen och minimerar risken för mätfel. Därtill utgör data från sjukhusregister ett objektiva mått på hälsa, till skillnad från t ex enkäter om självupplevd hälsa. Genom den omfattande datamängden kan vi även studera om hälsoeffekter av inkomstskillnader skiljer sig mellan olika grupper, t ex mellan individer med olika utbildningsnivå, vilket få tidigare studier har gjort. Detta är dessutom den första studie som explicit studerar effekten av inkomstskillnader på hälsa för en minoritetsgrupp. Detta är viktigt eftersom studiens resultat potentiellt kan öka förståelsen för varför vissa minoritetsgrupper har sämre hälsa i förhållande till den totala befolkningen.

1. Kopplingen mellan inkomstskillnader och hälsa

I litteraturen finns huvudsakligen två hypoteser om kopplingen mellan inkomstskillnader och ohälsa. Den första är att inkomstskillnader i sig skapar ohälsa, oberoende av individens egen inkomstnivå. Det har framförts flera förklaringar till varför ojämlikt fördelade inkomster skulle ha betydelse vid alla inkomstnivåer. En sådan förklaring är att individer med högre inkomster också har större benägenhet att engagera sig i den politiska pro-

² En komplikation är t ex om definitionen av bra respektive dålig hälsa skiljer sig åt mellan områden med små och stora inkomstskillnader.

cessen. Givet att dessa individer driver en politik för sänkta offentliga utgifter i form av transfereringar och skatter kan deras engagemang t ex leda till en försämrad sjukvård (Kawachi m fl 1997). Ytterligare en förklaring som förts fram är att inkomstskillnader urholkar det sociala kapitalet, dvs människors tillit till varandra. Den minskade tilliten har i sin tur hälsoeffekter genom ökad psykosocial stress, självdestruktivt beteende och ett minskat civilt samhälle (Kaplan m fl 1996).

Den andra hypotesen som förts fram i den ekonomiska litteraturen är att det är en individs inkomst relativt hennes referensgrupp som har betydelse för hälsan. Enligt denna hypotes jämför individen sina inkomster med dem som har en relativt bättre position i samhället (referensgruppen), medan hon bortser från dem som har det relativt sämre. Att ha en låg relativ inkomst antas öka den psykosociala stressen och därigenom ha negativa hälsoeffekter (se t ex Wilkinson 1997; Marmot m fl 1991).

2. Tidigare litteratur och studiens bidrag

Som nämnts ovan har flera studier om relationen mellan inkomstskillnader och hälsa publicerats under de senaste decennierna. I en tidigare utgåva av *Ekonomisk Debatt* presenterar Nilsson och Waldenström (2011) en utförlig litteraturgenomgång. Vi hänvisar till denna artikel samt till Subramanian och Kawachi (2004) för mer detaljer kring den tidigare forskningen. Gemensamt för tidigare studier är att de i huvudsak bygger på jämförelser mellan stater samt att de finner en stark association mellan inkomstskillnader och dålig hälsa. Som påpekas av Nilsson och Waldenström är det dock på grund av det aggregeringsproblem som nämndes tidigare oerhört svårt att identifiera effekten av ojämlikhet på hälsa i studier som bygger på länderjämförelser.

Individstudier var tidigare ovanliga, vilket kan förklaras med att det fram tills nyligen saknades hälsodata på individnivå. I och med den ökade tillgången till sådana data har också antalet studier som undersöker relationen mellan inkomstskillnader och hälsa på individnivå ökat. Sammantaget varierar resultaten i dessa studier men de finner generellt en svagare relation mellan inkomstskillnader och hälsa i jämförelse med studier genomförda på aggregerade data (Deaton 2003). Några individstudier testar specifikt den sistnämnda hypotesen ovan, om att ojämlikt fördelade inkomster påverkar hälsan genom att individer jämför sin inkomst med en referensgrupp. En av dessa studier är Jones och Wildman (2008) som använder brittiska paneldata över hushållsinkomster för att studera kopplingen mellan relativ inkomst och självrapporterad hälsa. Resultatet visar att associationen mellan dålig hälsa och att ha sämre inkomster relativt sin referensgrupp i princip försvinner när man hänsyn till individkaraktäristika.

Den studie som använder mest omfattande individdata är sannolikt Gerdtham och Johannesson (2004) som bygger på svenska registerdata kopplade till enkätdata. Oss veterligen är detta den enda studie som kan sär-

skilja effekterna av egen inkomst, relativ inkomst och en ojämlig fördelning av inkomster.³ De finner att dödligheten minskar signifikant när den egna inkomsten ökar, men finner inget stöd för att varken relativ inkomst eller inkomstojämlikhet har betydelse för dödlighet i Sverige.

3. Placeringspolitiken i Sverige 1985–94

Andelen utlandsfödda i Sverige är ca 14 procent. Sedan slutet av 1970-talet består majoriteten av migrationen till Sverige av flykting- och anhöriginvandring. Trenden för hur väl utrikesfödda klarar sig ekonomiskt har under de senaste decennierna varit nedåtgående och det finns i dag stora skillnader i arbetsmarknadsutfall mellan utrikesfödda och personer födda i Sverige (OECD 2007). Det finns också betydande skillnader med avseende på hälsa. Till exempel visar våra egna skattningar att sannolikheten att bli inlagd på sjukhus år 1994 var ca 9 procent högre bland flyktingar i jämförelse med hela svenska befolkningen.

Den svenska placeringspolitiken, som började föras 1985, var ett försök att minska den geografiska koncentrationen av invandrare i Sverige. Strategin innebar att nyanlända flyktingar tilldelades en kommun där de fick sitt första boende. Den ursprungliga idén var att placera individer i områden med goda möjligheter till utbildning och jobb. Eftersom den svenska bostadsmarknaden under samma period befann sig i kris var det dock svårt att hitta bostäder. Flyktingar placerades därför i de kommuner som hade lediga bostäder. De som hittade bostäder på en annan plats fick flytta om de ville, men var fortfarande skyldiga att delta i ett 18-månaders introduktionsprogram i sin tilldelade kommun. Under introduktionsperioden fick alla försörjningsstöd. Hälften av alla som omfattades av placeringspolitiken bodde fortfarande kvar i sina tilldelade kommuner åtta år efter att de kommit till Sverige.

På grund av det stora inflödet av flyktingar i slutet av 1980-talet ökade antalet mottagande kommuner från 60 till 277 av Sveriges då 284 kommuner. Målet var att antalet flyktingar som respektive kommun tog emot skulle motsvara 2,9 promille av den totala befolkningen (Borevi och Myrberg 2010). Politiken omfattade alla flyktingar som kom under perioden 1985–94, med undantag för anhöriginvandrare. Alla flyktingar placerades till en början i flyktingförläggning i väntan på Migrationsverkets beslut om uppehållstillstånd, vilket i regel tog mellan tre och tolv månader. Flyktinglägren var jämnt fördelade över landet och det fanns ingen koppling mellan var en individ anlände till Sverige och vilken förläggning denne hamnade i. Kommunplaceringen avgjordes av Migrationsverket och skedde i regel omedelbart efter att uppehållstillstånd hade beviljats.

³ Karlsson, m fl (2010) använder detaljerade individdata från ett flertal länder och finner stöd för att både relativa inkomstskillnader och inkomstojämlikhet försämrar självrapporerad hälsa.

4. Data och metod

Data och urval

Den empiriska analysen bygger på registerdata från SCB och Socialstyrelsen. Data från dessa myndighetsregister omfattar bl a uppgifter om inkomst och utbildningsbakgrund tillsammans med en rad andra demografiska variabler och täcker hela den svenska befolkningen i åldrarna 16-65 år under åren 1987-2000. För individer i åldern 16-74 år har vi även data för 2001-04. Data från sjukhusregister omfattar bl a den exakta diagnosen enligt den fyrsiffriga diagnoskoden ICD för alla individer som tagits in på svenska sjukhus från 1987 till 2004.

Det inkomstmått vi använder är disponibel inkomst på individnivå⁴ (i 1990 års priser), dvs inkomst från arbete, kapital och transfereringar efter skatt. Vi beräknar inkomstskillnader med tre olika mått för hela Sveriges befolkning i åldern 25-65 år. Dessa mått är ginikoefficienten, variationskoefficienten samt den logaritmerade skillnaden i inkomster för den tionde percentilen mot inkomster för den tionde percentilen. Måtten är de som oftast används för att kvantifiera inkomstskillnader. Gini-koefficienten varierar mellan 0 (alla har lika stor inkomst) och 1 (en person får all inkomst) och tar bl a hänsyn till inkomstskillnader längs med hela inkomstfördelningen. Variationskoefficienten ges av standaravvikelsen delat med medelvärdet och även detta mått fångar skillnader över hela fördelningen. Vi beräknar måtten för varje kommun och år.⁵ Genom att göra så antar vi också implicit att individer endast jämför sig med andra individer i samma kommun, vilket diskuterats av Deaton (2003). Andra jämförelsegrupper har föreslagits i litteraturen (t ex ålder, etnicitet eller utbildningsnivå som i Eibner och Evans 2005), men vårt tillvägagångssätt är fortfarande det vanligaste. Vår analys omfattar sammanlagt flyktingar från 16 olika ländergrupper som ankom till Sverige mellan 1990 och 1994. Anledningen till att vi börjar med 1990 är att det var då data över disponibel inkomst blev tillgänglig. Individer med en familjemedlem redan boende i Sverige uteslöts ur analysen, eftersom anhöriginvandring inte omfattades av placeringspolitiken.

Hur mäts effekten av inkomstskillnader på hälsa?

För att mäta effekten av inkomstskillnader på hälsa använder vi den svenska placeringspolitiken, som innebar att nyanlända flyktingar tilldelades en hemkommun efter att de beviljats uppehållstillstånd i Sverige. Placeringspolitiken har noggrant beskrivits i andra studier, se t ex Edin m fl (2003); Åslund och Fredriksson (2009); Åslund och Rooth (2007); Åslund m fl (2011).

Det finns övertygande evidens i tidigare studier att placeringspolitiken skapade en geografisk spridning av flyktingar som var oberoende av icke-

⁴ Ett alternativ hade varit att använda inkomst på hushållsnivå. Vi kan dock inte observera personer som är sambos om de inte har gemensamma barn. Eftersom det är vanligt i Sverige att ogifta par bor tillsammans hade därför en analys på hushållsnivå gett underskattade resultat.

⁵ I genomsnitt har kommuner 30 000 invånare.

observerbara egenskaper hos dem som placerades. För att nämna en visar Edin m fl (2003) att de flyktingar som omfattades av placeringspolitiken hamnade i andra typer av bostadsområden än flyktingar från samma länder som anlände strax innan reformen.

Det är dock viktigt att notera att handläggaren som beslutat om placering kan ha försökt matcha individer till specifika platser. Det är också möjligt att individer skulle kunna ha uppgett preferenser för vissa bostadsområden. Det finns emellertid tre argument för varför det ändå är möjligt att betrakta det första bostadsområdet som oberoende av icke-observerbara individuella egenskaper. För det första hade handläggaren som beslutade om kommunplacering ingen direktkontakt med dem eller den som skulle tilldelas placering. Den enda information som var tillgänglig för handläggaren var ålder, utbildning, kön, civilstånd, familjens storlek och ursprungsland. Eftersom de registerdata vi använder innehåller samma information som handläggarna hade tillgång till kan vi kontrollera för sådan eventuell selektion. För det andra var det få individer som angav preferenser om placeringskommun och möjligheten att tillgodose dessa var begränsad på grund av bostadskrisen under samma period (se t ex Åslund och Fredriksson 2009). För att kunna tillgodose önskemål om placeringskommun var det dessutom en förutsättning att det vid tidpunkten för beslut om uppehållstillstånd fanns lediga bostäder i den önskade kommunen. Sannolikheten för detta är mycket låg, särskilt eftersom placeringen skedde snabbt efter att beslut om uppehållstillstånd hade fattats. För att utnyttja den slumpmässiga variation i graden av inkomstskillnader en given individ möttes av i sitt första bostadsområde skattar vi följande regressioner för varje diagnostyp

$$\text{Inlagd}_{ijkt} = \alpha + \beta \text{Inkomstskillnad}_{kt} + \gamma' X_i + \delta Z_{kt} + \text{land}_j + \text{kommun}_k + \text{år}_t + \varepsilon_{ikjt} \quad (1)$$

där i betecknar individ, k kommun, j ursprungsland och t ankomstår. X_i representerar individkaraktäristika; disponibel inkomst, disponibel inkomst i kvadrat, antal barn samt dummyvariabler för ålder, kön, civilstånd och utbildningsnivå. Z_{kt} representerar kommunkaraktäristika som varierar över tid; logaritmen av kommunens invånarantal, arbetslöshet respektive andel med universitetsutbildning. land_j representerar tidsinvarianta effekter bland individer från samma ursprungsland. kommun_k representerar tidsinvarianta effekter inom kommuner och kontrollerar för sådana faktorer som kan påverka hälsan i en kommun, t ex tillgång till träningsanläggningar. år_t representerar tidsinvarianta effekter bland individer som ankom till Sverige samma år och ε_{ikjt} är en felterm som antas vara oberoende av de förklarande variablerna men tillåts vara korrelerad mellan individer i samma kommun. Utfallsvariabeln antar värdet 1 om individen har blivit inlagd på sjukhus någon gång inom fem år efter ankomsten. Våra mått på inkomstskillnader dateras till invandringsår för att säkerställa att måttet inte påverkas av att individer med speciella förutsättningar (t ex de mest friska) har flyttat till andra kommuner än de där de utplaceras.

5. Effekten av inkomstskillnader på hälsa

I detta avsnitt presenteras resultaten från vår empiriska analys. Se tabell 1 för huvudresultat nedan. Siffrorna visar den procentuella förändringen av sannolikheten att bli inlagd på sjukhus vid en ökning av inkomstskillnader motsvarande en standardavvikelse. Skattningarna visas för alla individer i vårt urval (panel A) samt för specifika grupper definierade av högsta avslutade utbildningsnivå, kön och ålder vid invandring (panel B-D).

Panel A visar att det inte finns någon statistiskt säkerställd effekt av inkomstskillnader på sannolikheten att bli inlagd på sjukhus för något av våra mått. Punkttestimaten i kolumn (1) tyder på att en ökning av ginikoefficienten motsvarande en standardavvikelse (0,031) ökar sannolikheten att bli inlagd inom fem år efter ankomsten med 2,4 procent. Estimaten i kolumn (2) tyder på att en liknande ökning i variationskoefficienten ökar sannolikheten att bli inlagd på sjukhus med nära 1,4 procent. Motsvarande siffror för den logaritmerade skillnaden i inkomster för den nittionde percentilen mot inkomster för den tionde percentilen är 2,5 procent. Generellt visar även våra skattningar att risken för sjukhusinläggning är lägre för högt utbildade individer samt för personer med fler barn, gifta, yngre individer och män.

Urval	Mått på inkomstskillnader		
	Gini-koefficient (1)	Variationskoefficient (2)	Log(P90/P10) (3)
<i>A. Samtliga flyktingar</i> (N = 65 595; medelvärde 0,282)	2,4%	1,4%	2,5%
<i>B. Utbildning</i>			
Universitet (N = 17 988; medelvärde 0,244)	1,8%	1,6%	5,2%
Gymnasiet eller lägre (N = 47 607; medelvärde 0,297)	2,3%	1,3%	1,8%
<i>C. Kön</i>			
Kvinnor (N = 30 567; medelvärde 0,315)	,9%	-,09%	4,2%
Män (N = 35 028; medelvärde 0,254)	3,7%	1,1%	,5%
<i>D. Ålder vid invandring</i>			
40 år eller yngre (N = 47 784; medelvärde 0,259)	-2,4%	-,09%	-,9%
Minst 40 år (N = 17 811; medelvärde 0,344)	8,9%*	2,9%	9%**

Tabell 1
Effekten av inkomstskillnader i första bostadsområde på sannolikheten att bli inlagd på sjukhus inom fem år efter ankomst (OLS)

Not: Varje cell representerar en separat regression. Inkomstskillnader mäts på kommunnivå med disponibel inkomst (för individens första bostadskommun). Urvalet består av flyktingar som invandrat 1990-94 och var 25-60 år vid ankomsten (N = 65 595). I alla regressioner kontrolleras för ålder vid invandring, utbildningsnivå (fem nivåer), kön, civilstånd, disponibel inkomst, disponibel inkomst i kvadrat och familjestorlek. I regressionerna kontrolleras även för arbetslöshet på kommunnivå, befolkningens storlek och andel med universitetsutbildning (allt i logaritmerade värden). ** = Statistiskt säkerställt på 5-procentsnivå; * = Statistiskt säkerställt på 10-procentsnivå.

Källa: Egna beräkningar baserade på data från SCB.

För att få grepp om omfattningen av skattningarna är det lämpligt att jämföra dem med skillnader i hälsa mellan individer med olika utbildningsnivå. Dessa skillnader har dokumenterats i många olika länder och sammanhang (se t ex Cutler och Lleras-Muney 2010). Våra beräkningar tyder på att en ökning av en standardavvikelse i något av våra mått på inkomstskillnader endast motsvarar mellan $1/250$ och $1/20$ av hälsogapet mellan individer med minst två års högskoleutbildning jämfört med personer med endast grundskoleutbildning.

Även om våra skattningar inte är statistiskt signifikanta är de tillräckligt precisa för att vi ska kunna utesluta stora effekter. Den övre gränsen för det 95-procentiga konfidensintervallet för våra mått på inkomstskillnader tyder på att ökade inkomstskillnader motsvarande en standardavvikelse ökar sannolikheten för att bli inlagd på sjukhus med högst mellan 2,1 och 8,7 procent. Detta motsvarar mellan $1/15$ och $1/4$ av hälsogapet mellan individer med hög respektive låg utbildning.

Det är värt att återigen nämna att vi studerar en minoritetsgrupp som inte klarar sig särskilt bra ekonomiskt.⁶ Detta har betydelse eftersom den teoretiska prediktionen är att eventuella negativa hälsoeffekter sannolikt kommer att vara tydligast för dem som har det sämst ställt. Vi undersöker därför om effekten är större för personer med lägre inkomstpotential genom att använda låg utbildning som en proxyvariabel. Panel B i tabell 1 visar våra skattningar uppdelat på högsta avslutade utbildningsnivå. Vi hittar ingen statistiskt signifikant effekt av inkomstskillnader på sannolikheten att bli inlagd på sjukhus för individer som högst har avslutat gymnasiet. Det finns inte heller någon signifikant effekt för personer med universitetsutbildning. Även dessa skattningar är precisa vilket gör det möjligt att utesluta stora effekter.

Panel C visar resultaten uppdelat på kön. Inte heller här finns några indikationer för att inkomstskillnader påverkar sannolikheten att bli inlagd på sjukhus inom fem år efter ankomsten.

När vi delar upp resultaten på ålder (panel D) finner vi att större inkomstskillnader ökar risken att bli inlagd på sjukhus bland personer som var 40 år eller äldre när de invandrade. Två av tre punktskattningar är statistiskt säkerställda på 5-procentsnivån och indikerar en ca 9 procentig ökning av sannolikheten att bli inlagd. Dessa resultat kvarstår dock inte när vi i våra känslighetsanalyser använder andra mått på hälsa (se mer nedan).

När vi delar upp analysen på några separata diagnoser finner vi inga statistiskt signifikanta resultat. Samtidigt som skattningarna är mindre precisa än i tabell 1 är det intressant att flera av punkttestimaten är negativa. Detta är vad vi skulle ha förväntat oss om estimaten bestämts helt slumpmässigt. Se vidare Grönqvist m fl (2012).

Utöver den analys som redovisats här genomför vi även en rad känslighetsanalyser. Vi gör detta bl a för att se om våra resultat är robusta även om

⁶ OECD (2007) rapporterar att Sverige är ett av de länder med det största gapet i arbetsmarknadsutfall mellan infödda och invandrare.

vi använder en annan specifikation av vår regressionsmodell än den som ges i ekvation (1) ovan samt om vi använder andra mått på inkomstskillnader och hälsa. Känslighetsanalyserna visar att våra resultat är robusta. För en närmre beskrivning hänvisas till Grönqvist m fl (2012).

Slutligen studerar vi även de långsiktiga hälsoeffekterna av inkomstskillnader, där vi i stället för inkomstskillnad i första bostadskommun använder den genomsnittliga inkomstskillnaden under fem år i den eller de kommuner varje individ bott i. Att under längre tid leva i ett område med stora inkomstskillnader är endogen. Vi använder därför instrumentvariabelmetoden för dessa skattningar. Mer specifikt instrumenterar vi för den genomsnittliga inkomstskillnaden i kommunen under femårsperioden med ojämlikhet i kommunen som flyktingen utplacerades i. Punkttestimaten liknar våra huvudsakliga resultat som redovisats ovan (se vidare Grönqvist m fl 2012).

6. Avlutande diskussion

Vi har studerat effekten av inkomstskillnader på hälsa för en särskilt utsatt grupp; flyktingar. Att studera hälsoeffekter av inkomstskillnader är komplicerat eftersom det både kräver omfattande individdata och metoder för att hantera icke-slumpmässig sortering över bostadsområden. Vi hanterar dessa problem med hjälp av data från myndighetsregister och sjukhus tillsammans med den svenska placeringspolitiken för nyanlända flyktingar som bedrevs 1985–94. Sammantaget visar inte våra resultat på några statistiskt signifikanta hälsoeffekter av inkomstskillnader. Samtidigt är våra skattningar tillräckligt precisa för att kunna utesluta stora effekter. Våra resultat liknar resultaten i flera observationsstudier som genomförts nyligen (se t ex Jones och Wildman 2008). Vi hittar dock negativa hälsoeffekter för äldre individer. Det rör sig emellertid inte om stora effekter och resultaten är känsliga för vilket hälsomått som används.

Det är naturligtvis en relevant fråga om våra resultat är en artefakt av den specifika kontext som vi studerar. I jämförelse med andra länder har Sverige traditionellt ansetts vara ett jämlikt land och har dessutom en omfattande välfärdsstat. Kan dessa institutionella förutsättningar lindra de potentiella negativa hälsoeffekterna av inkomstskillnader?

Det är dock i detta avseende viktigt att komma ihåg att vår studie fokuserar på en period då landet drabbades av en betydande ekonomisk recession på grund av en större bankkris. Variationen över kommuner och år är därför stor i våra data och spänner över genomsnittet för ginikoefficienten i länder som USA och Storbritannien.⁷ Till skillnad från tidigare studier fokuserar vår studie vidare på en särskilt utsatt grupp. Eftersom den teoretiska prediktionen är att sådana grupper skulle drabbas särskilt hårt av

⁷ Det är värt att notera att den variation i ojämlikhet som vår empiriska analys utnyttjar liknar den hos länder med större inkomstskillnader. Exempelvis är variationen i gini mellan amerikanska delstater över tid 0,025 samtidigt som motsvarande siffra mellan svenska kommuner för vårt urval är 0,026.

inkomstskillnader är det anmärkningsvärt att vi hittar så litet stöd för att inkomstskillnader påverkar hälsan. Lika anmärkningsvärt är att det inte finns någon effekt av inkomstskillnader på hälsa när man studerar individer med sämre socioekonomisk status (dvs lägre utbildning) inom denna redan underprivilegierade grupp.

Samtidigt som studien har en hög grad av intern validitet är det viktigt att komma ihåg att flyktingar är en speciell grupp, vilket kan begränsa resultatens generaliserbarhet till andra populationer. Till exempel kan inkomstskillnaderna i ursprungslandet ha varit betydligt större än de inkomstskillnader dessa individer har upplevt i Sverige. Det är därför inte osannolikt att dessa individer inte påverkas av de relativt små inkomstskillnader de mött i Sverige. Ytterligare en aspekt är att dessa individer inte omedelbart börjat jämföra sig med andra samt att det kan ha tagit tid innan de blev medvetna om graden av inkomstskillnader i sin kommun. Även om de känslighetstester som presenteras i Grönqvist m fl (2012) inte ger något stöd för dessa farhågor kan vi inte utesluta möjligheten att flyktingar påverkas annorlunda än resten av befolkningen.

REFERENSER

- Borevi, K och G Myrberg (2010), "Välfärdsstaten och de nyanlända: En flyktingplaceringspolitisk probleminventering", MIM Working Papers Series 10:3, Malmö Högskola.
- Cutler, D och A Lleras-Muney (2010), "Understanding Health Differences by Education", *Journal of Health Economics*, vol 29, s 1-28.
- Cutler, D, A Lleras-Muney och T Vogl (2010), "Socioeconomic Status and Health: Dimensions and Mechanisms", under utgivning i *Oxford Handbook of Health Economics*.
- Deaton, A (2003), "Health, Inequality, and Economic Development", *Journal of Economic Literature*, vol 41, 113-158.
- Deaton, A och D Lubotsky (2003), "Mortality, Inequality and Race in American Cities and States", *Social Science & Medicine*, vol 56, s 1139-1153.
- Edin P-A, P Fredriksson och O Åslund (2003), "Ethnic Enclaves and the Economic Success of Immigrants: Evidence from a Natural Experiment", *Quarterly Journal of Economics*, vol 118, s 329-357.
- Eibner, C och W Evans (2005), "Relative Deprivation, Poor Health Habits and Mortality", *Journal of Human Resources*, vol 40, s 591-620.
- Gerdtham, U och M Johannesson (2004), "Absolute Income, Relative Income, Income Inequality, and Mortality", *Journal of Human Resources*, vol 39, s 228-247.
- Grönqvist, H, P Johannesson och S Niknami (2012), "Inequality and Health: Lessons from a Refugee Residential Assignment Program", IFAU Working Paper 2012/11, Uppsala.
- Jones, A and J Wildman (2008), "Health, Income and Relative Deprivation: Evidence from the BHPS", *Journal of Health Economics*, vol 27, s 308-324.
- Karlsson, M, T Nilsson, C H Lyttkens and G Leeson (2010), "Income Inequality and Health: Importance of a Cross-country Perspective", *Social Science and Medicine*, vol 70, s 875-885.
- Kaplan, G, E Pamuk, J Lynch, R Cohen och J Balfour (1996), "Inequality in Income and Mortality in the United States: Analysis of Mortality and Potential Pathways", *British Medical Journal*, vol 312, s 999-1003.
- Kawachi, I, B Kennedy, K Lochner och D Prothrow-Smith (1997), "Social Capital, Income Inequality and Mortality", *American Journal of Public Health*, vol 87, s 1491-1498.
- Leigh, A, C Jencks och T Smeeding (2009), "Health and Inequality", under publicering i *Handbook of Economic Inequality*.
- Lynch, J m fl (1998), "Income Inequality and Mortality in Metropolitan Areas of the United States", *American Journal of Public Health*, vol 88, s 1074-1080.
- Marmot, M m fl (1991), "Health Inequalities among British Civil Servants: The Whitehall II Study", *Lancet*, vol 337, s 1387-1393.
- Nilsson, T och D Waldenström (2011), "Hur kan ojämlikhetens hälsoeffekter identifieras?", *Ekonomisk Debatt*, årg 39, nr 4, s 6-18.

- OECD (2007), "Jobs for Immigrants: Labour Market Integration in Australia, Denmark, Germany and Sweden", OECD, Paris.
- Rodgers, G B (1979), "Income and Inequality as Determinants of Mortality: An International Cross-section Analysis", *Population Studies*, vol 33, s 343-351.
- Subramanian, S V och I Kawachi (2004), "Income Inequality and Health: What Have We Learned So Far?", *Epidemiologic Reviews*, vol 26, s 78-91.
- Wagstaff, A och E van Doorslaer (2000), "Income Inequality and Health: What Does the Literature Tell Us?", *Annual Review of Public Health*, vol 21, s 543-567.
- Wilkinson, R (1997), "Health Inequalities: Relative or Absolute Material Standards?", *British Medical Journal*, vol 314, s 591-595.
- Wilkinson, R och K Pickett (2006), "Income Inequality and Population Health: A Review and Explanation of the Evidence", *Social Science and Medicine*, vol 62, s 1768-1784.
- Åslund, O, P-A Edin, P Fredriksson och H Grönqvist (2011), "Peers, Neighborhoods and Immigrant Student Achievement: Evidence from a Placement Policy", *American Economic Journal: Applied Economics*, vol 3, s 67-95.
- Åslund, O och P Fredriksson (2009), "Ethnic Enclaves and Welfare Culture -Quasi-Experimental Evidence", *Journal of Human Resources*, vol 44, s 799-825.
- Åslund, O och D-O Rooth (2007), "Do When and Where Matter? Initial Labor Market Conditions and Immigrant Earnings", *Economic Journal*, vol 117, s 422-448.