

Är en höjning av pensionsåldern ensidigt positiv?

Vi lever allt längre och i takt med den ökade levnadslängden och ett högre tryck på den offentliga sektorns finanser syftar pensionsreformer i många länder mot att senarelägga pensionsåldern. En naturlig fråga är hur individers välbefinnande och hälsa påverkas av denna senareläggning. I den här artikeln undersöks om tidig pensionering påverkar sjukhusinläggning och dödlighet. I den empiriska analysen används ett naturligt experiment i kombination med registerdata. Vi finner att ett erbjudande om tidig pension leder till färre sjukhusinläggningar och lägre dödlighet. Analysen ger stöd för att hälsoeffekten är större för dem med låga inkomster.¹

Demografiska framskrivningar visar tydligt att befolkningen i OECD blir allt äldre och att andelen som är i arbetsför ålder minskar. Denna utveckling ökar trycket på den offentliga sektorns finanser eftersom en större andel äldre i samhället skapar en ökad efterfrågan på välfärdstjänster och leder till att försörjningskvoten (antalet skattebetalare i relation till antalet som ska försörjas) ökar. Som en konsekvens av detta har de flesta OECD-länderna reformerat sina pensions- och skattesystem i avsikt att förmå individer att senarelägga sin pensionering och förlänga arbetslivet. En naturlig fråga – som till stor del har förbisetts av många beslutsfattare – är hur individers välbefinnande i allmänhet, och hälsan i synnerhet, påverkas av att skjuta upp pensionsåldern.

Det finns flera anledningar till att förvänta sig att pensionering har effekter på individens hälsa. En orsak till att pensionering skulle kunna leda till en förbättrad hälsa kan vara för att man avlastas från arbete och inte utsätts för de risker som en dålig arbetsmiljö kan innebära. Pensionering ger också ökade möjligheter att själv bestämma över sin tid och få tid för socialt umgänge, motion och andra hälsosamma levnadsvanor. Men det kan lika gärna vara tvärtom: fortsatt arbete under ytterligare några år skulle kunna ge bättre hälsa, eftersom såväl kognitiva som sociala förmågor upprätthålls. Ett livsstilsbyte som innebär ökad stress, omläggning av kostvanor eller rutiner kan rent allmänt bidra till ökad sjuklighet. Ett oplanerat utträde ur arbetslivet kan även tänkas öka den ekonomiska osäkerheten inför framtiden, vilket i sin tur kan minska individens möjligheter att investera i sin hälsa till följd av ett minskat konsumtionsutrymme. Eventuella effekter på hälsan av tidig eller sen pension påverkar inte bara individens välbefinnande, utan har också direkta effekter för samhället i

DANIEL HALLBERG OCH PER JOHANSSON

Daniel Hallberg är fil dr i nationalekonomi och verksam vid Inspektionen för socialförsäkringen (ISF). Han forskar om pensionering, arbetsutbud och socialförsäkring. daniel.hallberg@inspsf.se

Per Johansson är professor i statistik vid Uppsala universitet och forskare vid IFAU och IFS. Han forskar om metodutveckling, arbetsmarknad och hälsa. per.johansson@statistics.uu.se

¹ Denna artikel är en sammanfattning av Hallberg m fl (2014).

form av kostnader för hälso- och sjukvård.

Syftet med denna studie är att öka kunskapen om konsekvenserna för hälsan av att gå i tidig pension.² För detta används detaljerade longitudinella individdata som täcker in såväl slutenvård som dödlighet. För att undersöka pensioneringstidpunktens effekt på den efterföljande hälsan används en reform under åren 1992–94 som innebar att yrkesofficerare inom försvaret erbjöds pensionering från 55 års ålder.

Positiva effekter på hälsan skulle kunna vara en konsekvens av en minskad exponering för risker i arbetsmiljön och en minskning i arbetsrelaterad stress (se t ex Steptoe och Kivimäki 2013). Det talar för en minskning av skador och förgiftningar och hjärtrelaterade besvär till följd av pensionering. Det finns däremot ingen uppenbar koppling mellan tidig pensionering och risken att utveckla cancer. Risker i arbetsmiljön som ökar sannolikheten för cancer är förenade med en längre tids exponering och även en längre tid mellan exponering och att sjukdomen utvecklas. Av detta skäl undersöks om effekten av reformen är olika beroende på dödsfallsorsak och inläggningsdiagnos. Vidare undersöks om det finns olikheter i hälsoeffekt utifrån såväl utbildningsnivå som den inkomstnivå individer hade tidigare som anställd. I nominella termer är inkomstförlusten för den som går i pension mindre för låginkomsttagare i jämförelse med höginkomsttagare. Om det finns en liten negativ hälsoeffekt av en reducerad inkomst bör den positiva effekten på hälsan vara större för låginkomsttagare. En annan orsak till att en relativt sett större positiv hälsoeffekt kan hittas av tidig pensionering bland låginkomsttagare och lågutbildade kan vara att deras arbetsmiljö är sämre. Den effekten kan bero på en större momentan minskning i arbetsmiljörisiker, men också på en sämre hälsa vid den tidpunkt då individen erbjöds pensionering (jämför Grossman 1972). Låginkomsttagare och lågutbildade har oftare haft mer fysiskt krävande arbeten och det innebär troligtvis att deras hälsa är sämre än hälsan hos höginkomsttagare och högutbildade.

2. Bakgrund

Pensionssystemet

För de födelsekohorter som studeras består det allmänna pensionssystemet i huvudsak av det gamla pensionssystemet där den normala pensionsåldern var 65 år.³ Tidiga (sena) pensionsuttag innebar att pensionsutbetalningen

² Se Hallberg m fl (2014) för en litteraturgenomgång om hälsoeffekter av pensionering. I korthet kan sägas att det inte finns någon entydig evidens om hur stora effekterna är eller om de är positiva eller negativa. En anledning till detta är skillnader i metod och data (longitudinell eller tvärsnitt), men även skillnader i typen av hälsoutfall, t ex subjektiva eller mer objektiva mått på hälsa. Se även Hallberg m fl (2014) för detaljer kring resultaten i denna artikel, ytterligare resultat och alternativa analyser.

³ Det nu gällande pensionssystemet fasas in för födda 1938–53 som har en del från det gamla systemet och en del från det nya. De som är födda 1938 har 4/20 från det nya pensionssystemet

justerades ned (upp). Den tidigaste uttagsåldern var 60 år (61 år fr o m 1998).

Förutom allmän pension har de flesta individer dessutom en kompletterande pension genom sin tjänstepension. Dessa avtal kompletterar inkomstbortfallet som pensionär, speciellt inkomstandelar över taket i den allmänna pensionen.⁴ Avtalen för tjänstepensionen sluts mellan arbetsmarknadens parter och varierar med arbetsmarknadssektorn. Under den studerade perioden gav avtalet för statstjänstemän ett extra påslag på ca 10 procent på pensionsinkomsten för pensionsunderlag under taket och ungefär 65 procent över taket. Eftersom en förhållandevis stor andel av statstjänstemännen hade inkomster över taket var tjänstepensionen viktig för en stor grupp statsanställda.

Tjänstepensionsavtalen erbjöd i allmänhet ganska generösa möjligheter att gå i pension före 65 års ålder. Vissa yrkesgrupper, såsom t ex militärer, hade en avtalad pensionsålder på 60 år, som innebar att de kunde pensionera sig med uttag av enbart tjänstepension fr o m 60 års ålder, utan att påbörja uttaget av den allmänna pensionen före 65 års ålder.⁵

Försvarsbeslutet 1992

Försvarsbeslutet 1992 (Regeringens proposition 1991/92:102) innebar omfattande omorganisationer och personalneddragningar som delvis riktades mot äldre yrkesofficerare. Beslutet som togs av riksdagen i februari 1992 och gällde perioden 1992–97, anger att antalet anställda inom försvaret ska minska med drygt 1 500 yrkesofficerare, med drygt 4 500 civilanställda och med ca 1 200 reservofficerare (jämför Regeringens proposition 1991/92:102, s 86), samt att avvecklingen bör vara avklarad vid utgången av 1994. För att förbättra åldersstrukturen hos yrkesofficerarna föreslår den militära pensionsåldersutredningen i betänkandet (SOU 1991:87) att det träffas kollektivavtal som ger förutsättningar för att stimulera den enskilde att avgå före pensionsåldern.

Reformen innebar att årskullarna 1931–32 inte påverkades av förändringen. Årskullarna 1933–37 påverkades delvis, medan årskullarna 1938–39 påverkades fullt, dvs från 55 års ålder. Enligt försvarsbeslutet 1992 beräknades personalminskningen vara klar vid utgången av 1994. Huvudanalysen i vår studie fokuserar på de kohorter som inte påverkades alls (födda 1931–32), respektive på dem som påverkades mest, dvs redan från 55 års ålder (födda 1938–39).

och 16/20 från det gamla. De som är födda 1939 har 5/20 från det nya pensionssystemet och 15/20 från det gamla. Se Hallberg m fl (2014) för närmare information om det gamla och det nu gällande pensionssystemet.

⁴ Inkomst över taket betydde då att inkomsten var större än 7,5 prisbasbelopp, vilket motsvarade 333 750 kr år 2015. Numera bestäms taket i den allmänna pensionen utifrån inkomstbasbeloppet.

⁵ En tidig avtalspensionering påverkade inte den allmänna pensionen efter 65 års ålder om individen hade uppnått en tjänstetid på minst 30 år. Tjänstepensionen efter 65 års ålder påverkades vanligtvis inte heller.

3. Hur mäts effekten på hälsa?

Ett problem med att förlita sig på kohortskillnader i skattningen är att det kan finnas skillnader i hälsa vid samma ålder över kohorter. För att ta hänsyn till dessa potentiella hälsoskillnader används andra statligt anställda (förutom yrkesofficerare). Detta innebär att skillnader i hälsa hos militärer med en pensionsålder på 55 år respektive 60 år jämförs med skillnader i hälsa hos andra statsanställda i samma årskullar, vilka i de flesta fall hade en normal pensionsålder på 65 år. Analysen bygger på antagandet att ålderstrenderna i hälsa i frånvaro av 1992 års försvarsbeslut är desamma för yrkesofficerare och andra statligt anställda.⁶

Den empiriska analysen använder sig av data från Statistiska centralbyrån (SCB) och Socialstyrelsen. Data från SCB täcker hela den svenska befolkningen i åldrarna 16–65 år under perioden 1985–99 och alla personer i åldrarna 16–74 år under perioden 2000–10. Som mått på hälsa använder vi inläggning på sjukhus och mortalitet. Informationen om dödsorsaker finns för perioden 1961–2010 och kommer från Socialstyrelsen. Data om sjukhusinläggningar omfattar all slutenvård på offentliga sjukhus från 1987 till 2010 (från 1997 och framåt ingår även privat vård i registret). Vid inläggning registreras en eller flera sjukdomsdiagnoser och i regel innebär detta att personen har tillbringat minst en natt på sjukhus.

Vårt urval består av alla män födda under perioden 1931–39 som är statstjänstemän vid 54 års ålder.⁷ För individer i de relevanta årskullarna kan alltså alla slutenvårdsbesök observeras från 56 års ålder fram till 70 års ålder, såvida de inte avlider dessförinnan eller emigrerar. För den yngsta kohorten kan dödsfall som längst observeras innan 71 års ålder.

4. Beskrivning av urvalet

Som framgår av tabell 1 har militärer i genomsnitt högre arbetsinkomster vid 54 års ålder än andra statligt anställda. Den disponibla inkomsten vid 59 års ålder är relativt likartad i grupperna. En stor andel av statstjänstemännen har en inkomst över taket på 7,5 prisbasbelopp och får alltså en väsentlig del av sin pension i form av tjänstepension. Vidare framgår, som förväntat, att den andel som har tjänstepension i åldrarna 55–59 är klart högre för yrkesofficerare födda 1938–39 än för andra. Yrkesofficerare har i genomsnitt en längre utbildning än övriga statsanställda. Majoriteten bland yrkesofficerarna har en eftergymnasial utbildning som är 2 år eller längre.

Tabellen visar dessutom att det genomsnittliga antalet dagar i slutenvård (i åldrarna 56–70 år) är högre för den äldre kohorten av militärer, i jämförelse med samma kohort av andra statstjänstemän, men lägre för den yngre kohorten av militärer, i jämförelse med samma kohort av andra stats-

⁶ Ett (informellt) test av antagandet visar att den valda utvärderingsmetoden inte kan förkastas (se Hallberg m fl 2014).

⁷ För de kohorter som studeras fanns det inte några kvinnliga yrkesofficerare vid 54 års ålder.

	Yrkesofficerare				Andra statsanställda			
	1931–32		1938–39		1931–32		1938–39	
	Medel	SD	Medel	SD	Medel	SD	Medel	SD
Arbetsinkomst vid 54 års ålder/ 1 000 (kr)	288,8	74,8	383,8	134,0	272,5	99,9	319,4	129,3
Har arbetsinkomst vid 54 års ålder överstigande taket	0,23		0,55		0,18		0,33	
Disponibel inkomst vid 59 års ålder/1 000 (kr)	235,4	62,1	226,2	87,0	217,5	78,9	231,4	130,5
Har uttag av tjänstepension vid 54 års ålder	0,00		0,01		0,00		0,01	
Har uttag av tjänstepension, ålder 55–59 år	0,09		0,78		0,10		0,18	
Utbildningsnivå (antal skolår)	14,8	0,8	14,9	0,5	12,7	3,1	12,7	3,2
Antal dagar med sjukhusinläggningar, ålder 56–70 år	24,99	91,82	11,17	22,62	21,62	58,75	15,91	39,69
Död (innan 71)	0,19		0,12		0,16		0,13	
Antal observationer	598		695		11 097		7 596	

Amm: Disponibel inkomst mäts vid 59 års ålder eftersom det är den tidigaste ålder där det finns tillgängliga uppgifter i data för samtliga kohorter. Disponibel inkomst och arbetsinkomst uttrycks i 2013 års prisnivå. Inkomst över taket betyder att inkomsten är större än 7,5 prisbasbelopp, vilket motsvarade 333 750 kr år 2013. Antalet skolår har beräknats från uppgifter om högsta utbildningsnivå.

Källa: Egna bearbetningar av data från Statistiska centralbyrån och Socialstyrelsen.

Tabell 1

Beskrivning av huvudurvalet, medelvärde och standardavvikelse (SD), per födelsekohort och yrkesgrupp (yrkesofficerare och andra)

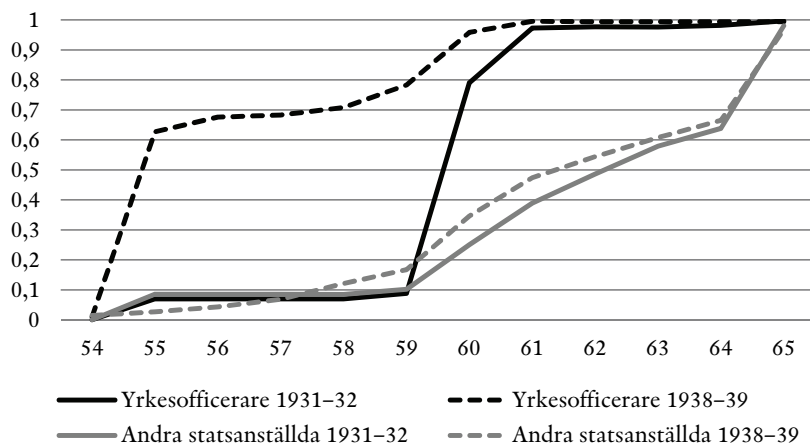
tjänstemän. En enkel uppskattning av den ojusterade reformeffekten, utan att hänsyn har tagits till individernas inkomst och utbildning, tyder utifrån tabellen på en statistiskt signifikant minskning med 8,11 (11,17–24,99 – (15,91–21,62) = –8,11) dagar i slutenvård i åldrarna 56–70 år. Utifrån mortaliteten före 71 års ålder går det att på samma sätt beräkna att det finns en minskning i dödligheten som en följd av försvarsbeslutet.

5. Effekten av reformen

Påverkad försvarsbeslutet pensioneringen och den disponibla inkomsten?

Figur 1 visar andelarna som har tjänstepension över ålder, uppdelat på kohorterna 1938–39 och 1931–32, samt yrkesofficerare och andra statsanställda. Av figuren framgår det tydligt att i stort sett samtliga militärer som var födda 1931–32 påbörjade sitt pensionsuttag vid 60 års ålder, medan majoriteten bland dem som var födda 1938–39 påbörjade sitt uttag av tjänstepension vid 55 års ålder. Det finns ingen liknande variation över kohort bland övriga statsanställda. Regressionskattningar visar att sannolikheten att påbörja tjänstepensionsuttaget i åldern 55–59 år ökade med i genomsnitt

Figur 1
Utnyttjande av tjänst-
tejpension för militä-
rer och andra stats-
anställda för de två
kohorterna 1931–32
och 1938–39



Anm. Andelarna är skattade med värdet för 1990 för kohort 1931 (åldrarna 55–58) och för kohort 1932 (åldrarna 55–57). Uppgifter om pensionsinkomst börjar 1990.

Källa: Egna bearbetningar av data från Statistiska centralbyrån och Socialstyrelsen.

60 procentenheter (600 procent) till följd av försvarsbeslutet.⁸

Det finns en omfattande litteratur som visar att arbetslöshet leder till försämrad hälsa.⁹ Det är dock troligt att effekten av arbetslöshet på hälsan mäter något annat än effekten av tidig pensionering, eftersom påverkan av tidig pensionering på inkomsten troligtvis är relativt liten i jämförelse med påverkan på inkomsten av att vara arbetslös. En analys (presenterad i Hallberg m fl 2014) visar att de långsiktiga effekterna av att få pensionserbjudandet på inkomsterna är försumbara. Sammantaget går det därför att dra slutsatsen att de potentiellt negativa effekterna av en lägre inkomst på hälsan är små.

Effekten på slutenvård

Skattningen av reformeffekten som visas i kolumn 1 i tabell 2 gäller slutenvårdsepisoder i åldersspannet 56–70 år och visar att antalet dagar i slutenvård reduceras med i genomsnitt ca 35 procent på grund av möjligheten att gå i tidig pension. Översatt till ett genomsnittligt antal dagar, minskade reformen slutenvårdsdagarna med 6,7 dagar räknat för denna grupp.¹⁰

Kolumn 1 i tabell 2 fokuserar på den kohort som påverkades fullt ut redan från 55 års ålder (födda 1938–39), i relation till den kohort som inte påverkades alls av erbjudandet och i stället gick i pension vid 60 års ålder (födda 1931–32). Även ”mellankohorten”, de som var födda 1933–37, påverkades av reformen, fast i mindre grad. Kohorten född 1937 fick t ex erbjuda

⁸ Effekten av försvarsbeslutet på sysselsättningen utifrån alternativa definitioner på sysselsättning ger kvalitativt samma resultat. Se Hallberg m fl (2014).

⁹ Se Hallberg m fl (2014) för en litteraturgenomgång.

¹⁰ Detta beräknas som 35 procent av 19,19 dagar, där 19,19 är det viktade genomsnittet för dagar i slutenvård för urvalet (se tabell 1).

	Ett erbjudande med fem års tidigarelagd pension (kohorterna 1931–32 och 1938–39) (1)	Ett erbjudande om ytterligare ett år av tidigarelagd pension (kohorter 1931–39) (2)
Effekt	-0,3472** (0,1446)	-0,0833*** (0,0293)

Tabell 2
Effekten (procent) av att bli erbjuden tidig tjänstepension på antal dagar i slutenvård i åldrarna 56–70 år

Anm. Effekten är skattad genom s k *Poisson maximum likelihood estimator*. Robusta standardfel inom (): * $p < 0,1$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$. Varje kolumn representerar skattningar från separata modeller. Kolumn (1): Skattningen avser militär*kohort 1938–39. Modellen inkluderar en dummy för militär och en för kohort 1938–39. Dessutom kontrolleras för län, inkomst och utbildning, samt interaktionen mellan militär, inkomst och utbildning och interaktionen mellan kohort, inkomst och utbildning. Antalet observationer är 19 986. Kolumn (2): Skattningen avser militär*Z, där Z antar värdena 0, 0, 0, 1, 2, 3, 4, 5 och 5 för kohorterna födda 1931, 1932, 1933, 1934, 1935, 1936, 1937, 1938 och 1939. Modellen innehåller kontroller för militär, kohort, län, inkomst och utbildning, samt interaktionstermer mellan inkomst och kohort och interaktionstermer mellan utbildning och kohort. Antal observationer är 47 038.

Källa: Egna bearbetningar av data från Statistiska centralbyrån och Socialstyrelsen.

	Upp till 71 års ålder (1)	Upp till 66 års ålder (2)
Effekt	0,7424* (0,1148)	0,6109** (0,1283)

Tabell 3
Effekten (hazardkvot) av att bli erbjuden tidig tjänstepension på döds-sannolikheten

Anm. Skattningen genomförs med *maximum likelihood* (Cox regression). Standardfel inom () är justerade för 19 906 kluster (individer): * $p < 0,1$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$. Samtliga modeller inkluderar dummy för militär och dummy för kohort 1938–39. Kontrollvariabler är län, utbildning, inkomst samt inkomst interagerad med kohort 1938–39. Antalet observationer är 283 208 för (1) och 232 087 för (2).

Källa: Egna bearbetningar av data från Statistiska centralbyrån och Socialstyrelsen.

dandet om avtalspension vid 56 års ålder, ett åldersår senare än de som var födda 1938–39. Genom att använda samtliga kohorter 1931–39 går det att beräkna vad ytterligare år av tidigarelagd pension betyder i genomsnitt för slutenvårdskonsumtionen.

Kolumn 2 i tabell 3 visar effektskattningen när samtliga kohorter 1931–39 används i analysen. Av tabellen framgår att pensionserbjudandet reducerar antalet dagar i slutenvård med i genomsnitt ungefär 8 procent per åldersår som erbjudandet tidigare läggs.

Effekten på dödlighet

I analysen ovan inkluderar vi personer som dör. Detta medför att resultatet för slutenvård kan vara missvisande om det är så att tjänstepensionserbjudandet påverkat dödligheten. Det är därför viktigt att även studera effekten av tidigt pensionering på dödlighet. Tabell 3 visar att risken att dö t o m

70 års ålder minskar med ca 26 procent ($(1-0,7424)*100$) som en effekt av reformen. Effekten är större före 66 års ålder (se kolumn 2). Dessa resultat tyder på att effekten på antalet dagar i slutenvård som presenterades ovan är, om något, underskattad.

Heterogena behandlingseffekter

För att undersöka om det finns olika reformeffekter på dödlighet beroende på dödsorsak har separata modeller skattats för (1) akut hjärtinfarkt, (2) stroke och ischemiska hjärtsjukdomar, (3) alkohol och narkotika, (4) externa orsaker, (5) tumörsjukdomar och (6) andra orsaker. Analysen, som presenteras i Hallberg m fl (2014), visar på en minskad risk att avlida i akut hjärtinfarkt fram till 65 års ålder. Det finns i övrigt ingen statistiskt signifikant effekt för andra dödsorsaker, varken fram till 65 års ålder eller fram till 70 års ålder.

För att ytterligare studera potentiella orsakssamband har huvuddiagnosen vid sjukhusinläggning undersökts. Skattningen av effekten på slutenvård gjordes för ungefär samma grupper av diagnoser som ovan: psykiska sjukdomar, syndrom och beteendestörningar, skador och förgiftningar, akut hjärtinfarkt, andra ischemiska hjärtsjukdomar, stroke, tumörer och en grupp av resterande diagnoser ("övrigt").

Analysen visar att det inte finns någon statistiskt signifikant effekt på akut hjärtinfarkt eller ischemiska hjärtsjukdomar. Ett potentiellt problem med denna analys är den minskade dödligheten i akut hjärtinfarkt som observerades ovan. De äldre militärerna (eller de äldre i kontrollgruppen) har dött i större utsträckning och av den anledningen har de som grupp färre vårdbesök. Detta medför att en eventuell minskning av vårdbesök till följd av försvarsbeslutet underskattas. Den enda diagnosgrupp där analysen visar på en statistiskt signifikant effekt vad gäller orsaken till sjukhusinläggning är för gruppen "övrigt" där det finns en negativ effekt, dvs en minskning av sjukhusinläggningar. Det har inte funnits en specifik diagnos inom denna grupp som visar sig ha betydelse för effekten. Sammantaget kan det konstateras att det inte går att peka ut en enskild orsak som förklarar effekten på sjukhusinläggningarna.

Skiljer sig effekten av reformen åt mellan individer beroende på utbildningsnivå och den inkomstnivå de hade tidigare som anställda (vid 54 års ålder)? Analysen pekar på att reformeffekten på antalet dagar i slutenvård är större för dem som tidigare, vid 54 års ålder, hade en låg inkomstnivå. Reformen resulterade i att effekten på sjukhusinläggningarna var ca 20 procentenheter (50 procent) större för individer med en inkomstnivå motsvarande den 1:a kvartilen i inkomstfördelningen, i jämförelse med individer med en inkomstnivå vid den 3:e kvartilen. Sjukhusinläggningarna minskade alltså mer bland låginkomsttagare än bland höginkomsttagare.

Analysen visar vidare att reformeffekten är svagare för dem med hög utbildningsnivå (eftergymnasial utbildning, 2 år eller längre). För individer med högre utbildning reduceras antalet dagar i slutenvård med ca 34 pro-

cent, medan den procentuella minskningen är ungefär den dubbla för dem utan en sådan utbildning.

Sammantaget ger analysen således stöd för en större effekt på slutenvårdskonsumtionen för låginkomsttagare och för dem utan en längre högskoleutbildning. En möjlig förklaring kan vara en sämre arbetsmiljö eller ett sämre hälsotillstånd bland grupper med kort utbildning eller med låga inkomster.

6. Ett förlängt arbetsliv för alla?

Denna studie bidrar till att öka våra kunskaper om effekterna av pensionering på hälsan. Analysen som använder sig av detaljerade longitudinella mikrodata på slutenvård, dödlighet och arbetsmarknadsutfall, utnyttjar ett erbjudande om tidig avtalspension som riktades till yrkesofficerare, 55 år eller äldre, mellan 1992–94. Utan erbjudandet var den normala pensionsåldern 60 år för yrkesofficerare. Undersökningen studerar effekten av avtalspensionserbjudandet från 55 års ålder på individers hälsa i åldrarna 56–70 år. Analysen använder den kohortvariation i pensioneringsålder som skapas av att erbjudandet var begränsat i tid och bygger på antagandet att andra statstjänstemän, som inte berördes av pensionserbjudandet, kan användas som jämförelsegrupp för att ta hänsyn till skillnader i hälsa mellan kohorterna.

Analysen visar att reformen ökade den tidiga pensioneringen och minskade förvärvsarbetet i åldrarna 55–59 år. Reformen hade dessutom endast kortsiktiga effekter på den disponibla inkomsten. Detta avviker från de inkomsteffekter som man finner inom litteraturen om effekter av arbetslöshet (se t ex Eliason och Storrie 2009a, 2009b, Eliason 2011, Browning och Heinesen 2012 och Black m fl 2013).¹¹

Huvudresultatet är att möjligheten att gå i tidig avtalspension har positiva effekter på hälsan; erbjudandet minskade antalet dagar i slutenvård och gav även upphov till en minskad dödlighet. Resultaten är inte känsliga för analysmetod eller om kontrollvariabler inkluderas eller inte. Resultaten är inte heller känsliga för valet av mått på slutenvårdskonsumtion. Effekten på dödligheten är större när dödligheten t o m 65 års ålder undersöks, i jämförelse med 70 års ålder. Den minskade risken att dö beror delvis på en minskad risk att dö i akut hjärtinfarkt före 66 års ålder, vilket kan tyda på att en del av hälsoeffekten av pensionserbjudandet beror på minskad stress och hälsosammare levnadsvanor.

Resultatet tyder på en starkare hälsoeffekt (dvs en större minskning av antalet slutenvårdsdagar) för dem som tidigare hade låga inkomster som

¹¹ Denna litteratur som baseras på amerikanska data finner en inkomstförlust på upp emot 25 procent, fem eller sex år efter jobbförlusten (se Kletzhner 1998). Med norska data finner Huttunen m fl (2011) en ökning på 31 procent i utflödet från arbetsmarknaden för dem som blivit av med jobbet. De långsiktiga effekterna för dem som blivit av med jobbet men som finns kvar på arbetsmarknaden är dock små: sju år efter jobbförlusten uppskattar Huttunen m fl (2011) inkomstförlusten till 3 procent.

anställda och för dem utan en längre högskoleutbildning. Dessa grupper har troligen en sämre arbetsmiljö och mindre god hälsa än högutbildade eller de med höga inkomster. I de flesta OECD-länderna genomförs policyåtgärder i syfte att förlänga arbetslivet upp i åldrarna. En naturlig fråga gäller effekten på det individuella välbefinnandet och i synnerhet på hälsan av att senarelägga pensioneringen. Positiva effekter på hälsan av en senareläggning av pensionsåldern skulle också innebära minskade kostnader för hälso- och sjukvård.

Under antagandet att resultaten är generaliserbara också till andra yrkesgrupper än yrkesofficerare visar denna studie att pensionsåldern inte bara påverkar arbetsutbudet och därigenom skatteintäkterna utan också kostnaderna för hälso- och sjukvården. Våra resultat pekar på att de negativa effekterna på hälsa av ett förlängt arbetsliv är större för dem med lägre utbildning och lägre inkomstnivå. Reformen som syftar till att förlänga arbetslivet måste beakta att personer med dålig hälsa inte har möjlighet att fortsätta jobba. Att samtidigt med ökade incitament att jobba längre ta bort eller att kraftigt försvåra möjligheten att av hälsoskäl gå i förtidspension kan potentiellt öka samhällets kostnader på grund av ökad vårdkonsumtion.

REFERENSER

- Black, S E, P J Devereux och K G Salvanes (2013), "Losing Heart? The Effect of Job Displacement on Health", NBER Working Paper 18660.
- Browning, M och E Heinesen (2012), "Effect of Job Loss Due to Plant Closure on Mortality and Hospitalization", *Journal of Health Economics*, vol 31, s 599–616.
- Eliason, M (2011), "Income after Job Loss: The Role of the Family and the Welfare State", *Applied Economics*, vol 43, s 603–618.
- Eliason, M och D Storrie (2009a), "Does Job Loss Shorten Life?", *Journal of Human Resources*, vol 44, s 277–302.
- Eliason, M och D Storrie (2009b), "Job Loss is Bad for Your Health – Swedish Evidence on Cause-Specific Hospitalization Following Involuntary Job Loss", *Social Science & Medicine*, vol 68, s 1396–1406.
- Grossman, M (1972), "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health", *Journal of Political Economy*, vol 80, s 223–255.
- Hallberg, D, P Johansson och M Josephson (2014), "Early Retirement and Post-Retirement Health", ISF Working Paper 2014:1. (Finns även som IFAU Working Paper 2014:12 och IZA Discussion Paper 8260.)
- Huttunen, K, J Moen och K G Salvanes (2011), "How Destructive Is Creative Destruction? Effects of Job Loss on Job Mobility, Withdrawal and Income", *Journal of the European Economic Association*, vol 9, s 840–870.
- Kletzer, L G (1998), "Job Displacement", *Journal of Economic Perspectives*, vol 12, s 115–136.
- Regeringens proposition (1991/92:102), *Försvarsbeslut 1992*.
- SOU (1991:87), *Yrkesofficerarnas pensionsålder och åldersstruktur – betänkande av Militära pensionsåldersutredningen*, Allmänna förlaget, Stockholm.
- Stephoe, A och M Kivimäki (2013), "Stress and Cardiovascular Disease: An Update on Current Knowledge", *Annual Review of Public Health*, vol 34, s 337–354.