

Ordlista

I ordlistan redovisas termer som används dels i lagtextförslagen dels i den allmänna framställningen.

allmän pensionsavgift	Den avgift (f.n. 7 %) till ålderspensionssystemet som debiteras den enskilde på inkomst av anställning och annat förvärvsarbete enligt lagen (1994:1744) om allmän pensionsavgift.
antagandeinkomst	Den på särskilt sätt beräknade inkomst som baseras på de pensionsgrundande inkomster som ingår i pensionsunderlaget enligt lagen (1998:674) om inkomstgrundad ålderspension och som läggs till grund för beräkningen av inkomstrelaterad sjukersättning.
antagandepoäng	En pensionspoäng som tillämpas vid beräkning av ATP för den som beviljas förtidspension i det nuvarande systemet. Antagandepoäng beräknas med ledning av tidigare faktiska pensionspoäng och utgör den pensionspoäng som tillämpas för tiden från förtidspensionsfallet fram till ålderspensioneringen.
arbetsbaserad försäkring	Socialförsäkring som grundas på förvärvsarbete i Sverige enligt SofL. Med arbete i Sverige av-

	ses förvärvsarbete i verksamhet här i landet.
basbelopp	Inom socialförsäkringssystemen skall beräkningar fr.o.m 1999 endera göras med anknytning till ett prisbasbelopp respektive ett förhöjt prisbasbelopp eller ett inkomstbasbelopp. Om det i en förordning eller på annat sätt hänvisas till basbelopp eller förhöjt basbelopp skall därmed avses prisbasbelopp eller förhöjt prisbasbelopp.
beräkningsmässig garantiersättning	Ett begrepp som ingår som ett led i beräkningen av SGA-kompensationen vid omvandling av tidigare beviljade förtidspensioner. Den utgör en korrigering av den inkomstrelaterade sjukersättningen med syfte att uppnå en oförändrad nettoersättning efter omvandlingen.
bruttoårsinkomst	Summan av pensionsgrundande inkomst med tillägg för debiterad pensionsavgift och pensionsgrundande belopp som tillgodoräknats vid förtidspension eller sjukersättning.
bosättningsbaserad försäkring	Socialförsäkring som grundas på bosättning i Sverige enligt SofL.
efterskydd/efterskyddstid	Det försäkringsskydd för inkomstbaserade förmåner som kvarstår efter det att en person slutat förvärvsarbete (enligt SofL).

exportabilitet	Möjligheten att med stöd av förordningen (EEG) nr 1408/71 uppbära svensk socialförsäkringsförmån vid bosättning inom EU/EES-området och vice versa.
förhöjt prisbasbelopp	Räknas fram och avrundas på samma sätt som prisbasbelopp (se detta begrepp) men med användande av ett högre basal enligt 1 kap. 6 § AFL (37 000 kronor 2000).
försäkringsfall	Försäkringsfallet anses ha inträffat vid den tidpunkt då nedsättningen av den försäkrades arbetsförmåga har nått det stadium vad gäller grad och varaktighet som förutsätts för rätt till sjukersättning, dvs. då arbetsförmågan har blivit nedsatt med minst en fjärdedel och nedsättningen kan betraktas som varaktig eller väntas bli bestående minst ett år.
försäkringstid	Tid som läggs till grund för rätten till och storleken av sjukersättning i form av garantiersättning. Tid under vilken en person är försäkrad enligt SofL.
garantiersättning	Grundskydd i sjukersättnings-systemet i form av antingen en på visst sätt beräknad utfyllnad till inkomstrelaterad sjukersättning eller ett belopp motsvarande en viss garantinivå för den som saknar inkomstrelaterad sjukersättning.

garantinivå	Grundskyddet i sjukersättningssystemet är utformat med utgångspunkt i en garantinivå. Den vars inkomstrelaterade ersättning understiger garantinivån skall vara berättigad till en utfyllnad i form av garantiersättning upp till denna nivå. Den som saknar inkomstrelaterad sjukersättning skall ha rätt till garantiersättning med ett belopp motsvarande garantinivån. Garantinivån vid hel sjukersättning motsvarar 2,4 prisbasbelopp per år.
garantipension	Grundskydd i det reformerade ålderspensions- och efterlevandepensionssystemen i form av dels en på visst sätt beräknad utfyllnad till inkomstgrundad pension, dels en lägsta garantinivå för den som inte tjänat in rätt till inkomstgrundad pension.
inkomstbasbelopp	Det basbelopp som baseras på inkomstindex.
inkomstindex	Används i det reformerade ålderspensionssystemet för att mäta den allmänna inkomstutvecklingen. Indextalet beräknas efter den procentuella förändringen av den samlade inkomstnivån i samhället. Indextalet mäter förändringen i genomsnittlig inkomst och ser till att pensionernas värde utvecklas i samma takt som inkomster för de yrkesaktiva. Inkomstindex är ett index som i princip speglar genom-

	snittliga pensionsgrundande inkomster.
inkomstrelaterad sjukersättning	Den inkomstrelaterade delen av sjukersättningsystemet. Ersättningens storlek utgör 64 procent av antagandeinkomsten.
inkomsttak	Gränsen för hur höga inkomster som skall beaktas vid beräkning av ersättning.
intjänandetak	Intjänandetaket utgör gränsen för hur höga förvärvsinkomster som kan utgöra grund för ålderspensionsrätt. Motsvarar 7,5 förhöjda prisbasbelopp t.o.m. 2000. Därefter blir taket 7,5 inkomstbasbelopp, dvs. det räknas upp med den allmänna inkomstutvecklingen istället för med prisutvecklingen.
justeringsbelopp	Utgör det belopp som motsvar effekten av SGA (se detta begrepp) för den enskilde försäkrade. Beloppet fastställs vid omvandlingen av förtidspension till sjukersättning och reglerar sjukersättningen så att nettoutfallet blir detsamma före och efter omvandlingen.
konsumentprisindex	Index som mäter utvecklingen av den allmänna prisnivån i konsumentledet.
pensionsfall	Se försäkringsfall. Uttrycket används med samma betydelse i nuvarande system och avser förtidspension respektive sjukbidrag.

pensionsgrundande belopp	Fiktiv inkomst i vissa fall som tillsammans med pensionsgrundande inkomst grundar ålderspensionsrätt, bl.a. för föräldrar till små barn, s.k. barnår.
pensionsgrundande inkomst	Faktiska förvärvsinkomster samt olika sociala förmåner som kan utges i stället för förvärvsinkomst som grundar pensionsrätt. Dessa inkomster efter avdrag för allmän pensionsavgift utgör pensionsgrundande inkomst. Kan högst uppgå till 7,5 inkomstbasbelopp.
pensionsrätt/ålderspensionsrätt	Pensionsrätt kan tjänas in från 16 års ålder. Övre åldersgräns finns inte. Endast inkomster under ett tak på 7,5 förhöjda prisbasbelopp (fr.o.m. 2001 inkomstbasbelopp) är pensionsgrundande. Pensionsrätten är 18,5 procent av pensionsunderlaget och motsvaras av de debiterade avgifterna.
pensionsunderlag	Summan av fastställd pensionsgrundande inkomst och pensionsgrundande belopp.
prisbasbelopp	Det basbelopp som räknas fram genom att ett basbelopp multipliceras med ett jämförelsetal, som anger den relativa förändringen i konsumentprisindex enligt 1 kap. 6 § AFL (36 600 kronor 2000).
ramtid	Den tid som bestämmer urvalet av de årsinkomster från vilka de inkomster som direkt skall ligga till grund för beräkningen av antagandeinkomst skall väljas ut.

sjukersättning

Inkomstrelaterad sjukersättning och sjukersättning i form av garantiersättning som skall utges fr.o.m 2003 och då ersätta förtidspension i form av folkpension och allmän tilläggspension (ATP), pensionstillskott samt det särskilda grundavdraget för folkpensionärer.

särskilt grundavdrag för folkpensionärer (SGA)

Vid skatteberäkningen kan i vissa fall den som uppburit folkpension istället för vanligt grundavdrag medges ett högre särskilt grundavdrag som leder till lägre skatt.



Kommun- och välfärdsenheten

Datum
1999-12-29
Ert datum
1999-06-23

Diariernr
1999/0268-5
Er beteckning
S1999/5800/SF

Regeringen
Socialdepartementet

103 33 STOCKHOLM

Uppdrag att göra en analys och bedömning av utvecklingen av långvarig medicinskt grundad arbetsoförmåga

Regeringen har gett Statskontoret i uppdrag att göra en analys och bedömning av utvecklingen av långvarigt medicinskt grundad arbetsoförmåga. Analysen har använts för att konstruera tre scenarier för den framtida utvecklingen av den långvariga sjukfrånvaron.

Enligt överenskommelse med Socialdepartementet har Statskontoret löpande redovisat resultatet av arbetet för representanter för Regeringskansliet. Tiden sedan den 15 oktober då uppdraget formellt redovisades till Socialdepartementet har använts för att färdigställa bifogad promemoria *Framtidens långa sjukfrånvaro* där resultatet av arbetet sammanfattas.

Generaldirektör Knut Rexed har beslutat i detta ärende. Direktör Carl-Göran Högås, chef för Kommun- och välfärdsenheten, och avdelningsdirektör Dan Ljungberg, föredragande, var närvarande vid den slutliga handläggningen.

Enligt Statskontorets beslut

Dan Ljungberg

Innehållsförteckning

Sammanfattning

1 Inledning

- 1.1 Uppdraget
- 1.2 Bakgrund
- 1.3 Arbetets uppläggning

2 Vad påverkar den långa sjukfrånvaron

- 2.1 Individperspektivet
- 2.2 Samhällsperspektivet
- 2.3 Förklaringsmodellens giltighet

3 Utvecklingen till i dag

- 3.1 Antalet förtidspensionärer och långa sjukfall
- 3.2 Antalet långa sjukfall
- 3.3 Antalet nybeviljade förtidspensioner
- 3.4 Risken för män och kvinnor i olika ålder
- 3.5 Risken för män och kvinnor med olika födelseår

4 De viktigaste faktorerna

- 4.1 Den demografiska utvecklingen
 - 4.1.1 Utvecklingen fram till i dag
 - 4.1.2 Den framtida utvecklingen
 - 4.1.3 Betydelse för den långa sjukfrånvaron
- 4.2 Folkhälsans utveckling
 - 4.2.1 Utvecklingen fram till i dag
 - 4.2.2 Den framtida utvecklingen
 - 4.2.3 Betydelse för den långa sjukfrånvaron
 - 4.2.3.1 Hjärt- kärlsjukdomar
 - 4.2.3.2 Psykisk ohälsa
 - 4.2.3.3 Tumörsjukdomar
 - 4.2.3.4 Rörelseorganens sjukdomar
 - 4.2.3.5 Olycksfall och skador till följd av våld och hot
 - 4.2.3.6 Astma och allergi
 - 4.2.3.7 Infektionssjukdomar

- 4.2.3.8 Våra stora folkhälsoproblem sammantaget
- 4.3 Arbetsmarknadens utveckling
- 4.3.1 Utvecklingen fram till i dag
- 4.3.2 Den framtida utvecklingen
- 4.3.3 Betydelse för den långa sjukfrånvaron
- 4.4 Regelverket
- 4.4.1 Utvecklingen fram till i dag
- 4.4.2 Den framtida utvecklingen
- 4.4.3 Betydelse för den långa sjukfrånvaron
- 4.5 Andra regelverk och avtal
- 4.5.1 Utvecklingen fram till i dag
- 4.5.2 Den framtida utvecklingen
- 4.5.3 Betydelse för den långa sjukfrånvaron
- 4.6 Förebyggande hälsovård, sjukvård och rehabilitering
- 4.6.1 Utvecklingen fram till idag
- 4.6.2 Den framtida utvecklingen
- 4.6.3 Betydelse för den långa sjukfrånvaron
- 4.7 Attityder och värderingar
- 4.7.1 Utvecklingen fram till i dag
- 4.7.2 Den framtida utvecklingen
- 4.7.3 Betydelse för den långa sjukfrånvaron
- 5 *Tre scenarier för den framtida utvecklingen*
- 5.1 Basscenariot
- 5.2 Positiva scenariot
- 5.3 Negativa scenariot
- 5.4 Konsekvenser för riskerna för långvarig sjukfrånvaro i olika scenarior
- 5.5 Utvecklingen fram till 2005–2010
- 5.6 Utvecklingen fram till 2020–2025
- 5.7 Utvecklingen av stocken förtidspensionärer fram till år 2025
- 5.8 De tre scenarierna och sysselsättningen

Bilagor

Bilaga 1 Uppdraget

Bilaga 2 Nybeviljade förtidspensioner 1971–1998

Sammanfattning

Statskontoret har på uppdrag av regeringen gjort en analys och bedömning av utvecklingen av långvarigt medicinskt grundad arbetsförmåga. Analysen har använts för att konstruera tre scenarier för den framtida utvecklingen av den långvariga sjukfrånvaron. antagande

Antalet sjukfall över ett år som ersätts med sjukpenning eller rehabiliteringspenning antas stabilisera sig över tid.

I det basscenario som beskrivs antas en **förbättrad folkhälsa**, en gynnsam **arbetsmarknadsutveckling** och en **effektivare förebyggande hälsovård, sjukvård och arbetslivsinriktad rehabilitering** leda till ett minskat nybeviljande av förtidspensioner och sjukbidrag. Dessa faktorer inverkan kompenserar för ett **ökat antal personer i de åldrar risken att förtidspensioneras** är högst och leder sammantaget till färre nybeviljanden.

Antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag beräknas år 2005 uppgå till **41 900**, år **2010** till **39 900**, år **2020** till **38 400** och år **2025** till **39 200**. I förhållande till om risken att förtidspensioneras hade varit oförändrad (från perioden 1996–1998) innebär dessa nybeviljandefrekvenser knappt sex procent färre nybeviljanden år 2005 och drygt nio procent därefter.

Trots minskade risker och antal vad gäller nybeviljandet av förtidspensioner kommer **antalet personer** i landet **som uppbär förtidspension eller sjukbidrag** att öka fram till år **2007/2008**, då antalet antas uppgå till **451 000 personer**. **Därefter** sjunker antalet fram till cirka år 2015 till ungefär dagens nivå, eller **runt 415 000 personer**, och antas ligga på denna nivå framöver fram till år 2025.

För att ett sådant scenario ska kunna bli verklighet samtidigt som sysselsättningen ökar enligt vad Långtidsutredningen 1995 antog och samtidigt som arbetslösheten ligger på fyra procent måste **antalet personer som står utanför arbetskraften men som inte uppbär förtidspension eller sjukbidrag reduceras från dagens ca 900 000 personer till ca 600 000 personer år 2010**.

Liten kunskap om olika faktorerers kvantitativa effekt

Även om intresset för forskning, utvärdering o.d. inte minst under de senaste tio åren ökat på sjukförsäkringens område är kunskapsnivån i många avseende ännu låg. Kunskapen om vilka faktorer som påverkar volymerna i sjukförsäkringen och förtidspensioneringen, främst med avseende på deras kvantitativa effekt, är så låg att en prognos på medellång och lång sikt inte är möjlig att göra. Med utgångspunkt i ett antal viktiga faktorer och en bedömning av deras framtida utveckling kan dock ett antal antaganden göras som grund för scenarier på den framtida utvecklingen av den långvariga sjukfrånvaron.

Den långvariga sjukfrånvaron har ökat kraftigt på lång sikt

Både antalet sjukfall över ett år och antalet förtidspensionärer och sjukbidrag har ökat kraftigt under de senaste decennierna. I dag är ca 11 procent av arbetskraften eller ca 8 procent av befolkningen i yrkesaktiv ålder frånvarande från arbetet eller utanför arbetskraften på grund av arbetsoförmåga av medicinska skäl.

Under 1990-talet har antalet långa sjukfall med sjukpenning eller rehabiliteringspenning varierat kraftigt. Efter historiskt sett mycket höga nivåer i början av decenniet sjönk antalet kraftigt fram till år 1996 men har därefter åter ökat.

I en jämförelse mellan åren 1971 (före det att förtidspension av arbetsmarknadsskäl infördes) och 1998 framgår att antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag minskat kraftigt bland män, medan antalet ökat bland kvinnor. Mönstret är det samma som också kan observeras inom gruppen nybeviljade p.g.a. *sjukdomar i muskuloskeletal systemet och bindväven* (rörelseorganens sjukdomar) som är den största diagnosgruppen för både män och kvinnor. I den i dag näst största diagnosgruppen, *psykiska sjukdomar och syndrom*, har antalsutvecklingen varit mindre dramatisk. Även här har antalet nybeviljade bland män minskat något men antalet bland kvinnor är i stort sett oförändrat. I den tredje stora diagnosgruppen, *cirkulationsorganens sjukdomar*, har minskningen varit kraftig både bland män och bland kvinnor.

Hela minskningen av nybeviljandet förklaras av en minskning bland de över 60 år. Bland de yngre, bortsett från de allra yngsta, har tvärtom antal nybeviljanden ökat.

Risken att förtidspensioneras ökar utom för de äldsta

När man följer risken att förtidspensioneras (beräknad som antalet förtidspensionerade i relation till befolkningen) så ökar den över tid för alla åldersgrupper utom de äldsta (över 60 år). Bland de yngre (utom de allra yngsta under 20 år) ökar risken över tid för båda könen, men kraftigare för kvinnor. Mätt som summerad risk att förtidspensioneras under olika perioder i livet ökar risken typiskt sett ju senare man är född.

Den demografiska faktorn bidrar till fler förtidspensionärer

De närmaste ca tio åren kommer antalet personer att öka i de åldrar då risken för förtidspension och långvarig sjukfrånvaro i övrigt är som högst. Till år 2005 har befolkningen i ålder 60–64 år ökat med 37 procent i förhållande till år 1998 och till år 2010 med 46 procent jämfört med samma år. Även på längre sikt är antalet personer i dessa åldrar högre än i dag, men lägre än åren 2005–2010. Detta kommer onekligen att öka trycket på förtidspensionssystemet och sjukförsäkringen.

Folkhälsan förbättras långsamt

I ett längre perspektiv råder det inget tvivel om att folkhälsan har förbättrats. Då denna förbättring har sammanfallit med ett ökande antal långvarigt sjukfrånvarande är det osäkert vilket samband som föreligger mellan sjukfrånvaro och folkhälsa. Att en individs hälsa påverkar risken att drabbas av långvarigt nedsatt arbetsförmåga råder det emellertid inget tvivel om. En förbättrad folkhälsa är att förvänta även i framtiden, även om det rör sig om en relativt långsam process. Det finns dock viss grund att anta en positiv inverkan på sjukfrånvaron främst bland äldre i arbetskraften.

En gynnsam arbetsmarknadsutveckling på medellång sikt men osäkert på längre sikt

Utvecklingen av arbetsmiljön och dess inverkan på sjukfrånvaron har under de senaste decennierna varit svårtydd. Å ena sidan har många fysiskt tunga arbeten försvunnit och ökat fokus satts på arbetsmiljöns påverkan på individers hälsa. Å andra sidan visar undersökningar på att många upplever en större arbetsmiljöbelastning i vissa avseenden i dag än för t.ex. 25 år sedan. Det finns dock förutsättningar för att genom ytterligare ökad kunskap minska den fysiska, och troligen också den psykosociala, arbetsmiljöns negativa konsekvenser, även om möjligheterna kan variera mellan olika yrkesområden.

Arbetsmarknadsläget i sig, ökad efterfrågan på arbetskraft, lägre arbetslöshet och högre sysselsättning, förväntas leda till en minskad långvarig sjukfrånvaro, i första hand på medellång sikt. På längre sikt är det avgörande i vilken takt arbetsmarknaden förändras och hur väl arbetskraften är och blir anpassad till denna förändring.

Den förebyggande hälsovården, sjukvården och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen fortsätter att utvecklas

Drivkrafterna för utveckling inom detta område är många och starka. Även om det har visat sig svårt att beskriva och bevisa i vilken utsträckning den utveckling som skett på området lett till minskad belastning på förtidspensionssystemet och sjukförsäkringen finns det ingen anledning att betvivla den potential som här finns.

Attityder och värderingar samt deras påverkan på regelverket

Det finns ett stort stöd för den allmänna sjukförsäkringen. Under 1990-talet har misstanken om fusk i och missbruk av systemet minskat kraftigt. Regeländringarna under 1990-talet har kännetecknats av renodling och åtstramning, först initierat som ett led i saneringen av de offentliga finanserna, men även motiverat av andra skäl. I den förestående reformeringen betonas att renodlingen ska fullföljas. Det är i nuläget för tidigt att uttala om attityderna i samhället är eller kommer att bli sådana att trycket ökar på mer generösa regelverk. Inom bara ett fåtal år

torde dock bilden klarna, då den förda politiken får ett delvis annat innehåll efter att 1990-talet ekonomiska kris nu antas vara över.

1 Inledning

1.1 Uppdraget

Regeringen gav den 23 juni 1999 Statskontoret i uppdrag att göra en analys och bedömning av utvecklingen av långvarig medicinskt grundad arbetsförmåga. Uppdraget fogas som bilaga 1 till denna promemoria. Analysen ska omfatta den sjukfrånvaro som medger rätt till ersättning från socialförsäkringen och som varar minst ett år. Sammansättningen av den grupp som uppbär ersättning ska analyseras med avseende på ålder och kön. Resultatet av relevant forskning, utvärdering, uppföljning m.m. ska sammanställas och värderas. Den samlade analysen ska användas för att bedöma omfattningen på den framtida långvariga sjukfrånvaron på medellång och lång sikt.

1.2 Bakgrund

Regler för hur långvarigt medicinskt grundad arbetsförmåga berättigar till ersättning från socialförsäkringen återfinns i lagen (1962:381) om allmän försäkring. I det nuvarande regelsystemet görs åtskillnad mellan de fall då arbetsförmågan bedöms vara varaktig och då förtidspension utges, de fall då arbetsförmågan inte bedöms vara varaktig men bestående för avsevärd tid och då sjukbidrag utges samt de fall då arbetsförmågan inte bedöms vara bestående och då i stället sjukpenning eller i vissa fall rehabiliteringsersättning utges.

Reglerna för ersättning vid långvarigt medicinskt grundad arbetsförmåga ska reformeras enligt de riktlinjer som regeringen angivit i propositionen (prop. 1997/98:111) Reformerad förtidspension, m.m. och som riksdagen godkänt (bet. 1997/98:SfU11, rskr. 1997/98:237). I propositionen tas i princip upp alla aspekter av den allmänna försäkringen vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga av medicinska skäl. Man konstaterar bl.a. att saneringen av de offentliga finanserna under det senaste decenniet oundvikligen berört de här behandlade systemen. Det konstateras dock att förändringarna i många fall också kunnat motiveras utifrån andra utgångspunkter än att åstadkomma reducerade utgif-

ter. Genom reformeringen av ålderspensionssystemet har den nuvarande kopplingen mellan ålderspension och förtidspension upphört och nya regler måste tillskapas för beräkning av ersättning vid varaktigt nedsatt arbetsförmåga av medicinska skäl. Reglerna för sådan ersättning bör i stället göras till en del av sjukförsäkringen. Bland de mer framträdande allmänna ställningstaganden som görs i propositionen kan nämnas betonandet av att rehabilitering och aktivitet ska stimuleras, att renodlingen av systemet bör fullföljas och att försäkringen ska bygga på principen om ersättning för inkomstbortfall och på en sådan nivå att den ger ekonomisk trygghet utan kompletterande försäkringskydd.

Avgörande för hur stor del av det samlade offentliga åtagandet ett framtida system för ersättning vid långvarig arbetsförmåga p.g.a. ohälsa kommer att ta i anspråk är hur många personer som kommer att uppbära ersättning. Därmed är antalsutvecklingen en viktig komponent i det beslutsunderlag som behövs för ett ställningstagande om systemets närmare utformning. I regeringens budgetarbete tas löpande fram underlag för prognoser på några års sikt, däribland antalsutvecklingen. I ett för statsbudgeten så betydande system som det här berörda kan emellertid också krävas uppskattningar av antalsutvecklingen på längre sikt. Kunskapen om den framtida utvecklingen är väsentlig för att kunna åstadkomma en stabil försäkring med goda villkor för den försäkrade och samhället inom ramen för det finansiella utrymme som finns. De närmaste tio åren kännetecknas av ett ökande antal personer i de åldrar då långvarig sjukfrånvaro är särskilt vanlig. Denna utveckling har redan inletts. Efter denna uppgång i antal kommer dock en nedgång. Skälet till detta ligger i den närmast cykliska utveckling som födelsetalen i Sverige haft under nästan hela 1900-talet. Grovt räknat kan denna utveckling beskrivas bestå av 25-åriga cykler, dvs. det går cirka 25 år mellan topparna i födelsetalen och lika lång tid mellan bottarna. Åren runt 1920 var födelsetalen höga, likaså kom en uppgång i mitten av 1940-talet, ännu en i slutet av 1960-talet och slutligen ännu en i början av 1990-talet. Ett lämpligt perspektiv på den framåtblick som här ska presenteras bör därför vara åtminstone en hel cykel eller 25 år.

Att uppskatta hur många personer som kommer att uppbära ersättning i en ganska avlägsen framtid är komplicerat. Såväl inflödet (antalet personer som kommer in i systemet) som utflödet (antalet som upphör att uppbära ersättning) påverkas av en rad faktorer. Dessa faktorer påverkar dessutom inte sällan varandra. Genom att analysera den samlade kunskapen om på vilket sätt antalet personer med ersättning utvecklas, vilka de mest betydelsefulla faktorerna är och hur de i

sin tur utvecklas bör dock några tänkbara scenarier kunna beskrivas. Det är viktigt att redan inledningsvis konstatera att denna typ av scenarier inte är att betrakta som prognoser på den framtida utvecklingen. Även om man aldrig så noggrant gör antaganden om en framtida utveckling avseende en viss faktor kan antagandena komma att vara felaktiga av olika skäl. Eftersom det är en stor mängd faktorer som har betydelse för den framtida långvariga sjukfrånvaron är antalet antaganden som kan göras många.

1.3 Arbetets uppläggnig

Som underlag för arbetet har bl.a. legat den PM som fogats som bilaga till Statskontorets uppdrag. Under arbetets gång har vi haft löpande kontakter med uppdragsgivaren för att bl.a. diskutera prioriteringar i arbetet.

Arbetet har utförts i fyra faser. I den första fasen har vi studerat forskningsresultat och utvärderingsrapporter som belyser orsakerna till långvarig sjukfrånvaro. Tidigt i arbetet hölls också ett seminarium med deltagare från Riksförsäkringsverket (RFV) och Regeringskansliet där orsaker till sjukfrånvaron diskuterades. Resultatet av arbetet i denna fas behandlas i **Kapitel 2**.

I en andra fas har utvecklingen av den långvariga sjukfrånvaron analyserats fram till i dag. Analyserna har gjorts med avseende på sjukfrånvarons utveckling bland män och bland kvinnor, i olika åldersgrupper, bland olika årskullar samt för olika medicinska diagnoser. Resultatet av arbetet i denna fas behandlas i **Kapitel 3**.

I den tredje fasen, som behandlas i **Kapitel 4**, behandlas de faktorer som bedömts vara de mest avgörande för den framtida utvecklingen av den långvariga sjukfrånvaron. Här beskrivs hur utvecklingen inom respektive område har sett ut fram till i dag, hur den framtida utvecklingen kan te sig samt vilken betydelse denna utveckling får för den långa sjukfrånvaron. Underlaget för dessa beskrivningar är forskningsresultat, utvärderingar och utredningar. Belysningen gör inte anspråk på att vara heltäckande i den mening att all forskning och annat material har hanterats. Vart och ett av de områden som hanteras är ett omfattande forskningsområde. Det har inte varit möjligt att inom ramen för denna studie gå djupare in på de olika faktorerna. Också i anslutning till denna fas hölls ett seminarium med deltagare från RFV och Regeringskansliet.

Slutligen summeras studien i **Kapitel 5** genom att tre scenarier beskrivs för den framtida utvecklingen. Två tidsperspektiv hanteras, dels utvecklingen fram till åren 2005–2010, dels fram till åren 2020–2025.

Inom Statskontoret har arbetet utförts av Dan Ljungberg (projektledare) och Ann-Kajsa Johansson.

2 Vad påverkar den långa sjukfrånvaron

Uppdraget avser som tidigare nämnts att försöka avgöra på vilket sätt den långvariga sjukfrånvaron¹ utvecklas på medellång och lång sikt. För att göra denna uppskattning krävs att man först försöker beskriva vad som orsakar den långvariga sjukfrånvaron. En mängd försök har gjorts i olika sammanhang för att klargöra detta orsakssamband både ur ett individperspektiv och ett samhällsperspektiv. En översikt av detta arbete lämnas i det följande.

2.1 Individperspektivet

För att uppbära ersättning från sjukförsäkringen eller i form av förtidspension krävs dels att arbetsförmågan ska vara nedsatt, dels att denna nedsättning ska ha medicinsk orsak. Med tanke på denna beskrivning ter sig en förklaringsmodell som relativt okomplicerad. Emellertid kompliceras bilden väsentligt av en mängd faktorer, varav de kanske mest avgörande är att sjukdom, eller en nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan, inte sällan är svår att objektivt mäta. Den är dessutom i högsta grad beroende av andra faktorer. Därutöver är arbetsförmåga ett begrepp vars betydelse varierar kraftigt t.ex. mellan olika arbeten. Ett enkelt mått på sjuklighet eller arbetsförmågenedsättning är således inte en framkomlig väg för att uppskatta antalet personer med långvarig sjukfrånvaro.

För att beskriva vad som orsakar att en person blir långtidssjukskriven eller förtidspensionerad kan vi i stället utgå från en beskrivning av vad som skiljer gruppen långvarigt sjukskrivna och förtidspensio-

¹ Det som här och i fortsättningen benämns långvarig sjukfrånvaro beskrivs i uppdragsformuleringen som dels arbetsförmågenedsättning av medicinska skäl som varar ett år eller längre utan att den kan bedömas som varaktig, dels arbetsförmågenedsättning som medför förtidspensionering. I det nuvarande regelverket motsvarar detta ersättningsfall med sjuk- eller rehabiliteringspenning som varar över ett år samt sjukbidrag och förtidspensioner.

nerade från den övriga befolkningen. Detta perspektiv är vanligt i studier av vad som påverkar risken för förtidspension och långvarig sjukskrivning. I det följande beskrivs olika individfaktorer som befunnits påverka risken. Beskrivningen bygger främst på skriften RFV Redovisar 1997:6 *Risk- & friskfaktorer – sjukskrivning och rehabilitering i Sverige* samt Marklund, S (red.) (1995), *Rehabilitering i ett samhällsperspektiv*, Studentlitteratur, Lund.

Hög ålder ökar risken för såväl sjukskrivning som förtidspensionering. **Kvinnor** har högre risk än män att bli långvarigt sjukskrivna, men förhållandet är inte lika entydigt vad gäller förtidspensionering.

I många sammanhang diskuteras den **sociala situationen** som en faktor som påverkar risken för långvarig sjukskrivning. Det är dock inte helt lätt att hitta några entydiga mått på den sociala situationen. Civilstånd och familjestorlek har tidigare varit vanliga variabler i olika studier. Huruvida en person är gift eller inte har emellertid i allt mindre utsträckning blivit ett mått på vilken familjesituation man bifinner sig i. Förekomsten av barn i ett hushåll är även det en komplicerad variabel att tolka, t.ex. för att det såväl bland de allra yngsta som bland de allra äldsta är naturligt att det inte ännu respektive inte längre finns några barn i hushållet och för att såväl avsaknaden av barn som förekomsten av barn kan ha bakomliggande orsaker som i sin tur påverkar risken för långvarig sjukfrånvaro. I likhet med den sociala situationen som den beskrivits ovan är det svårt mäta och därmed påvisa samband mellan **levnadsförhållanden** och långvarig sjukfrånvaro.

Försöken att förklara långvarig sjukskrivning och förtidspensionering har i mångt och mycket fokuserats på **arbetsrelaterade faktorer**. I detta begrepp kan inbegripas objektiva mätbara variabler som yrkestillhörighet (ofta med utbildning som bakomliggande variabel även om det inte föreligger ett totalt samband mellan dessa båda) och variabler som beskriver den fysiska eller psykosociala arbetsmiljön och som i många fall endast är subjektivt mätbara. Personer med endast **grundskoleutbildning** löper högre risk att bli långtidssjukskrivna än andra och risken för arbetare att bli långvarigt sjukskrivna är högre än för tjänstemän. En **dålig fysisk arbetsmiljö** ökar också risken för långvarig sjukskrivning. Även den **psykosociala arbetsmiljön** inverkar på risken för långvarig sjukfrånvaro. Det kan dock vara svårt att skilja effekten av den psykosociala arbetsmiljön från effekter av utbildning, yrkestillhörighet och fysisk arbetsmiljö. Den psykosociala arbetsmiljön bedöms dock öka i betydelse gentemot den fysiska.

Ytterligare en faktor som varit föremål för ett flertal studier är **arbetslöshet**. Något entydigt samband mellan att vara arbetslös eller ha

tidigare erfarenhet av arbetslöshet och långvarig sjukskrivning eller förtidspensionering är dock svårt att finna.

2.2 Samhällsperspektivet

Förekomsten av långvarig sjukskrivning och förtidspensionering i samhället utgör summan av alla individers sjukskrivning och förtidspensionering. Betyder det att samma förklaringsmodell kan användas för att beskriva hur omfattande den långvariga sjukfrånvaron är i samhället som den förklaringsmodell som beskriver enskilda individers risk? Svaret på frågan är i princip ja. Men att anlägga ett samhällsperspektiv till skillnad från ett individperspektiv förändrar ändå bilden. Ett tydligt och ofta diskuterat exempel är en beskrivning av hur sambandet mellan arbetslöshet och långvarig sjukfrånvaro beskrivs i de olika perspektiven.

En logisk hypotes på individnivå skulle vara att det är lockande för en person som är arbetslös att få sin försörjning tillgodosedd via en förtidspension. På samhällsnivå har det dock (tidigare) visat sig finnas ett negativt samband mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro så att när arbetslösheten sjönk under 1980-talet ökade sjukfrånvaron. En hypotes som skulle kunna stödjas av detta förhållande är att när arbetslösheten är hög har enskilda individer som är i arbete en benägenhet att sjukskriva sig i mindre utsträckning på grund av risken att sjukskrivningen kan leda till arbetslöshet.

Den sistnämnda hypotesen skulle kunna testas genom att jämföra olika delar av landet med högre och lägre arbetslöshet, för att på så sätt tillföra individnivån en omvärldsvariabel. En sådan analys visar att risken är högre att bli långtidssjukskriven och förtidspensionerad om man bor i ett område med hög arbetslöshet. Detta förkastar i så fall hypotesen.

Frågans komplexitet stannar dock inte här. Att på detta sätt tillföra en omvärldsvariabel till en modell med individvariabler medför omfattande tolkningsproblem. En del i problemet är att arbetslösheten i ett område kanske i stället, eller åtminstone delvis, får representera något annat förhållande som områden med hög arbetslöshet har gemensamt och som skiljer dessa från områden med låg arbetslöshet. Till exempel kan arbetslösheten samvariera med förekomsten av, ofta svårsmätbara, sociala förhållanden varför en analys, felaktigt, kan visa på samband mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro som i själva verket egentligen är ett samband mellan social situation och sjukfrånvaro.

Exemplet får illustrera svårigheten att beskriva vad som orsakar långvarig sjukfrånvaro allmänt och speciellt när ett samhällsperspektiv ska anläggas. Avsikten har inte här varit att beskriva vilka hypoteser som i olika analyser förkastats eller bekräftats. Alla de här nämnda faktorerna är dock av betydelse att behandla när den framtida utvecklingen av den långa sjukfrånvaron ska uppskattas.

2.3 Förklaringsmodellens giltighet

En hel del ansatser har gjorts för att förklara orsakerna till långvarig sjukfrånvaro. Det finns ingen anledning att här gå in på huruvida tillräckliga insatser gjorts med hänsyn till det mänskliga lidande som ofta kan vara nära förknippat med långvarig sjukskrivning eller förtidspension eller till den långa sjukfrånvarons betydelse för statsfinanserna. En mängd kunskap finns på området men man kan med säkerhet säga att det vi vet om vad som orsakar sjukfrånvaron, i termer av statistiskt säkerställda orsakssamband, är väsentligt mindre än det vi inte vet.

En analys av vilka faktorer som påverkar en viss variabel, i det här fallet förekomsten av långvarig sjukfrånvaro, är svår att generalisera. Här innebär det att vad vi kan säga om sambanden mellan olika faktorer och långvarig sjukfrånvaro i dag kanske inte gäller i morgon. Metoder för att hantera tidsvariation finns dock. Att använda sådana metoder kräver god tillgång på information om den framtida utvecklingen för de faktorer som förklarar den variabel som ska prognosticeras. Problemet blir återigen att vi har en förhållandevis liten kunskap av exakt vilka faktorer som påverkar förekomsten av långvarig sjukfrånvaro.

Sammanfattningsvis är det svårt att finna någon särskild statistisk metod för att hantera den typ av problematik som vi här står inför. Detta utesluter inte att det kan vara möjligt att genomföra en studie av detta slag med hjälp av vissa metoder. Vi har dock inte funnit det förenligt med uppdragets omfattning och den informationsmängd som finns att tillgå att genomföra studien på sådant sätt.

3 Utvecklingen till i dag

I detta avsnitt beskrivs utvecklingen av antalet förtidspensionärer och långa sjukfall samt antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag t.o.m. år 1998. Vidare beräknas risken för förtidspension och sjukbidrag för kvinnor och män i olika åldrar och med olika födelseår.

3.1 Antalet förtidspensionärer och långa sjukfall

I december 1998 fanns närmare 422 000 personer med förtidspension eller sjukbidrag, varav ca 235 000 kvinnor och 187 000 män.² Det betyder att 7,6 procent av befolkningen i aktiv ålder av främst hälsoskäl helt eller delvis har lämnat arbetslivet i förtid.³ Omräknat till heltidsfrånvaro uppgår antalet pensioner/bidrag vid den aktuella tidpunkten till drygt 368 000⁴. Samtidigt pågick ca 54 000 ersättningsfall med sjukpenning eller rehabiliteringspenning som varat ett år eller längre.

Sett över en längre tidsperiod har antalet förtidspensionärer stadigt ökat. År 1960 var det 3 procent av befolkningen eller 145 000 personer i förvärsaktiv ålder som var förtidspensionerade. Utvecklingen de senaste fyra decennierna framgår av tabell 3.1. (I de redovisade talen ingår ej de pensionärer som enbart uppbar ATP. Därav skillnaden jämfört med de ovan angivna totalsiffrorna.)

² RFV Statistikinformation Is-I 1999:006

³ Varken förtidspension eller sjukbidrag innebär med säkerhet att möjligheten att återgå till arbetslivet helt är försvunnen, men i praktiken är det sällsynt med sådana återgångar.

⁴ Antalet ”hela” pensioner, dvs. två halva pensioner är en ”hel” osv.

Tabell 3.1 Antalet förtidspensioner/sjukbidrag från folkpensioneringen totalt, fördelat på män/kvinnor samt som andel av befolkningen i åldersgruppen 16–64 år och arbetskraften i riket (*tusental*)

(I de siffror som anges inom parentes är pensionärer med enbart ATP inkluderade.)

År	Män	Kvinnor	Totalt	Andel kvinnor %	Andel av befolkn. 16–64 år %	Andel av arbetskraften %
1960	72	73	145	50,2	3,0	Ingen uppgift
1965	81	80	161	49,8	3,2	4,3
1970	113	99	213	46,8	4,1	5,4
1975	158	139	297	46,9	5,8	7,2
1980	154	149	303	49,3	5,8	7,2
1985	160	163	323	50,4	6,1	7,3
1990	167	194	361	53,7	6,7	7,9
1995	185	223	409	54,6	7,4	9,5
1998	(187)	(235)	417	(55,7)	7,5	9,8

Källor: SOU 1997:166 Ohälsöförsäkringen (s. 127), RFV och Näringslivets ekonomifakta

I början av 1960-talet var antalet förtidspensioner och sjukbidrag jämnt fördelade mellan kvinnor och män. Under en följd av år därefter steg antalet både bland män och kvinnor. Sannolikt var det i huvudsak ATP-systemets införande som bidrog till denna ökning. Att ökningen från början var störst bland män kan i så fall förklaras av att det främst var de som gynnades av det införda regelsystemet (eftersom de i högre utsträckning hade förvärvsarbetat). Orsaken till den dämpade ökningstakten mellan 1975 och 1980 är att den allmänna pensionsåldern sänktes den 1 juli 1976 från 67 år till 65 år.

Sedan mitten av 1970-talet har ökningen i antal varit kraftigast för kvinnor och år 1995 var 54,6 procent av förtidspensionärerna kvinnor. En bidragande orsak till denna kraftiga ökning kan vara kvinnornas ökade förvärvsfrekvens särskilt under 1970- och 1980-talen. Uppgifterna avseende 1990-talet tyder på att kvinnornas andel har stabiliserats.

De uppgifter som redovisas avser antalet personer som uppbär förtidspension eller sjukbidrag i någon omfattning. Framför allt på senare

tid har det emellertid blivit allt vanligare att ersättning inte utges som hel förmån utan som kvarts, halv eller trekvarts pension. Förekomsten av sådana partiella förmåner skiljer sig mellan män och kvinnor. Bland kvinnor hade år 1998 ca 28 procent en partiell förmån medan motsvarande andel för män endast var ca 20 procent. Omräknat till hela förmåner (där t.ex. två halva pensioner ger en hel) är kvinnorna ändå i majoritet (54 procent).

Antalet långa sjukfall⁵ minskade från mitten av 1970-talet till början av 1980-talet. Som lägst uppgick antalet år 1981 till knappt 15 000 sjukfall. Därefter skedde en kraftig ökning fram till början av 1990-talet, då antalet som mest var drygt 70 000. Efter att ha minskat fram till år 1996 (ca 43 000 fall) har antalet fall återigen ökat de senaste åren. I likhet med utvecklingen av antalet förtidspensionärer har från omkring år 1980 långa sjukfall bland kvinnor varit vanligare än bland män.

3.2 Antalet långa sjukfall

I tabell 3.2 redovisas antalet långa sjukpenningfall i genomsnitt för tre olika tidsperioder mellan åren 1974 och 1998 samt antalet oavsett längd. Uppgifterna avser endast sjukfall med sjukpenning. Sedan år 1992 kan också rehabiliteringsersättning betalas ut i långa sjukfall.

Tabell 3.2 Antal sjukskrivna (pågående sjukfall) under tre perioder under år 1974–1998 (medelvärde av antalet sjukfall den 31 december varje år inom respektive period)

Period	Samtliga fall		Därav fall med längden (i dagar)			
			180–364		365 och mer	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
1974–1979	140 017	120 117	14 933	11 167	13 583	10 933
1980–1989	109 160	124 120	13 020	13 680	13 810	16 070
1990–1998	70 322	92 733	12 333	15 078	17 900	23 544

Källa: RFV

Antalet riktigt långa sjukfall (365 dagar och mer) har successivt ökat för både män och kvinnor mellan de tre perioderna. Under perioden

⁵ Här och i den fortsatta beskrivningen används begreppet *långa sjukfall* i betydelsen ersättningsfall med sjukpenning eller rehabiliteringspenning som varat ett år eller längre, där inte annat anges.

1990–1998 uppgår de i genomsnitt till 17 900 fall för män och drygt 23 500 fall för kvinnor. Sammanlagt utgör de sjukfall som varat ett år eller längre mer än en fjärdedel av samtliga fall.

Antalet sjukfall med längden 180–364 dagar har likaså ökat för kvinnor men minskat för män. Under perioden 1990–1998 uppgår de i genomsnitt till drygt 12 300 fall för män och närmare 15 100 fall för kvinnor.

Under den första perioden var antalet sjukfall i genomsnitt högre för män än för kvinnor såväl totalt som med avseende på de långa sjukfallen medan det omvända förhållandet gäller för de därpå följande perioderna.

Utvecklingen under 1990-talet har varit dramatisk. Från att i början av decenniet ha legat på drygt 30 000 långa sjukfall bland kvinnor och drygt 20 000 bland män sjönk antalet till som lägst knappt 13 000 kvinnor och 10 000 män år 1996. Sedan dess har antalet långa sjukfall återigen ökat och uppgår år 1998 till ca 21 000 kvinnor och 15 000 män. När också sjukfall ersatta med rehabiliteringsersättning räknas in förstärks den kraftiga variationen ytterligare. Som mest fanns det år 1992 sammanlagt drygt 70 000 sjukfall som varat mer än ett år. Sedan sjönk antalet till som lägst 43 000 fall år 1996. Därefter har ökningen varit kraftig och i december 1998 uppgick antalet fall till 54 000. Denna ökning av antalet långa sjukfall skulle kunna ge upphov till en ökning av förtidspensioneringen på kort sikt.

3.3 Antalet nybeviljade förtidspensioner

År 1998 nybeviljades⁶ närmare 34 500 förtidspensioner och sjukbidrag, varav ca 15 900 gällde män och 18 600 kvinnor. Fördelningen på diagnosgrupper och åldersgrupper framgår av tabell 3.3.

I gruppen 60–64 år nybeviljades ca 7 600 förtidspensioner och sjukbidrag (25 procent av nybeviljandet bland män och 19,6 procent bland kvinnor) Totalt är nybeviljandet högst i åldersgruppen 50–59 år, som omfattar drygt 13 800 fall (40,5 procent bland män och 39,8 procent bland kvinnor). I gruppen 40–49 år nybeviljades närmare 7 000 fall (18 procent bland män och 22,1 procent bland kvinnor), i gruppen 30–39 år drygt 3 700 fall (9,4 procent bland män och 12,1 procent bland kvinnor), i gruppen 20–29 år drygt 1 500 fall (4,3 procent bland

⁶ Med nybeviljade avses antalet nya beslut oavsett om beslutet är en följd av en ansökan från den enskilde eller om prövningen skett på initiativ från försäkringskassan.

män och 4,5 procent bland kvinnor) samt i gruppen 16–19 år endast ca 800 fall (2,9 procent bland män och 1,9 procent bland kvinnor).

Endast i den yngsta och den äldsta åldersgruppen är antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag högre för män än för kvinnor.

De tre största diagnosgrupperna är

- sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven, ca 12 800 fall (30,5 procent av nybeviljandet bland män och 42,9 procent bland kvinnor)
- psykiska sjukdomar och syndrom, ca 8 100 fall (25,3 procent bland män och 22,2 procent bland kvinnor)
- cirkulationsorganens sjukdomar, ca 3 000 fall (12,7 procent bland män och 5,4 procent bland kvinnor).

Övriga diagnosgrupper omfattar ca 10 500 fall (31,5 procent av nybeviljandet bland män och 29,6 procent bland kvinnor).

Tabell 3.3 Nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag år 1998 med fördelning män/kvinnor efter diagnosgrupp och ålder 31 december

Diagnosgrupp		Ålder 31/12						S:a
		16-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	
Vissa infektionssjukd o parasitsjukdomar	Män	2	7	22	51	129	67	278
	Kvinnor	2	6	24	52	95	48	227
Tumörer	Män	14	19	22	82	308	204	649
	Kvinnor	6	14	29	122	332	190	693
Sjukd i blod o blodbild organ samt vissa rubbn i immunsyst	Män	1	2	1	5	12	12	33
	Kvinnor	1	6	3	9	15	9	43
Endokrina sjukd, nutrit.rubbn o ämnesomsättningssjukd	Män	3	6	20	67	214	117	427
	Kvinnor	7	14	44	77	157	91	390
Psykiska sjukd o syndrom	Män	265	474	812	1 014	1 120	337	4 022
	Kvinnor	187	456	839	1 078	1 199	357	4 116
Sjukd i nervsystemet	Män	62	44	85	167	327	170	855
	Kvinnor	53	68	142	234	339	134	970
Sjukd i ögat o närliggande organ	Män	3	1	8	21	52	37	122
	Kvinnor	2	5	12	17	50	45	131
Sjukd i örat o mastoidutskott	Män	21	1	7	23	96	69	217
	Kvinnor	26	5	22	44	111	89	297
Cirkulationsorganens sjukd	Män	5	15	37	193	938	827	2 015
	Kvinnor	0	13	45	127	464	347	996
Andningsorganens sjukd	Män	2	1	12	28	242	187	472
	Kvinnor	0	3	18	71	255	140	487
Matsmältningsorganens sjukd	Män	0	4	25	58	133	74	294
	Kvinnor	0	10	34	83	117	61	305
Hudens o underhudens sjukd	Män	1	3	4	25	48	24	105
	Kvinnor	1	4	16	37	86	41	185
Sjukd i muskuloskeletala systemet o bindväven	Män	5	24	228	818	2 262	1 523	4 860
	Kvinnor	8	128	726	1 728	3 587	1 799	7 976
Sjukd i urin- o könsorganen	Män	1	1	8	22	41	20	93
	Kvinnor	1	4	16	21	23	14	79
Medfödda missbildningar m m	Män	55	15	9	18	35	7	139
	Kvinnor	40	19	19	20	44	19	161
Skador o förgiftningar m m	Män	11	61	160	212	354	187	985
	Kvinnor	13	67	182	240	289	154	945
Övriga sjukdomar	Män	6	9	34	58	128	108	343
	Kvinnor	6	23	73	138	239	98	577
Samtliga	Män	457	687	1 494	2 862	6 439	3 970	15 909
	Kvinnor	353	845	2 244	4 098	7 402	3 636	18 578
	S:a	810	1 532	3 738	6 960	13 841	7 606	34 487

Källa: RFV Statistikinformation Is-I 1999:3

Det antal nybeviljade förtidspensioner/sjukbidrag som redovisas innefattar, enligt RFV:s förklaringar till statistiken, även övergång från annan pensionsform, t.ex. änkepension och handikappersättning. Föränd-

ring av pensionsförmån inom gruppen förtidspensioner/sjukbidrag räknas däremot inte som nybeviljande.

I tabell 3.4 samt i figurerna 3.1 och 3.2 redovisas utvecklingen av antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag åren 1971–1998 bland män och kvinnor, med och utan arbetsmarknadsskäl. I bilaga 2 redovisas motsvarande utveckling inom de olika diagnosgrupperna. Redovisningen görs dels med fördelning på kvinnor och män, dels efter åldersgrupp.

Diagnoskodningen har inte varit oförändrad under hela perioden. Fr.o.m. år 1997 används t.ex. två olika sjukdomsklassifikationer vid diagnoskodningen. (Bland nybeviljade år 1998 har, enligt RFV, 1997 års klassifikation använts i 79 procent av fallen och den tidigare [1987 års klassifikation] följaktligen i 21 procent.) Det är också skälet till att vi i det följande endast särredovisar de tre största diagnosgrupperna, som varit relativt oförändrade. Den terminologi som gäller för uppgifterna år 1998 används genomgående, oavsett redovisningsår.

Tabell 3.4 Nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag år 1971-1998 med fördelning män/kvinnor efter diagnosgrupp och arbetsmarknadsskäl

Diagnosgrupp		1971	1975	1980	1985	1990	1995	1998
Sjukd. i muskulosk. systemet o. bindväven	Män	8 244	7 945	7 600	7 230	9 588	7 021	4 860
	Kvinnor	5 360	6 794	8 446	9 435	15 299	10 254	7 976
Psykiska sjukdomar o. syndrom	Män	4 745	4 019	3 859	4 126	3 766	3 913	4 022
	Kvinnor	3 976	3 611	3 380	3 929	3 587	3 923	4 116
Cirkulationsorganens sjukdomar	Män	6 547	6 425	5 398	3 995	3 263	2 880	2 015
	Kvinnor	2 997	3 037	2 257	1 665	1 452	1 255	996
Övriga sjukdomar	Män	7 239	5 925	5 612	5 150	4 793	4 809	5 012
	Kvinnor	4 876	5 034	5 133	4 816	4 803	5 124	5 490
Arbetsmarknadsskäl	Män	0	1 441	1 585	5 742	2 233	16	0
	Kvinnor	0	1 226	2 019	4 921	1 709	9	0
Totalt exkl. arbm.skäl	Män	26 775	24 314	22 469	20 501	21 410	18 623	15 909
	Kvinnor	17 209	18 476	19 216	19 845	25 141	20 556	18 578
	S:a	43 984	42 790	41 685	40 346	46 551	39 179	34 487
Totalt inkl. arbm.skäl	Män	26 775	25 755	24 054	26 243	23 643	18 639	15 909
	Kvinnor	17 209	19 702	21 235	24 766	26 850	20 565	18 578
	S:a	43 984	45 457	45 289	51 009	50 493	39 204	34 487

Källa: RFV

Utvecklingen av antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag från år 1971 till år 1998 visar att det skett en kraftig minskning för män (från närmare 26 800 fall till drygt 15 900 fall) medan en svag ökning

gäller för kvinnor (från drygt 17 200 fall till närmare 18 600 fall). Toppnivåerna i fråga om antalet nybeviljade förtidspensioner finns för båda könen år 1993, då det totala antalet uppgick till närmare 62 500 (ca 30 400 för män och 32 100 för kvinnor) för att sedan dramatiskt minska.

Fler män än kvinnor nybeviljas hel förtidspension. Om man bara ser till hela förmåner var det endast för två år under hela perioden som antalet kvinnor med hel förmån var fler än antalet män. År 1998 utgjorde andelen med sådan förmån ca 71 procent bland män mot ca 60 procent bland kvinnor.

I samtliga diagnosgrupper har antalet män minskat mellan åren 1971 och 1998 medan kvinnor uppvisar en ökning i de två första grupperna (tabell 3.4).

Störst i relativa tal för såväl män som kvinnor är minskningen i gruppen *Cirkulationsorganens sjukdomar*, där antalet nybeviljade minskat med närmare 70 procent (från 6 547 till 2 015 för män och från 2 997 till 996 för kvinnor).

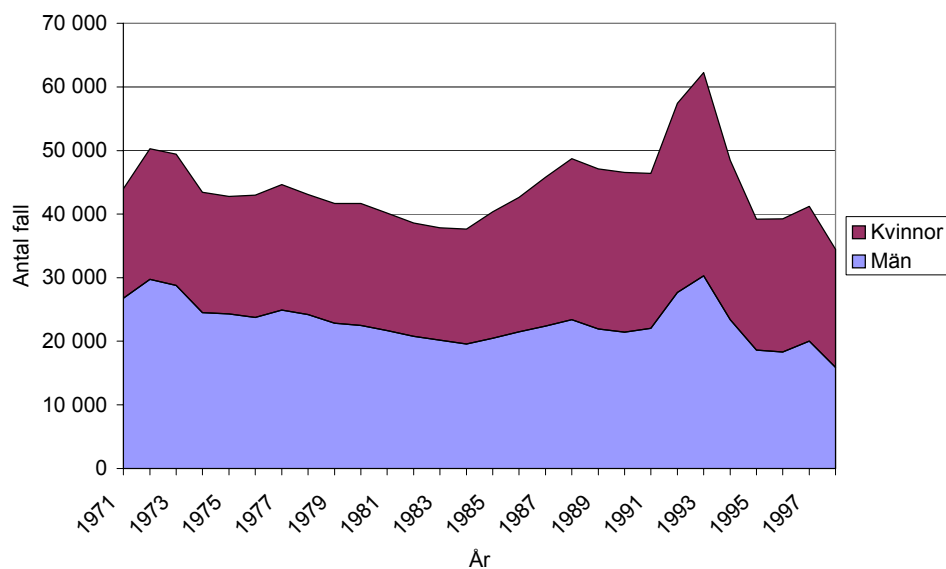
Även i gruppen *Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven* är minskningen stor för män. Antalet nybeviljanden har nästan halverats (från 8 244 till 4 860). För kvinnor gäller det motsatta, dvs. en ökning (från 5 360 till 7 976). Från mitten av 1980-talet till mitten av 1990-talet var antalet nybeviljade förtidspensioner mycket högt för denna diagnosgrupp och de kulminerade år 1993 för att sedan minska kraftigt.

När det gäller gruppen *Psykiska sjukdomar och syndrom* är förändringarna måttliga (en minskning för män och en svag ökning för kvinnor). Även för denna grupp kulminerar dock omfattningen för såväl kvinnor som män år 1993.

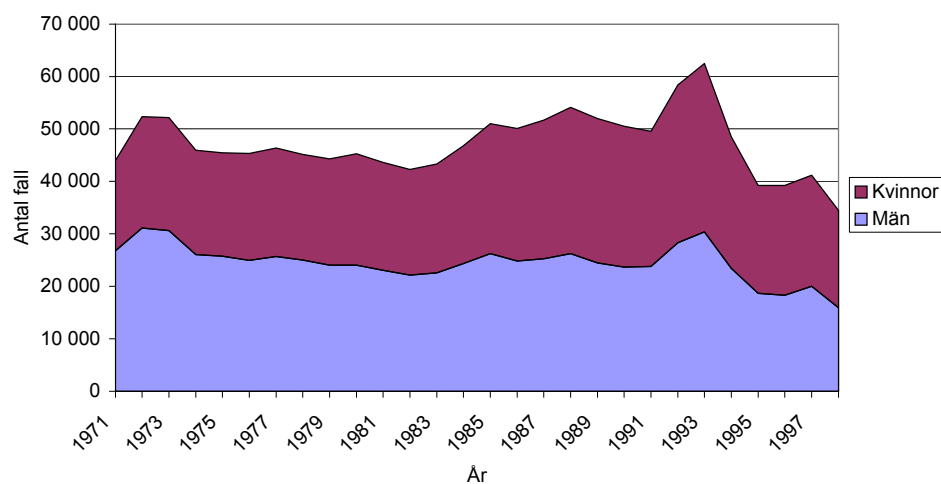
Under ett 25-tal år mellan 1972 och 1996 beviljades också förtidspension av *arbetsmarknadsskäl*. Toppnivåer finns år 1985, då ca 21 procent av totala antalet var grundade på sådana skäl.

Ytdiagrammen i det följande visar antalet årligen nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag åren 1971–1998 och gäller samtliga kalenderår.

**Figur 3.1 Nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag år 1971–1998:
Totalt exkl. arbetsmarknadsskäl**



**Figur 3.2 Nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag år 1971–
1998: Totalt inkl. arbetsmarknadsskäl**



I tabell 3.5 redovisas utvecklingen av antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag i olika diagnosgrupper och på grund av arbetsmarknadsskäl fördelat på olika åldersgrupper. Observera att den äldsta

åldersgruppen är benämnd 60–66 år för att ålderspensionsåldern före 1 juli 1976 var 67 år.

Tabell 3.5 Nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag år 1971-1998 med fördelning efter diagnosgrupp och ålder 31 december. Kvinnor och män

Diagnosgrupp	Åldersgrupp	1971	1975	1980	1985	1990	1995	1998
Sjukdomar i muskulos-keletala systemet och bindväven	16-29	76	98	117	124	169	170	165
	30-39	160	245	475	634	1 043	1 115	954
	40-49	941	1 242	1 735	2 188	4 164	3 439	2 546
	50-59	4 267	5 556	7 887	7 691	10 289	7 516	5 849
	60-66	8 160	7 598	5 832	6 028	9 222	5 035	3 322
	Samtliga	13 604	14 739	16 046	16 665	24 887	17 275	12 836
Psykiska sjukdomar och syndrom	16-29	1 489	1 347	1 230	1 251	879	1 099	1 382
	30-39	780	757	1 068	1 528	1 277	1 580	1 651
	40-49	1 479	1 378	1 451	1 775	2 006	2 161	2 092
	50-59	2 687	2 527	2 461	2 458	2 000	2 239	2 319
	60-66	2 286	1 621	1 029	1 043	1 191	757	694
	Samtliga	8 721	7 630	7 239	8 055	7 353	7 836	8 138
Cirkulationsorganens sjukdomar	16-29	22	16	17	22	19	29	33
	30-39	61	76	86	74	54	72	82
	40-49	359	390	422	375	352	427	320
	50-59	2 721	3 174	3 459	2 397	1 787	1 883	1 402
	60-66	6 381	5 806	3 671	2 792	2 503	1 724	1 174
	Samtliga	9 544	9 462	7 655	5 660	4 715	4 135	3 011
Övriga sjukdomar	16-29	622	554	734	752	516	632	762
	30-39	421	515	665	702	648	954	1 051
	40-49	1 233	1 206	1 297	1 455	1 614	1 915	2 002
	50-59	3 763	3 820	4 418	3 817	3 333	3 812	4 271
	60-66	6 076	4 864	3 631	3 240	3 485	2 620	2 416
	Samtliga	12 115	10 959	10 745	9 966	9 596	9 933	10 502
Arbetsmarknadsskäl	16-29	0	0	0	0	0	0	0
	30-39	0	0	0	0	0	0	0
	40-49	0	0	0	0	0	0	0
	50-59	0	2	0	0	0	0	0
	60-66	0	2 665	3 604	10 663	3 942	25	0
	Samtliga	0	2 667	3 604	10 663	3 942	25	0
Totalt	16-29	2 209	2 015	2 098	2 149	1 583	1 930	2 342
	30-39	1 422	1 593	2 294	2 938	3 022	3 721	3 738
	40-49	4 012	4 216	4 905	5 793	8 136	7 942	6 960
	50-59	13 438	15 079	18 225	16 363	17 409	15 450	13 841
	60-66	22 903	22 554	17 767	23 766	20 343	10 161	7 606
	Samtliga	43 984	45 457	45 289	51 009	50 493	39 204	34 487

Källa: RFV

Den största förändringen har skett i åldersgruppen *60 år och äldre*, där antalet nybeviljade förtidspensioner år 1971 uppgick till drygt 22 900 fall jämfört med 1998 års utfall om drygt 7 600 fall. En del av förklaringen till detta är bl.a. att den allmänna pensionsåldern den 1 juli 1976 sänktes från 67 år till 65 år. Det är dock värt att notera att den största minskningen i denna åldersgrupp skett efter år 1990. Det näst största antalet, ca 13 400 fall, år 1971 gällde gruppen *50–59 år*. Antalet nybeviljade i denna åldersgrupp har varit större under mellanperioden men år 1998 (drygt 13 800 fall) nästan nere på samma nivå som år 1971.

I gruppen *40–49 år* har antalet nybeviljade ökat från drygt 4 000 fall år 1971 till närmare 7 000 fall år 1998 och i gruppen *30–39 år* från ca 1 400 fall till 3 700 fall. Gruppen *16–29 år* har legat tämligen konstant över åren och endast ökat med 100-talet fall jämfört med år 1971. Denna åldersgrupp är nu den minsta i totalredovisningen med sina 2 300 fall.

När det gäller diagnosgruppernas fördelning på åldersgrupper har den största minskningen skett i gruppen *Cirkulationsorganens sjukdomar* och då främst i de äldsta åldersgrupperna, *60–66 år* och *50–59 år*.

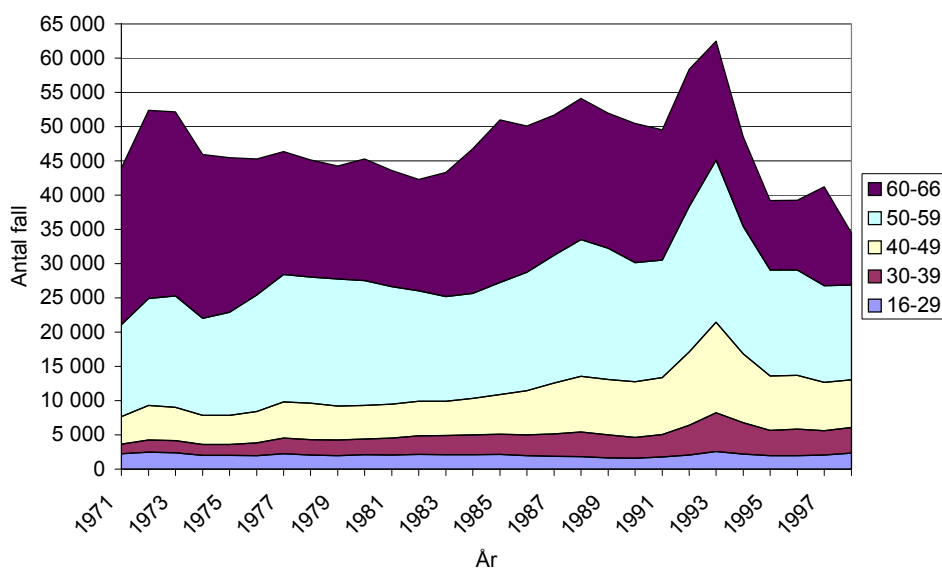
Även inom gruppen *Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven*, som totalt sett endast marginellt har minskat år 1998 jämfört med år 1971, är det den äldsta åldersgruppen som svarar för den kraftigaste förändringen mellan jämförelseåren (från ca 8 200 fall till 3 300 fall eller 59 procent). En ökning har däremot skett i de övriga grupperna; i gruppen *50–59 år* (med 37 procent), *40–49 år* (med 171 procent) och *30–39 år* (med 496 procent) samt i gruppen *16–29 år* (med 117 procent).

Psykiska sjukdomar och syndrom är den diagnosgrupp som legat mest konstant över åren. Denna diagnosgrupp är den klart dominerande vad gäller antal nybeviljade i den yngsta åldersgruppen, *16–29 år*. Även om diagnosgruppen totalt sett varit relativt konstant är det i två åldersgrupper som relativt stora förändringar skett över åren. Bland *30–49* åringar har antalet ökat relativt kraftigt (med 66 procent) medan antalet minskat i åldern över 60 år (med 70 procent).

Även inom gruppen *Övriga sjukdomar* torde minskningen i gruppen *60–66 år* hänga samman bl.a. med den sänkta pensionsåldern. I övriga åldersgrupper inom denna diagnosgrupp har en ökning skett år 1998 jämfört med år 1971. Störst är ökningen i gruppen *40–49 år* (62 procent). Det högsta antalet beviljningar finns dock i gruppen *50–59 år* (ca 4 300 år 1998).

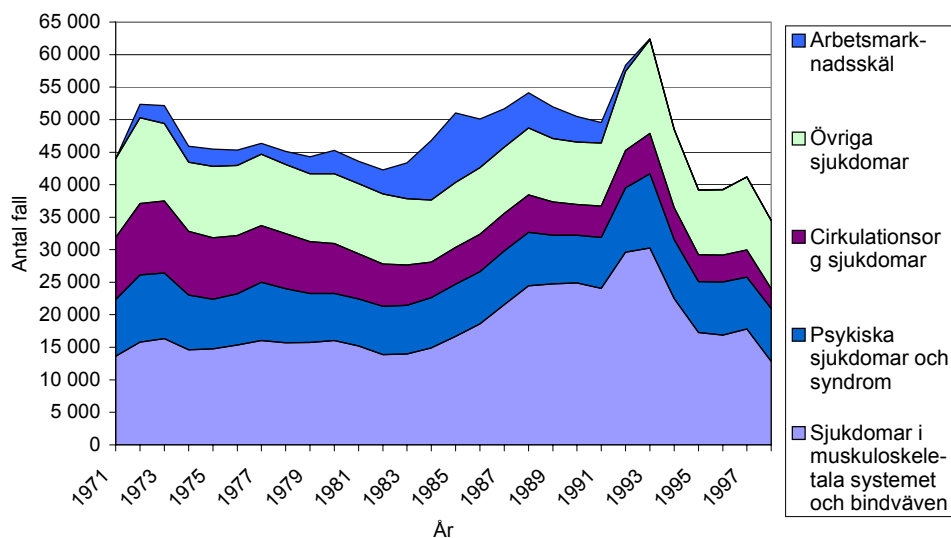
Nybeviljande på grund av *arbetsmarknadsskäl* förekommer endast i åldersgruppen 60–66 år⁷ under åren 1972–1996. Jämförelserna ovan av förhållandena år 1971 med år 1998 berörs således inte av denna beviljningsgrund. I figurerna 3.3 redovisas antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag fördelat på olika åldersgrupper och i figur 3.4 fördelat på olika diagnosgrupper samt arbetsmarknadsskäl.

Figur 3.3 Nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag år 1971–1998 med fördelning efter ålder



⁷ I enstaka fall kan statistiken visa ett mindre antal nybeviljade även i gruppen 50-59 år. Dessa torde avse personer som beviljats förtidspension från 60 års ålder men där beslutet fattats en tid dessförinnan.

Figur 3.4 Nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag år 1971–1998 med fördelning efter diagnosgrupp



3.4 Risken för män och kvinnor i olika ålder

Risk för förtidspension/sjukbidrag kan definieras som kvoten mellan antalet nybeviljade fall och riskpopulationen. Fördelen med att studera risker snarare än antal är att hänsyn tas till varierande populationsstorlek.

Risken för män och kvinnor varierar över tiden och vid olika ålder. Vi har därför studerat riskfaktorer under fyra perioder, nämligen

- 1961–1969
- 1970–1979
- 1980–1989
- 1990–1997

Vi har också tittat närmare på utvecklingen de sista tio åren.

Resultatet redovisas med avseende på följande åldersgrupper:

- 16–19 år
- 20–29 år
- 30–39 år

- 40–49 år
- 50–59 år
- 60–64 år

Uppgifterna har hämtats från RFV:s poängdatabas och diagnosregister.

Risken under fyra perioder, 1961–1997

Av tabell 3.6 framgår risken för förtidspension/sjukbidrag (kvoten mellan antalet nybeviljade förtidspensioner i viss ålder ett visst år och antalet personer i riskpopulationen) uttryckt som *rent genomsnitt*⁸ för respektive period med fördelning på män/kvinnor efter åldersgrupp. Resultatet redovisas också i grafisk form, figurerna 3.5–3.8. På grund av att den statistik vi haft tillgång till inte omfattat personer födda före 1910 kan vissa uppgifter i ovan angivna intervall saknas.

Tabell 3.6 Riskfaktor förtidspension/sjukbidrag (rent genomsnitt)

Ålders- grupp	1961-1969		1970-1979		1980-1989		1990-1997	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
16-19 år	0,0025	0,0020	0,0032	0,0024	0,0028	0,0022	0,0028	0,0023
20-29 år	0,0006	0,0005	0,0008	0,0007	0,0010	0,0009	0,0011	0,0013
30-39 år	0,0008	0,0010	0,0015	0,0018	0,0019	0,0024	0,0027	0,0038
40-49 år	0,0017	0,0022	0,0045	0,0051	0,0046	0,0066	0,0052	0,0084
50-59 år			0,0166	0,0150	0,0193	0,0204	0,0184	0,0218
60-64 år					0,0592	0,0481	0,0528	0,0457

Risikfaktorn har som synes avsevärt ökat under dessa fyra perioder. Den beräknade riskfaktorn för förtidspension/sjukbidrag är högst för såväl män som kvinnor i åldersgruppen *60–64 år* under perioden 1980–1989 (0,0592 respektive 0,0481). Näst högst är den dessutom i gruppen *50–59 år*, för män under samma period (0,0193) och för kvinnor under perioden 1990–1997 (0,0218).

I åldersgrupperna *20–29 år*, *30–39 år* och *40–49 år* är den beräknade risken för förtidspension/sjukbidrag högst för såväl män som kvinnor under perioden 1990–1997 medan risken för den yngsta gruppen, *16–19 år*, var störst under 1970-talet.

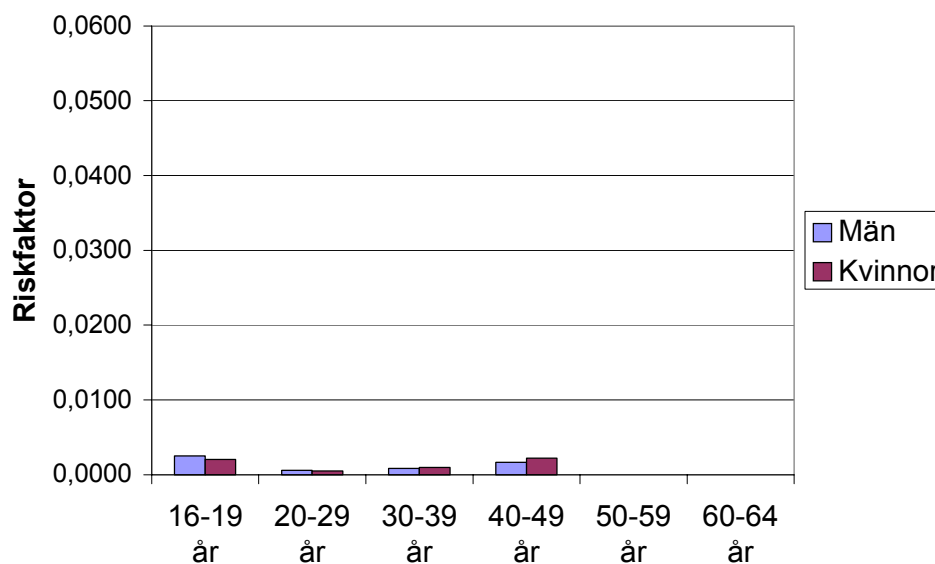
Lägst är risken för samtliga åldersgrupper oavsett kön under den första perioden. Allra lägst är risken för *20–29-åringar* oavsett tids-

⁸ Beräknat som medelvärdet över alla år och åldrar som ingår i intervallen.

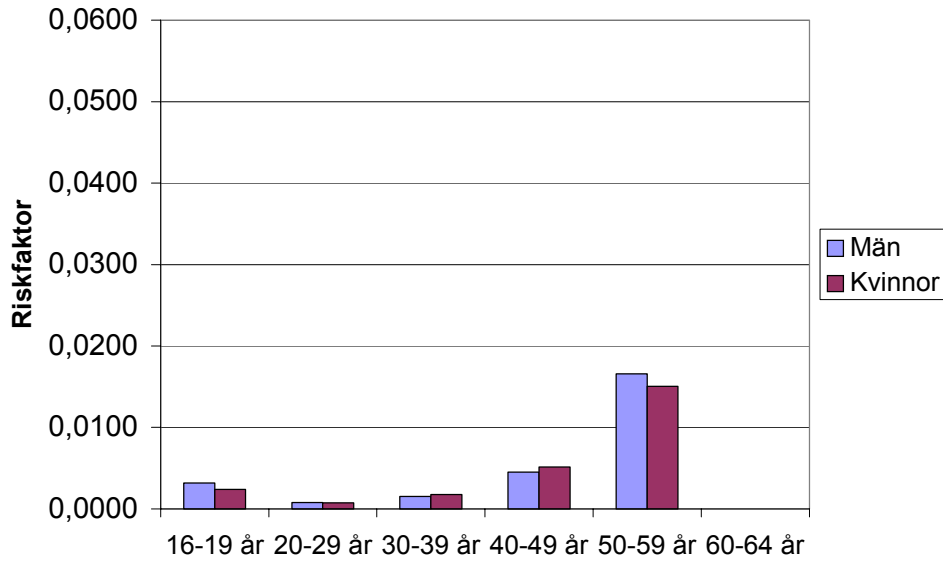
period. Gruppen 30–39 år kännetecknas av en svag successiv stegring av risken under de fyra perioderna medan gruppen 40–49 år uppvisar en något större stegring mellan den första perioden och de tre sista perioderna.

Risken är högre för *män* än för *kvinnor* i åldersgruppen 60–64 år medan risken för *kvinnor* är något högre i gruppen 50–59 år (gäller i båda fallen de två sista perioderna).

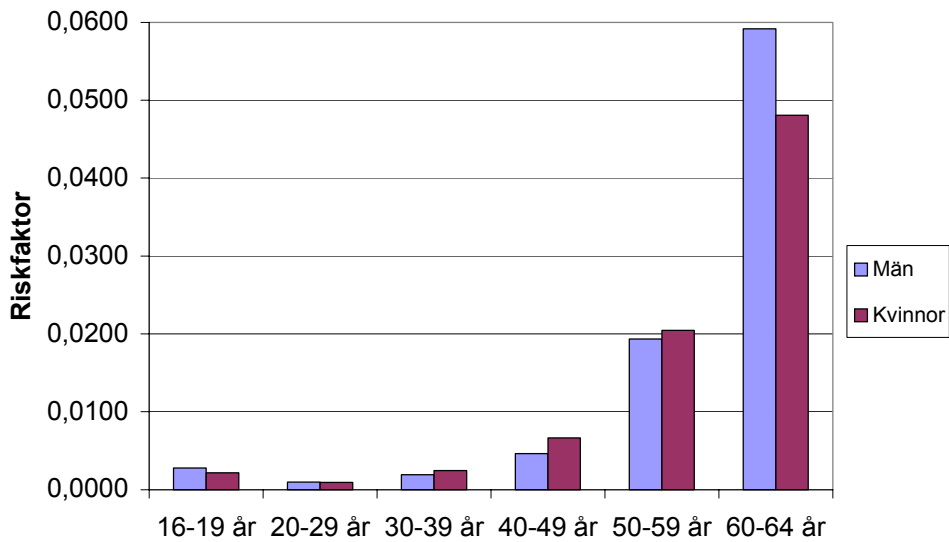
Figur 3.5 Förtidspension-sjukbidrag: riskfaktor perioden 1961–1969

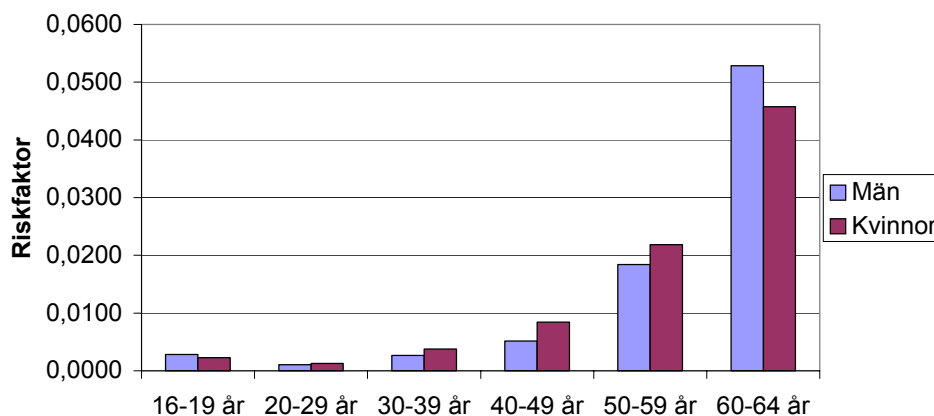


Figur 3.6 Förtidspension-sjukbidrag: riskfaktor perioden 1970–1979



Figur 3.7 Förtidspension-sjukbidrag: riskfaktor perioden 1980–1989



Figur 3.8 Förtidspension-sjukbidrag: riskfaktor perioden 1990–1997

Utvecklingen av risken de sista tio åren, 1988–1997

16–19-åringars risk för förtidspension/sjukbidrag har ökat för både män och kvinnor. Högst var risken år 1997 (män 0,0031 och kvinnor 0,0027) och lägst i början av perioden.

20–29-åringars risk, som är lägst bland samtliga åldersgrupper under den aktuella perioden oavsett årtal, var högst år 1993 för både män (0,0015) och kvinnor (0,0017). Efter denna kulmen har risken sjunkit men inte till den nivå som gällde i början av perioden.

30–39-åringars risk var också högst år 1993 för båda könen (män 0,0041 och kvinnor 0,0057). Även i detta fall har risken därefter sjunkit på motsvarande sätt men riskfaktorn ligger på en högre nivå än i början av perioden.

40–49-åringars risk var likaså högst år 1993 för båda könen (män 0,0082 och kvinnor 0,0131). För denna åldersgrupp har risken för såväl män som kvinnor därefter sjunkit till en lägre nivå år 1997 än år 1988.

50–59-åringars risk, som ligger på en betydligt högre nivå än de tidigare åldersgrupperna, var likaledes högst år 1993 för båda könen (män 0,0284 och kvinnor 0,0308). Risken har därefter sjunkit med 64 procent för männen och 55 procent för kvinnorna fram till det sista året i perioden. För båda könen gäller dock att riskfaktorn var högre år 1988

än år 1997. Kvinnors risk för förtidspension/sjukbidrag har i denna åldersgrupp genomgående varit högre än mäns risk.

60–64-åringars risk är högst bland samtliga åldersgrupper. Utvecklingen för denna grupp företer också ett annat mönster. För båda könen gäller att risken var störst år 1989 (män 0,0694 och kvinnor 0,0612). Risken har därefter nästan oavbrutet sjunkit fram t.o.m. år 1996 för att därefter åter öka år 1997, dock till en nivå som avsevärt understiger den som gällde det första året i tioårsperioden. Mäns risk för förtidspension/sjukbidrag har i denna åldersgrupp genomgående varit högre än kvinnornas.

3.5 Risken för män och kvinnor med olika födelseår

Av intresse är också att utvärdera födelseårets betydelse för riskerna för förtidspension/sjukbidrag inom olika åldersgrupper. Vi har därför gjort vissa beräkningar av riskfaktorn med utgångspunkt i variabeln *födelseår* för olika åldersgrupper.

Resultatet redovisas i figurerna 3.9–3.14 med den summerade riskfaktorn⁹ uttryckt som *medelvärde* för respektive intervall i fråga om födelseår med fördelning på män respektive kvinnor (i regel femårsintervaller). Följande födelseår är aktuella för respektive åldersgrupp:

16-åringar	födelseår 1945–1981
16-29 år	födelseår 1945–1968
30-39 år	födelseår 1931–1958
40-49 år	födelseår 1921–1948
50-59 år	födelseår 1911–1938
60-64 år	födelseår 1910–1933

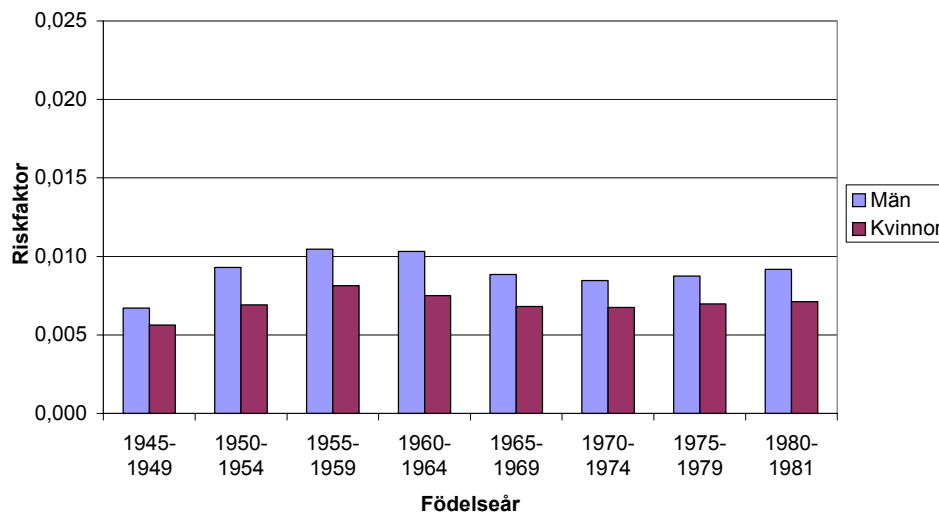
16-åringars risk

Den största risken att förtidspensioneras vid 16 års ålder hade de som föddes under andra hälften av 1950-talet och första hälften av 1960-

⁹ Risken att förtidspensioneras har summerats för jämförbara perioder i de olika åldersgruppernas liv. Vid en sådan summering kan teoretiskt ett fel uppträda om en och samma individ bidrar till risken två gånger under samma period. Sådana fel bör dock vara av liten omfattning och dessutom av samma storleksordning för alla de jämförda årskullarna.

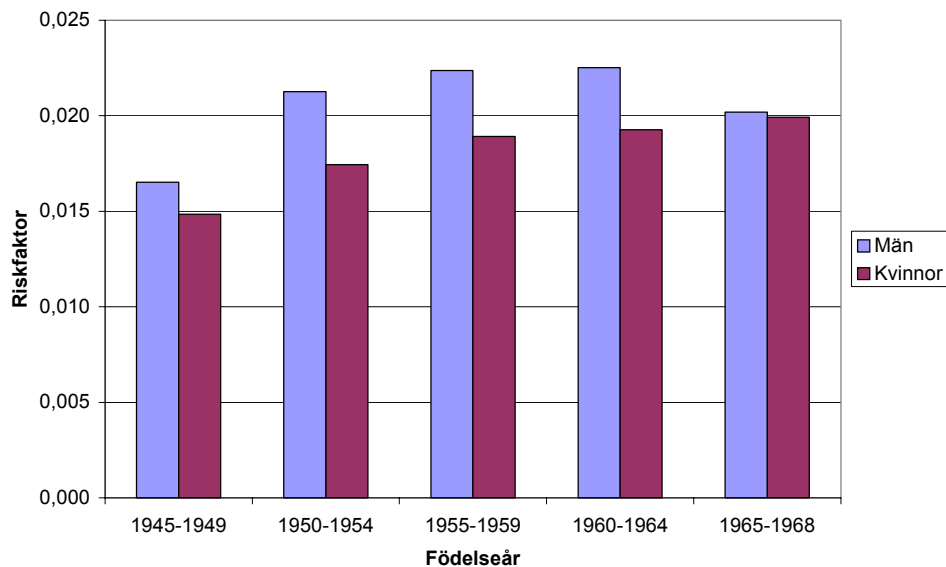
talet. För årskullarna därefter minskade risken både bland män och kvinnor, dock med en marginell uppgång för män födda under 1970-talets andra hälft och de första åren på 1980-talet.

Figur 3.9 Förtidspension-sjukbidrag: 16-åringars risk



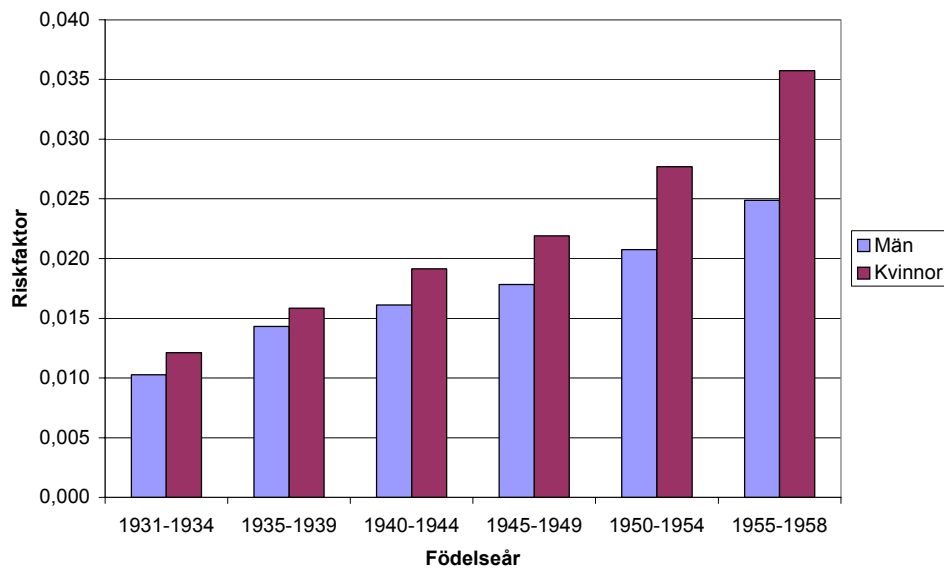
16–29-åringars risk

Den sammanlagda risken att förtidspensioneras någon gång i åldern 16 till 29 år var lägst bland dem som var födda under andra hälften av 1940-talet (män 0,017 och kvinnor 0,015). Riskerna har därefter ökat för såväl män som kvinnor fram till dem som föddes under första hälften av 1960-talet (män 0,023 och kvinnor 0,019). För de sista årskullarna som denna risk kunnat observeras (födda under andra hälften av 1960-talet) har ökningen fortsatt för kvinnor men minskat för män så att risken nu är utjämnad mellan könen (0,020).

Figur 3.10 Förtidspension-sjukbidrag: risk 16–29 år

30–39-åringars risk

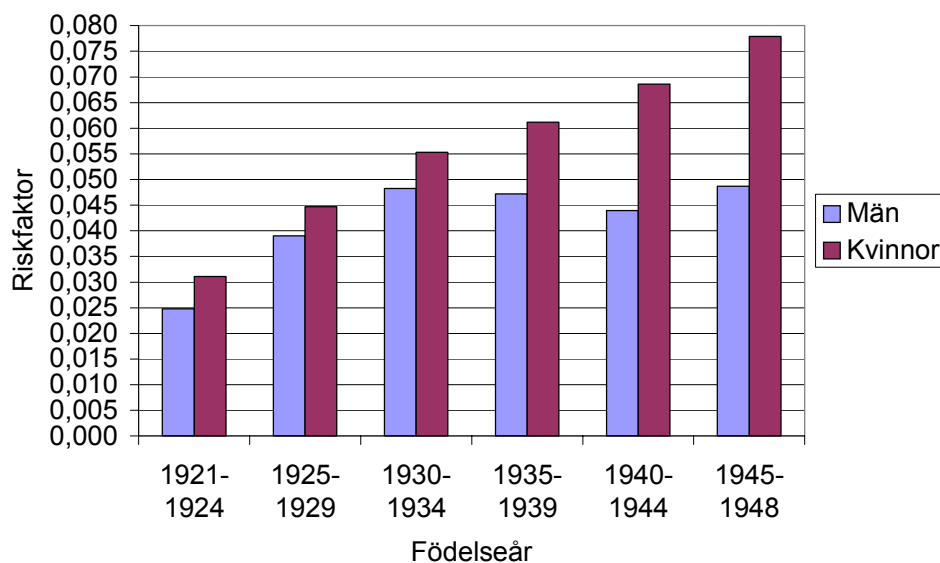
Den sammanlagda risken att förtidspensioneras någon gång i åldern 30 till 39 år var lägst för personer födda under första hälften av 1930-talet (män 0,010 och kvinnor 0,012). Därefter har risken stigit kraftigt och är för personer födda under andra hälften av 1950-talet 2,5 ggr högre för män och 3 ggr högre för kvinnor. Sammantaget har riskerna konstant ökat från de första årskullarna för vilka denna risk kunnat observeras till den sista årskullen. Ökningen är större bland kvinnor så att skillnaden mellan könen blir allt större över tiden.

Figur 3.11 Förtidspension-sjukbidrag: risk 30–39 år

40–49-åringars risk

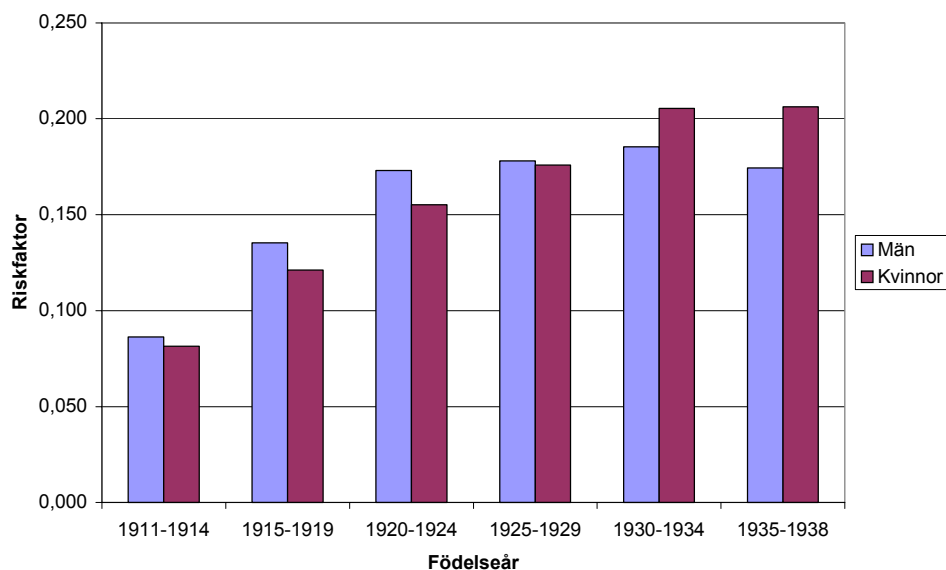
Den sammanlagda risken att förtidspensioneras någon gång i åldern 40 till 49 år var lägst för personer födda under första hälften av 1920-talet (män 0,025 och kvinnor 0,031). Fram till de årskullar som föddes under första hälften av 1930-talet ökade riskerna ungefär lika mycket för män som för kvinnor (män 0,048 och kvinnor 0,055). För män har årskullarna födda därefter haft ungefär samma risk fram till de sista årskullarna för vilka dessa risker kan observeras (födda andra hälften av 1940-talet). För kvinnor har riskökningen fortsatt till 0,078 för dem som är födda under andra hälften av 1940-talet.

Figur 3.12 Förtidspension-sjukbidrag: risk 40–49 år



50–59-åringars risk

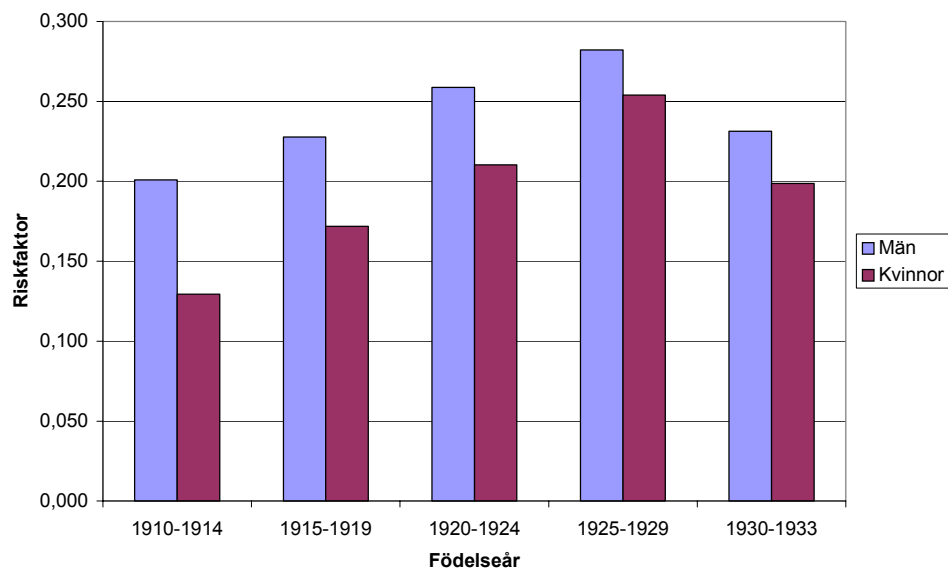
Den sammanlagda risken att förtidspensioneras någon gång i åldern 50 till 59 år var lägst för personer födda under första hälften av 1910-talet (män 0,086 och kvinnor 0,081). Fram till årskullarna under andra hälften av 1920-talet ökade riskerna både för män och kvinnor (män 0,178 och kvinnor 0,176) och förhållandet mellan könen var ungefär detsamma men med en liten övervikt i fråga om risk för män. Därefter har risken kraftigt ökat för kvinnor men legat mer konstant för män så att det i årskullarna under andra hälften av 1930-talet rådde det motsatta riskförhållandet (män 0,174 och kvinnor 0,206).

Figur 3.13 Förtidspension-sjukbidrag: risk 50–59 år

60–64-åringars risk

Den sammanlagda risken att förtidspensioneras någon gång i åldern 60 till 64 år var lägst för personer födda under första hälften av 1910-talet (män 0,201 och kvinnor 0,129). Fram till årskullarna i slutet av 1920-talet ökade riskerna både för män och kvinnor (män 0,282 och kvinnor 0,254). Ökningen var dock större bland kvinnor än bland män och skillnaden mellan könen har därmed minskat. För de sista årskullarna som uppnått denna ålder (födda första hälften av 1930-talet) har riskerna sjunkit för både män och kvinnor (män 0,231 och kvinnor 0,199).

Figur 3.14 Förtidspension-sjukbidrag: risk 60–64 år



4 De viktigaste faktorerna

Avsikten med de beskrivningar som ges i detta kapitel är att behandla den hittills observerade och den framtida utvecklingen av de faktorer som bedömts ha störst betydelse för den framtida utvecklingen av den långvariga sjukfrånvaron. I en sådan redovisning måste med nödvändighet en avvägning göras mellan bredden och djupet på belysningen. Detta får betydelse både för antalet faktorer som över huvud taget behandlas och för beskrivningen av respektive faktor. En sådan avvägning har gjorts tillsammans med uppdragsgivaren.

Följande faktorer behandlas: den demografiska utvecklingen, folkhälsans utveckling, arbetsmarknadens utveckling, regelverket, andra regelverk och avtal, förebyggande hälsovård, sjukvård och rehabilitering samt attityder och värderingar.

En del av de faktorer som tas upp är lätta att hantera i uppskattningen av den framtida sjukfrånvaron så till vida att deras framtida utveckling är förhållandevis lätt att förutsäga. Andra faktorer är däremot svårare att hantera. I valet av vilka faktorer som behandlas har dock inte någon hänsyn tagits till detta. Valet av vilka faktorer som behandlas har enbart styrts av vilken betydelse de bedöms ha för den framtida utvecklingen av den långvariga sjukfrånvaron. Att vissa faktorer är svåra att hantera innebär emellertid att osäkerheten i den sammantagna kvantitativa bedömningen av den framtida utvecklingen tenderar öka. Att i stället helt bortse från svårhanterliga faktorer skulle avsevärt försvaga beskrivningen med avseende på dess möjlighet att visa på de komplexa samband som föreligger.

4.1 Den demografiska utvecklingen

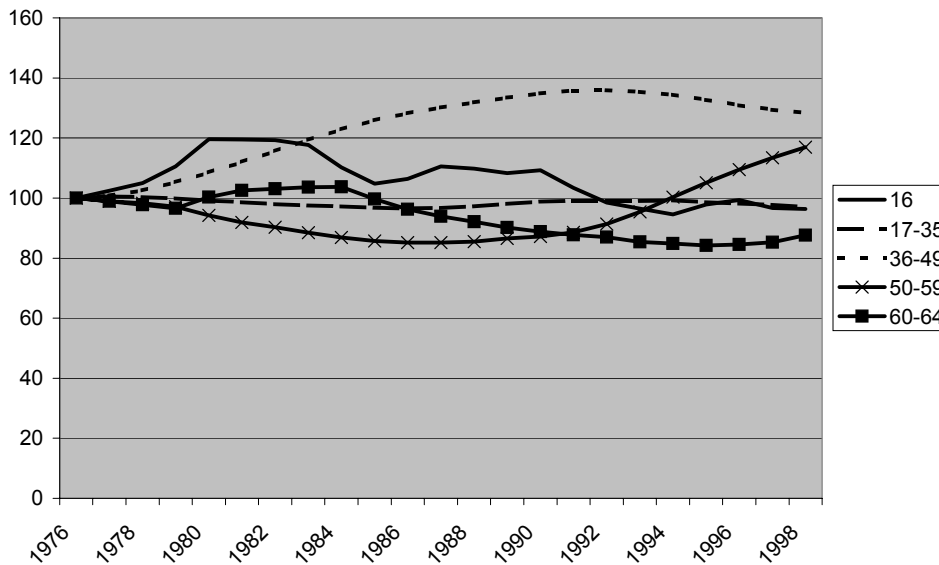
4.1.1 Utvecklingen fram till i dag

Från mitten av 1700-talet, då för första gången en rikstäckande befolkningsstatistik insamlades, fram till tiden omkring år 1875 ökade födel-

setalen i landet stadigt från ca 60 000 till ca 140 000 per år. Därefter låg antalet levande födda runt 140 000 per år fram till strax före 1:a världskrigets utbrott. Vad som framför allt kännetecknar födelsetalen därefter är dels att genomsnittet är lägre, dels att variationen är större över tiden. Som exempel kan nämnas att det åren 1933 till 1935 föddes så få personer att man måste gå tillbaka till 1820-talet för att hitta lika låga födelsetal. Endast drygt 10 år senare, åren 1944–1945, var födelsetalen uppe på ungefär samma nivå som perioden mellan 1875 till 1910. Efter en dal i födelsetalen nådde antalet födda en ytterligare topp drygt 20 år därefter, om än inte lika hög som under 1940-talet. Efter ytterligare en nedgång nådde födelsetalen åter en topp drygt 20 år därefter i början av 1990-talet.

Vad säger då detta om det tryck på förtidspensionssystem, sjukförsäkring och andra välfärdssystem som den demografiska utvecklingen utövar? Generellt sett gäller naturligtvis att ju fler personer som är försäkrade eller omfattas av ett visst välfärdssystem desto större antal personer kommer att få ersättning. Risken att drabbas av sjukdom som leder till nedsatt arbetsförmåga, i synnerhet långvarig, är emellertid inte jämnt fördelad i befolkningen. Det finns ett tydligt samband mellan risken och ålder. I olika åldrar finns det också mer eller mindre tydliga samband mellan sjukfrånvaro och kön. Det är dock främst sambandet mellan ålder och risken för långvarig sjukfrånvaro som är intressant att studera, eftersom andelen kvinnor och män håller sig förhållandevis konstanta över tid. I figur 4.1 redovisas utvecklingen av antalet personer i olika åldersgrupper från 1976 till 1998. Åldersgrupperna är komponerade efter nivå på risken att förtidspensioneras.

Figur 4.1 Utvecklingen av befolkningen i olika åldersgrupper från 1976 till 1998. Index 1976=100



Källa: SCB

Antalet 16-åringar ökade under slutet av 1970-talet för att därefter, efter en tid med relativt stort antal, sjunka tillbaka ungefär till 1976 års nivå. Antalet 17–35-åringar, som har låga risker att förtidspensioneras, har varit konstant under den studerade tidsperioden. Åldersgruppen mellan 36 och 49 år växte kraftigt från 1976 fram till början av 1990-talet, sammantaget med knappt 40 procent, för att därefter minska något. I åldersgruppen 50–59-år minskade antalet personer fram till mitten av 1980-talet men har sedan dess ökat kraftigt och antalet är nu nära 20 procent högre än 1976. Även i den äldsta åldersgruppen med de högsta riskerna för att förtidspensioneras har antalet personer varierat över tid. Fram till mitten av 1980-talet var antalet relativt konstant för att därefter minska. Denna minskning har dock under senare tid förbytts i en uppgång.

4.1.2 Den framtida utvecklingen

Som tidigare nämnts är demografiska prognoser på kort och medellång sikt relativt säkra. Osäkerheten ligger främst i antalet födda och antalet in- respektive utvandrare. Statistiska centralbyrån (SCB) tar regelbun-

det fram prognoser på den framtida befolkningen. I tabell 4.1 redovisas indextal för antalet personer i olika åldrar enligt dessa prognoser för åren 2005, 2010 och 2020. Index 100 har satts för antalet år 1976, så att tabellen utgör en fortsättning på figur 4.1.

Tabell 4.1 Utvecklingen av befolkningen i olika åldersgrupper fram till åren 2005, 2010 och 2020. Index 1976=100

Åldersgrupp	År 2005	År 2010	År 2020
16 år	118	111	96
17–35 år	92	95	93
36–49 år	132	133	119
50–59 år	119	112	119
60–64 år	120	128	114

4.1.3 Betydelse för den långa sjukfrånvaron

För att få en uppfattning av vilken påverkan den demografiska utvecklingen har på antalet beviljade förtidspensioner kan vi använda de risker för förtidspensionering som förelåg år 1997 och applicera dessa på befolkningen (riskpopulationen) åren 1976, 1997 (vilket innebär att det faktiska antalet förtidspensioneringar detta år beräknas), 2005, 2010 och 2020. Resultatet av denna beräkning redovisas i tabell 4.2.

Tabell 4.2 Antalet förtidspensioneringar i olika åldrar beräknade med 1997 års risker åren 1976, 1997, 2005, 2010 och 2020 (endast demografiska faktorer är beaktade)

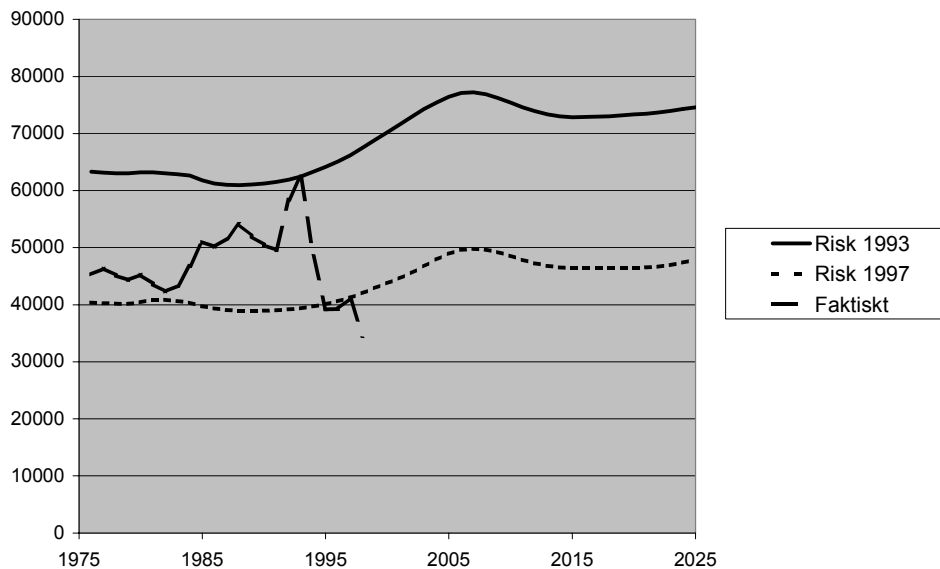
Åldersgrupp	1976	1997	2005	2010	2020
16 år	319	308	375	353	306
17–35 år	3616	3583	3348	3317	3441
36–49 år	6708	8783	8822	9005	8137
50–59 år	12992	14087	15652	14503	15406
60–64 år	16764	14437	20699	21435	19198
Totalt	40399	41198	48896	48613	46488

Observera att de antal som redovisas i tabell 4.2 inte ska ses som en prognos över antalet nybeviljade förtidspensioner framöver. Enbart en framskrivning med hjälp av demografiska förändringar ger inte en riktig prognos. Med den åldersfördelning som fanns i befolkningen år

1976 skulle antalet förtidspensioneringar uppgå till ca 40 000 om riskerna att förtidspensioneras hade varit de samma som år 1997. I själva verket förtidspensionerades ca 45 300 personer detta år (varav 2 337 av arbetsmarknadsskäl). Risken att förtidspensioneras skilde sig således mellan de båda åren. Avvikelsen mellan dessa båda år var dock relativt liten, så att avvikelsen endast uppgår till 11 procent (6 procent om arbetsmarknadsskälens exkluderas) mellan det på det här sättet framräknade antalet och det faktiska antalet. Som redovisats ovan har dock riskerna för förtidspension kraftigt förändrats över tid. Om till exempel riskerna hade hämtats från åren 1992 eller 1993 hade avvikelserna varit betydligt större.

För att ytterligare ge en illustration av hur den demografiska utvecklingen som enskild faktor påverkar antalet nybeviljade förtidspensioner visas i figur 4.2 hur 1997 och 1993 års risker har applicerats på befolkningen enligt SCB.

Figur 4.2 Utvecklingen av antalet nybeviljade förtidspensioner om hänsyn tas till befolkningen i olika åldersgrupper från 1976 till 2025. Jämförelse mellan risker år 1993, år 1997 och faktiska antal fram till år 1998



4.2 Folkhälsans utveckling

Begreppet hälsa definieras av WHO som "ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte blott frånvaro av sjukdom och handikapp". Även om inte en så bred definition används (som i detta sammanhang inte heller är intressant) kan definitionen ändå sägas spegla de dimensioner av begreppet hälsa som är av intresse. Under denna rubrik är emellertid avsikten att i första hand beskriva folkhälsa i medicinska termer.

4.2.1 Utvecklingen fram till i dag

Oavsett på vilket sätt man mäter den, kan folkhälsans utveckling från början av 1960-talet inte sägas ha något samband med utvecklingen av den långa sjukfrånvaron. Det svenska folkets hälsa har allmänt sett ständigt förbättrats. Under 1990-talet har dock landet genomgått förändringar som inneburit att bilden av den framtida utvecklingen av folkhälsan kanske inte längre är lika ljus.

I Socialstyrelsens senaste Folkhälsorapport från 1997 konstateras att medellivslängden ökar även under 1990-talet beroende bl.a. på nedgång i spädbarnsdödligheten och dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar. Samtidigt konstateras att dödligheten minskar i de flesta dödsorsaker, möjligen med undantag för självmord. Man konstaterar i denna rapport att de stora samhällsförändringar som inträffat under 1990-talet inte fått de negativa konsekvenser på folkhälsan som man kunde befara, åtminstone inte ännu. I tidigare publikationer hade man, med stöd i vissa forskningsresultat, trott att den ökade arbetslösheten och minskade sysselsättningen kunde leda till en försämrad folkhälsa.

Den ökade medellivslängden har inte inneburit att fler år med full hälsa lagts till livet. Inte heller år med svår ohälsa bidrar till ökningen, utan antalet sådana år minskar. I rapporten konstateras att den självupplevda hälsan i psykiskt hänseende försämrats under 1990-talet.

Ohälsa, eller om man så vill hälsa, är inte jämnt fördelad i befolkningen. Utöver självklara olikheter mellan unga och gamla föreligger också skillnader mellan män och kvinnor och mellan olika sociala grupper. I tidigare folkhälsorapporter har stora farhågor riktats mot att en ökad arbetslöshet, framförallt långtidsarbetslöshet, skulle leda till att de drabbade skulle få försämrad hälsa och att de sociala skillnaderna i folkhälsa allt mer skulle öka. Kanske skulle den försämrade hälsan i vissa grupper få så stort genomslag att folkhälsan i sin helhet försäm-

rades och att t.ex. den totala dödligheten ökade. I den senaste folkhälsoberättelsen från Socialstyrelsen konstaterar man att detta inte inträffat.

En stor del av förklaringen till den långsiktigt förbättrade folkhälsan står att finna i bättre levnadsförhållanden. Det finns inte ett enkelt mått på levnadsstandard. Mått som disponibel hushållsinkomst eller fattigdomskvot (eller andra mått på fattigdom) visar emellertid att levnadsstandarderna förbättrats fram till 1990-talets början för att därefter försämrats, särskilt för vissa grupper i samhället (yngre personer i yrkesverksam ålder, arbetare, förtidspensionärer, långtidsarbetslösa m.fl.)¹⁰. Vad gäller materiella tillgångar och bostadsförhållanden kan man kanske hellre tala om att den tidigare positiva utvecklingen har avstannat.

4.2.2 Den framtida utvecklingen

Det finns av allt att döma ingen anledning att tro på en försämrad folkhälsa i allmänhet i framtiden. Det är visserligen inte alls uteslutet att t.ex. den kraftiga ökningen av medellivslängden avstannar eller vänder till en minskning någon gång inom de närmaste 25 åren. Även om detta skulle inträffa är det dock sannolikt inte främst beroende på en ökad dödlighet i befolkningen i yrkesverksam ålder.

Det finns dock två utvecklingstendenser som i sammanhanget är av betydelse. Den ena rör ökade sociala skillnader i ohälsan. Detta hänger, åtminstone till viss del, samman med arbetsmarknadens utveckling och behandlas nedan. Den andra tendensen rör ett förändrat sjukdomspanorama. Även om diagnosmönstret för nybeviljade förtidspensioner i många delar är relativt oförändrat har vissa diagnosgrupper ökat och andra minskat. Antalet personer som förtidspensioneras på grund av cirkulationsorganens och andningsorganens sjukdomar har de senaste decennierna minskat medan antalet med sjukdomar i rygg och nacke ökat.

Huruvida diagnosmönstret bland nybeviljade förtidspensioner hänger samman med en allmän förändring i sjukdomars förekomst är emellertid svårt att säga. Dödligheten i såväl cirkulationsorganens sjukdomar som andningsorganens sjukdomar har minskat. Detta skulle tala för ett samband mellan förtidspensionering och allmän förekomst av vissa diagnoser. Förekomsten av astma, som är en vanlig diagnos inom gruppen andningsorganens sjukdomar, ökar dock kraftigt i befolkningen. Om man i stället ser till antalet inom slutenvården vårdade

¹⁰ Källan för beskrivningarna är SCB (1997), Välfärd och ojämlikhet i 20-årsperspektiv 1975-1995, Rapport nr 92 i serien Levnadsförhållanden, SOS.

patienter i yrkesverksam ålder är cirkulationsorganens sjukdomar oförändrat medan andningsorganens sjukdomar minskat något sedan slutet av 1980-talet. Dessa siffror visar således inget större samband med förtidspensionsdiagnoserna.

Sammantaget är det inte möjligt att finna något tydligt samband mellan olika mått på sjuklighet och dödlighet som den mäts inom sjukvården å ena sidan och förtidspensioneringen å den andra. Det är ändå rimligt att anta att stora förändringar i olika sjukdomars förekomst i befolkningen får inverkan på förtidspensioneringen, antingen genom ökade eller minskade totala volymer eller genom ett förändrat diagnosmönster.

4.2.3 Betydelse för den långa sjukfrånvaron

Den framtida folkhälsan påverkar den långa sjukfrånvaron. Det kanske inte är möjligt att exakt kvantifiera i vilken utsträckning en sådan påverkan sker, men det är ändå av intresse att ta upp frågan om den framtida utvecklingen på några områden som i Folkhälsorapport 1997 benämns folksjukdomar. Sammantaget svarar dessa sjukdomar eller folkhälsoproblem för drygt 80 procent av andelen dödsfall, lika stor andel av andelen dödsfall före 65 år (1995) och lika stor andel av antalet nybeviljade förtidspensioner (1996).

4.2.3.1 Hjärt-kärlsjukdomar

Detta är den i särklass vanligaste dödsorsaken i befolkningen som helhet och svarar för knappt hälften av alla dödsfall både bland män och kvinnor. I diagnosgruppen inbegrips bl.a. hjärtinfarkt, hjärnblödning och åderförkalkning. Såväl risken att insjukna som att dö är starkt åldersberoende och har minskat över tid. Minskningen över tid vad gäller dödligheten är dock något större för män än för kvinnor och större för yngre än för äldre.

Bland personer som dör före 65 års ålder står denna sjukdomsgrupp för 31 procent av dödsfallen bland män och endast 13 procent bland kvinnor. Det är bara i åldrar över 80 år som fler kvinnor än män dör av denna orsak varje år. Av de som dör i hjärt-kärlsjukdomar i yrkesverksam ålder är mer än tre fjärdedelar män. Även insjuknandet följer samma mönster över ålder och mellan könen.

Sannolikt kommer dödligheten att fortsätta sjunka, kanske också incidensen (frekvensen insjuknade). Så länge incidensen sjunker kan an-

talet personer som är långvarigt sjukskrivna eller får förtidspension av denna orsak antas sjunka. Om däremot dödsriskerna fortsätter sjunka mer än incidensen kan den långvariga sjukfrånvaron stiga, förutsatt att fler överlever men får långvariga besvär av det inträffade. Sammantaget förefaller dock en viss minskning kunna förväntas från den nuvarande nivån på cirka nio procent av alla nybeviljade förtidspensioner och motsvarande minskning bland de långa sjukfallen.

4.2.3.2 Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är ett svårt begrepp att definiera. Här återfinns psykoser, neuroser och depression samt alkohol- och drogberoende. I många sammanhang, särskilt i samband med studier av sjukfrånvaro, brukar underskattningen av denna diagnosgrupps betydelse tas upp, inte minst vad det gäller alkoholberoende. Någon närmare diskussion om detta förs emellertid inte i detta sammanhang.

Detta folkhälsoproblem märks i första hand inte på dödligheten. Endast 2,4 procent av dödsfallen bland män och 3,9 procent bland kvinnor orsakas av diagnoser i denna grupp. Andelen har dock ökat något, främst bland äldre kvinnor. Dödstalen är åldersberoende och är vanligare bland kvinnor över 75 år, annars vanligare bland män. Bland män sker mer än en femtedel av dödsfallen före 65 års ålder, medan motsvarande andel bland kvinnor endast är ungefär en femtondedel.

Det finns inte några bra generella mätningar av incidensen eller prevalensen (förekomsten i befolkningen) för denna diagnosgrupp. Ofta sker mätningar av den självupplevda hälsan där ett konjunktursamband tycks finnas.

Denna diagnosgrupp är väsentligt vanligare som orsak till förtidspension än som orsak till dödsfall. År 1998 stod gruppen för ca en fjärdedel av alla nybeviljade förtidspensioner och ca hälften för personer under 40 år. Antalet nybeviljade varierar år från år men utan trend. Psykisk ohälsa skulle till sin karaktär kunna antas vara vanligare vid långa sjukfall eftersom det ofta kan vara svårt att bedöma varaktigheten. Emellertid visar studier att så inte är fallet utan tvärt om.

Det är med tanke på antalsutvecklingen till i dag inte troligt att den framtida utvecklingen blir särskilt dramatisk. Utvecklingen kan dock vara beroende av arbetsmarknadens utveckling samt attityder och värderingar.

4.2.3.3 Tumörsjukdomar

Denna diagnosgrupp utgör en vanlig dödsorsak. Sammantaget står den för ca 23 procent av alla dödsfall och är något vanligare bland män än bland kvinnor. Antalet dödsfall är dock högre bland kvinnor än män i åldrarna 35–60 år. Antalet dödsfall är kraftigt åldersberoende. Antalet dödsfall uppvisar ingen tydlig utveckling över tid. Det har däremot skett en fördubbling av antalet nya fall per år från år 1960 (ca 20 000) till år 1994 (ca 40 000).

Diagnosgruppen är väsentligt mindre vanlig som anledning till förtidspension (ca 4 procent) och har därmed troligen ingen avgörande betydelse för den framtida utvecklingen av den långvariga sjukfrånvaron. Möjligen kan fördubblingen av incidensen i kombination med att allt fler överlever göra att sjukdomsgruppen ökar något i betydelse.

4.2.3.4 Rörelseorganens sjukdomar

Denna diagnosgrupp är mycket ovanlig som dödsorsak (mindre än en på 200), men något vanligare bland män än bland kvinnor. Diagnoserna inom gruppen kräver sällan sjukhusvård men är mycket vanliga i befolkningen. Även här finns ett starkt åldersberoende. Sjukdomarna är i alla åldrar vanligare bland kvinnor. Framst gäller det dock i höga åldrar, bl.a. eftersom förekomsten inte ökar för män efter 64 års ålder.

Dessa sjukdomar är den vanligaste orsaken till sjukfrånvaro över huvud taget. Inom gruppen ser dock utvecklingen över tid olika ut. Det är främst besvär i rygg och nacke som ökar, men det kan ha skett ett trendbrott.

Dessa sjukdomar brukar ofta sättas i samband med arbete. Den tidigare mindre goda fysiska arbetsmiljön orsakade en stor del av dessa sjukdomar. I samband med en i flera avseenden förbättrad fysisk arbetsmiljö och ett allt större fokus på den psykosociala arbetsmiljön börjar man allt mer ta fram dessa sjukdomars psykosociala orsaker.

Gruppen borde minska med hänsyn till den förbättrade fysiska arbetsmiljön men frågan är om de psykosociala orsakerna kan förta denna effekt. Utvecklingen är också beroende av i vilken utsträckning det går att kombinera en sjukdom eller besvär i rörelseorganen och arbete. Som nämnts ovan tar inte dessa sjukdomar i anspråk särskilt mycket resurser i sjukvården, åtminstone inte inom sjukhusen. Ett ökat fokus på dessa sjukdomar från sjukvårdens sida skulle kunna vara av betydelse för den framtida utvecklingen.

4.2.3.5 Olycksfall och skador till följd av våld och hot

Detta folkhälsoproblem står för ca en tjugondel av alla dödsfall bland män och en något mindre andel bland kvinnor. Andelarna har minskat över tid. Under nittiotalet har dock antalet vårdade på sjukhus ökat.

Diagnoserna står för ungefär lika stor andel av de nybeviljade förtidspensionerna som av dödsfallen. Troligen kan dock andelen nybeviljade förtidspensioner som ursprungligen orsakats av olycksfall vara högre, då följderna av olycksfallet eller skadan kan diagnosticeras anorlunda efter en tid.

För den långvariga sjukfrånvaron är den framtida utvecklingen inom området sannolikt inte avgörande. En oroande trend uppvisar antalet skador i samband med brott. Totalt sett torde dock antalet olycksfall och skador minska framöver.

4.2.3.6 Astma och allergi

Dessa diagnoser är ovanliga som dödsorsak, men har mycket hög prevalens. Var tredje person hade i slutet av 1980-talet allergiliknande besvär. Allt tyder på att det ökat ytterligare. Dessa diagnoser har inget tydligt ålderssamband.

Det är svårt att se någon omedelbar inverkan på sjukfrånvaron eftersom diagnoserna är ovanliga som orsak till långvarig sjukfrånvaro.

4.2.3.7 Infektionssjukdomar

Dessa sjukdomar står i dag för knappt en procent av dödsfallen. Incidensen är hög men leder sällan till långvarig sjukdom. Infektionerna har på lång sikt minskat kraftigt.

Dessa sjukdomar orsakar främst kort sjukfrånvaro och det är därmed inte troligt att den framtida utvecklingen får någon omedelbar inverkan på den långa sjukfrånvaron.

4.2.3.8 Våra stora folkhälsoproblem sammantaget

Som redan tidigare nämnts är det svårt att historiskt se något samband mellan folkhälsans utveckling och den långa sjukfrånvaron. Som enskild faktor får man dock ändå anta att den positiva utvecklingen också haft en positiv inverkan på sjukligheten mätt som sjukfrånvaro. En del av de sjukdomsgrupper som tagits upp kommer att behandlas under

rubrikerna nedan. Det gäller främst de två stora orsakerna, psykisk ohälsa och rörelseorganens sjukdomar. Av de övriga sjukdomsgrupperna som har behandlats bedöms en kunna öka något, två minska och två utöva oförändrat inflytande över den långvariga sjukfrånvaron. Den sammantagna effekten bedöms dock vara liten på kort och medellång sikt.

4.3 Arbetsmarknadens utveckling

Arbetsmarknadens betydelse för den långvariga sjukfrånvaron är flerfaldig. Det har tidigare visats hur arbetsmiljöfaktorer, såväl fysiska som psykosociala, orsakar långvarig sjukfrånvaro. Arbetsmiljön kan i sig orsaka medicinsk nedsättning av prestationsförmågan. Arbetsmiljön kan också vara mer eller mindre tillåtande gentemot personer som redan har nedsatt prestationsförmåga.

I det som brukar kallas ”utstöttningsmodellen”¹¹, dvs. den teoretiska modell som ibland brukar användas för att beskriva vad som orsakar den långvariga sjukfrånvaron, utgör arbetsmarknaden den utstötande faktorn. Beroende på efterfrågan på arbetskraft kommer olika många personer att stötas ut från arbetsmarknaden till t.ex. förtidspension. När efterfrågan på arbetskraft är låg kommer dessutom fler personer att drabbas av arbetslöshet. Det har tidigare beskrivits, i kapitel 2, hur arbetslösheten på såväl individ- som samhällsnivå kan orsaka långvarig sjukfrånvaro.

Som en del i den ovan beskrivna utstöttningsmodellen kan också arbetsmarknadens sammansättning påverka den långvariga sjukfrånvaron. Även om inte tillgången på arbetstillfällen totalt sett förändras kan vissa personer stötas ut från arbetsmarknaden p.g.a. att en del arbeten byts ut mot andra. Det har visats att risken för långvarig sjukfrånvaro är större om man arbetar i så kallade krympyrken¹².

¹¹ Se t.ex. Marklund, S (red.) (1995), Rehabilitering i ett samhällsperspektiv, Studentlitteratur, Lund.

¹² Se t.ex. Marklund, S (1994), ”Vilken roll spelar individförhållanden, konjunkturen och strukturförhållanden för förtidspensioneringen?” i SOU1994:148 Förtidspension – en arbetsmarknadspolitisk ventil?

4.3.1 Utvecklingen fram till i dag

Arbetsmarknaden har genomgått en stor omvälvning under det senaste seklet och särskilt under efterkrigstiden. De fysiskt tunga arbetena har blivit allt färre. År 1935 arbetade 35 procent av arbetskraften inom jordbruket och lika stor andel inom industrin medan tjänstesektorn sysselsatte 30 procent. År 1965 hade andelen sysselsatta inom jordbruket minskat till ca 10 procent och ca 35 procent var fortfarande sysselsatta inom industrin medan tjänstesektorn ökat till 45 procent. Utvecklingen har därefter fortsatt och år 1993 sysselsatte jordbruket endast ca 4 procent, industrin ca 20 procent och tjänstesektorn ca 70 procent. År 1998 sysselsatte jordbruket knappt 3 procent, industrin oförändrat ca 20 procent och tjänstesektorn drygt 70 procent¹³.

Samtidigt har den nya arbetsmarknaden inneburit ökade krav. Förutom den tidigare diskuterade psykosociala arbetsmiljön i allmänhet diskuteras i dag begrepp som IT-stress. Den snabba förändringen av arbetsmarknaden och dess villkor är särskilt intressant när det gäller att förutse ohälsa och sjukfrånvaro. Ett arbetsliv sträcker sig över så lång tid att arbetsmarknaden hinner genomgå stor förändring under en persons yrkesliv.

Den nya arbetsmarknaden kännetecknas av flexibilitet och krav på kompetens¹⁴. Flexibiliteten märks i lösare anställningsförhållanden, i mindre grad av arbetsdelning (principen att var och en utför endast en liten del av framtagandet av den färdiga produkten, t.ex. vid löpande band) och i att det blir vanligare att en tydlig gräns mellan arbete och fritid saknas. Kännetecknande för arbetsmarknaden under 1990-talet är också en relativt hög arbetslöshet och låg sysselsättning, även om det under senare år skett ett trendbrott.

Även om arbetsmarknaden på många sätt har förändrats i en sådan riktning att den fysiska arbetsmiljön borde ha förbättrats, i synnerhet som ganska omfattande resurser satsats på att förbättra denna visar olika undersökningar inte enbart på en positiv utveckling. Även om upplevelsen av den fysiska arbetsmiljön kan ha försämrats bl.a. som resultat av det ökade fokus som fallit på frågan kan det t.ex. på senare tid t.o.m. konstateras att arbetsskador och arbetssjukdomar återigen ökar¹⁵.

¹³ Källa: Arbetsmarknadsstyrelsen

¹⁴ Se t.ex. Andersson, Å E, Sylwan, P (1997), *Framtidens arbete och liv. Natur och Kultur*, Stockholm och SOU 1999:69 *Individen och arbetslivet*

¹⁵ Pressmeddelande från Arbetarskyddsstyrelsen 1998-10-08

4.3.2 Den framtida utvecklingen

Många av de egenskaper som skiljer den nuvarande arbetsmarknaden från vad som gällt tidigare kommer sannolikt att utgöra den fortsatta utvecklingstrenden. Således är det rimligt att arbetsmarknaden än mer än i dag kommer att innebära och kräva flexibilitet. Det är fortfarande i dag den fasta tjänsten eller tillsvidareanställningen som är den vanligaste anställningsformen. Det kommer samtidigt sannolikt att bli allt mindre vanligt med arbeten som har stora brister i den fysiska arbetsmiljön, även om inte alla arbeten med sådana brister kommer att försvinna. Tvärtom talas det till exempel om en ny bransch som vuxit upp i samband med det ökade miljötänkandet, nämligen återvinningsarbete, där problemen med den fysiska arbetsmiljön är stora. Vissa stora yrkesområden där man framför allt på senare tid kunnat observera en försämrad fysisk arbetsmiljö kommer med all sannolikhet sysselsätta lika många eller fler personer än i dag. Att mot denna bakgrund tro på en slutlig lösning på den fysiska arbetsmiljöproblematiken är naturligtvis inte möjligt.

Sammantaget torde dock bekymren med den fysiska arbetsmiljön kunna minska i framtiden. Den psykosociala arbetsmiljön har emellertid blivit allt mer fokuserad. Det kan vara svårt att uttala sig om denna del av arbetsmiljön påtagligt har försämrats och om det därmed finns tecken på ytterligare försämring. En av de frågor som är viktiga för denna utveckling är huruvida den ökade flexibiliteten uppfattas som något positivt eller negativt. Man kan skilja på självkontrollerad flexibilitet och ”påtvungad” flexibilitet. Om varje individ kan utnyttja den flexibla arbetsmarknaden till att förlägga arbetet på ett sådant sätt i tid och rum att den sammantagna livssituationen blir optimal, eller om individerna tvingas arbeta med saker som man inte tycker om på tider och platser som inte passar, är alltså avgörande.

Frågan hänger delvis samman med hur hög arbetslösheten och sysselsättningen blir i framtiden. Det finns med anledning av de senaste årens utveckling och med hänsyn till tidigare erfarenheter ingen anledning att tro på en permanent hög arbetslöshet. Huruvida den nuvarande nivån är att betrakta som hög i detta avseende är kanske svårare att uttala sig om. En rimlig förväntan är dock att den framtida situationen kommer att vara någonting liknande den nuvarande eller bättre¹⁶.

¹⁶ Se t.ex. SCB (1999) Arbetskraftsprognos 1999, AMS (1999) Arbetsmarknaden till år 2005- fyra scenarier samt Arbetsmarknadsutsikterna för 1999 och 2000 och Bilaga 3 till 1999 år

Avgörande för att sysselsättningen och arbetslösheten inte ska utvecklas i negativ riktning är dock en framgångsrik sysselsättningspolitik och ekonomisk politik. I detta sammanhang är det värt att notera att även andra områden av politiken kan vara avgörande för denna utveckling, t.ex. avseende förtidspensioneringen och sjukförsäkringen, även om de inte är en del av sysselsättningspolitiken.

På sikt torde den framtida arbetsmarkanden enligt vad som diskuterats under vissa förutsättningar kunna sammanfattas i fyra scenarier.

I det första scenariot kommer arbetslösheten och sysselsättningen att ligga på ungefär samma nivå som i dag. Inte heller arbetsmiljösituationen kommer att förändras nämnvärt. Arbetsmarknaden kommer däremot inte vara oförändrad. En högre grad av flexibilitet kommer att krävas för att få vara en del av arbetsmarknaden. Det kan gälla att ställa upp utan fasta anställningskontrakt, att arbeta oregelbundet eller att i kort men främst långt perspektiv vara beredd att helt byta arbetsuppgifter.

Att ha tillräcklig kompetens kommer att vara avgörande. I den föränderliga arbetsmarknaden räcker det inte med en hög utbildning i unga år, utan en fortsatt kompetensutveckling under i princip hela livet kommer att krävas. En del kommer som i dag att få kompetensutvecklingen tillgodosedd genom sin arbetsgivare, och andra måste tillgodose den på annat sätt. Eftersom förändringen av arbetsmarknadens struktur i detta scenario är relativt begränsad kommer det dock fortfarande att finnas en hel del okvalificerade arbeten. I detta scenario kommer vissa personer att stå utanför arbetsmarknaden, helt eller delvis. De som hamnar utanför arbetskraften kan som i dag göra det p.g.a. att de av olika skäl inte kan eller ges möjlighet att arbeta. Till denna grupp kan dock tillkomma personer som inte kan leva upp till kraven på flexibilitet.

I det andra scenariot är arbetslösheten och sysselsättningen som i det första. I detta scenario är dock förändringen av arbetsmarknaden större. En del av arbetsmarknaden växer kraftigt, låt oss kalla den för informations- och kunskapssektorn. Denna sektor kännetecknas av anställda med hög eller mycket hög kompetens som ständigt uppdateras. Sektorn är inte sysselsatt på den svenska marknaden utan på den globala. Den är utsatt för internationell konkurrens och är också svår att geografiskt placera. Det handlar om ett antal personer som är bosatta i landet och utför den större delen av sitt arbete här, men uppdragsgivaren (oavsett om det rör sig om en arbetsgivare med vilken personen har ett fast kontrakt eller tillfälliga kontrakt) kan finnas inom eller utom landet.

Hur arbetsmiljön ser ut inom denna sektor är mycket svårt att greppa. Sektorn kommer att locka många till sig genom höga löner och stor (i huvudsak positiv) flexibilitet, men kommer att vara krävande och i värsta fall hänsynslös mot dem som inte lever upp till kraven.

En andra sektor kommer dock också att finnas. Den skulle kunna kallas tjänstesektorn, men kan också innehålla relativt traditionella industrijobb. Det är ändå en tjänstesektor i den meningen att alla arbeten innebär att utföra tjänster åt den ovan beskrivna sektorn eller åt enskilda personer. Det kan således handla om allt från legotillverkning till hemtjänst. Arbeta i denna sektor innebär låg lön. Det är en förutsättning då konkurrensen om legotillverkning kommer att vara stor internationellt. I fallet med personliga tjänster kommer låga priser vara det huvudsakliga konkurrensmedlet gentemot andra som kan utföra samma tjänst, vilket även det kan antas innebära låga löner. Även denna sektor kommer att kännetecknas av flexibilitet. För många, dock inte alla, kommer denna flexibilitet att vara av ondo snarare än av godo.

I detta scenario kommer vissa grupper av individer att hamna utanför arbetsmarknaden. Det kan, utöver personer som av olika skäl redan i dag hamnar utanför arbetskraften, handla om främst äldre personer som inte kan eller vill tillgodogöra sig den kompetensutveckling som krävs eller som inte kan leva upp till kravet på flexibilitet. Det kan också röra sig om personer som inte kan tillgodogöra sig den relativt höga nivån på grundläggande utbildning som krävs för många av jobben.

Scenarierna tre och fyra korresponderar mot ett och två, men med den skillnaden att de också innebär en sänkt arbetslöshet och en höjd sysselsättning. I övrigt överensstämmer arbetsmarknaden med vad som beskrivits under de två första scenarierna.

De beskrivna scenarierna får representera trender i utvecklingen på lång sikt. Det kan också vara av intresse att särskilt beskriva den lite speciella situation som kan uppstå om ca 10 år. När de stora årskullarna födda runt mitten av 1940-talet kan beräknas ha övergått i ålderspension kan en, troligen tillfällig, brist på arbetskraft uppstå. Beroende på hur många som lämnar arbetskraften före 65 års ålder, med förtidspension, uttag av ålderspension, som följd av en överenskommelse enligt avtal eller med hjälp av personliga besparingar (eller privata pensionsförsäkringar) och hur många som väljer att bli kvar i arbetskraften efter 65 års ålder kan tillgången på arbetskraft komma att minska i ovanligt snabb takt under några få år. Detta kan leda till en tillfälligt mycket positiv arbetsmarknad för vissa personer som annars inte har en så stark förankring på arbetsmarknaden.

4.3.3 Betydelse för den långa sjukfrånvaron

I det första av de ovan beskrivna scenarierna skulle arbetsmarknaden medverka till en något lägre långvarig sjukfrånvaro. Sammantaget skulle arbetsmarknaden innebära mindre hälsorisker för enskilda genom en förbättrad arbetsmiljö. Visserligen är det svårt att uttala sig om den psykosociala arbetsmiljön, men påtagliga förändringar i detta avseende inträffar först i det andra scenariot. Här kan den psykosociala arbetsmiljön utvecklas så att trycket på den långvariga sjukfrånvaron ökar. Det finns dock gott hopp om att de ”nya” arbetsmiljöproblemen uppmärksammas i tillräckligt god tid så att de inte blir något allvarligt problem. I såväl det tredje som det fjärde scenariot skulle en gynnsam utveckling kunna förutses. Även dessa skiljer sig åt beroende på hur utvecklingen av den psykosociala arbetsmiljön, och framför allt konsekvenserna av denna, ser ut. Det tredje scenariot innehåller så till vida en mindre osäkerhet.

På fem till tio år sikt kan i alla fyra scenarierna risken att förtidspensioneras sjunka relativt kraftigt från 1997 års nivå. På 20 till 25 års sikt kan förväntas att den tillfälliga riskreduceringen har försvunnit om arbetsmarknaden utvecklas enligt scenario ett. Tills vidare betraktar vi dessutom scenario två likvärdigt med scenario ett. Detta förutsätter dels att arbetsmiljöproblematiken kan hanteras, dels att vissa andra nya förhållanden kan hanteras i den förändrade arbetsmarknaden. På längre sikt bedöms scenario tre och fyra (med samma förbehåll för scenario fyra som beskrivs för scenario två) kunna leda till att de reducerade riskerna som uppträder på kortare sikt kan ligga kvar.

4.4 Regelverket

4.4.1 Utvecklingen fram till i dag

Den år 1938 tillsatta Socialvårdskommittén lade i april 1944 fram ett förslag om en allmän (obligatorisk) sjukförsäkring. Efter departements- och riksdagsbehandling utfärdades en tid därefter lagen (1947:1) om allmän sjukförsäkring. Lagen skulle träda i kraft den 1 juli 1950. Tidpunkten för ikraftträdande sköts emellertid upp först år 1948 till den 1 juli 1951, sedan år 1950 på obestämd tid. Efter det att Socialvårds-kommittén år 1951 avgivit förslag till yrkesskadeförsäkring (SOU 1951:25) tillsattes samma år en socialförsäkringsutredning som bland annat skulle se över möjligheterna att samordna sjukförsäkringen och yrkesskadeförsäkringen.

I november 1952 lämnade utredningen förslag om sjukförsäkring och yrkesskadeförsäkring. Förslaget innebar omfattande förändringar i den redan utfärdade lagen om allmän sjukförsäkring, främst genom att inkomstbortfallsprincipen delvis skulle tillämpas. Förslaget behandlades och riksdagen fattade beslut om ändring i lagen och det bestämdes att lagen om allmän sjukförsäkring skulle träda i kraft den 1 januari 1955. I maj 1954 beslutades lagen (1954:243) om yrkesskadeförsäkring och med anledning av denna en lag om ändring i lagen om allmän sjukförsäkring. Samma månad beslutades också lagen (1954:266) om moderskapshjälp. Också denna lag föranledde förändringar i lagen om allmän sjukförsäkring.

Turerna kring införandet av föregångaren till lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) får illustrera hur lagstiftningen från början var och allt sedan dess är under ständig förändring. Redan före lagen (1947:1) om allmän sjukförsäkring trädde i kraft hade den ändrats ett stort antal gånger.

I maj 1962 infördes AFL. I denna lag behandlas alla de grundläggande reglerna om såväl sjukpenning och förtidspension som de flesta andra stora socialförsäkringsförmåner. Sedan början av 1960-talet har således samma lagstiftning varit styrande för de här berörda förmånerna.

Som alla lagar har dock AFL ändrats i omgångar. Det är de facto så att endast tre av de drygt 250 paragraferna är oförändrade sedan lagens utfärdande. Lagen har ändrats vid sammanlagt ca 300 tillfällen och varje paragraf har ändrats i genomsnitt ca fyra och en halv gång. Även om antalet förändringar har ökat över tid är ingalunda förändringarna enbart av senare datum. Tvärtom har lagen förändrats som minst två gånger varje år under perioden 1964 till 1999.

I AFL av i dag har 33 procent av paragraferna fått sin nuvarande lydelse under 1998 eller 1999, drygt 83 procent under 1990-talet och alla utom ett tiotal under 1980- eller 1990-talet. Av de 20 i det här sammanhanget mest betydelsefulla paragraferna¹⁷ är samtliga formulerade under 1990-talet. Bland de paragrafer av dessa som fanns med i den ursprungliga lagen har endast en förändrats mindre än fem gånger. Flest ändringar har de paragrafer som rör fastställande av sjukpenninggrundande inkomst och ersättningsnivå i sjukpenningen (3 kap. 2, 4 och 5 §§) genomgått. Dessa har förändrats mer än 20 gånger vardera. Att utifrån dessa kvantitativa uppgifter om frekvensen ändringar i lag-

¹⁷ Följande 20 paragrafer avses: 3 kap. 2, 4, 5, 7, 8 och 8a §§, 5 kap. 9 och 10 §§, 7 kap. (alla paragrafer), 13 kap. 1 och 2 §§ samt 16 kap. 1, 2, 7 och 8 §§.

stiftningen uttala sig om att AFL av i dag är något väsentligt annat än den var 1962 är dock inte möjligt.

För enkelhetens skull kan man dela upp lagstiftningen i regler som avser *kriterier för rätt till ersättning* och *ersättningsregler*. Centralt för kriteriereglerna i sjukpenningen är begreppen sjukdom och arbetsförmåga¹⁸. Begreppet sjukdom definierades i betänkandet *Lag om allmän försäkring* (SOU 1944:15) som det som i vanligt språkbruk och läkarvetenskaplig uppfattning är att anse som sjukdom. Alltså skulle alla onormala kropps- eller själstillstånd kunna räknas som sjukdom så länge de inte hade att göra med den normala livsprocessen, t.ex. hänger samman med graviditet eller naturligt åldrande. En sådan definition var avsedd, och har också fått till följd, att nya tillstånd som befins ha medicinska orsaker, varefter de upptäcks, inbegrips i vad som ska ersättas. Eftersom inte bara den läkarvetenskapliga betydelsen skulle vara rådande utan också ”vad som enligt vanligt språkbruk” var att anse som sjukdom, kunde emellertid även tillstånd som inte hade medicinska samband komma att inbegripas.

Begreppet arbetsförmåga är i ännu mindre grad definierat. Det låter sig inte generellt definieras hur stor en individs förmåga att arbeta är. I stället har försöken att avgränsa begreppet kommit att handla om i förhållande till vilket arbete den enskildes förmåga att arbeta ska bedömas.

För de långa sjukpenningfallen kan sammanfattningsvis reglernas lydelse sägas ha varit nästan helt oförändrade fram till 1990-talet. Emellertid var lydelsen och förarbetena, enligt vad som beskrivs ovan, så utformade att det fanns utrymme för en glidning i praxis, vilken också inträffade. Under 1990-talet har AFL:s lydelse på dessa punkter däremot många gånger ändrats.

Ersättningsreglerna i sjukpenningen har inte förändrats i grunden sedan år 1974. Före detta år innebar AFL, och också tidigare lagen (1947:1) om allmän sjukförsäkring, att en individ placerades i olika sjukpenningklasser beroende på inkomst. Efter förändringen har gällt att sjukpenning betalas ut med en viss andel av det uppskattade inkomstbortfallet. Hur stor andel som betalas ut vid olika tidpunkter i ett sjukfall har emellertid förändrats mycket och ofta, i synnerhet under slutet av 1980-talet och under 1990-talet.

Till skillnad från i sjukpenningen har kriteriereglerna för förtidspension i AFL förändrats flera gånger före 1990-talet. De s.k. äldre-reglerna tillkom under år 1970, förtidspension av arbetsmarknadsskäl infördes år 1972 och år 1977 ändrades principerna för bedömning av

¹⁸ Se t.ex. SOU 1995:149 Försäkringsskydd vid sjukdom.

förtidspension vid alkoholmissbruk eller annan form av missbruk. Fram till dess gjordes vad man skulle kunna kallas expansiva¹⁹ förändringar av reglerna. Under 1980-talet förekom inga förändringar av dessa regler men under 1990-talet har ett antal förändringar återigen genomförts, vanligtvis av begränsande art. Ett exempel på detta är avskaffandet av de s.k. äldrereglerna som medgav att bedömningen av arbetsförmågenedsättning och kravet på omställning bland äldre i arbetskraften kunde göras under relativt stort inflytande av andra faktorer än de rent medicinska.

Vad gäller förtidspensionerna, som ju hittills varit en del av ATP-systemet, har vissa förändringar gjorts av ersättningsreglerna. Den främsta förändringen rör uppbyggnaden av grundskyddet, pensionstillskottet. Lagen (1969:205) om pensionstillskott trädde i kraft den 1 juli 1969. Pensionstillskottet har därefter successivt höjts.

4.4.2 Den framtida utvecklingen

Det är naturligtvis inte möjligt att prognosticera regelverkets framtida utformning. I regeringens proposition (prop. 1997/98:111) Reformerad förtidspension, m.m., som riksdagen godkänt (bet. 1997/98:SfU11, rskr. 1997/98:237) anges dock riktlinjer för hur en reformering av ersättning vid långvarig medicinskt grundad arbetsoförmåga ska ske. Bland de mer framträdande allmänna ställningstaganden som görs i propositionen kan nämnas betonandet av att rehabilitering och aktivitet ska stimuleras, att renodlingen av systemet bör fullföljas och att försäkringen ska bygga på principen om ersättning för inkomstbortfall och på en sådan nivå att den ger ekonomisk trygghet utan kompletterande försäkringsskydd. Vad som därefter kan komma att ske är avhängigt av hur allmänhetens och beslutsfattarnas värderingar kan komma att förändras i framtiden.

4.4.3 Betydelse för den långa sjukfrånvaron

Regelverket har naturligtvis stor betydelse för hur många personer som kommer att uppbära ersättning i framtiden. Kriteriereglerna anger vad systemet avser att ersätta, eller annorlunda uttryckt hur det ska avgöras vem som ska ha rätt till ersättning. Utformningen av dessa regler är så-

¹⁹ Begreppen expansiva och begränsande förändringar används t.ex. i Riksförsäkringsverket (1999), Socialförsäkringsboken 1999.

ledes avgörande. Även om ersättningsreglerna, som beskriver hur ersättningens storlek ska beräknas, inte har någon direkt betydelse brukar ofta diskuteras de incitamenteffekter som kan finnas av ersättningar på olika nivå. Grundtesen är att ”givmilda” ersättningsnivåer, där den ekonomiska förlusten är liten av att övergå från förvärvsarbete eller annan försörjning till ersättning för långvarig sjukfrånvaro, ger fler ersättningsfall och omvänt. Eftersom de framtida reglerna knappast kan förutses kan inte heller någon eventuell förändring av betydelsen av sådana incitament förutses.

Begränsningen i kriteriereglerna, främst vad avser förtidspension men också sjukpenning, som har genomförts under 1990-talet kan ha inneburit en permanent sänkning av antalet ersättningsfall. Emellertid kan framtiden utvisa att synen på olika centrala begrepp återigen förändras och att nedgången endast blir temporär. Vi återkommer till detta under rubriken attityder och värderingar.

4.5 Andra regelverk och avtal

I en situation då möjligheterna (eller viljan) att arbeta är begränsade finns det en rad möjligheter för den enskilde att försörja sig också vid sidan av förtidspension och långvarig sjukskrivning. För de flesta löntagare finns också system som utgör komplement till den ersättning som socialförsäkringen ger i samband med långvarig sjukfrånvaro. Även om det sällan torde röra sig om att den enskilde ställs inför ett fritt val mellan långvarig sjukfrånvaro och annan försörjning är detta förhållande ändå betydelsefullt för utvecklingen inom förtidspensioneringen och den långvariga sjukskrivningen. Man kan tala om att en individ ställer de olika alternativ som finns för försörjning mot varandra. Det ekonomiska utfallet av de olika alternativen har här naturligtvis betydelse. Men också andra faktorer spelar in, i synnerhet då den enskilde upplever att förmågan eller möjligheten att arbeta begränsas, av hälsoskäl eller andra skäl. Flera alternativ till försörjning kan vara aktuella vid sidan av fortsatt arbete. Det finns inte här anledning att diskutera alla de alternativ som kan finnas, utan vi begränsar oss till att beskriva vad som kan vara aktuellt i den situation då arbetsförmågan har satts ned så att fortsatt arbete är uteslutet, åtminstone i oförändrad omfattning. Vi kan dela in de försörjningsmöjligheter som i denna situation finns förutom förtidspension och sjukpenning i tre kategorier.

I den första kategorin återfinns *kompletterande ersättningar* som utbetalas samtidigt som förtidspension eller sjukpenning. Främst handlar det om avtalsförsäkringar, men det kan också röra sig om olika

former av privata försäkringar eller enskilda avtal mellan arbetsgivare och arbetstagare. En andra kategori, *alternativa ersättningar*, liknar den första men utgår ensam utan samtidig ersättning från sjukförsäringen eller förtidspensioneringen. Här är det kanske inte fråga om regelrätta avtalsförsäkringar i första hand utan snarare om mer eller mindre individuella överenskommelser mellan arbetsgivare och arbetstagare eller olika former av privata försäkringar. I denna kategori tillkommer i egentlig mening också privata besparingar som kan ge en person möjlighet att före ordinarie pensionsavgång trappa ned eller helt avsluta sitt arbetsliv. I den tredje kategorin ingår *andra offentliga ersättningar* än sjukpenning och förtidspension. Det rör sig om förtida uttag av ålderspension, änkepension, delpension o.d., om arbetslöshetsersättning samt om socialbidrag.

4.5.1 Utvecklingen fram till i dag

Att det i dag finns såväl kompletterande som alternativa system till den allmänna försäringen är i ett historiskt perspektiv föga förvånande. Före detta sekel fanns redan privata försäkringsbolag och så kallade försäkringsföreningar på "marknaden". Från de privata försäkringsbolagen fanns en skepsis till införandet av sociala försäkringar, bl.a. därför att man inte trodde att de skulle kunna bära sig²⁰. Så småningom kom dock en allmän försäkring inom allt fler områden att växa upp, huvudsakligen med utgångspunkt i de nämnda försäkringsföreningarna.

Utvecklingen av andra möjligheter är ingalunda oberoende av den utveckling som sker av den allmänna försäringen. Dels verkar de på samma "marknad" och är därmed styrda av samma efterfrågan, dels är ingen av aktörerna på marknaden normalt intresserad av att enskilda försäkringstagare är överförsäkrade, varför villkor och liknande i viss mån måste samordnas mellan olika försäkringar. Att undvika överförsäkring är emellertid inte något som alla aktörer i alla situationer nödvändigtvis eftersträvar. I situationer då arbetsgivare av något skäl har intresse av att bli av med en del anställda kan arbetsgivarna utöva sitt inflytande i avtalsförsäringen eller hitta särskilda lösningar för att öka incitamenten för de anställda att träda ur arbetskraften. Med hjälp av erbjudanden om rejäl ekonomisk kompensation, i vissa fall kanske t.o.m. överförsäkring, är också den andra parten i avtalet med på lösningarna.

²⁰ Se Grip, G (1996), Reform eller systemskifte, Folksam och Försäkringskassförbundet

I ett längre perspektiv har olika former av avtalsförsäkringar haft en kraftig tillväxt. Framför allt på senare år har också privata (individuella) försäkringar ökat kraftigt inom de områden som sjukförsäkring och förtidspensioneringen hanterar²¹.

Såväl de kompletterande avtalsförsäkringarna och privata försäkringarna som de alternativa ersättningarna administreras främst av privata bolag. Om man ser till försäkringsbranschens (exklusive lokala skadebolag) samlade placeringstillgångar har marknaden ökat kraftigt de senaste åren (mellan åren 1996 och 1998 med närmare 40 procent). Placeringarna uppgick år 1998 till drygt 1 400 miljarder kronor. Av dessa placeringar stod det man definierar som avtalsförsäkringsbolagen för ca 650 miljarder (ca 45 procent) och livförsäkringsbolagen för ca 630 miljarder (ca 44 procent). Ökningen av placeringstillgångarna har varit ungefär lika stor inom dessa båda områden som för branschen som helhet. Vad dessa placeringstillgångar representerar är dock inte entydigt. Den kraftiga ökningen är inte i första hand beroende på större premieinbetalningar, utan beror snarare på en gynnsam utveckling på placeringarnas värde. Så t.ex. har avtalsförsäkringsbolagens placeringstillgångar ökat kraftigt mellan åren 1996 och 1998 har utvecklingen av inbetalda premier haft en motsatt utveckling. Sammanlagt inbetalades ca 15 miljarder kronor år 1998 vilket är en minskning med över 30 procent jämfört med år 1996. Det är inte självklart att varken nedsatta premier eller gynnsam utveckling på placeringstillgångarna omedelbart kommer de försäkrade till del.

Utvecklingen av de inbetalda premierna till vad man kallar traditionella liv- och fondförsäkringar har däremot ökat kraftigt mellan de nämnda åren från ca 36 till ca 62 miljarder kronor, varav det mesta inom s.k. fondförsäkringar. I detta fall kommer också de positiva utvecklingen på värdet av placeringstillgångarna de försäkrade till del, antingen direkt, genom att värdet på det "sparade" kapitalet omedelbart stiger, eller genom att premierna kan sänkas framöver.

Sammantaget tyder dessa siffror på att försäkringsbranschen växer. Svensken i genomsnitt kan förväntas få sin ekonomiska situation mer förstärkt genom olika avtalsförsäkringar och privata försäkringar nu än tidigare.

Utvecklingen inom de andra offentliga ersättningarna, såsom ålderspensionssystemet med näraliggande förmåner, arbetslöshetsersättning och socialbidragen, är i stora delar välkänd. Ålderspensions-

²¹ Se t.ex. SOU 1996:113 En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering samt Försäkringsbolagen i Sverige 1996 och 1997 samt svensk försäkring i siffror 1998, Faktablad, Försäkringsförbundet.

systemet har reformerats. I det nya pensionssystemet betonas en flexibel pensionsålder tydligt. Övergångsreglerna gör dock att genomslaget sker i relativt långsam takt.

Arbetslöshetsförsäkringen har kraftigt påverkats av att vi tidigare har haft en relativt låg arbetslöshet men som i början av 1990-talet steg kraftigt. De senaste åren har arbetslösheten åter minskat. Också utbetalningarna av socialbidrag har ökat kraftigt, men även här kan man på senare tid se en viss tillbakagång i antalet hushåll som mottar bidrag. Den utveckling som har skett inom dessa områden hänger inte i första hand samman med någon särskild utveckling av regelverken inom området.

En annan viktig offentlig ersättning i sammanhanget är delpensionen. Delpensionen, som gav en möjlighet för äldre i arbetskraften att minska sin arbetstid, utgavs som mest år 1994 till mer än en femtedel av arbetskraften i de åldrar till vilka möjligheten gavs. Delpensionen är emellertid under avveckling.

4.5.2 Den framtida utvecklingen

Den huvudsakliga inriktningen för de system som ingår i socialförsäkringen har under senare tid varit att de ska renodlas. Således ska förtidspensionen och sjukförsäkringen endast ge ersättning då arbetsförmågan är nedsatt av medicinska skäl. Om en individ saknar arbete men står till arbetsmarknadens förfogande har han eller hon i regel rätt till ersättning av detta skäl, genom andra system. I den mån en person utan något av här nämnda skäl vill utträda ur arbetskraften helt eller delvis, och har uppnått tillräcklig ålder (61 år), är han eller hon hänvisad till ålderspensionssystemet. Ett förtida uttag av ålderspension innebär att individen väljer att få en lägre årlig pension under längre tid.

Om den nuvarande inriktningen, med renodlade system, behålls skulle den nuvarande uppdelningen mellan olika delar av de offentliga systemen behållas. Hur regelutvecklingen kommer att se ut inom respektive system är emellertid inte möjligt att uttala sig om. Beroende på hur ersättningssystemen i förtidspensioneringen och ålderspensioneringen kommer att se ut i förhållande till varandra kan olika drivkrafter uppstå för olika individer. Då utformningen av reglerna inom förtidspensionen ännu inte är bestämd är det ännu för tidigt att uttala sig om detta. Klart är dock att förhållandet mellan de båda systemen kommer att bli mer komplicerat när de skiljs åt. Genom att ha helt skiljda beräkningsregler för de båda ersättningarna kommer det bli en

större skillnad i avvikelserna mellan ersättningarna för olika individer. Detta kan leda till konsekvenser för hur man ska bedöma vilka incitament olika individer ha för att söka sig till de olika systemen.

Vad gäller de kompletterande och alternativa ersättningssystemen som huvudsakligen utgörs av avtalsförsäkringar och privata försäkringar (eller sparande) är det om möjligt ännu svårare att sja. De samlade tillgångarna i dessa system växer. Huruvida detta innebär att fler kommer att utnyttja dessa tillgångar som komplement till ålderspension, som komplement till förtidspension eller sjukpenning eller som alternativ till uttag av ålderspension före eller efter uppnådda 65 år vet ingen. Sannolikt är dock att alla nämnda former av uttag kommer att öka om dessa försäkringar fortsätter att växa.

4.5.3 Betydelse för den långa sjukfrånvaron

Hur stora ”marknadsandelar” den offentliga socialförsäkringen, avtalsförsäkringarna och de privata försäkringarna ska ha är i mångt och mycket vad socialförsäkringsdebatten handlar om. Vissa framhäver de stora offentliga och enhetliga systemens fördelar och andra de mer individuellt utformade privata försäkringarnas. Däremellan finns avtalsförsäkringarna med sina speciella fördelar. Det diskuteras hur avtalsförsäkringarnas växande betydelse på de områden där socialförsäkringen tidigare varit mer eller mindre ensam kan bidra till en minskad tilltro till det offentliga systemet. Om tilltron blir för liten kan betalningsviljan sänkas. Avsikten är dock inte att här föra denna diskussion, utan bara konstatera att det kan finnas viss utbytbarhet mellan systemen på lite längre sikt.

Några mer förutsägbara utvecklingstendenser finns dock. De senaste årens utveckling tyder på att de offentliga systemen kommer att vara renodlade i förhållande till varandra. Det är, om denna renodling kvarstår, osannolikt att förtidspensionssystemet återigen kommer att användas för att försöka lösa rent arbetsmarknadsmässiga problem. Ett utökat användande av förtida uttag av ålderspension skulle verka återhållande för utvecklingen inom förtidspensioneringen och sjukpenningen. Det reformerade ålderspensionssystemet förstärker emellertid snarare drivkraften att vara kvar i arbetskraften så länge som möjligt. Avgörande för vilka konsekvenser detta kan få är hur de olika regelsystemen kommer att vara utformade i förhållande till varandra. Det är dock inte möjligt att uttala sig om detta i nuläget.

De kompletterande avtalsförsäkringarna har successivt ökat i betydelse i samband med att allt fler får en allt större inkomstandel över

basbeloppstaket. Om denna utveckling fortsätter, antingen för att taket inte förändras eller för att löneutveckling ändå får sådana konsekvenser, kan avtalsförsäkringarna få en större betydelse än i dag. Vi talar visserligen här om kompletterande system vars utbetalningar i praktiken är kopplade till samma regelsystem som förtidspensionen och sjukpenningen. Emellertid får en sådan utveckling till följd att det i allt mindre utsträckning är ersättningsreglerna i de offentliga systemen som är avgörande för vilka ekonomiska drivkrafter som finns för att söka sig till dessa ersättningar. På motsvarande sätt kan det växande inslaget av privata försäkringar, om utvecklingen fortsätter i den riktningen, få till följd att incitamenten ytterligare förändras, om de används för att komplettera de här studerade offentliga förmånerna.

Om i stället privata försäkringar, avtalsförsäkringar eller båda i större utsträckning börjar användas som alternativ till de offentliga systemen uppstår en återhållande effekt på utvecklingen inom förtidspensioneringen och sjukförsäkringen. Genom att fler personer lämnar arbetskraften, minskar riskpopulationen för förtidspensionering och långvarig sjukskrivning. Det finns dock ingen anledning att tro att vare sig försäkringsgivarna eller försäkringstagarna skulle vara intresserade av att i händelse av en på medicinska grunder nedsatt arbetsförmåga endast utnyttja en privat försäkring eller en avtalsförsäkring.

4.6 Förebyggande hälsovård, sjukvård och rehabilitering

Inget av de rubricerade begreppen är särskilt lätta att definiera. För det resonemang som förs i detta avsnitt är det inte heller avgörande hur dessa begrepp avgränsas. Tvärtom är meningen att beskriva all den verksamhet som kan innefattas i dessa begrepp.

4.6.1 Utvecklingen fram till i dag

Drivkrafterna för utveckling inom detta område är många och starka. Förbättrad hälsa är ett självklart mål både i politiken och för enskilda. Att återfå en förlorad arbetsförmåga är lika så ett självklart mål för den enskilda om det förefaller möjligt. Ur samhällets synvinkel kan dock drivkraften för att åstadkomma en effektivare arbetslivsinriktad rehabilitering ibland försvagas av att arbetsmarknadssituationen kan vara ansträngd. Däremot kvarstår alltid målet att rehabilitera i en vidare mening.

I Rafael Lindqvists och Staffan Marklunds beskrivning av *Arbetslinjen i socialpolitiken*²² ges en översikt över hur den i det här sammanhanget mest centrala regel- eller normutvecklingen sett ut över tiden, nämligen den som rör förhållandet mellan bidrag och arbete. Man beskriver hur s.k. avskiljanderegler byggts upp som skiljer på situationer då människor tvingas, eller förväntas, arbeta och försörja sig och situationer då de har en legitim rätt att uppbära bidrag.

I vad man kallar *Arbetslinjens första fas – fattigvårdens arbetstvång*, konstaterar man att det redan i den medeltida lagstiftningen i Sverige var föreskrivet att varje arbetsför person var skyldig att försörja sig och sina anhöriga. Även om det allmännas inställning under 1800-talets mitt var att den som saknade arbete gjorde det av egen förskyllan förekom det exempel på hur offentliga arbeten anordnades när försörjningsproblemen blev svåra. Principen som gällde var att de som försörjdes inom fattigvården också skulle arbeta.

I mitten av 1800-talet övertog emellertid kommunerna ansvaret för fattigvården från kyrkan. Man gjorde då tydlig skillnad mellan två frågor. Den ena rörde försörjningen av de arbetslösa, de som kunde arbeta men som saknade arbete. Den andra gällde hur restarbetsförmågan hos de som fattigvården hade ansvar för skulle tillvaratas. En person som var arbetsför kunde i princip inte få någon ersättning, även om det förekom bidrag som kommunen kunde betala ut om den så ville. Inom fattigvården togs de som inte bedömdes vara arbetsföra omhand. Här var principen den att den kvarvarande arbetsförmågan skulle utnyttjas på bästa sätt, och arbetstvång förelåg. Det förekom också utackordering av fattiga barn och äldre till bönder. Kommunerna betalade ut ersättning (subventionerade) till bönderna beroende på vilken arbetskapacitet den fattige hade.

Det formella arbetstvånget kom senare att mjukas upp främst för de som inte tillhörde fattigvårdskollektivet. Uppmjukningen var ett resultat av införda pensioner och andra socialförsäkringar. Inom fattigvården tillämpades arbetstvång ända in på 1950-talet, men de senare åren motiverat av terapeutiska skäl.

I vad Lindqvist och Marklund kallar *Arbetslinjens andra fas – den generella välfärdspolitiken*, var arbetstvånget försvagat till förmån för individernas rätt till arbete. Genom reformeringen av arbetsmarknadspolitiken och socialförsäkringarna på 1950-talet skulle alla människor ges möjlighet att arbeta och arbetslösheten skulle minimeras, medan de

²² Kapitel 2 i Marklund, S (red.) (1995), Rehabilitering i ett samhällsperspektiv, Studentlitteratur, Lund.

som inte kunde arbeta skulle erbjudas bidrag som gav dem deras försörjning.

I arbetarrörelsens efterkrigsprogram uppmärksammades hur även personer som saknade full arbetsförmåga borde utnyttjas i produktionen. Ungefär samma innebörd hade också folkpartiets programskrift rörande efterkrigstiden. Här skulle förebyggande aktiviteter, stödåtgärder för personer med arbetshinder samt inrättande av arbetsvårdsenheter och arbetsträningsinstitut bidra till höjd nationalinkomst och minskade kostnader för socialförsäkringar och socialhjälp.

I och med utbyggnaden av sjuk- och yrkesskadeförsäkringen under 1950-talet uppmärksammades behovet av rehabilitering, bl.a. i SOU 1958:17 *Socialförsäkring och rehabilitering*. I betänkandet konstaterades att ”rehabiliteringsåtgärder kommer att framstå som än mer betydelsefulla och nödvändiga i den mån socialförsäkringarnas prestationer ytterligare förbättras”. Så skedde i början av 1960-talet i och med ATP-reformen och införandet av AFL. I propositionen (prop. 1962:90) som låg till grund för införandet av AFL uttalade socialministern att effektiva rehabiliteringsåtgärder kanske var det viktigaste botemedlet mot ökad belastning på sjukförsäkringen och förtidspensioneringen.

Slutligen beskriver Lindqvist och Marklund *Arbetslinjens tredje fas – arbetsrehabiliteringen och den nya arbetsetiken*. Socialförsäkringens kostnader fick regering och riksdag att mot slutet av 1980-talet och början av 1990-talet uppmärksamma behoven av en åtstramning av reglerna, men också att satsa på förbättring av arbetsmiljön och på rehabilitering.

4.6.2 Den framtida utvecklingen

Utvecklingen till i dag har visat hur starka drivkrafterna är för att utveckla möjligheterna att i första hand undvika att personer drabbas av sjukdom och nedsatt arbetsförmåga och i andra hand, om detta inte nått framgång, försöka återge en så hög grad av den förlorade arbetsförmågan som möjligt. Oavsett om det ekonomiska klimatet blir gynnsamt eller ej talar en rad faktorer för en fortsatt utveckling i positiv riktning. Kunskaperna inom den förebyggande verksamheten – oavsett om det gäller arbetsmiljö, levnadsvanor eller förebyggande sjukvård – den botande och lindrande sjukvården och den mer direkt arbetslivsinriktade rehabiliteringen kommer att förbättras. Utöver utvecklingen inom respektive område och sektor var för sig har intresset allt mer också riktats mot en ökad samordning, samverkan och samarbete på alla ni-

våer inom de deltagande verksamheterna. I första hand rör det sig om att förbättra kopplingen mellan olika aktörer och sektorer inom ramen för den nuvarande strukturen.

4.6.3 Betydelse för den långa sjukfrånvaron

Trots att den utveckling som vi hittills kunnat observera har lett till förbättrade möjligheter att förebygga och behandla eller åtgärda arbetsoförmåga av medicinska skäl, vet vi mycket lite om hur stor förbättring som skett. Den bristande kunskapen om verksamhetens effekter, som först och främst beror på otillräckliga vetenskapliga metoder och underlag, ändrar ändå inte den uppfattning som uttalades redan 1960 i samband med förslaget till AFL; effektiva rehabiliteringsåtgärder är troligen det mest effektiva botemedlet mot en ökad belastning på sjukförsäkringen och förtidspensioneringen. Den bristande kunskapen på området gör dock att det inte är möjligt att nu förutsäga hur stor potentialen är. Den nu sittande Utredningen (S 1999:08) om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (dir. 1999:44) och ett växande intresse från bl.a. den akademiska världen torde göra det möjligt att i en inte allt för avlägsen framtid göra en välgrundad bedömning.

4.7 Attityder och värderingar

I följande avsnitt görs ett försök att beskriva utvecklingen av de attityder och värderingar till de frågor som här är aktuella som finns på olika håll i samhället. Man kan dela upp området efter två dimensioner. I den ena dimensionen finns en skala mellan den allmänna inställningen till skatter och avgifter och i synnerhet de som används till sjukförsäkring och förtidspension å ena sidan och värderingar kring sjukdom och ohälsa samt inställningen till arbete och ohälsa å den andra.

I den andra dimensionen återfinns frågan om vems värderingar som det rör sig om. Här kan man skilja på allmänheten, brukarna (kunderna, de försäkrade etc.) samt aktörerna (politiker, försäkringskassetjänstemän, läkare, arbetsgivare etc.).

4.7.1 Utvecklingen fram till i dag

Utbyggnaden av välfärdssystemen under 1900-talet och i synnerhet under efterkrigstiden och därefter får antas hänga samman med en all-

mänt förändrad attityd till välfärdsstaten. I samband med en allmänt bättre ekonomisk situation för landet har ett ökat utrymme för välfärdsanordningar uppstått. I samband med en förbättrad ekonomisk situation för enskilda har ett ökat behov av system som tryggar den ekonomiska standarden uppstått.

Utbyggnaden av systemen har skett under en i huvudsak gynnsam ekonomisk utveckling. På senare år har den ansträngda ekonomin fått till följd regelförändringar i åtstramningsriktning. Är detta tecken på att värderingarna förändrats under senare år, eller har de politiska besluten rentav förändrat attityderna?

En beskrivning av en mer långsiktig utveckling av attityder och värderingar med de angivna två dimensionerna som utgångspunkt ger en varierande bild. Allmänhetens inställning till och vilja att betala avgifter och skatter till de offentliga trygghetssystemen i allmänhet och också till förtidspensionen och sjukförsäkringen har troligen ökat i takt med att systemen byggts ut. Skälet till att man kan dra denna slutsats är främst att det i olika attitydmätningar visat sig finnas ett starkt stöd för allmänna försäkringssystem som finansieras av skatter och arbetsgivaravgifter²³, men också att allmänheten gett uttryck för denna uppfattning i allmänna val. Bidragande har säkerligen i stor utsträckning varit att brukarna av systemen, men också de som är försäkrade, dvs. allmänheten, sett en positiv utveckling av försäkringsinnehållet, eller värdet av de tjänster de betalar till. Inte heller bland aktörerna i systemet finns det någon anledning att tro på en annorlunda utveckling, i ett längre perspektiv, av attityderna till systemen i denna allmänna mening.

För att värdera hur utvecklingen sett ut vad gäller inställningen till sjukdom och ohälsa kan objektiva mått på befolkningens hälsa ställas i relation till subjektiva hälsomått. Tidigare har beskrivits hur medellivslängden ökat och dödriskerna sjunkit. I stora drag kan därmed hälsan sägas ha förbättrats. I SCB:s undersökning om levnadsförhållanden²⁴ kan också konstateras att allt fler bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som gott (jämförelse mellan åren 1975 och 1995). Detta gäller dock inte alla befolkningsgrupper. De yngsta (16–44 år) har tvärtom uppfattningen att det egna hälsotillståndet försämrats, i synnerhet gäller detta de allra yngsta kvinnorna.

Bland äldre kvinnor (55–74 år) har den mest positiva utvecklingen skett. Även när det gäller rörelsehinder har en positiv utveckling skett

²³ Se kapitel 34 i SCB (1997), Välfärd och ojämlikhet i 20-årsperspektiv 1975-1995, Rapport nr 92 i serien Levnadsförhållanden, SOS.

²⁴ Källan för de följande beskrivningarna är den publikation som refereras i not 23.

för undersökningsgruppen som helhet. Den största förbättringen har här skett bland de äldre männen och kvinnorna.

Vad gäller andra mått som används är utvecklingen svårare att beskriva. Andelen personer som upplever att de har svåra besvär av långvarig sjukdom har ökat, åtminstone sedan mitten av 1980-talet och samma utveckling kan man se vad gäller sömnbesvär. Andelen som upplever att de har i hög grad nedsatt arbetsförmåga har minskat stadigt bland män, men varit oförändrad bland kvinnor. Här har utvecklingen varit mest positiv bland de äldre männen och negativ bland kvinnor i åldern 25–34 år. Upplevt välbefinnande som mer har med psyket att göra och som rör trötthet, sömnbesvär samt besvär av ångslan, oro eller ångest har utvecklats negativt, främst under 1990-talet.

Att utifrån dessa beskrivningar få en klar uppfattning om allmänhetens eventuella ändrade inställning till sjukdom och ohälsa låter sig inte göras. Möjligen kan överensstämmelsen mellan utvecklingen av den objektivt uppmätta ohälsan och de övergripande subjektiva måtten tala för att någon större förändring inte skett. När det gäller inställningen hos aktörerna i systemen kan som vägledning tjäna utvecklingen vad gäller hur ofta de försäkrade har sådana tillstånd som berättigar till ersättning. Här skulle man kunna säga att allt fler tillstånd betraktas som ohälsa, dvs. inställningen till vad som är nedsatt arbetsförmåga av medicinska skäl har vidgats i ett längre perspektiv.

Slutligen kan inställningen till arbete och ohälsa, eller arbete vid ohälsa, gått mot minskad acceptans, dvs. färre personer är villiga att arbeta om hälsan inte är fullgod. Också detta är en tolkning baserad på de i det längre perspektivet allmänt ökade antalet personer med ersättning. Denna inställning får antas vara genomgående inte bara hos allmänhet och brukare utan också hos aktörerna i systemet eftersom de annars kan förväntas ha hindrat utvecklingen.

Om man lämnar det lite längre perspektivet kan utvecklingen beskrivas på ett annorlunda sätt. Så till exempel har aktörerna i systemen (åtminstone politikerna) gett tydliga uttryck för en ändrad uppfattning under 1990-talet till vad systemen ska ersätta, även om de regelförändringar som genomförts initierats av den akuta finansiella situationen. Man kan också konstatera att stödet för välfärdspolitiken ökat under 1990-talet och att framför allt misstänksamheten mot fusk och missbruk minskat, kanske som en följd av de genomförda förändringarna.

4.7.2 Den framtida utvecklingen

Det brukar allmänt sägas att attityder inte förändras på kort sikt. Attityden till eller synen på välfärdsystemen bland politikerna har dock av allt att döma förändrats under 1990-talet. Om det tillsynes ökade stödet för systemen bland allmänheten är ett tecken på att välbehövliga förändringar skett eller på att det finns ett stort stöd för systemen i allmänhet är svårt att säga. Den utveckling som skett under 1990-talet har också tillkommit i en om inte unik så i alla fall ovanlig tid med djup lågkonjunktur, fallande tillväxt, hög arbetslöshet och stora budgetunderskott.

Den framtida utvecklingen är beroende på hur samhället förändras i allmänhet. Det är inte nu möjligt att säga om den utveckling av regel-systemen som ägt rum under 1990-talet hänger samman med en förändrad attityd till systemen eller om de ansetts lämpliga som tillfälliga åtgärder som bör revideras om och i så fall när den akuta situationen är avklarad. Den akuta situationen är nu avklarad eller som det är uttryckt i inledningen till Budgetpropositionen för 2000 det är nu dags att sätta ”punkt för 1990-talets ekonomiska kris”. Det är dock ändå för tidigt att uttala sig om vilka attityder som kommer att vara förhärskande under de kommande decennierna. Med all sannolikhet kommer dock reformarbetet inom socialförsäkringarna som nu pågår och mottagandet av dessa reformer ge svar på frågan redan inom de närmaste åren.

4.7.3 Betydelse för den långa sjukfrånvaron

Det attityder och värderingar som här diskuterats är kanske den sammantaget mest betydelsefulla faktorn när det gäller den framtida utvecklingen av antalet personer med långvarig sjukfrånvaro men också den mest svårprognosticerade. Faktorn är betydelsefull dels för att den direkt påverkar utnyttjandet av försäkringen och utvecklingen av regelverket, dels för att den direkt eller indirekt påverkar i stort sett alla andra betydelsefulla faktorer. Det är dock inte nu möjligt att förutsäga hur utvecklingen kommer att se ut. Vissa aspekter av denna faktor kan dock när vi lagt 1990-talet några år bakom oss lättare studeras och bedömas. Sammantaget kan man kanske ändå peka på två scenarier; dagens ”nya” attityder permanentas eller generositeten ökar långsamt igen. I det första fallet skulle inflödet av antalet personer med långvarig sjukfrånvaro som vi nu kan observera kvarstå eller ytterligare minska. I det andra fallet skulle inflödet successivt öka från nuvarande nivå.

5 Tre scenarier för den framtida utvecklingen

I detta avsnitt förenas vad som beskrivits tidigare rörande utvecklingen inom olika områden till tre tänkbara scenarier för den framtida utvecklingen. I ett **basscenario** beskrivs hur de olika faktorerna utvecklas i en måttlig utsträckning. I det **positiva scenariot** beskrivs en utveckling som får betraktas som det ”bästa” som kan hända för att antalet personer med långvarig sjukfrånvaron ska bli lågt. På motsvarande sätt representerar det **negativa scenariot** den ”sämsta” utvecklingen och det högsta antalet personer med långvarig sjukfrånvaro.

Först beskrivs respektive scenario med avseende på hur de behandlade faktorerna utvecklas. Därefter beskrivs scenariernas betydelse för hur riskerna för långvarig sjukfrånvaro utvecklas, på medellång och lång sikt, i så kvantitativa termer som möjligt. Underlag för en bedömning av olika faktorerers kvantitativa påverkan på den långa sjukfrånvaron saknas i princip helt. Genom att göra en inbördes vägning av de olika faktorerna, utifrån det underlag som redovisats i kapitel 4, har dock varje faktors påverkan bedömts till sin storlek i förhållande till andra faktorer. Därefter har en viss procentuell förändringstakt åsatts de olika faktorerna så att den sammantagna utvecklingen framöver kan bedömas vara rimlig i förhållande till den historiska utvecklingen. Avslutningsvis beräknas vad de olika utvecklingsriktningarna innebär för antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag och antalet personer med långa sjukfall samt hur många individer som sammantaget bedöms komma att uppbära ersättning för långvarigt nedsatt arbetsförmåga av medicinska skäl. Det ska framhållas att de beskrivna scenarierna inte är att betrakta som egentliga prognoser. Den sammantagna bilden är dock avsedd att beskriva inom vilka ramar framtidens långvariga sjukfrånvaro kan komma att utvecklas.

5.1 Basscenariot

Folkhälsan förbättras måttligt

Den allmänna folkhälsan förbättras. Takten i denna utveckling är dock måttlig i detta scenario. Av två skäl är det endast bland de lite äldre som hälsan förbättras i sådan utsträckning att den långvariga sjukfrånvaron påverkas. För det första finns det flera indikatorer på att det främst är hälsan bland de äldre som har förbättrats och för det andra får en måttlig förbättring av folkhälsan störst betydelse för de grupper där ohälsan är mer utbredd, dvs. bland de äldre. Den förbättring av folkhälsan som här beskrivs sker dock i detta scenario i långsam takt och kommer troligen ha mycket liten betydelse på kort sikt. I ett kortare perspektiv kan den höga arbetslösheten och den låga sysselsättningen få genomslag på folkhälsan bland de yngre. Folkhälsan bedöms i detta scenario bidra till mellan fem och tio procents minskade risker för långvarig sjukfrånvaro bland äldre på sikt men ingen förändring bland yngre.

Arbetsmarknaden är i stora drag oförändrad

I detta scenario kommer arbetsmarknaden, eller åtminstone dess betydelse för enskilda, att utvecklas i relativt långsam takt. Utvecklingen mot ett flexiblare arbetsliv kommer att fortsätta. En sådan utveckling har dock både positiva och negativa effekter för enskilda. Flexibilitet i positiv bemärkelse kommer främst de lite yngre männen till del, då det främst är de som kommer att sysselsättas i de nya arbetstillfällena på arbetsmarknaden. För kvinnor kommer arbetsmarknaden över huvud taget att förändras än långsammare eftersom de typiska kvinnoyrkena, främst inom vård och omsorg, alltjämt kommer att vara kvinnodominerade och svåra att förändra. De senaste årens utvecklingstrend mot sämre arbetsmiljö kommer att brytas, men det kommer inte att ske några stora framsteg. På längre sikt bedöms arbetsmarknadens påverkan på riskerna för långvarig sjukfrånvaro i detta scenario vara oförändrad för äldre. För yngre män bedöms risken också vara oförändrad medan den bland yngre kvinnor bedöms öka med mellan fem och tio procent.

På medellång sikt kommer en särskild och tillfällig situation att uppstå. Under en period ungefär mellan åren 2005 till 2010 blir efterfrågan på arbetskraft stor eftersom antalet personer i yrkesverksam ålder riskerar sjunka i relativt snabb takt. Detta ger ökade möjligheter

att få arbete för grupper som annars skulle ha svårt att komma in på arbetsmarknaden. I förhållande till det längre perspektivet bidrar arbetsmarknaden därför också till en annorlunda utveckling vad gäller risken för långvarig sjukskrivning de närmaste dryga tio åren. Arbetsmarknadens bidrag bedöms på medellång leda till ca fem procent minskade risker för äldre. Också för yngre män bedöms riskerna minska i motsvarande utsträckning medan riskerna bedöms vara oförändrade bland yngre kvinnor.

Regelverket och andra system oförändrade

De regler som föreskriver vilka kriterier som ska gälla för rätt till ersättning vid långvarig sjukfrånvaro och de regler som bestämmer ersättningens storlek anpassas till nya situationer som kan uppkomma i samhället, men syftet är att behålla samma nivå på försäkringsskyddet. Den nuvarande renodlingen mellan olika offentliga ersättningssystem behålls. Privata försäkringar, avtalsförsäkringar o.d. förändrar inte incitamenten att söka sig till förtidspension eller annan långvarig sjukfrånvaro trots att de ökar i betydelse för enskildas ekonomi. Sammantaget bedöms inte dessa faktorer inverka på risken för långvarig sjukfrånvaro.

Metoderna i sjukvården och i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen fortsätter att utvecklas

Metoderna inom den förebyggande hälsovården, inom sjukvården och inom olika former av rehabiliteringsverksamhet fortsätter att utvecklas. Utvecklingen får till följd att färre personer får nedsatt arbetsförmåga, att färre sjukdomstillstånd leder till långvariga eller varaktiga tillstånd av nedsatt prestationsförmåga och att möjligheterna ökar för personer med nedsatt prestationsförmåga att ändå finnas kvar eller komma in på arbetsmarknaden. Utvecklingen främst inom den förebyggande, arbetsmiljörelaterade hälsovården och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen får på medellång och lång sikt olika stor betydelse för olika grupper. Inom vissa delar av arbetsmarknaden är möjligheterna till utveckling inom detta område sämre. Det rör sig om personalintensiva verksamheter med stort inslag av kontakt mellan människor, t.ex. vården och omsorgen. Inom dessa verksamheter är majoriteten anställda kvinnor. Sammantaget bedöms denna faktor bidra till lägre risker för långvarig sjukfrånvaro bland yngre och bland män. Denna faktors

kvantitativa bidrag till risken för långvarig sjukfrånvaro bedöms på lång sikt vara oförändrat för äldre kvinnor men leda till en minskning med mellan fem och tio procent bland äldre män och yngre kvinnor. Bland yngre män bedöms riskerna i detta scenario minska ungefär dubbelt så mycket som bland yngre kvinnor.

Inställningen till systemen är oförändrad

Tilltron till de system som ger ersättning vid långvarig sjukfrånvaro är fortsatt hög. Inställningen till vilka medicinska tillstånd, som leder till nedsatt arbetsförmåga, som är att betrakta som legitima för rätt till ersättning stabiliserar sig på den nuvarande nivån. Samhällets syn på arbete vid ohälsa och vid hög ålder anpassas till efterfrågan på arbetskraft. Denna faktors bidrag till riskerna för långvarig sjukfrånvaro bedöms vara oförändrat.

5.2 Positiva scenariot

Folkhälsan förbättras generellt

Även i detta scenario förbättras folkhälsan. Skillnaden mellan detta scenario och basscenariot är att förbättringen här blir mer generell. Folkhälsan förbättras således i detta scenario bland yngre och äldre i ungefär samma utsträckning. De negativa konsekvenserna av 1990-talets arbetsmarknadsproblem får inget genomslag på folkhälsan. Bidraget till minskade risker för långvarig sjukfrånvaro bedöms för alla grupper vara mellan fem och tio procent på lång sikt.

Arbetsmarknaden förbättras

I detta scenario utvecklas arbetsmarknaden i flera avseenden i positiv riktning för enskilda. Utvecklingen är omfattande och snabb. En ökad flexibilitet får positiva effekter för de flesta. Fler kommer att vara sysselsatta och färre utan arbete, framför allt ofrivilligt. Den ökade flexibiliteten innebär att de flesta kommer att kunna välja arbete efter egen vilja från tid till annan och utbudet av arbeten kommer att vara stort. Arbetsmiljön kommer att förbättras, dels genom en allmänt förändrad arbetsmarknad, dels genom förbättrad kunskap om arbetsmiljöfaktorer som leder till en förbättring av arbetsmiljön på enskilda arbetsplatser. Även om arbetsmarknaden utvecklas i positiv riktning för de flesta

kommer vissa delar av arbetsmarknaden fortfarande vara mindre berörd, företrädesvis inom vården och omsorgen. Arbetsmarknadens utveckling bedöms i detta scenario på lång sikt bidra med mellan fem och tio procent minskade risker för långvarig sjukfrånvaro utom för gruppen yngre män där effekten bedöms bli dubbelt så stor. Till skillnad från i basscenariot bedöms utvecklingen ske kontinuerligt i ungefär samma takt.

Regelverket behålls på dagens nivå och andra system får ökad betydelse

I likhet med i basscenariot behålls reglerna i förtidspensionen och sjukförsäkringen i princip oförändrade. Ett ökat inslag av främst privata försäkringar, men också avtalsförsäkringar och individuella avtal mellan arbetstagare och arbetsgivare, leder till att fler personer väljer att successivt dra ned på sin arbetstid före 65 års ålder. Ofta sker uttaget av andra ersättningar i kombination med uttag av partiell eller hel ålderspension. Genomslaget av detta förändrade arbetslivsmönster växer med tiden. Under 2000-talets första decennium kommer förändringen i förhållande till i dag att vara relativt liten, bl.a. eftersom efterfrågan på arbetskraft kommer att vara stor. Den stora efterfrågan får betydelse för utformningen av överenskommelser mellan arbetsgivare och arbetstagare oavsett om dessa fattats i form av kollektiva avtal eller individuellt.

Sammantaget bedöms utvecklingen av regelverket och inom andra system bidra till en sänkning av riskerna för långvarig sjukfrånvaro bland äldre med mellan 5 och 10 procent på lång sikt.

Metoderna i sjukvården och i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen utvecklas i snabbare takt

Även i detta scenario fortsätter metoderna inom den förebyggande hälsovården, inom sjukvården och inom olika former av rehabiliteringsverksamhet att utvecklas. Drivkrafterna för och investeringen i denna utveckling förstärks av en stor efterfrågan på arbetskraft. De positiva effekterna av arbetsmarknadens utveckling tas till vara och bidrar till en ytterligare förstärkning av utvecklingen inom detta område. Den allmänna strävan efter jämställdhet leder på sikt till att skillnaden mellan dessa faktorerers betydelse för kvinnor och män utjämnas, dels genom en minskad skillnad mellan kvinnors och mäns arbetsmarknad,

dels genom en medveten prioritering av forskning och utveckling på hälso- och sjukvårdens samt rehabiliteringens område inom de delar som främst berör kvinnor. I detta scenario bidrar utvecklingen inom detta område till en kraftig minskning, ca 15 procent, av riskerna för långvarig sjukfrånvaro såväl bland äldre och yngre som bland män och kvinnor.

Att ta till vara all arbetsförmåga blir naturligt

Inställningen till vad den allmänna försäkringen vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga av medicinska skäl ska täcka förblir oförändrad. Genom förbättrade metoder inom den förebyggande hälsovården, inom sjukvården och inom rehabiliteringen förändras synen på vilka medicinska tillstånd som faktiskt leder till generellt nedsatt arbetsförmåga. Med stor efterfrågan på arbetskraft anpassas arbetslivet till att skapa incitament för alla att utnyttja sin arbetsförmåga. Den vars arbetsförmåga gått förlorad i ett visst arbete erbjuds möjligheter att arbeta med andra saker. Även för den som fått en nedsatt arbetsförmåga som är mer generell skapas möjlighet att utnyttja den arbetsförmåga som trots det återstår. Det blir naturligt att arbeta, åtminstone i någon utsträckning, och detta betydligt högre upp i åldrarna än i dag. Genom att efterfrågan på arbetskraft stiger kraftigt redan under de närmaste fem till tio åren får detta synsätt snabbt genomslag. På lång sikt bidrar denna utveckling i detta scenario till sänkta risker för långvarig sjukfrånvaro med mellan fem och tio procent för de äldre.

5.3 Negativa scenarior

Folkhälsan är oförändrad

I detta scenario sker ingen allmän förändring av folkhälsan. Förändringar av sjukdomspanoramata kommer att ske, men det blir mer en fråga om att vissa sjukdomar avlöser varandra när det gäller deras betydelse för det samlade folkhälsoproblemen. I detta scenario kommer folkhälsan att försämrans något under den närmaste tiden, främst på grund av 1990-talets arbetsmarknadsutveckling, för att sedan vända tillbaka. På lite längre sikt blir det samlade resultatet oförändrat.

Arbetsmarknaden försämras

I detta scenario kommer arbetsmarknaden att utvecklas snabbt, men i negativ riktning. Arbetslösheten kommer gå ner fram till några år före år 2010, men kommer sedan åter att öka. Sammantaget kommer efterfrågan på arbetskraft att minska på lång sikt. Efterfrågan på arbetskraft blir inte heller på medellång sikt så hög som i basscenariot. Utvecklingen av arbetsmarknaden leder till att allt större grupper är utan arbete kortare eller längre perioder, mer eller mindre frivilligt. En bidragande orsak till detta är de allt vanligare med tillfälliga anställningar i olika former. De ”lösa förbindelserna” leder också till ökad otrygghet för enskilda och en i viss mån försämrad arbetsmiljö. På lång sikt bidrar arbetsmarknadens utveckling till ökade risker för långvarig sjukfrånvaro med mellan fem och tio procent för alla grupper. På medellång sikt hindras dock denna utveckling för äldre av den ökade efterfrågan på arbetskraft.

Regelverket anpassas så att det tillsammans med andra system får oförändrad betydelse

I detta scenario leder det ökade inslaget av främst privata försäkringar till att incitamenten för att utträda ur arbetskraften förstärks. Eftersom efterfrågan på arbetskraft blir lägre än i de andra scenarierna bidrar också de ersättningar som betalas ut som en följd av överenskommelser mellan arbetsgivare och arbetstagare till denna utveckling. Emellertid anpassas regelverket som föreskriver storleken på ersättningen från det offentliga systemet till dessa förändringar vilket kan hålla tillbaka utvecklingen något. Sammantaget bedöms inte de behandlade faktorerna få någon betydelse för risken för långvarig sjukfrånvaro.

Utvecklingen av metoderna i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen sker långsammare

Även i detta scenario fortsätter metoderna inom den förebyggande hälsovården och inom sjukvården att utvecklas. Emellertid kommer insatserna inom detta område främst att vara inriktade på att bota och lindra snarare än att undvika eller häva nedsättning av arbetsförmåga. På grund av en på sikt minskad efterfrågan på arbetskraft avstannar också utvecklingen inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen något. Trots att utvecklingen inom detta område sker långsammare än i de andra scenarierna förväntas den ändå bidra till sänkta risker för långvarig

sjukfrånvaro, dock endast bland yngre män (med ca fem till tio procent på lång sikt).

Att erbjuda försörjning är det viktigaste

Inställningen till att försöka behålla äldre personer i arbetskraften påverkas påtagligt av den lägre efterfrågan på arbetskraft. Både ur samhällets synvinkel och ur arbetsgivarnas och arbetstagarnas är det viktigaste att få in yngre (mer produktiv) arbetskraft. Huvudsaken blir att ge de äldre möjlighet att försörja sig efter att de har lämnat arbetskraften. Utvecklingen hålls dock tillbaka eftersom försörjningsbördan tenderar att öka och det finansiella utrymmet minskar.

Den ändrade inställningen till äldre i arbetskraften bedöms i detta scenario leda till ökade risker för långvarig sjukfrånvaro i denna grupp med fem till tio procent på lång sikt.

5.4 Konsekvenser för riskerna för långvarig sjukfrånvaro i olika scenarior

I följande tabell redovisas vilka konsekvenser de tre beskrivna scenarierna får för risken för långvarig sjukfrånvaro. Faktorerna motsvarar rubrikerna "Folkhälsans utveckling", "Arbetsmarknadens utveckling", "Regelverket", "Andra regelverk och avtal", "Förebyggande hälsovård, sjukvård och rehabilitering" samt "Attityder och värderingar" i kapitel 4.

Tabell 5.1a Olika faktorerers påverkan på risken för långvarig sjukfrånvaro på medellång sikt bland kvinnor och män i olika ålder

Pilarna i tabellen ska tolkas enligt följande: ↗ markerar att denna faktor bidrar till ökade risker för långvarig sjukfrånvaro, → markerar oförändrade risker, ↘ markerar minskade risker och ↓ markerar kraftigt minskade risker.

Basscenario	Äldre män	Yngre män	Äldre kvinnor	Yngre kvinnor
Folkhälsa	↘	→	↘	→
Arbetsmarknad	↘	↘	↘	→
Regelverk	→	→	→	→
Andra regelverk	→	→	→	→
Rehabilitering	↘	↓	→	↘
Attityder	→	→	→	→
Positivt scenario	Äldre män	Yngre män	Äldre kvinnor	Yngre kvinnor
Folkhälsa	↘	↘	↘	↘
Arbetsmarknad	↘	↓	↘	↘
Regelverk	→	→	→	→
Andra regelverk	↘	→	↘	→
Rehabilitering	↓	↓	↓	↓
Attityder	↘	→	↘	→
Negativt scenario	Äldre män	Yngre män	Äldre kvinnor	Yngre kvinnor
Folkhälsa	→	→	→	→
Arbetsmarknad	→	↗	→	↗
Regelverk	→	→	→	→
Andra regelverk	→	→	→	→
Rehabilitering	→	↘	→	→
Attityder	↗	→	↗	→

Tabell 5.1b Olika faktorerers påverkan på risken för långvarig sjukfrånvaro på lång sikt bland kvinnor och män i olika ålder

Basscenario	Äldre män	Yngre män	Äldre kvinnor	Yngre kvinnor
Folkhälsa	↘	→	↘	→
Arbetsmarknad	→	→	→	↗
Regelverk	→	→	→	→
Andra regelverk	→	→	→	→
Rehabilitering	↘	↓	→	↘
Attityder	→	→	→	→

Positivt scenario	Äldre män	Yngre män	Äldre kvinnor	Yngre kvinnor
Folkhälsa	↘	↘	↘	↘
Arbetsmarknad	↘	↓	↘	↘
Regelverk	→	→	→	→
Andra regelverk	↘	→	↘	→
Rehabilitering	↓	↓	↓	↓
Attityder	↘	→	↘	→

Negativt scenario	Äldre män	Yngre män	Äldre kvinnor	Yngre kvinnor
Folkhälsa	→	→	→	→
Arbetsmarknad	↗	↗	↗	↗
Regelverk	→	→	→	→
Andra regelverk	→	→	→	→
Rehabilitering	→	↘	→	→
Attityder	↗	→	↗	→

5.5 Utvecklingen fram till 2005–2010

Antalet långa sjukfall (ett år eller längre) har trendmässigt ökat i ett längre perspektiv. Utvecklingen har dock ingalunda bestått av en konstant ökning. Tvärtom har utvecklingen sedan 1960-talet innehållit både upp- och nedgångar i antalen. Också under 1990-talet har antalet både ökat (de allra första och de sista åren) och minskat (mellan 1992 och 1996). Även om antalet kan stiga ytterligare några år framåt i tiden är det sannolikt att ett mycket stort antal långa sjukfall resulterar i en ökad övergång till förtidspension och sjukbidrag i likhet med vad som

inträffade i början av 1990-talet. Att döma av uppgifter från RFV om övergångar från långa sjukfall till förtidspension och sjukbidrag avseende januari till september 1999 har dessa bland riktigt långa sjukfall (över 4 år långa) ökat kraftigt i antal under året. Samtidigt har emellertid sådana övergångar för sjukfall mellan ett och tre år minskat. Oavsett vilket scenario som avses får dock antas att övergångarna framöver sker på sådant sätt att antalet långa sjukfall stabiliserar sig.

I tabell 5.2 redovisas en uppskattning av i vilken utsträckning riskerna att förtidspensioneras för män och kvinnor i olika åldrar påverkas fram till 2005. Förändringen, uttryckt i procent, utgör en summa av den påverkan som de faktorer som behandlats ovan innebär.

Tabell 5.2 Procentuell förändring av risken att förtidspensioneras för kvinnor och män i olika ålder fram till år 2005 enligt de tre scenarierna

	Äldre män	Yngre män	Äldre kvinnor	Yngre kvinnor
Basscenario	-7,5	-7,5	-5,0	-2,5
Positivt scenario	-15	-12,5	-15	-10
Negativt scenario	+2,5	0	+2,5	+2,5

Uppskattningarna grundar sig på den utveckling som behandlades i beskrivningen av respektive scenario.

Med utgångspunkt i de genomsnittliga riskerna för åren 1996–1998, och med gränsen mellan yngre och äldre i ovanstående redovisning dragen vid 55 års ålder, innebär ovan redovisade förändringstal att antalet nybeviljade förtidspensioner (och sjukbidrag) på medellång sikt bedöms som framgår av tabell 5.3. Antalet nybeviljanden år 2010 utgör en ytterligare framskrivning av de i tabell 5.2 redovisade förändringstalen.

Tabell 5.3 Antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag åren 2005 och 2010 enligt de tre scenarierna samt med oförändrade risker i förhållande till åren 1996–1998

	Nybeviljade år 2005	Nybeviljade år 2010
Oförändrade risker	44 400	43 900
Basscenario	41 900	39 900
Positivt scenario	38 500	34 400
Negativt scenario	45 300	45 400

5.6 Utvecklingen fram till 2020–2025

I enlighet med vad som beskrivits rörande utvecklingen fram till åren 2005 och 2010 får antalet långa sjukfall antas nivåmässigt stabilisera sig också på lång sikt. När det gäller riskerna för förtidspensionering leder de tre scenarierna som beskrivits till en ytterligare utveckling om framskrivningen görs ytterligare 10 till 15 år jämfört med vad som beskrivits för åren 2005 till 2010.

I tabell 5.4 görs ett försök att kvantifiera riskutvecklingen fram till år 2020 på samma sätt som gjordes i tabell 5.2 avseende år 2005.

Tabell 5.4 Procentuell förändring av risken att förtidspensioneras för kvinnor och män i olika ålder fram till år 2020 enligt de tre scenarierna

	Äldre män	Yngre män	Äldre kvinnor	Yngre kvinnor
Basscenario	-15	-15	-7,5	0
Positivt scenario	-45	-37,5	-45	-30
Negativt scenario	+15	0	+15	+7,5

Vid en sådan utveckling kommer antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag åren 2020 och 2025 att uppgå till vad som redovisas i tabell 5.5.

Tabell 5.5 Antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag åren 2020 och 2025 enligt de tre scenarierna samt med oförändrade risker i förhållande till åren 1996–1998

	Nybeviljade år 2020	Nybeviljade år 2025
Oförändrade risker	42 300	43 300
Basscenario	38 400	39 200
Positivt scenario	25 500	25 900
Negativt scenario	46 700	47 800

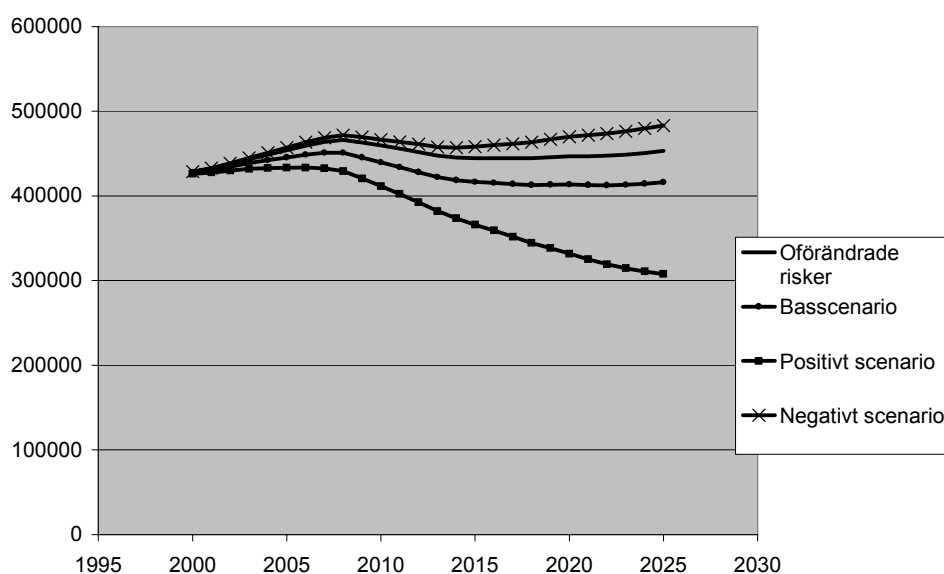
5.7 Utveckling av stocken förtidspensionärer fram till år 2025

För att illustrera på vilket sätt antalet förtidspensionärer skulle utvecklas enligt de ovan beskrivna scenarierna har beräkningar gjorts på den s.k. stocken. Utgångspunkten har varit det antal förtidspensionärer som fanns i december år 1998. Genom att låta de risker som ovan redovisats i de olika scenarierna påverka inflödet (de nybeviljade förtidspensio-

nerna och sjukbidragen) kan den framtida stocken beräknas. I beräkningarna har utflödet genom upphörda förmåner och dödsfall hållits konstant på 7 900 per år (2 900 upphörda och 5 000 dödsfall), vilket motsvarar det antal som Riksförsäkringsverket för närvarande använder sig av i sina prognoser på kort sikt. Utflöde i form av övergång till ålderspension motsvarar det antal personer som fyller 65 år.

I figur 5.1 redovisas det antal förtidspensionärer som skulle finnas från år 2000 till år 2025 enligt de scenarier som skisserats ovan. Riskutvecklingen antas vara jämn från nu fram till år 2010, därefter jämn fram till år 2020, för att slutligen därefter vara oförändrad fram till år 2025.

Figur 5.1 Antalet personer med förtidspension eller sjukbidrag åren 2000 till 2025 enligt de tre scenarierna samt jämfört med oförändrade risker i förhållande till åren 1996–1998



Figuren illustrerar hur antalet förtidspensionärer (och sjukbidragstagare) skulle öka, oberoende av vilket scenario som blir verklighet fram till ungefär 2007–2008. År 2005 skulle antalet personer uppgå till 457 000 i det negativa scenariot, till 454 000 vid oförändrade risker, till 445 000 i basscenarioet och till 433 000 i det positiva scenariot. År 2010 då en sänkning av antalet inlets skulle stocken totalt bestå av 467 000, 459 000, 440 000 och 412 000 förtidspensionärer och sjukbidrags-

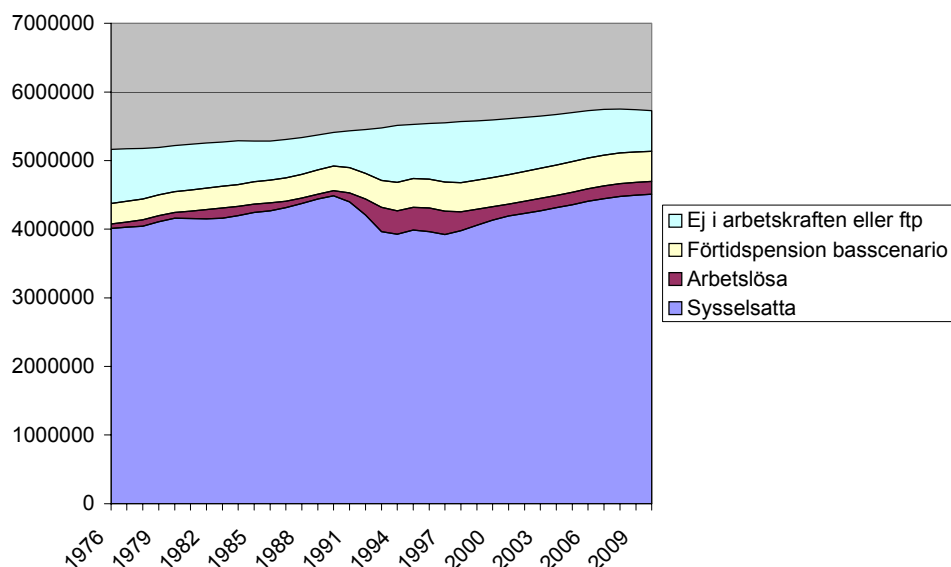
tagare i respektive scenario. I det negativa scenariot förbyts nedgången mellan ca år 2007 till år 2014 i en uppgång så att antalet personer år 2020 uppgår till 470 000 och år 2025 till 483 000. Vid oförändrade risker skulle ett liknande mönster inträffa över tid, men uppgången efter år 2013–2014 är betydligt mindre. Antalet personer i stocken skulle med oförändrade risker i förhållande till åren 1996–1998 uppgå till 447 000 år 2020 och 453 000 år 2025. I basscenariot skulle stocken vara i stort oförändrad efter uppgången i början av 2000-talet och den därpå följande nedgången fram till ungefär år 2014, så att antalet personer skulle vara 413 000 år 2020 och 416 000 år 2025. Detta motsvarar nära nog precis de nivåer vi haft under senare år. I det positiva scenariot skulle nedgången som inleds ca år 2007 fortsätta i snabb takt även efter år 2014. Antalet personer i stocken skulle i detta scenario endast vara 332 000 år 2020 och 308 000 år 2025. Det är dock värt att notera att den riskutveckling som beskrivs i det sistnämnda scenariot är mycket kraftig, och kanske därmed inte särskilt sannolik över en mycket lång period.

För att få en uppfattning om det totala antalet personer som kommer att uppbära ersättning på grund av långvarig sjukfrånvaro bör uppskattningsvis drygt 40 000 långa sjuk- och rehabiliteringspenningfall läggas till den redovisade stocken förtidspensionärer, i det positiva scenariot något färre.

5.8 De tre scenarierna och sysselsättningen

Kan de tre scenarier kombineras med en långsiktig utveckling av sysselsättningen? För att ge ett svar på frågan kan de tre scenariernas utveckling av förtidspensioneringen kombineras med den utveckling som Långtidsutredningen 1995 presenterade i sitt basscenario avseende sysselsättningen fram till år 2010. På så sätt får vi ett underlag för att bedöma scenariernas rimlighet ur ett makroperspektiv.

Figur 5.2 Antalet sysselsatta, arbetslösa, förtidspensionärer och övriga utanför arbetskraften från år 1976 till 2010



Diagrammet bygger på faktiska siffror från SCB och RFV vad avser uppgifterna fram till i dag. Framskrivningen av antalet sysselsatta bygger på basscenariot i Långtidsutredningen 1995. Antalet arbetslösa förväntas uppgå till 4 procent enligt regeringens mål för arbetslösheten och antalet förtidspensionärer till det antal som ovan redovisade basscenariot för den framtida utvecklingen av den långvariga sjukfrånvaron skulle innebära. Den framtida befolkningen är hämtad från SCB.

Figuren visar hur den grupp som står utanför arbetskraften måste minska för att långtidsutredningens basscenariot för sysselsättningen ska kunna kombineras med en 4-procentig arbetslöshet och basscenariot för förtidspensionernas utveckling. Denna i hög grad heterogena grupp uppgår i dag till ca 900 000 individer. För att ovan redovisade utveckling ska förverkligas krävs att gruppen minskar till ca 600 000 individer fram till år 2010. Denna utveckling krävs i stort sett oavsett vilket av de tre scenarierna som redovisas ovan som blir verklighet. Det är svårt att förutse hur denna minskning ska kunna ske eller åstadkommas. Den kraftiga minskning som det ändå är frågan om antyder dock att det sannolikt krävs insatser inom flera områden och hjälp av den gynnsamma arbetsmarknadsutvecklingen för att beskrivningen ska kunna bli verklighet.



REGERINGEN

Regeringsbeslut**157**

1999-06-23

S1999/5800/SF

SocialdepartementetStatskontoret
Box 2280
103 17 STOCKHOLM**Uppdrag att göra en analys och bedömning av utvecklingen av
långvarig medicinskt grundad arbetsförmåga**

1 bilaga

Regeringens beslut

Regeringen uppdrar åt Statskontoret att göra en analys och bedömning av den kommande utvecklingen av långvarig medicinskt betingad arbetsförmåga. I första hand bör arbetet inriktas på att sammanställa och värdera de kunskaper som i olika sammanhang uppnåtts genom forskning, utvärdering, uppföljning m.m. Bedömningen skall omfatta utvecklingen på såväl kort som längre sikt av dels antalet personer vilkas arbetsförmåga av medicinska skäl kommer att vara nedsatt under en tid av ett år eller däröver utan att nedsättningen kan bedömas som varaktig, dels antalet personer som kommer att beviljas förtidspension, dvs. kan bedömas ha en av medicinska skäl varaktigt nedsatt arbetsförmåga. I uppdraget ingår även att uppskatta utvecklingen av sammansättningen av dessa båda grupper vad avser kön resp. ålder.

I en bifogad promemoria (bilaga) ges en beskrivning av de förhållanden och problemställningar som utgör basen för uppdraget.

Riksförsäkringsverket skall biträda Statskontoret i arbetet genom att lämna information i form av statistiska uppgifter m.m. som behövs för

att Statskontoret skall kunna fullfölja arbetet samt genom att bistå med sakkunskap på socialförsäkringsområdet.

Uppdraget skall redovisas till Socialdepartementet senast den 15 oktober 1999.

Ärendet

Den 5 mars 1998 beslutade regeringen proposition om reformerad förtidspension (prop. 1997/98:111). Propositionen innehöll förslag till riktlinjer för en reformering av reglerna om ersättning vid varaktig medicinskt grundad arbetsoförmåga - det som i dag utgör den huvudsakliga delen av förtidspensionssystemet. Vidare beskrevs den planerade fortsatta beredningen av frågan om en reformering av hela systemet för ersättning vid långvarig medicinskt grundad arbetsoförmåga - vilket i dag även inbegriper långa sjukpenningfall och sjukbidrag. Enligt propositionen måste den framtida utgiftsutvecklingen i det reformerade systemet i sin helhet rymmas inom de ramar som ges av offentliga finanser i balans.

Riksdagen godkände de riktlinjer regeringen föreslog i propositionen (bet. 1997/98:SfU11, rskr. 1997/98:237).

Arbetet med beredningen av en reformering av hela systemet för ersättning vid långvarig medicinskt grundad arbetsoförmåga bedrivs för närvarande i projektform inom Socialdepartementet. I arbetet ingår att med utgångspunkt i målet om offentliga finanser i balans bedöma det statsfinansiella utfallet av de förslag som lämnas. Samtidigt är framskrivningen av inte minst antalet förtidspensioner men även av den genomsnittliga ersättningen relativt osäker, beroende på att en mängd svårbedömda faktorer kan påverka utvecklingen. Som en följd av arbetet i projektet uppkommer därför ett specifikt behov av analys och bedömning av den kommande utvecklingen av långvarig medicinskt grundad arbetsoförmåga.

På regeringens vägnar

Maj-Inger Klingvall

Tomas Forenius

Kopia till

socialförsäkringsutskottet
Justitiedepartementet/F
Finansdepartementet/Ba
Riksförsäkringsverket



REGERINGEN

Socialdepartementet

*Bilaga till regeringsbeslut
1999-06-23 nr 157*

Promemoria

1999-06-23

Behov av en analys och bedömning av utvecklingen av långvarig medicinskt grundad arbetsförmåga*Bakgrund*

I december 1998 betalades förtidspension/sjukbidrag ut till knappt 422 000 personer, vilket är något färre än år 1997. Under perioden 1987-1998 steg antalet personer med förtidspension/sjukbidrag inledningsvis från nivån 341 000 år 1987 till 422 000 år 1994 och har sedan dess med relativt små variationer legat kvar på ungefär samma nivå.

Antalet personer som nybeviljats förtidspension/sjukbidrag under kalenderåret har under de senaste decennierna varierat relativt kraftigt. Under 1970-talet varierade antalet mellan som lägst cirka 44 000 år 1971 och som högst cirka 52 000 år 1972. 1980-talet innebar variationer mellan som lägst cirka 42 000 år 1982 och som högst cirka 54 000 år 1988. Under 1990-talet skedde först en ökning av antalet från inledningsvis cirka 50 000 till som mest cirka 62 000 år 1993. Därefter inträffade en minskning, som innebar att antalet från mitten av 1990-talet till och med år 1997 legat på mellan 39 000 och 41 000 för att slutligen år 1998 sjunka till under senaste decennier unikt låga cirka 35 000.

Ett skäl till den minskning av antalet nybeviljade förtidspensioner som ägt rum från mitten av 1990-talet och framåt är att försäkrings-

kassorna under åren 1992 och 1993 "rensade bort" ett stort antal långa sjukpenningfall som pågått under flera år. Efter denna rensning har naturligtvis övergången från långa sjukpenningfall till förtidspension minskat. Ett annat skäl till minskningen kan vara att försäkringskassornas arbete med rehabilitering m.m. börjat ge resultat på förtidspensioneringen. Det är också rimligt att anta att minskningen till en del kan hänföras till ändringar av kriterierna för förtidspension som genomförts under senare år. Mellan åren 1996 och 1997 skedde en ökning av antalet nybeviljade förtidspensioner med cirka 2 000. Ett skäl till detta var att de s.k. äldrereglerna avskaffades och även en skärpning av kriterierna för förtidspension genomfördes den 1 januari 1997. Enligt övergångsreglerna fick de som ansökt om förtidspension före 1997 sin ansökan prövad enligt äldre regler. Detta medförde en kraftig anhopning av förtidspensionsansökningar under slutet av 1996 som i huvudsak handlades under 1997. Nästan hela ökningen av antalet nybeviljade skedde i åldersgruppen 60-64 år. Antalet nybeviljade förtidspensioner minskade sedan år 1998, framför allt i åldersgruppen 60-64 år, till ovan angivna siffran 35 000. I vart fall till en del torde emellertid detta vara en tillfällig effekt av regeländringarna 1997.

Antalet långa sjukfall har ökat under åren 1998 och 1999. Det kan antas att antalet långa sjukfall som avslutas med förtidspension kommer att öka. Samtidigt finns dock faktorer som kan begränsa antalsökningen. Kriterierna för rätt till förtidspension har skärpts. Det kan bl.a. innebära att färre personer förtidspensioneras bland dem som tidigare inte varit långtidssjukskrivna. En minskning av arbetslösheten kan också begränsa övergången från långa sjukfall till förtidspension. En annan viktig faktor är försäkringskassornas rehabiliteringsarbete. Om resurser satsas på rehabilitering kan det långsiktigt minska antalsutvecklingen. Om försäkringskassorna "rensar" bland de långa sjukfallen kan det dock leda till en tillfällig anhopning av antalet nybeviljade förtidspensioner, men i så fall innebär detta att kostnaderna inom sjukpenningförsäkringen minskar.

Den antalsmässigt mest betydelsefulla orsaken till att en förtidspension upphör är övergång till ålderspension. Antalet förtidspensioner som upphör av detta skäl har av demografiska skäl under 1990-talets senare hälft successivt minskat från inledningsvis cirka 32 500 år 1994 till cirka 28 000 år 1998. Antalet avgångar från förtidspensionen till följd av dödsfall har under samma tid legat relativt konstant på cirka 5 500, dock med en viss successiv minskning.

Inom förtidspensioneringen finns en långsiktig trend med fler kvinnor än män bland de pensionerade. Ända sedan mitten av 1970-talet har ökningen de flesta år varit kraftigast bland kvinnor och år 1998 utgjorde kvinnorna ca 56 procent av det totala antalet förtidspen-

sionärer. Särskilt bör framhållas att ett ökat antal yngre kvinnor har pensionerats under de senaste åren. Att de långa sjukfallen bland kvinnor under senare tid ökat riskerar att ytterligare förstärka denna utveckling. Orsaken till att fler kvinnor än män är långtidssjukskrivna eller förtidspensionerade är inte klarlagd.

När det gäller åldersfördelningen i gruppen personer med förtidspension/sjukbidrag kan konstateras att den antalsmässiga tyngdpunkten av naturliga skäl ligger i de högsta åldersgrupperna. Således uppgår antalet i åldrarna 60-64 år f.n. till cirka 134 000. En viss minskning av denna grupp har skett under senare år. Den näst äldsta åldersgruppen, 55-59 år, uppgår till cirka 92 000 personer och antalet i denna grupp har varit relativt konstant sedan några år tillbaka. När det gäller åldersgruppen 50-54 år har dock skett en märkbar ökning från cirka 60 000 personer år 1993 till 72 000 år 1998. Gruppen 40-49 år har under senare år minskat något och uppgår till cirka 76 000 personer. I den yngsta gruppen, 16-39 år, uppgår antalet f.n. till cirka 48 000, vilket innebär att en svag ökning skett under senare år.

Hur beståndet förtidspensionärer ser ut ett visst år med avseende på ålder m.m. beror på hur sammansättningen av de olika årskullarna nybeviljade förtidspensionärer/sjukbidragstagare varit under en lång period bakåt i tiden. Utvecklingen under den gångna tjugoårsperioden har inneburit att de ovan angivna åldersgruppernas andelar i de olika ovan angivna ålderskullarna tenderat att bli mer jämnstora. År 1998 var antalet i åldersgruppen 60-64 år cirka 7 600, i åldersgruppen 55-59 år cirka 7 700, i åldersgruppen 50-54 år cirka 6 200, i åldersgruppen 40-49 år cirka 7 000 och i åldersgruppen 16-39 år cirka 6 100. I mitten av 1980-talet var däremot antalet i gruppen 60-64 år dubbelt så stort som i gruppen 55-59 år och flera gånger större än i de övriga tre grupperna.

Uppdraget

En analys och bedömning av den kommande utvecklingen av långvarig medicinskt betingad arbetsoförmåga bör genomföras. I första hand bör arbetet inriktas på att sammanställa och värdera de kunskaper som i olika sammanhang uppnåtts genom forskning, utvärdering, uppföljning m.m. Bedömningen bör omfatta utvecklingen på såväl kort som längre sikt av dels antalet personer vars arbetsförmåga av medicinska skäl kommer att vara nedsatt under en tid av ett år eller däröver utan att nedsättningen kan bedömas som varaktig, dels antalet personer som kommer att beviljas förtidspension, dvs. kan bedömas ha en av medicinska skäl varaktigt nedsatt arbetsförmåga. I analysen ingår även att

uppskatta utvecklingen av sammansättningen av dessa båda grupper vad avser kön resp. ålder.

Den övergripande frågeställningen är hur den framtida utvecklingen av antalet förtidspensionärer (och långtidssjukskrivna över 1 år) kommer att se ut. En bedömning av denna utveckling är nödvändig för att i erforderlig utsträckning kunna uppskatta kostnadseffekterna av den reformering av bl.a. förtidspensionen som f.n. bereds av Projekt Reformerad Förtidspension m.m. inom Socialdepartementet.

Riksförsäkringsverket (RFV) anlitas av Socialdepartementet för att göra beräkningar av de finansiella konsekvenserna av förslagen. Utgiftsutvecklingen är främst beroende av antalsutvecklingen. Som en följd av arbetet med reformering av reglerna om ersättning vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga uppstår särskilda behov av bedömning av antalsutvecklingen. Uppgiften att göra en uppskattning av denna utveckling kräver särskild kompetens. Här kan ett externt uppdrag innebära en fördel genom att arbetet avlastas från de uppgifter som projektet och RFV i övrigt har att hantera. Det är dock viktigt att arbetet med uppdraget sker i nära samarbete med projektet, Socialdepartementets analysfunktion och RFV och att den sakkunskap som finns att hämta där tas till vara. Regeringen kommer vidare att ge en särskild utredare i uppgift att göra en analys av sjukförsäkringen. Därmed kommer även en fördjupad analys av långtidssjukskrivningen att göras.

Det finns ett flertal faktorer som har betydelse för utvecklingen av antalet personer som kommer att uppbära ersättning från socialförsäkringen på grund av långvarigt nedsatt arbetsförmåga av medicinska skäl. En viktig och alarmerande faktor är den demografiska utvecklingen. Redan nu är situationen sådan att gruppen som uppnått den ålder då risken för långvarig ohälsa är som störst inte längre består av det relativa fåtal personer födda på 1930-talet och början av 1940-talet utan av de väsentligt fler personerna födda under andra hälften av 1940-talet. Det har dock framförts hypoteser om att den demografiska effekten som kan följa av detta får ett begränsat genomslag eftersom riskerna för långvarig ohälsa skiljer sig mellan de nämnda födelseårgångarna.

Det sistnämnda är uttryck för att också andra faktorer är av väsentlig betydelse för utvecklingen. Hälsoutvecklingen i befolkningen förändras. Uttryckt som medellivslängd ökar folkhälsan stadigt. Emellertid behöver inte den ökade medellivslängden vara liktydig med en förbättrad hälsa under alla levnadsår och än mindre med att arbetsförmågan under förvärvsaktiv ålder ökar. Förmågan att arbeta styrs inte bara av hälsan. Även med viss hälsonefsättning är det naturligtvis möjligt att arbeta. Beroende på vilket arbete en individ utför, får olika typer av sjukdomar och funktionshinder olika stor betydelse. Således

har också arbetsmarknadens utveckling stor betydelse för utvecklingen av antalet personer med långvarigt nedsatt arbetsförmåga. Ersättningsregler och kriterier för när ersättning skall ges kan också ha inverkan på antalsutvecklingen.

Det går inte heller att bortse från att förskjutningar av såväl enskilda individers inställning som den allmänna attityden till i vilken utsträckning man ska behöva arbeta när man har en sjukdom eller ett funktionshinder kan vara av betydelse. I många sammanhang har också diskuterats attitydförskjutningar i samhället av vad som faktiskt är att betrakta som ohälsa.

Förenklat kan tre områden identifieras inom vilka kunskap bör sökas.

1. Vilken demografiskt grundad utveckling av ersättning vid långvarig medicinskt grundad arbetsförmåga kan förväntas?
2. Vilka faktorer – direkta och indirekta – har inverkan på förtidspensioneringen? Här avses såväl individfaktorer som samhällsfaktorer.
3. Vilka faktorer är de mest betydelsefulla för förtidspensionen och vilken relativ tyngd har de? Hur förändras de över tiden och vad har förändringarna sin grund i?

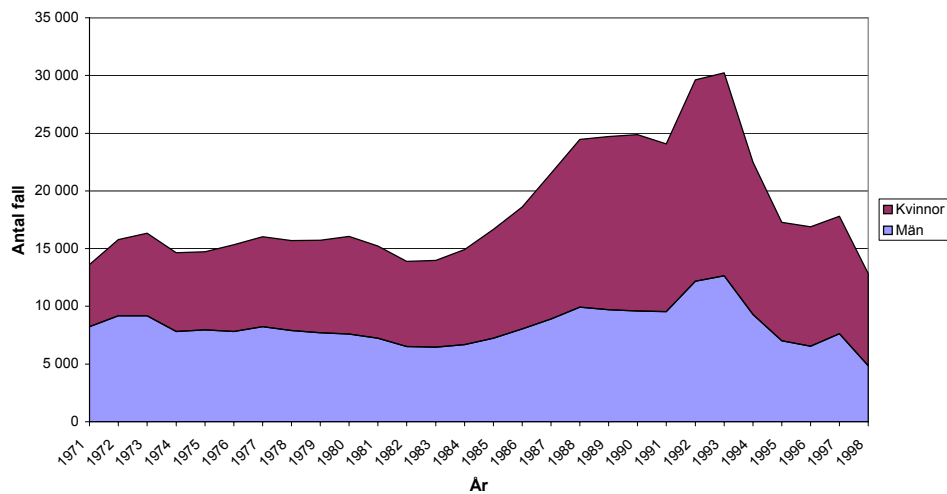
Som framgår av ovan redovisade tre punkter kan bedömningen sägas avse att undersöka en kedja av händelser som kan påverka antalsutvecklingen. Två tidsperspektiv är intressanta; dels 5-10 år, dels 20-25 år. Den samlade kunskapen bör användas till att konstruera några troliga scenarier rörande den framtida utvecklingen.

Nybeviljade förtidspensioner 1971-1998

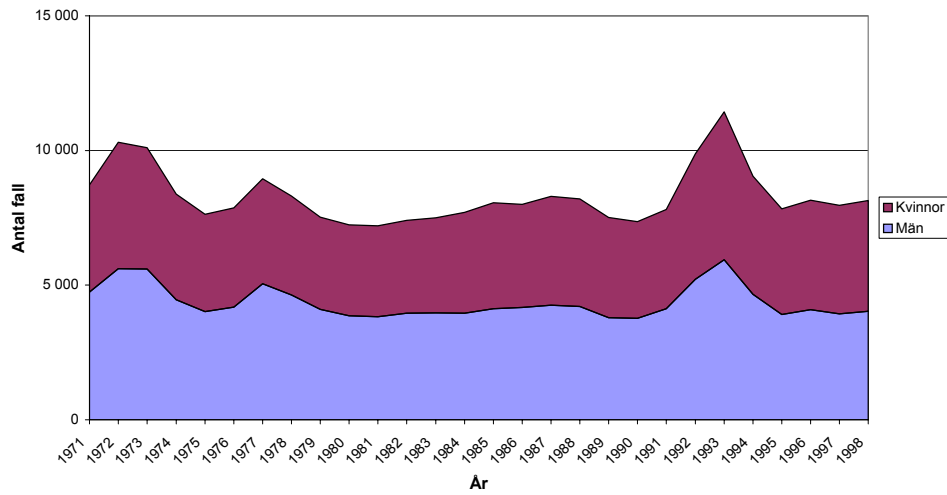
Figur 1–5 Nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag år 1971–1998 för respektive diagnosgrupp

Figur 6–10 Nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag år 1971–1998 efter diagnosgrupp och ålder 31 december

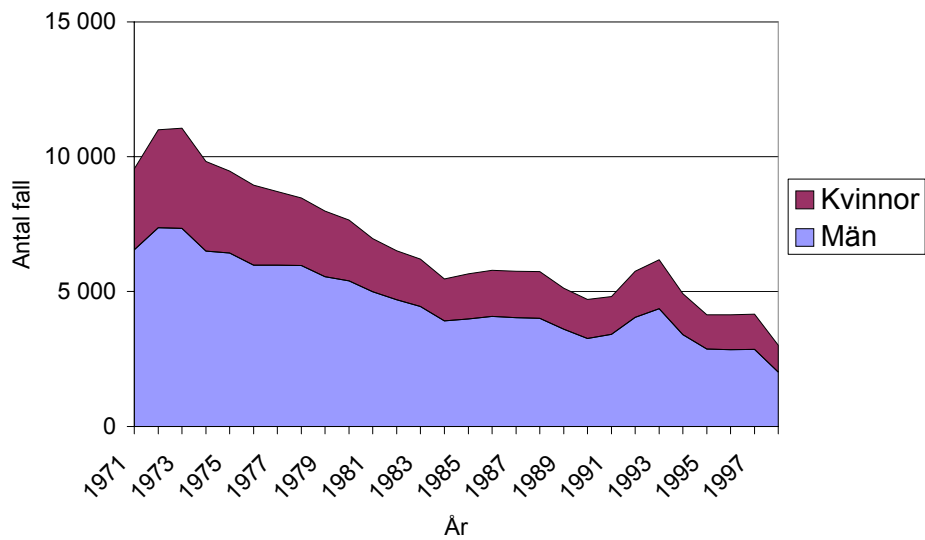
**Figur 1 Nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag år 1971-1998:
Sjukdom i muskuloskeletal systemet och bindväven**



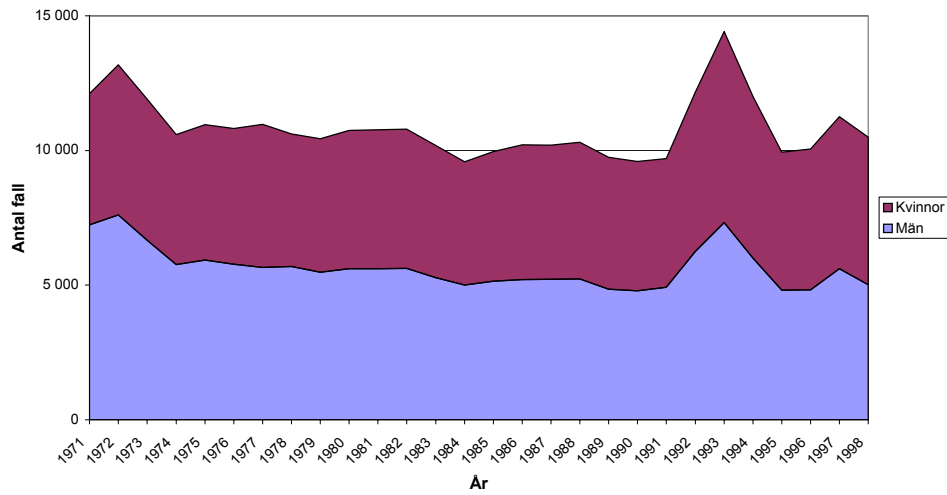
**Figur 2 Nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag år 1971-1998:
Psykiska sjukdomar och syndrom**



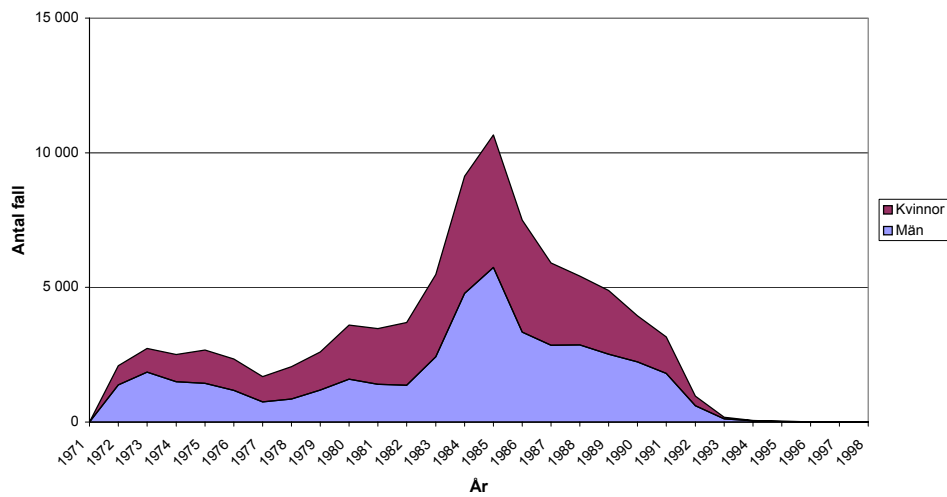
**Figur 3 Nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag år 1971-1998:
Cirkulationsorganens sjukdomar**



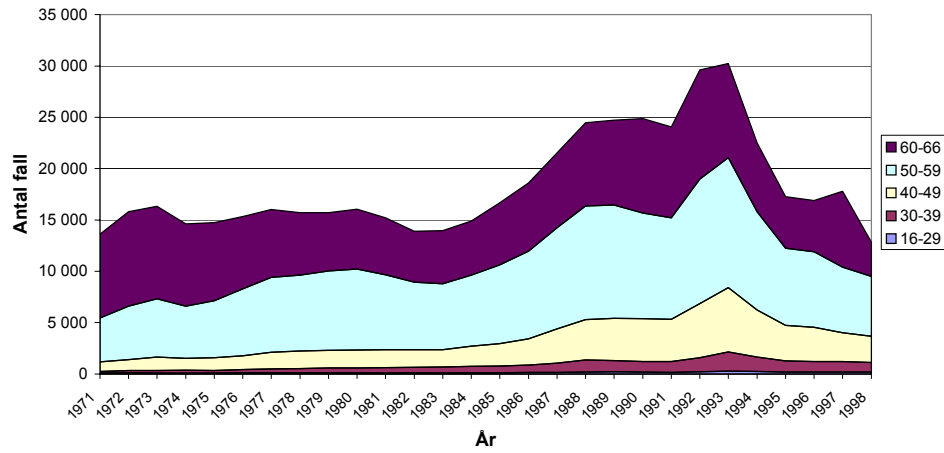
**Figur 4 Nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag år 1971-1998:
Övriga sjukdomar**



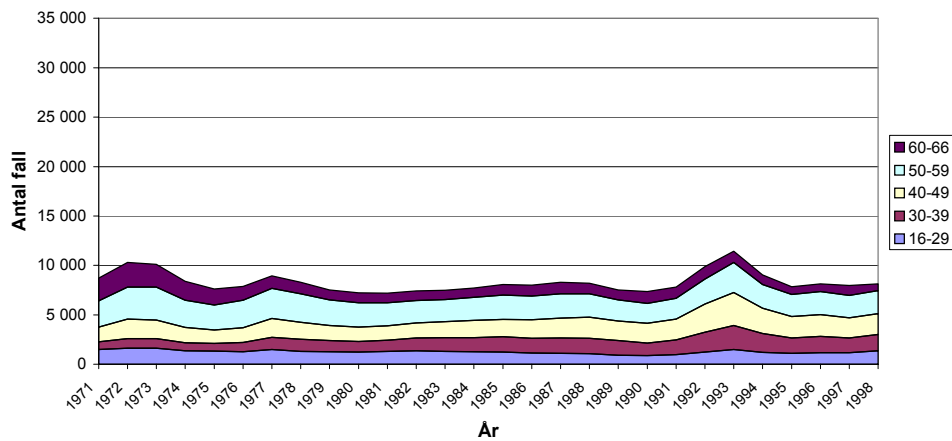
**Figur 5 Nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag år 1971-1998:
Arbetsmarknadsskäl**



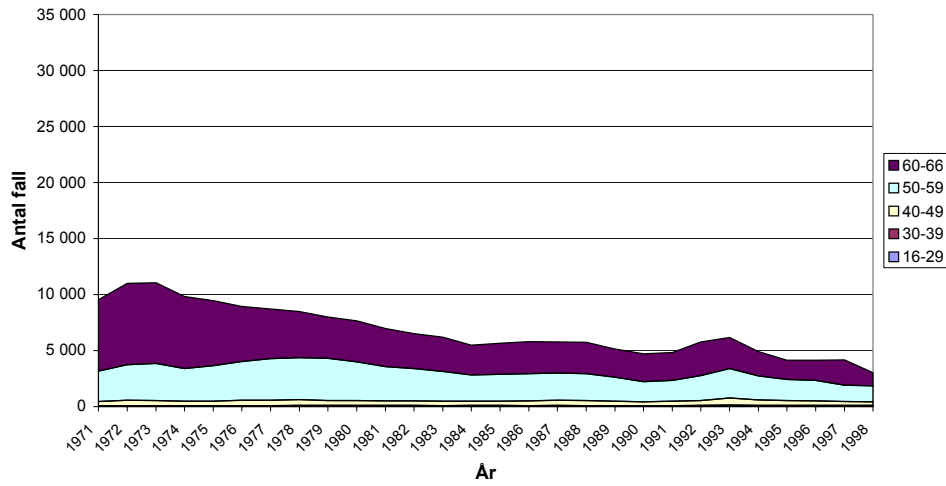
Figur 6 Nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag år 1971-1998 efter diagnosgrupp och ålder 31/12: Sjukdom i muskuloskeletal systemet och bindväven



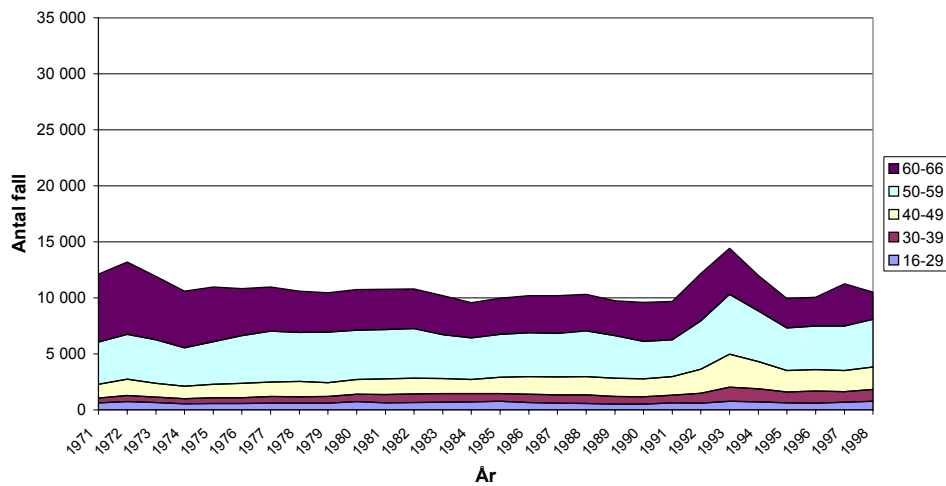
Figur 7 Nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag år 1971-1998 efter diagnosgrupp och ålder 31/12: Psykiska sjukdomar och syndrom



Figur 8 Nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag år 1971-1998 efter diagnosgrupp och ålder 31/12: Cirkulationsorganens sjukdomar



Figur 9 Nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag år 1971-1998 efter diagnosgrupp och ålder 31/12: Övriga sjukdomar



Indexering i det reformerade ålderspensionssystemet

Det reformerade ålderspensionssystemet bygger på den så kallade livsinkomstprincipen, vilket bl.a. innebär att samtliga års pensionsgrundande inkomster under förvärvslivet skall ligga till grund för beräkning av inkomstpension. I ett sådant system bör varje års pensionsgrundande inkomst väga lika tungt i beräkningen av inkomstpensionen oavsett när under förvärvslivet de tjänas in. Denna princip förutsätter att värdet av intjänad pensionsrätt avseende inkomstpension räknas om med hänsyn till inkomstutvecklingen i samhället. Därigenom kopplas dessa pensionsförmånens värde till utvecklingen av de inkomster ur vilka de utgående inkomstpensionerna finansieras. Vidare medför en sådan omräkning att intjänad pensionsrätt behåller sitt värde relativt den allmänna inkomstnivån. Denna omräkning av pensionsförmånerna kan betraktas som en avkastning på pensionsförmögenheten.

Värdet av intjänade pensionsrätter respektive utgående pension i fördelningsdelen skall därför årligen räknas om med hänsyn till inkomstutvecklingen i samhället. Omräkningen skall ske med utgångspunkt från den årliga förändringen i ett index. Enligt riksdagens beslut skall detta index benämnas *inkomstindex*. Inkomstindex är ett snittindex som i princip speglar genomsnittliga pensionsgrundande inkomster. Till inkomstindex avses bli fogade regler om avsteg för det fall systemets ekonomiska stabilitet hotas, den s.k. automatiska balanseringen (bromsen). Vad som ovan sagts gäller inkomstpensionen. Garantipensionen kommer i det reformerade ålderspensionssystemet att vara fortsatt prisindexerad.

Överväganden vid indexkonstruktionen

När det gäller valet av det inkomstmått som skall ligga till grund för inkomstindexet finns i huvudsak två principiellt skilda alternativ:

- ett mått på genomsnittsinkomst per person för de förvärvsarbete (snittindex)

- ett mått på de förvärvsarbetandes samlade inkomstsumma (summaindex).

Denna fråga har ingående behandlats i samband med beredningen av det reformerade ålderspensionssystemet.

Vid flera tillfällen har redogjorts för att valet av inkomstmått har stor betydelse för pensionssystemets förmåga att uppfylla vissa av de mål som har satts upp för systemet. Huvudmålet har ansetts vara att de intjänade pensionsrätterna och de utgående pensionerna, efter avräkning av normen som tillgodoräknats vid beräkningen av pensionen (se avsnittet Årlig omräkning av utgående inkomstpension nedan), skall följa utvecklingen av genomsnittsinkomsterna för dem som är i förvärvsaktiv ålder. Indexeringen skall alltså utformas så att man så långt som möjligt undviker stora skillnader i inkomstutvecklingen mellan förvärvsaktiva och pensionärer. Härutöver skall en viss relativinkomst (inkomst i förhållande till rådande genomsnittsinkomst) intjänad i ett visst allmänt realinkomstläge, så långt möjligt ha samma betydelse i pensionshänseende som samma relativinkomst, intjänad i ett annat allmänt realinkomstläge. Det skall med andra ord inte spela någon roll om individens bästa realinkomstår ligger tidigt eller sent i den förvärvsaktiva karriären. Målet, *standardstabilitet*, uppnås bäst genom indexering med genomsnittsindeks.

Vid sidan av huvudmålet om standardstabilitet finns ytterligare mål, eller restriktioner. Ett sådant mål är att pensionsutgifterna på sikt skall följa avgiftsinkomsterna, *finansiell stabilitet*. Ett annat är att utvecklingen av pensionsutgifterna på sikt skall följa utvecklingen av det totala samhällsekonomiska utrymmet, *samhällsekonomisk stabilitet*. Ett finansiellt stabilt system kännetecknas av att systemets avgifter och inkomster över tiden balanserar. Ett samhällsekonomiskt stabilt system kännetecknas av att pensionsutgifternas andel av lönesumman är stabil över tiden. Båda dessa stabilitetsrestriktioner uppnås bäst, om än inte fullständigt, genom indexering med summaindex.

Om genomsnittsindeks och summaindex utvecklas likadant uppkommer ingen målkonflikt mellan standardstabilitet och finansiell stabilitet. Det kan emellertid inträffa att summaindex under längre perioder ökar långsammare än genomsnittsindeks, t.ex. om utvandringen ökar eller om nativiteten sjunker. Även vissa förändringar i förvärvsmönster kan medföra att summaindex ökar långsammare än genomsnittsindeks, t.ex. om andelen icke förvärvsaktiva av befolkningen i yrkesaktiv ålder ökar och de som faller ur den förvärvsaktiva kategorin inte uppbär någon pensionsgrundande social förmån. Används genomsnittsindeks i systemet kommer i sådana fall både pensioner och intjänade pensionsrätter riskera att växa snabbare än avgiftsunderlaget. Den buffertfond

som finns i systemet riskerar då att tömmas, på lång sikt därför att de intjänade pensionsrätterna blir förhållandevis stora, på kortare sikt därför att de utbetalda pensionerna blir stora i förhållande till avgiftsinkomsterna.

Den sammanvägda målformulering som valts för indexeringen i ålderspensionssystemet är att systemet så långt som möjligt skall indexeras med genomsnittsindex, men att avvikelser härifrån skall göras om systemets finansiella stabilitet hotas. Avvikelser i indexeringen skall inte göras större, eller ske under längre tid, än vad som är nödvändigt för att återställa den finansiella stabiliteten.

Inkomstindex

Utgångspunkten för inkomstindex i ålderspensionssystemet är att detta inom vissa begränsade ramar bör avspegla utvecklingen av inkomststandarderna för personer som är 16–64 år och för vilka det fastställs pensionsgrundande inkomst (PGI). En utgångspunkt vid konstruktionen av inkomstindex har varit att underlaget för beräkningen skall vara möjligt att i huvudsak ta fram från Riksförsäkringsverkets register över pensionsunderlag.

Det har därutöver för att kunna anknyta till nämnda utgångspunkt ansetts nödvändigt att komplettera underlaget för inkomstindex med inkomstdelar över det s.k. intjänandetaket om 7,5 inkomstbasbelopp samt med utbetald förtidspension. Urvalet av inkomster har gjorts utifrån att man i första hand skall lägga till kvantitativt betydelsefulla inkomster som direkt eller indirekt kan sägas vara pensionsgrundande, dvs. utgöra någon typ av arbetsinkomst, inkl. ersättning för förlorad arbetsinkomst, som till sin karaktär är pensionsgrundande. Till detta slag av inkomster hör även förtidspension, som anses vara indirekt pensionsgrundande eftersom ålderspensionsrätt tillgodoräknas på grundval av den s.k. antagandeinkomsten som ligger till grund för beräkning av förtidspension. De administrativa förutsättningarna för att på ett säkert sätt fånga uppgifterna i inkomstmättet är ytterligare en faktor som beaktats.

Inkomstindex skall fr.o.m. 1999 utgöras av en kvot (det så kallade inkomstmättet) där summan av vissa inkomster som tjänats in av personer 16–64 år delas med antalet personer som uppburit sådan inkomst. Inkomsterna som avses är pensionsgrundande inkomst (PGI) upp till och med intjänandetaket efter avdrag för allmänna pensionsavgifter, inkomster över intjänandetaket samt inkomster i form av förtidspension. Inkomstmättet skall beräknas som ett treårigt glidande geometriskt medelvärde. Därmed skall inkomstuppgifter avseende åren 1996

t.o.m. 1999 användas vid beräkningen av inkomstindex avseende 2000. För förfluten tid (1960–1998) används ett delvis annat inkomstmått än det som gäller fr.o.m. 1999. Inkomstindex skall fastställas för varje kalenderår och skall för 1999 vara 100,0.

Inkomster som under ett år totalt sett understiger 24 procent av prisbasbeloppet, motsvarande det allmänna grundavdraget i inkomstbeskattningen, kommer att uteslutas ur inkomstmättet.

Inkomstindex för ett visst år, t , beräknas så att den procentuella förändringen i indextalet mellan två på varandra följande år, år $t-1$ och år t , motsvarar den genomsnittliga relativa förändringen per år i inkomstmättet mellan åren $t-4$ och $t-1$ frånräknat förändringen i det allmänna prisläget från juni månad år $t-4$ till juni månad år $t-1$ och därefter omräknat med förändringen i det allmänna prisläget mellan juni månad år $t-2$ och juni månad år $t-1$. Riksförsäkringsverket skall beräkna inkomstindexet som skall fastställas av regeringen varje år. RFV skall därvid från Konjunkturinstitutet inhämta underlag för en prognos avseende inkomstutvecklingen år $t-2$ och $t-1$ året före det år indextalet avser, år t .

Det ovan sagda innebär att inkomstindex är ett nominellt index som i princip mäter förändringen i de nominella inkomsterna. Med hänsyn till att inkomstindex, utöver för omräkning av intjänade pensionsrätter, också skall användas för omräkning av utgående inkomstpensioner har man emellertid funnit att det bör undvikas att det tar flera år innan variationer i inflationstakten får genomslag på pensionsförmånerna. Av detta skäl bör det senaste årets prisförändringar påverka indexomräkningen fullt ut. Indextalet mäter därför den genomsnittliga reala förändringen i inkomsterna under en treårsperiod; därtill läggs inflationen för det senaste året. Den reala inkomstförändringen beräknas därvid genom att kvoten mellan inkomsterna i löpande priser respektive år divideras med kvoten mellan genomsnittligt konsumentprisindex i juni respektive inkomstår. Prisfaktorn beräknas som kvoten mellan konsumentprisindex för juni månad jämfört med konsumentprisindex för juni månad ett år tidigare.

Formel för beräkning av inkomstindex

$$I_t = [(U_{t-1}/KPI_{t-1})/(U_{t-4}/KPI_{t-4})]^{(1/3)} * (KPI_{t-1}/KPI_{t-2}) * k_1 * k_2 * I_{t-1}$$

Inkomstmättet (U) = [PGI 16–64 år + ”PGI”* över 7,5 inkomstbasbelopp 16–64 år + utbetald förtidspension] / Antal personer som uppburit inkomst som anges i täljaren

(*) Egentligen: Inkomster över taket som, om de legat under taket, skulle ha grundat pensionsrätt.)

I_t, I_{t-1} = inkomstindex för år t respektive år t–1

U_{t-1} = prognos för inkomstmättet för år t–1

U_{t-4} = inkomstmättet för år t–4

$KPI_{t-1}, KPI_{t-2}, KPI_{t-4}$ = konsumentprisindex för juni månad år t–1, år t–2 respektive år t–4

k_1 = korrigeringsfaktor för senare (mer exakt) prognos avseende inkomsterna år t–2

k_2 = korrigeringsfaktor för avvikelse mellan utfall och prognos avseende inkomsterna år t–3.

Avsikten är att inkomstindex skall fastställas senast i september året före det år indexet avser. Det innebär att inkomstutvecklingen åren t–2 och t–1 inte kan mätas exakt vid tidpunkten för fastställande av index för år t utan i stället vid detta tillfälle måste anges såsom prognoser. I och med att de flesta taxeringar för år t–2 är klara i augusti år t–1 kan precisionen i en prognos för inkomsterna år t–2 i september år t–1 antas vara så god att fastställande av inkomstindex i september år t–1 endast marginellt försämrar kvaliteten i inkomstindexet i förhållande till vad som skulle gälla om index fastställdes vid en senare tidpunkt då i princip samtliga taxeringar avseende år t–2 är fastställda, och inkomstutvecklingen kunnat fastställas mer exakt. I och med att avvikelser mellan prognos och utfall på sikt kommer att beaktas har detta ansetts godtagbart i ålderspensionsreformen.

Ett fastställt indextal kommer dock inte att ändras oavsett om det framkommer en avvikelse mellan prognos och utfall. Korrigeringen för avvikelse mellan prognos och utfall för åren t–2 och t–1 påverkar däremot indexberäkningen som avser indextalet år t+1. Korrigeringen mellan utfall och prognos avseende inkomsterna år t–2 blir slutgiltig i indextalet som avser år t+1. Justeringen för år t–1 blir slutgiltig först vid beräkningen av indextalet som avser år t+2. Eventuella omtaxeringar som föranleder förändringar i inkomstmättet för de fastställda

pensionsrätterna m.m. år $t-3$ skall inte beaktas vid beräkningen av inkomstindex.

Automatisk balansering

Det reformerade ålderspensionssystemet kommer när det är i full funktion att vara ett i internationell jämförelse finansiellt mycket stabilt fördelningssystem. Detta har sin grund i att

- avgifterna bestämmer pensionsrätterna,
- pensionsrätterna och, efter beaktande av den s.k. följsamhetsnormen, utgående pensioner indexeras med inkomstutvecklingen,
- det s.k. delningstalet, som används för att vid pensionsuttaget omvandla pensionsbehållningen till en månatlig pension, beräknas för varje ny årskull pensionärer med aktuella överlevnadssannolikheter.

Samtidigt är systemet bl.a. i valet av inkomstindex och delningstal så utformat att risken för finansiell instabilitet inte helt har tagits bort. I dessa avseenden har reglerna utformats i syfte att ge systemet goda sociala egenskaper, vilket delvis går ut över systemets finansiella stabilitetsegenskaper. Det valda inkomstindexet speglar de genomsnittliga inkomsternas utveckling. Därmed kommer pensionsförmånernas värdeutveckling att följa de förvärvsaktivas inkomstutveckling. Det för varje årskull fasta delningstal, med vilket pensionsbeloppet för varje årskull beräknas, ger en trygghet vad gäller pensionsrättens värde när den omräknats till pension och börjat utbetalas. Med tanke på bl.a. avvägningen mellan dessa socialpolitiska önskemål och önskemålet om finansiell stabilitet är avsikten att systemet skall kompletteras med regler för s.k. automatisk balansering.

Alternativen till den valda indexutformningen skulle ha varit dels ett inkomstindex som speglar avgiftsunderlagets utveckling (summaindex), dels någon form av rörliga delningstal eller delningstal beräknade med prognos eller med säkerhetspåslag. Ett system med summaindex och rörliga delningstal skulle ha goda finansiella stabilitetsegenskaper men skulle i vissa avseenden ge systemet sämre egenskaper bl.a. ur den enskilde försäkrades perspektiv. Dessutom skulle sådana regler inte utan kompletterande regler beakta förändringar i förvärvsmönster och demografi eller värdeutvecklingen i buffertfonden. Förändringar i förvärvsmönster och demografi och buffertfondens utveckling måste beaktas i indexeringen, om pensionssystemet skall vara finansiellt helt stabilt.

Ålderspensionssystemets inkomster bestäms av avgiftsunderlagets utveckling och av avkastningen på buffertfonden. Systemets utgifter bestäms av utvecklingen av avgiftsunderlaget, förvärvsmönstren, inkomstindexet och medellivslängden. Vid en viss kombinerad utveckling av dessa förhållanden finns en risk för att systemets avgifter tillsammans med buffertfondens avkastning är otillräckliga för att finansiera systemets utgifter. Om ålderspensionssystemets fördelningsdel vid varje demografisk och ekonomisk utveckling skall klara att finansiera pensionsutgifterna med en given och fast avgift (16 procent) måste risken för varaktiga finansiella underskott tas bort.

Trots att det i sig endast är ett fåtal förhållanden som styr utvecklingen av systemets ekonomiska ställning är sambanden mellan dem komplicerade. Den automatiska balanseringens syfte är dock enkelt, nämligen att säkerställa att systemets utgifter på lång sikt inte överstiger dess inkomster. Metoden är att vid utgången av varje år beräkna systemets tillgångar och ställa dem i relation till systemets implicita skulder. Om det vid denna beräkning framkommer att tillgångarna är mindre än skulderna så minskas skulderna, dvs. pensionsbehållningar och utgående pensioner, via indexeringen så att den negativa balansen mellan tillgångar och skulder tas bort. Inkomstindex multipliceras då med en faktor som är mindre än ett, varvid en ny indexserie, ett *balansindex* skapas. Detta används i stället för inkomstindex vid omräkning av pensionsbehållning och utgående pensioner, vilka då inte fullt ut kommer att följa utvecklingen i de genomsnittliga inkomsterna. Förfarandet leder till att systemets buffertfond vid en negativ utveckling styrs mot den likviditetsnivå som valts för systemet. Indexeringen återställs senare i den takt som den årliga beräkningen av förhållandet mellan tillgångar och skulder visar att systemets ekonomiska ställning medger detta. När balansindex når inkomstindexets nivå skall inte längre något balansindex fastställas.

Den automatiska balanseringen är specifikt konstruerad för det reformerade ålderspensionssystemet och bidrar till att den avsedda autonomin stärks ytterligare.

Årlig omräkning av pensionsbehållning med inkomstindex

Omräkningen av pensionsbehållningen med förändringen i inkomstindex (eller balansindex) skall ske per varje årsskifte. Värdet av pensionsrätt intjänad år t skall således omräknas med index första gången i slutet av år $t+1$.

Om pensionsbehållningen förändrats under året, t.ex. genom uttag av inkomstpension, skall omräkningen per efterföljande årsskifte göras månadsvis.

Årlig omräkning av utgående inkomstpension

Utgående inkomstpension skall årligen räknas om med inkomstindexets procentuella förändring reducerad med normen 1,6. Indexeringsmetoden kallas följsamhetsindexering. Följsamhetsindexering av inkomstpension skall ske fr.o.m. årsskiftet 2001/2002.

Om den utgående pensionen skulle knytas direkt till förändringen i inkomstindex, skulle pensionärens standardnivå på sikt stiga och bli högre ju äldre han eller hon blir (förutsatt att den reala inkomstutvecklingen i samhället är positiv). Den sammanlagda livspensionen skall samtidigt bero av individens pensionsbehållning och förväntat antal år som pensionär. Om den utgående inkomstpensionen skall öka med den allmänna inkomstillväxten måste begynnelsepensionen sättas förhållandevis lågt.

Det har dock ansetts vara motiverat att utforma sättet att beräkna den utgående inkomstpensionen så, att begynnelsepensionen sätts högre bl.a. för att mildra den sänkning av inkomsten som en övergång från förvärsarbete till pension i de flesta fall innebär för den enskilde. Med en högre begynnelsepension, och den sammanlagda livspensionen bestämd av pensionsbehållningens storlek, kommer det utgående pensionsbeloppet således inte att öka lika kraftigt år från år. En av riktlinjerna vid beredningen har varit att eftersträva en jämn utbetalningsprofil, dvs. ett stabilt reallt värde på den utgående pensionen. En relativt sett högre begynnelsepension och jämn utbetalningsprofil uppnås genom att delningstalet vid beräkning av begynnelsepensionen beräknas med hänsyn till en viss norm och genom att den utbetalda inkomstpensionen följer inkomstindexets utveckling genom följsamhetsindexering kring denna norm.

Följsamhetsindexeringen innebär således att inkomstpensionen inte skall räknas om med hela förändringen i inkomstindex utan med denna förändring minskad (dividerad) med den uppräknings som redan tillgodoräknats i delningstalet. Det innebär att om den årliga reala tillväxten framöver uppgår till samma nivå som normen skall inkomstpensionen räknas om med inflationen. Om den reala tillväxten blir högre får pensionären, utöver priskompensation, ett visst påslag på inkomstpensionen. Vid lägre tillväxt än normen justeras inkomstpensionen ned reallt sett, vilket innebär att pensionären inte kompenseras fullt ut för

prisutvecklingen. Normen kan sammanfattningsvis sägas påverka pensionsutbetalningarnas fördelning under pensionsperioden.

Formel för följsamhetsindexering av inkomstpension år t

P_t = inkomstpension år t

I_t = inkomstindex år t

1,6 = normen för följsamhetsindexering i procent (1,6 %)

$P_t = P_{t-1} * I_t/I_{t-1} * 1/1,016$

Innebörden av detta kan illustreras med ett exempel. Om inkomstindex ett visst år har förändrats med 2,5 procent skall pensionerna multipliceras med faktorn $1,025/1,016=1,0089$, dvs. räknas upp med 0,89 procent. Detta kan också uttryckas så att omräkningen av pensionerna motsvarar ungefär förändringen i index 2,5 procent med avdrag för normen 1,6. Om inkomstindex ett visst år inte förändras alls skall således pensionerna det året minska med ca 1,6 procent eller mer exakt med 1,57 procent ($1/1,016=0,9843$).

Inkomstbasbeloppet

År 2001 skall det införas ett basbelopp som årligen skall räknas om med den relativa förändringen i inkomstindex. Detta basbelopp skall benämnas inkomstbasbelopp och skall för 2001 motsvara det förhöjda prisbasbeloppet. Inkomstbasbeloppet skall årligen fastställas av regeringen. Inkomstbasbeloppet skall fastställas med hela förändringen i inkomstindex, oberoende av om indexeringen av pensionsbehållning och utgående pensioner bromsats via den automatiska balanseringens balansindex. Inkomstbasbeloppet skall användas för beräkning av intjänandetaket i det reformerade ålderspensionssystemet, som därigenom kommer att inkomstindexeras fullt ut.

RIKSFÖRSÄKRINGS-
VERKET

2000-06-15

Utredningsenheten

Riksförsäkringsverkets dynamiska simuleringsmodell

Riksförsäkringsverket använder en dynamisk simuleringsmodell för att analysera effekterna av olika utformningar av reglerna för ålderspension och förtidspension. Här följer en översiktlig beskrivning av modellens uppbyggnad.

Datamaterialet

Utgångspunkten för kalkylerna är uppgifter för ett urval av individer som sammanställts från Riksförsäkringsverkets pensionspoängsregister respektive pensionsutbetalningsregister samt ett register över taxerad inkomst m.m. Pensionsutbetalningsregistret innehåller uppgifter om personer som uppbär ålders- förtids- eller efterlevandepension. Pensionspoängsregistret omfattar alla människor som haft möjlighet att tjäna pensionsgrundande inkomst (PGI), det vill säga i princip alla personer från 16 års ålder som är eller har varit bosatta i Sverige sedan 1960. Eftersom alla som har arbetat i Sverige och tjänat in pensionspoäng under minst tre år har rätt till en framtida ålderspensionsförmån från ATP, har Riksförsäkringsverket sparat uppgifter om emigranter. Följaktligen omfattar Riksförsäkringsverkets population flera personer än Sveriges befolkning. Av särskild betydelse är att en inkomsthistorik finns för alla som har tjänat in minst ett basbelopp i pensionsgrundande inkomst och därmed erhållit pensionspoäng.

Det urval av individer som simuleringsmodellen utgår ifrån har bildats genom att ta ett 1/30-dels slumpmässigt urval bland de personer i pensionspoängsregistret som var mellan 16 och 64 års ålder den 31 december 1995. På motsvarande sätt har tagits ett 1/30-dels urval ur pensionsutbetalningsregistret bland de personer som var 65 år eller äldre den 31 december 1995. Urvalet består av ungefär 257 000 perso-

ner, varav cirka 205 000 är mellan 16 och 64 år. Databasen omfattar uppgifter om pensionspoängen, i förekommande fall från och med 1960 till och med 1995, samt om individernas "status" varje år, exempelvis om de är aktiva, förtidspensionerade eller ålderspensionerade. Med de uppgifter som finns i databasen är det möjligt att beräkna den förmån en individ är berättigad till inom ramen för förtids- och ålderspensions-systemen.

För de personer som har en pensionsgrundande inkomst mellan ett och 7,5 basbelopp kan inkomsten härledas från pensionspoängen. Som utgångspunkt för modellens simulering av framtida inkomster behövs emellertid även uppgifter om inkomstens storlek för de personer som har en inkomst under ett basbelopp eller över 7,5 basbelopp. Av detta skäl har ytterligare ett av Riksförsäkringsverkets register använts som innehåller dessa uppgifter för år 1995.

Den demografiska utvecklingen

Startåret för kalkylerna är 1995. Från och med 1996 används SCB:s befolkningsstatistik och befolkningsprognos för att göra en prognos över befolkningsutvecklingen för kalkylmodellen. SCB:s prognos för befolkningen kompletteras med Riksförsäkringsverkets uppskattning av antalet emigranter som har varit bosatta i Sverige och kan bli berättigade till en pensionsförmån. Till grund för beräkningarna har legat SCB:s huvudalternativ enligt 1998 års befolkningsprognos.

Status och statusövergångar

Samtliga individer har en status vid varje tidpunkt. Människor i det ursprungliga urvalet börjar med den status de hade i utgångsläget år 1995. Från och med år 1996 är det möjligt för dem att årligen byta status. Alla människor antas bli ålderspensionärer efter det att de har fyllt 65 år. Denna status förändras sedan enbart genom dödsfall. För personer mellan 16 och 64 år finns det åtta möjliga statuskategorier och medföljande möjliga statusbyten i modellen. De åtta statuskategorierna är bestämda av tre egenskaper:

1. Är individen bosatt i Sverige vid 16 års ålder eller ej? Denna egenskap förändras ej med tiden. Avsikten är egentligen att skilja mellan personer födda i Sverige respektive utomlands, men eftersom uppgift om födelseland ej finns i datamaterialet används bosättning vid 16 års ålder som approximation.

2. Är individen bosatt i Sverige eller ej ett visst år? Denna egenskap kan förändras från år till år.
3. Är individen förtidspensionär eller ej ("aktiv")? Även denna egenskap kan förändras från år till år. Förtidspension omfattar i detta sammanhang både förtidspension och sjukbidrag.

För varje kalkylår finns en given sannolikhet att antingen behålla den status man hade året innan eller att byta till en annan status. Sannolikheterna är beroende av ålder, kön och bosättning vid 16 års ålder och kan variera från år till år.

Dödssannolikheter

Ålders- och könsspecifika dödssannolikheter används för alla individer som uppnår en viss ålder mellan 16 och 104. Särskilda studier har visat att förtidspensionärer har högre dödsrisker än övriga i befolkningen. Som följd av detta har de högre dödssannolikheter i modellen. Dödssannolikheterna för övriga människor har anpassats för att dödsfallsumman skall stämma överens med de dödsfallsfrekvenser för hela befolkningen som ligger till grund för SCB:s befolkningsprognoser.

Risken att förtidspensioneras och sannolikheten av att återgå till aktiv status

Övergångssannolikheterna mellan förtidspension och aktiv status är villkorliga. Först avgörs genom slumpning vilka individer som får vara årets dödsfall. Dessa dras bort från modellbefolkningen. Sedan avgörs vem som förtidspensioneras och vilka förtidspensionärer som blir aktiva, också med hjälp av slumpning. Övergångar från förtidspensionär (eller sjukbidragstagare) till aktiv för personer i olika åldrar har baserats på utfallet under åren 1990–1995. Sannolikheterna har antagits vara konstanta över tiden. Normalt är det sjukbidragstagare som återgår till aktiv status.

För sannolikheterna att bli förtidspensionär har använts tre olika scenarier som har specificerats av Socialdepartementet.

De individer som ett visst år har fått status som förtidspensionär fördelas sedan på hela och olika grader av partiella förtidspensioner genom en slumpning på så sätt att fördelningen i modellen svarar mot den faktiska fördelningen under år 1996. Fördelningen med avseende på pensionens omfattning antas vara konstant över tiden.

Immigranter

En immigrant är i modellen en invandrare som kom till Sverige efter år 1960 och efter 16 års ålder. Övriga invandrare kan inte särskiljas från de personer som fötts i Sverige. Den framtida utvecklingen av antalet immigranter baseras på SCB:s kalkylantaganden. Sannolikheten att en person som tidigare varit bosatt i Sverige immigrerar (dvs. sannolikheten för återinvandring) är emellertid baserad på skattningar från Riksförsäkringsverkets register för åren 1990–1995. Dessa sannolikheter beror av kön och ålder och antas vara konstanta över tiden. Genom att applicera de skattade sannolikheterna på individer som tidigare varit bosatta i Sverige erhålles antalet återinvandrade för ett visst år. Mellanskillnaden mellan det totala antalet immigranter enligt SCB och antalet återinvandrade blir årets förstagångsinvandrare.

Emigranter

Sannolikheterna för emigration baseras på SCB:s kalkylantaganden. Riksförsäkringsverkets register för åren 1993–1994 används för att skatta fördelningen av utvandringen mellan infödda svenskar och invandrade svenskar.

Individens inkomstutveckling

Individuella livsinkomstprofiler skattas för samtliga individer. De placeras i en av 18 inkomstklasser vid startåret 1995 på basis av den inkomst de har det året. För år 1996 och alla kalkylår därefter finns det en möjlighet för var och en att antingen förflytta sig till högre eller lägre inkomstklasser, eller stanna kvar i samma inkomstklass. I modellen bestäms rörligheten mellan inkomstklasser med sannolikheter som skattats på basis av faktiska uppgifter från Riksförsäkringsverkets statistikregister om pensionsgrundande inkomst. Detta register innehåller, till skillnad från pensionspoängsregistret, uppgifter även om inkomster under ett basbelopp och över 7,5 basbelopp. Varje års nya inkomsttagare, det vill säga 16-åringar och immigranter, placeras i någon av inkomstklasserna under deras första år i den aktiva befolkningen. I ett första steg simuleras en inkomstutveckling som motsvarar nolltillväxt i den genomsnittliga inkomsten för samtliga inkomsttagare. Avsikten är att i nästa steg kunna skapa scenarier som bygger på olika antaganden om utvecklingen av snittinkomster eller inkomstsumma.

Individuell inkomströrlighet

Övergångssannolikheterna har skattats med hjälp av inkomstuppgifter för varje år för åren 1978–1997 för omkring 600 000 personer i åldrarna 16 till 64 år. För att studera inkomstövergångar mellan två på varandra följande år som motsvarar nolltillväxt måste man först "rensa" bort effekten av inflation och realltillväxt. Detta görs genom att inkomsterna för alla åren proportionellt räknas om till inkomstnivån under ett normår. Här valdes 1995 som normår eftersom simuleringen ska starta med 1995 års inkomster som utgångspunkt. I nästa steg skattades rörligheten mellan de olika inkomstklasserna mellan konsekutiva år, det vill säga mellan 1978 och 1979, 1979 och 1980 och så vidare. På det viset erhöles 17 separata skattningar av inkomstövergångar, där var och en baserades på cirka 600 000 personer. (År 1983 utelämnades eftersom korrekta inkomstuppgifter för detta år saknas.) Dessa skattningar anger med vilken frekvens en individ som börjar i en viss inkomstklass kan hamna i någon av de 18 stycken inkomstklasserna (inklusive den han eller hon tillhör i början) ett år senare. Sådana matriser beräknas för varje åldersövergång för personer 16–64 år med separata skattningar för män och kvinnor. Sålunda erhålls en 18x18 matris av möjliga inkomstövergångar, till exempel för en 34-årig kvinna eller man som fyller 35. Diagonalen i matrisen uttrycker frekvensen för att behålla samma inkomst två år i rad, och så vidare. Detta ger 48 matriser av storleken 18x18 per år och kön.

Genom att kombinera matriser som är skattade för olika historiska år kan olika scenarier för utvecklingen av antalet personer i arbetskraften och den relativa inkomstfördelningen erhållas. Samtliga beräkningar har baserats på ett scenario som bibehåller den inkomstfördelning som rådde under åren 1996–1997, vilken var väsentligt ojämnare än den i början av 1990-talet, och ett arbetskraftsdeltagande på cirka 78 procent.

Inkomster för 16-åringar och immigranter

16-åringar som inte klassificeras som förtidspensionärer ges en ursprunglig inkomst i enlighet med vad som gäller för personer i denna ålder enligt Riksförsäkringsverkets register över pensionsgrundande inkomst. (De flesta i denna åldersgrupp har ingen pensionsgrundande inkomst.) Sedan styrs deras utveckling av de skattade övergångssannolikheterna.

Förstagångsimmigranter ges också en uppskattad inkomst, som beror på ålder, kön och baseras på faktiska uppgifter för immigranter un-

der början av 1990-talet. De erhåller en reducerad inkomst året efter att de har invandrat, och sedan bestäms deras inkomst av samma matriser som för övriga personer i den aktiva befolkningen.

Inkomster för återinvandrade emigranter och avslutade förtidspensioner

Startinkomsten för återinvandrade emigranter är den inkomst de hade innan de utvandrade från Sverige. Samma procedur används för personer som "rehabiliteras", det vill säga återgår i arbete efter att ha varit förtidspensionärer.

Realinkomstillväxt

Övergångsmatriserna är konstruerade för en situation med nolltillväxt. För andra tillväxtantaganden multipliceras de simulerade inkomsterna med en tillväxtfaktor för ett givet år. Tillväxtfaktorerna är samma för alla individer, och specificeras exogent, dvs. som en antagen förutsättning för simuleringen.

Simuleringsförfarandet

Utgångspunkten i en simulering är att ge alla cirka 205 000 individer i åldrarna 16–64 i modellpopulationen en status under första kalkylåret. Statusutdelningen upprepas sedan varje år och sker genom en slumpning som styrs av de skattade övergångssannolikheterna eller de riskantaganden för förtidspensionering som specificeras som indata. Detta innebär att ett visst antal personer i varje ålder "avlider" med en sannolikhet som stämmer med SCB:s dödssannolikheter. Sedan bestäms vem som utvandrar, återinvandrar, förtidspensioneras och "rehabiliteras" med hjälp av slumpstal. Dessutom tillkommer 16-åringar, vars antal avgörs av befolkningsprognosen, och ett antal förstagångsinvandrare i enlighet med SCB:s kalkylantaganden. Samtliga individer som är mellan 16 och 64 år och befinner sig i Sverige måste sedan få en ny inkomst (som kan vara noll) för kalkylåret. Utgångspunkten är föregående års inkomst. Varje individ kan stanna kvar inom samma inkomstklass eller flytta till en högre eller lägre inkomstklass med en viss sannolikhet. Chansen är störst att individen stannar kvar inom samma inkomstklass, näst störst att han eller hon flyttar upp eller ner en klass, och därefter att han eller hon flyttar två inkomstklasser och så vidare.

Vem som flyttar och till vilken inkomstklass han eller hon flyttar till avgörs med hjälp av slumpning.

Sedan beräknas förtids- och ålderspensionen för nybeviljade förtids- och ålderspensionärer i enlighet med reglerna för dessa. När alla individer har fått sin status för året och alla mellan 16 och 64 år sin inkomst eller förtidspension för samma år, och de nybeviljade ålderspensionerna beräknats för alla 65-åringar har individkalkylerna avslutats för det året. Denna procedur upprepas för varje kalkylår. Proceduren anger status, inkomst- och pensionsutveckling för varje individ som antingen fanns i modellens ursprungliga urval eller som tillkom som 16-åring eller immigrant efter startåret för kalkylerna.

Avvikande inkomststruktur för förtidspensionärer – problem och konsekvenser

Vid en jämförelse mellan modellens utgifter för förtidspension i form av ATP och skattade (med hänsyn till retroaktiva utbetalningar) faktiska utgifter under åren 1996–1999, har det visat sig att ATP-utgifterna i modellen ökar väsentligt snabbare än i verkligheten. Genomsnittlig ATP för nybeviljade i modellen ligger cirka 20 procent för högt för gruppen nybeviljade som helhet under dessa år.

Det ligger nära till hands att tro att detta problem i modellen hänger samman med att de individer som i verkligheten blir förtidspensionärer har lägre inkomster än resten av befolkningen.

I modellen styrs såväl det årliga inflödet av nya förtidspensionärer som inkomstgenereringen för aktiva individer av köns- och åldersspecifika sannolikheter. Däremot finns ingen inbyggd samvariation mellan pensioneringsrisk och inkomststruktur, vilket betyder att de personer i modellen som blir förtidspensionärer har en inkomststruktur som motsvarar ett representativt urval ur hela den aktiva befolkningen i den aktuella åldern för män respektive kvinnor. Om individer som i verkligheten blir förtidspensionärer har haft lägre inkomster än resten av befolkningen av samma kön och i samma ålder kommer modellen därmed att överskatta inkomstrelaterade pensionsnivåer.

På sikt kan problemet åtgärdas genom att man bygger in en mekanism som genererar en sådan avvikande inkomststruktur för förtidspensionärer, t. ex. i enlighet med vad som kan observeras i verkligheten under en viss tidsperiod. För att lägga grunden för en sådan mekanism behövs emellertid forskning om inkomstdynamiken för förtidspensionärer. Att genomföra en sådan modellutveckling inom den tidsram som stått till förfogande har inte varit möjligt. I stället har problemet hant-rats genom att simuleringens slutprodukter i form av antagandepoäng,

medelpoäng och ATP-pensioner i det nuvarande regelsystemet och antagandeinkomster och inkomstrelaterade ersättningar enligt reformerade regler har reducerats med hjälp av ålders- och könsspecifika "korrigeringsfaktorer" som har skattats i en särskild undersökning. För kvinnornas del har behövts ytterligare s.k. "alignment"¹ dvs. en ytterligare korrigering för att få modellens kostnadsutveckling att stämma med den observerade kostnadsutvecklingen.

Skattningen av korrigeringsfaktorer

Tidigare undersökningar har pekat på att de som blir förtidspensionärer i många fall startar inkomstkarriären som sina generationskamrater men så småningom sackar efter. Men det kan också förekomma att blivande förtidspensionärer redan från början sackar efter i inkomstutvecklingen. Inkomsthistoriker för såväl förtidspensionärer som icke förtidspensionärer är mycket heterogena. Graden av överskattning av en inkomstrelaterad pension är beroende av de specifika regler som den baseras på, och åldersprofilen för avvikelsen mellan inkomster för förtidspensionärer och icke förtidspensionärer.

För att skatta korrigeringsfaktorer har Riksförsäkringsverket genomfört en undersökning med hjälp av Riksförsäkringsverkets statistiska simuleringsmodell för förtidspension. Denna har använts för att beräkna pensionsnivåer för ett representativt urval av hela befolkningen (10 %) som inte redan är förtidspensionärer ett visst år (1996). Beräkningen är baserad på registrerade ATP-poäng. Den maximala ATP-poängen motsvarar en inkomst på 7,5 basbelopp och storleken på inkomster som överstiger 7,5 basbelopp är okänd. Detta motsvarar vad som görs i den dynamiska modellen när vi inte bygger in en samvariation mellan pensioneringsrisk och inkomststruktur, men beräkningen baseras på ett större urval och på faktiska i stället för modellgenererade inkomster. På detta sätt kan vi jämföra pensionsnivåer för individer som faktiskt blev förtidspensionärer under året med de pensionsnivåer som en "genomsnittlig" individ skulle ha fått. Jämförelsen har gjorts mellan medelvärden för köns- och åldersspecifika grupper. Korrigeringsfaktorn är bildad som kvoten mellan medelvärden för faktiska förtidspensionärer och medelvärden för jämförelsegruppen, varför den i de flesta delgrupper är mindre än 1. Motsvarande korrigeringsfaktorer

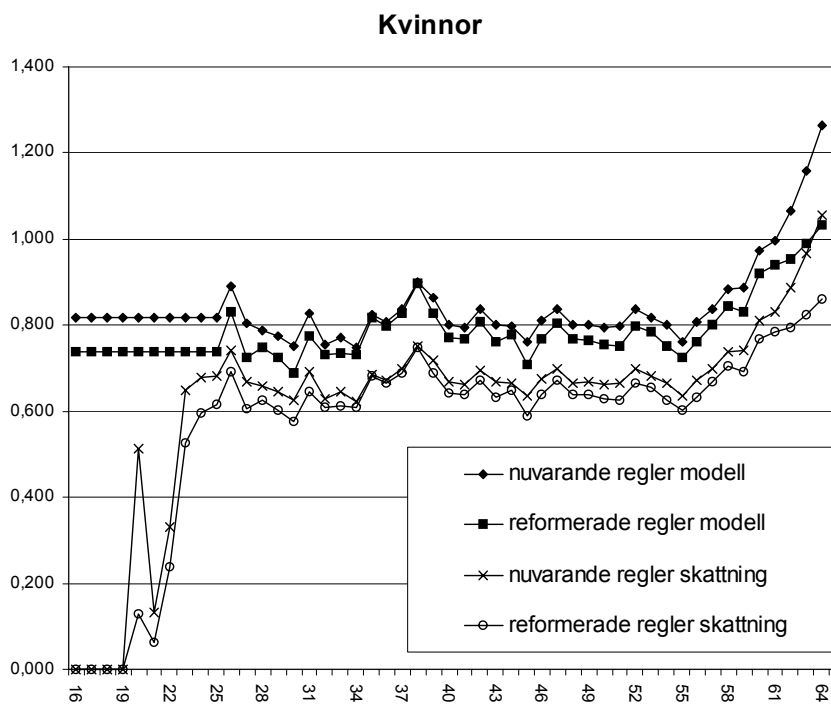
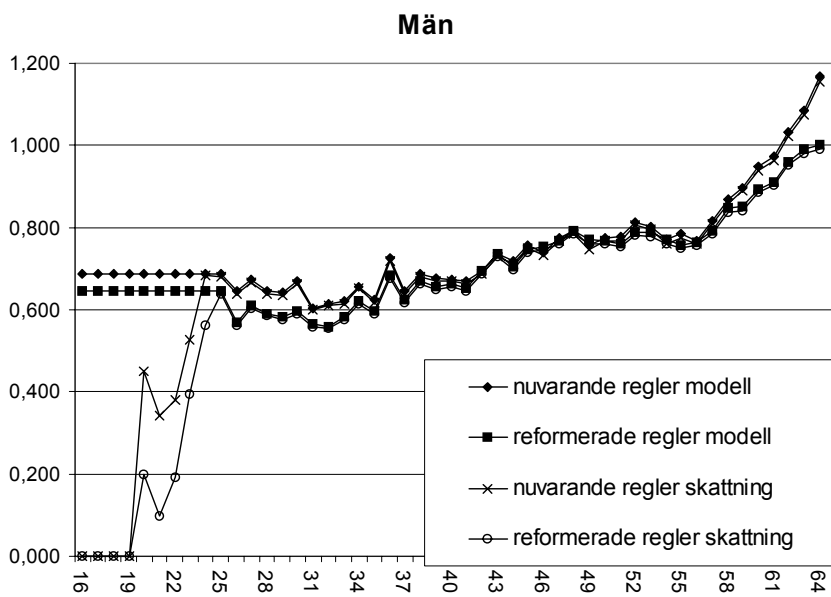
¹ Med "alignment" menas en korrigering för att få modellen att stämma med verkligheten, där vi inte känner till orsaken till att modellen ej förmår reproducera verkligheten. Korrigeringen på grund av avvikande inkomststruktur är inte en "alignment" i denna mening.

för reformerade regler kan bli annorlunda eftersom reglerna som styr vilka inkomstår som ligger till grund för pensionen är annorlunda. Med hjälp av den statistiska simuleringsmodellen kan emellertid korrigeringsfaktorer skattas även för reformerade regler. Eftersom skattningen görs på basis av faktiska inkomster för stora representativa urval av individer torde resultatet ge en tillförlitlig bild av hur inkomststruktur för respektive grupp samverkar med de specifika reglerna för att ge en viss genomsnittlig pensionsnivå inom respektive grupp.

De skattade korrigeringsfaktorer används i modellen för att på individnivå skala ner antagandepoäng, medelpoäng och ATP-pensioner under nuvarande regler och antagandeinkomster och inkomstrelaterade ersättningar i ett reformerat system. Detta görs på så sätt att den ursprungligen beräknade medelpoängen etc. multipliceras med korrigeringsfaktorn (beroende på kön och ålder) innan medelpoängen etc. används för ytterligare beräkningar och utdatasammanställningar. Härigenom kommer dessa storheter att bättre motsvara vad vi skulle ha fått om modellen hade haft en inbyggd samvariation mellan förtidspensionsrisk och inkomstbildning på det sätt som beskrevs ovan.

I nedanstående figur redovisas de skattade korrigeringsfaktorer för nuvarande och reformerade regler samt de faktorer som har använts i modellen. De faktorer som har använts i modellen skiljer sig från de skattade dels genom ovan nämnda "alignment" för kvinnor och dels genom att vi tillämpat faktorerna för 25 års ålder även för yngre åldrar. Anledningen är att skattningen i dessa åldrar baseras på mycket få observationer.

Figur: Korrigeringsfaktorer för nuvarande regler och reformerade regler



Risker för missvisande resultat

I de scenarier där taket realindexeras kan det vara rimligt att tro att korrigeringsfaktorerna som skattats på 1996 års förhållanden ger korrekt nivå på medelpoäng etc. för förtidspensionärer även i framtiden, eftersom andelen inkomster som takas då inte förändras så mycket i förhållande till 1996 års förhållanden. I de scenarier där taket prisindexeras kommer vi däremot att underskatta medelpoäng etc. för förtidspensionärer när vi håller korrigeringsfaktorerna konstanta över tiden. De korrekta korrigeringsfaktorerna (som är okända) ökar med tiden i takt med att allt fler inkomster takas. I extremfallet när alla – både förtidspensionärer och icke förtidspensionärer – har inkomster över taknivå ska korrigeringsfaktorn vara 1 (ingen korrigering ska göras), eftersom alla då har samma medelpoäng etc.

Eftersom vi utgår från takade inkomster för jämförelsepopulationen (det representativa urvalet ur hela befolkningen) kommer det att "fattas" medelpoäng mellan $k \cdot 6,5$ basbelopp och $6,5$ basbelopp om k är korrigeringsfaktorn: den högsta medelpoängen före korrigeringen är $6,5$ vilket blir $k \cdot 6,5$ efter korrigeringen. I verkligheten kommer det att finnas ett antal förtidspensionärer med medelpoäng över $k \cdot 6,5$ basbelopp. Analogt intervall med värden som "fattas" kommer att finnas för ATP-pensioner och antagandeinkomster och inkomstrelaterade ersättningar i det reformerade systemet. Samtidigt är korrigeringsfaktorerna valda så att medelvärdena (och summorna) för dessa variabler – efter korrigeringen – stämmer med värdena för faktiska förtidspensionärer. Om medelvärdet av inkomstrelaterade ersättningar stämmer men vi har fel fördelning kan det potentiellt leda till en felaktig skattning av garantikostnader och skatteintäkter. Om vi tänker oss att vi startar med den felaktiga fördelningen och ska skapa den korrekta så måste vissa inkomster höjas till de inkomslägen som "fattas". För att bibehålla medelvärdet (som ju är korrekt) måste samtidigt andra inkomster sänkas. De senare kan (men behöver inte) vara sådana som efter sänkningen berörs av garantin. I så fall ökar garantikostnaden i och med sänkningen, dvs. med den korrekta fördelningen har vi en högre garantikostnad. Det är alltså möjligt att vi genom proceduren med korrigeringsfaktorer underskattar garantikostnaden.

Vad gäller skatteintäkterna så kan proceduren leda till både en över- och en underskattning beroende på exakt hur den modellgenererade fördelningen av ersättningsnivåer skiljer sig från den riktiga fördelningen.

Modellens felmarginaler

Den framtida kostnaden för sjukbidrag och förtidspension enligt nuvarande regler och hur den förhåller sig till kostnaden enligt reformerade regler beror av en rad faktorer om vars utveckling vi inte kan veta något med säkerhet. Två av dessa faktorer, som har särskilt stor betydelse, har vi i analysen hanterat genom att skapa alternativa scenarier och beräkna kostnaden i respektive scenario. Det gäller förtidspensioneringsriskerna och tillväxten av genomsnittliga inkomster för samtliga inkomsttagare. Exempel på andra faktorer som bestämmer utfallet är sannolikheten för förtidspensionärer att återgå i aktiv status, dödsriskerna för förtidspensionärer, fördelningen mellan hela och olika grader av partiella förmåner, storleken på immigrationen till Sverige, andelen gifta respektive ogifta samt förtidspensionärenas inkomster före pensioneringen. På sikt har även utvecklingen av födelsetalet och andelen personer i arbetskraften betydelse. I samtliga fall har inte bara den sammanlagda nivån utan också åldersfördelningen betydelse.

Av denna uppräknig framgår att även om vi antar en viss utveckling av pensioneringsfrekvenser och tillväxt i genomsnittsinkomster så återstår betydande osäkerhetsmarginaler på grund av alla andra faktorer som har betydelse för utfallet. Särskilt viktig bland dessa är utvecklingen av förtidspensionärernas inkomster före pensioneringen. Beräkningarna med hjälp av den dynamiska modellen kompletteras av beräkningar med Riksförsäkringsverkets statistiska simuleringsmodell för nybeviljade förtidspensionärer som i princip är en modell som innehåller regelverket och vars indata är faktiska uppgifter om en årskull av nybeviljade sjukbidrag eller förtidspensioner. En fördel med den statistiska modellen är just att beräkningarna baseras på faktiska inkomster i stället för modellgenererade inkomster. Å andra sidan kan vi inte veta i vilken utsträckning inkomsthistoriken för nybeviljade förtidspensioner t.ex. år 2003 kommer att likna inkomsthistoriken för nybeviljade år 1996 eller 1997 (efter justering för en högre inkomstnivå) – eller för den delen andra år där det finns data för faktiska förtidspensionärer. Ingendera analystekniken kan upphäva osäkerheten om framtiden.

Utöver osäkerhet i utfallet som härrör från osäkerhet om utvecklingen av olika bestämmande faktorer finns en tekniskt betingad osäkerhet. Simuleringsförfarandet bygger på ett stort antal slumpningar av händelser i modellen. Upprepade simuleringar med samma indata men med olika sluptalsfrön ger något olika resultat. Variationen i antalet förtidspensionärer från körning till körning av detta skäl är cirka en procent.

En ambitiös analys av den dynamiska modellens felmarginaler skulle kunna genomföras så att man går igenom alla faktorer som har

betydelse för utfallet och för varje faktor tilldelas de olika möjliga värdena en bedömd sannolikhet att faktorn i framtiden antar det värdet. Sedan körs ett stort antal simuleringar med olika kombinationer av värden för de faktorer som bestämmer utfallet. På så sätt kan en sannolikhetsfördelning – och ett konfidensintervall – för utfallet skapas.

I avsaknad av en sådan analys av modellens felmarginaler är det vår bedömning att en kostnadsskillnad mellan reformerade och nuvarande regler på några hundra miljoner kronor bör anses falla inom felmarginalen.

Utgiftsutveckling för förtidspensioner och sjukersättningar 2000-2025

Denna bilaga är ett komplement till den redovisning av förslagets finansiella konsekvenser som finns i avsnitt 14.2.

I tabellerna 1–16 redovisas resultat av beräkningar av den finansiella utvecklingen för förtidspensioner och sjukersättningar med RFV:s simuleringsmodell under åren 2000–2025. Beräkningarna har utförts med olika antaganden om genomsnittlig årlig reallönetillväxt (1, 2 och 3 procent) och med fem olika alternativ för indexering. I tabellerna 1–14 visas beräkningar enligt huvudscenariot för utveckling av antalet ersättningstagare. I tabell 15 och 16 visas beräkningar med ytterligare två scenarier som Statskontoret utarbetat. I tabell 17 visas antalet med förtidspension/sjukersättning enligt de tre olika riskscenarierna.

Tabell 1: Nettoutgifter för förtidspensioner och sjukersättningar inklusive statliga ålderspensionsavgifter 2000–2025, huvudscenario, reallönetillväxt 1 procent, belopp i miljarder kronor, 1999-års priser.

År	Nuvarande regler	Reformerade regler, olika indexeringsalternativ				
		Alt A, enbart prisindex	Alt B	Alt C	Alt D	Alt E, enbart reallöneindex
2000	38,8	38,8	38,8	38,8	38,8	38,8
2005	40,7	40,1	40,5	40,5	40,4	41,5
2010	41,1	39,1	39,9	40,4	40,0	42,1
2015	39,3	36,6	37,5	38,7	38,1	40,8
2020	40,4	36,9	38,0	40,0	39,3	42,6
2025	41,3	37,4	38,5	41,5	40,6	44,6

Tabell 2: Nettoutgifter för förtidspensioner och sjukersättningar inklusive statliga ålderspensionsavgifter 2000–2025, huvudscenario, reallönetillväxt 2 procent, belopp i miljarder kronor, 1999-års priser.

År	Nuvarande regler	Reformerade regler, olika indexeringsalternativ				
		Alt A, enbart prisindex	Alt B	Alt C	Alt D	Alt E, enbart reallöneindex
2000	38,8	38,8	38,8	38,8	38,8	38,8
2005	40,7	40,1	40,5	40,5	40,4	41,5
2010	41,1	39,1	40,2	40,8	40,2	43,2
2015	39,4	36,7	38,3	40,0	39,1	43,8
2020	40,8	37,3	39,4	42,7	41,4	47,8
2025	42,1	38,1	40,4	46,0	44,5	52,4

Tabell 3: Nettoutgifter för förtidspensioner och sjukersättningar inklusive statliga ålderspensionsavgifter 2000–2025, huvudscenario, reallönetillväxt 3 procent, belopp i miljarder kronor, 1999-års priser.

År	Nuvarande regler	Reformerade regler, olika indexeringsalternativ				
		Alt A, enbart prisindex	Alt B	Alt C	Alt D	Alt E, enbart reallöneindex
2000	38,8	38,8	38,8	38,8	38,8	38,8
2005	40,7	40,1	40,5	40,5	40,4	41,5
2010	41,0	39,0	40,5	41,1	40,4	44,3
2015	39,5	36,7	39,2	41,3	40,0	46,8
2020	41,1	37,5	40,7	45,5	43,8	53,5
2025	42,5	38,4	42,2	51,0	48,8	61,5

Tabell 4: Nettoutgifter för förtidspensioner och sjukersättningar inklusive statliga ålderspensionsavgifter 2000–2025, huvudscenario, reallönetillväxt 1 procent, procent av avgiftsunderlag¹.

År	Nuvarande regler	Reformerade regler, olika indexeringsalternativ				
		Alt A, enbart prisindex	Alt B	Alt C	Alt D	Alt E, enbart reallöneindex
2000	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9
2005	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7	3,8
2010	3,6	3,4	3,5	3,5	3,5	3,7
2015	3,3	3,1	3,2	3,3	3,2	3,4
2020	3,3	3,0	3,1	3,3	3,2	3,5
2025	3,2	2,9	3,0	3,3	3,2	3,5

Tabell 5: Nettoutgifter för förtidspensioner och sjukersättningar inklusive statliga ålderspensionsavgifter 2000–2025, huvudscenario, reallönetillväxt 2 procent, procent av avgiftsunderlag.

År	Nuvarande regler	Reformerade regler, olika indexeringsalternativ				
		Alt A, enbart prisindex	Alt B	Alt C	Alt D	Alt E, enbart reallöneindex
2000	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9
2005	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7	3,8
2010	3,4	3,2	3,3	3,4	3,3	3,6
2015	3,0	2,8	2,9	3,1	3,0	3,3
2020	2,9	2,6	2,8	3,0	2,9	3,4
2025	2,7	2,5	2,6	3,0	2,9	3,4

¹ Avser det sammanlagda underlaget för uttag av arbetsgivaravgifter och uttag av statlig ålderspensionsavgift.

Tabell 6: Nettoutgifter för förtidspensioner och sjukersättningar inklusive statliga ålderspensionsavgifter 2000–2025, huvudscenario, reallönetillväxt 3 procent, procent av avgiftsunderlag.

År	Nuvarande regler	Reformerade regler, olika indexeringsalternativ				
		Alt A, enbart prisindex	Alt B	Alt C	Alt D	Alt E, enbart reallöneindex
2000	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9
2005	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7	3,8
2010	3,2	3,1	3,2	3,2	3,2	3,5
2015	2,7	2,5	2,7	2,9	2,8	3,2
2020	2,5	2,3	2,5	2,8	2,7	3,3
2025	2,3	2,0	2,2	2,7	2,6	3,3

Tabell 7: Bruttoutgifter för förtidspensioner och sjukersättningar inklusive statliga ålderspensionsavgifter 2000–2025, huvudscenario, reallönetillväxt 2 procent, belopp i miljarder kronor, 1999-års priser.

År	Nuvarande regler	Reformerade regler, olika indexeringsalternativ				
		Alt A, enbart prisindex	Alt B	Alt C	Alt D	Alt E, enbart reallöneindex
2000	47,1	47,1	47,1	47,1	47,1	47,1
2005	49,7	52,2	52,8	52,8	52,6	54,1
2010	50,5	51,0	52,5	53,3	52,5	56,7
2015	48,8	48,1	50,3	52,6	51,3	57,8
2020	51,0	49,0	51,8	56,4	54,6	63,4
2025	52,9	50,2	53,3	61,0	58,7	69,8

Tabell 8: Bruttoutgifter för förtidspensioner och sjukersättningar inklusive statliga ålderspensionsavgifter 2000–2025, huvudscenario, reallönetillväxt 2 procent, procent av avgiftsunderlag.

År	Nuvarande regler	Reformerade regler, olika indexeringsalternativ				
		Alt A, enbart prisindex	Alt B	Alt C	Alt D	Alt E, enbart reallöneindex
2000	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8
2005	4,5	4,8	4,8	4,8	4,8	4,9
2010	4,2	4,2	4,4	4,4	4,4	4,7
2015	3,7	3,7	3,8	4,0	3,9	4,4
2020	3,6	3,5	3,6	4,0	3,8	4,5
2025	3,4	3,2	3,4	3,9	3,8	4,5

Tabell 9: Bruttoutgifter för förtidspensioner och sjukersättningar 2000–2025, huvudscenario, reallönetillväxt 2 procent, belopp i miljarder kronor, 1999-års priser.

År	Nuvarande regler	Reformerade regler, olika indexeringsalternativ				
		Alt A, enbart prisindex	Alt B	Alt C	Alt D	Alt E, enbart reallöneindex
2000	38,2	38,2	38,2	38,2	38,2	38,2
2005	40,3	43,0	43,5	43,5	43,3	44,5
2010	40,9	42,0	43,1	44,0	43,2	46,7
2015	39,4	39,5	41,1	43,3	42,0	47,6
2020	41,0	40,0	42,1	46,3	44,5	52,1
2025	42,4	40,9	43,3	49,9	47,7	57,4

Tabell 10: Bruttoutgifter för förtidspensioner och sjukersättningar 2000–2025, huvudscenario, reallönetillväxt 2 procent, belopp i miljarder kronor, procent av avgiftsunderlag.

År	Nuvarande regler	Reformerade regler, olika indexeringsalternativ				
		Alt A, enbart prisindex	Alt B	Alt C	Alt D	Alt E, enbart reallöneindex
2000	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9
2005	3,7	3,9	4,0	4,0	4,0	4,1
2010	3,4	3,5	3,6	3,6	3,6	3,9
2015	3,0	3,0	3,1	3,3	3,2	3,6
2020	2,9	2,8	3,0	3,3	3,1	3,7
2025	2,7	2,6	2,8	3,2	3,1	3,7

Tabell 11: Nettoutgifter för förtidspensioner och sjukersättningar 2000–2025, huvudscenario, reallönetillväxt 1 procent, belopp i miljarder kronor, 1999-års priser.

År	Nuvarande regler	Reformerade regler, olika indexeringsalternativ				
		Alt A, enbart prisindex	Alt B	Alt C	Alt D	Alt E, enbart reallöneindex
2000	29,9	29,9	29,9	29,9	29,9	29,9
2005	31,2	30,9	31,2	31,2	31,1	31,9
2010	31,5	30,1	30,6	31,1	30,7	32,4
2015	30,0	28,1	28,7	29,8	29,2	31,4
2020	30,7	28,2	28,9	30,7	29,9	32,7
2025	31,3	28,4	29,2	31,7	30,8	34,1

Tabell 12: Nettoutgifter för förtidspensioner och sjukersättningar 2000–2025, huvudscenari, reallönetillväxt 2 procent, belopp i miljarder kronor, 1999-års priser.

År	Nuvarande regler	Reformerade regler, olika indexeringsalternativ				
		Alt A, enbart prisindex	Alt B	Alt C	Alt D	Alt E, enbart reallöneindex
2000	29,9	29,9	29,9	29,9	29,9	29,9
2005	31,2	30,9	31,2	31,2	31,1	31,9
2010	31,4	30,1	30,8	31,4	30,8	33,2
2015	30,0	28,1	29,2	30,7	29,8	33,6
2020	30,8	28,3	29,7	32,6	31,3	36,5
2025	31,5	28,7	30,4	34,9	33,4	39,9

Tabell 13: Nettoutgifter för förtidspensioner och sjukersättningar 2000–2025, huvudscenari, reallönetillväxt 3 procent, belopp i miljarder kronor, 1999-års priser.

År	Nuvarande regler	Reformerade regler, olika indexeringsalternativ				
		Alt A, enbart prisindex	Alt B	Alt C	Alt D	Alt E, enbart reallöneindex
2000	29,9	29,9	29,9	29,9	29,9	29,9
2005	31,2	30,9	31,2	31,2	31,1	31,9
2010	31,4	30,0	31,0	31,6	30,9	34,0
2015	29,9	28,0	29,7	31,6	30,4	35,9
2020	30,8	28,4	30,6	34,6	32,9	40,8
2025	31,6	28,8	31,4	38,5	36,3	46,7

Tabell 14: Statlig ålderspensionsavgift avseende förtidspensioner och sjukersättningar 2000–2025, huvudscenario, reallönetillväxt 2 procent, belopp i miljarder kronor, 1999-års priser.

År	Nuvarande regler	Reformerade regler, olika indexeringsalternativ				
		Alt A, enbart prisindex	Alt B	Alt C	Alt D	Alt E, enbart reallöneindex
2000	8,9	8,9	8,9	8,9	8,9	8,9
2005	9,4	9,2	9,4	9,3	9,3	9,6
2010	9,6	9,0	9,4	9,4	9,4	10,0
2015	9,4	8,6	9,1	9,3	9,3	10,2
2020	10,0	9,0	9,6	10,1	10,1	11,3
2025	10,5	9,3	10,1	11,1	11,1	12,5

Tabell 15: Nettoutgifter för förtidspensioner och sjukersättningar inklusive statliga ålderspensionsavgifter 2000–2025, högre risk, reallönetillväxt 2 procent, belopp i miljarder kronor, 1999-års priser.

År	Nuvarande regler	Reformerade regler, olika indexeringsalternativ				
		Alt A, enbart prisindex	Alt B	Alt C	Alt D	Alt E, enbart reallöneindex
2000	38,8	38,8	38,8	38,8	38,8	38,8
2005	40,7	40,1	40,6	40,6	40,4	41,6
2010	42,2	40,1	41,2	41,8	41,2	44,3
2015	41,6	38,6	40,3	42,0	41,0	46,0
2020	44,4	40,6	42,8	46,4	45,0	51,9
2025	46,6	42,1	44,7	50,8	49,0	57,9

Tabell 16: Nettoutgifter för förtidspensioner och sjukersättningar inklusive statliga ålderspensionsavgifter 2000–2025, lägre risk, reallönetillväxt 2 procent, belopp i miljarder kronor, 1999-års priser.

År	Nuvarande regler	Reformerade regler, olika indexeringsalternativ				
		Alt A, enbart prisindex	Alt B	Alt C	Alt D	Alt E, enbart reallöneindex
2000	38,8	38,8	38,8	38,8	38,8	38,8
2005	40,6	40,0	40,5	40,5	40,3	41,5
2010	40,5	38,6	39,7	40,2	39,7	42,7
2015	38,4	35,8	37,4	39,0	38,1	42,8
2020	38,5	35,3	37,4	40,4	39,1	45,4
2025	40,0	36,3	38,6	43,7	42,2	50,0

Tabell 17: Utveckling av antalet personer med förtidspension/sjukersättning 2000–2025², olika riskscenarier, tusental

År	Huvudalternativ	Högre risk	Lägre risk
2000	437	437	437
2005	453	456	453
2010	445	462	442
2015	425	453	419
2020	424	469	411
2025	428	478	414

² I beräkningarna är antalet med förtidspension/sjukersättning 3,5 procent fler än vad som redovisas i den offentliga statistiken på grund av att det varje år beslutas om beviljande av retroaktiva ersättningar.