

isf

INSPEKTIONEN FÖR
SOCIALFÖRSÄKRINGEN

Rapport 2014:16

Hälsoeffekter
av tidigarelagd
pensionering

isf

Rapport 2014:16

Hälsoeffekter av tidigarelagd pensionering

En rapport från Inspektionen för socialförsäkringen

Stockholm 2014

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har till uppgift att genom systemtillsyn och effektivitetsgranskning värna rättssäkerheten och effektiviteten inom socialförsäkringsområdet.

Systemtillsyn innebär att granska om regelverket tillämpas korrekt och enhetligt. Effektivitetsgranskning innebär att granska om en verksamhet fungerar effektivt med utgångspunkt i det statliga åtagandet.

Rapporten kan beställas från Inspektionen för socialförsäkringen.

Beställningsadress:
Inspektionen för socialförsäkringen
Box 202
101 24 Stockholm

Telefon: 08-58 00 15 00
E-post: registrator@inspsf.se

Rapporten kan laddas ner från
www.inspsf.se

© Inspektionen för socialförsäkringen
Tryckt av Elanders Sverige AB
Stockholm 2014

Innehåll

| | |
|---|----|
| Generaldirektörens förord | 5 |
| Sammanfattning | 7 |
| Summary | 9 |
| 1 Inledning | 13 |
| 2 Pensionssystemet | 15 |
| 3 Försvarsbeslutet 1992..... | 17 |
| 4 Metod, data och urval..... | 19 |
| 4.1 Metod..... | 19 |
| 4.2 Data och urval..... | 20 |
| 5 Analys | 23 |
| 5.1 Påverkade försvarsbeslutet pensioneringen? | 23 |
| 5.2 Effekten på slutenvård | 26 |
| 5.3 Effekten på dödlighet..... | 28 |
| 5.4 Heterogena behandlingseffekter | 29 |
| 5.4.1 Dödsorsak och huvuddiagnos vid sjukhusinläggning..... | 29 |
| 5.4.2 Tidigare inkomstnivå och utbildningsnivå | 30 |
| 6 Slutsatser | 33 |
| Referenser | 37 |

Generaldirektörens förord

En ökande livslängd är en välfärdsförbättring som många länder upplever i dag. Detta för med sig att antalet som ska försörjas ökar i relation till antalet som är i förvärvsaktiv ålder. Åtgärder har därför vidtagits för att höja pensionsåldern. Pensionering kan – beroende på arbetets art, levnadsvillkor och tidigare hälsa – ha både en negativ och en positiv betydelse för välbefinnande och framtida hälsa.

Denna rapport sammanfattar en forskningsstudie som undersöker hur ett förmånligt erbjudande om tidig pensionering påverkar sjukhusinläggning och dödlighet. Erbjudandet avsåg en grupp av manliga yrkesofficerare som i vanliga fall hade en pensionsålder på 60 år och innebar att de i stället kunde få tjänstepension från 55 års ålder.

Erbjudandet om tidig pension accepterades av de flesta. Huvudresultatet är att gruppen som blev erbjuden tidig pension fick en bättre hälsoutveckling, mätt med de ovan angivna måtten sjukhusinläggning och dödlighet. Resultaten bygger på antagandet att andra manliga statsanställda, som inte berördes av pensionserbjudandet, kan användas som jämförelsegrupp för att ta hänsyn till skillnader i hälsa som kan finnas mellan födelsekohorter.

Resultaten är delvis i linje med tidigare studier som visar positiva effekter av pensionering. Samtidigt finns indikationer på att fortsatt arbete kan ha gynnsamma effekter på exempelvis den kognitiva förmågan. Det finns anledning att fortsätta undersöka vad heterogeniteten i befolkningen, exempelvis med avseende på utbildning och arbete, betyder i detta avseende.

Ur en offentligfinansiell synvinkel kan det konstateras att – under förutsättning att resultaten för yrkesofficerare är överförbara också till andra yrkesgrupper – pensionsåldern inte bara påverkar arbetsutbud och skatteintäkter, utan att det även kan finnas anledning att ta hänsyn till effekten på kostnaderna för hälso- och sjukvård. Hur mycket det påverkar fordrar en närmare undersökning.

Rapporten är skriven av Daniel Hallberg, Per Johansson och Malin Josephson. Den är en sammanfattning av "Early retirement and post-retirement health", ISF working paper 2014:1 (finns även som IFAU Working Paper 2014:12). Värdefulla synpunkter på tidigare utkast har lämnats av Marcus Eliasson, Peter Nilsson och Helena Holmlund. Seminariedeltagare vid Uppsala Center for Labor Studies (UCLS), Linnéuniversitetet och ISF har också bidragit med värdefulla synpunkter på studien.

Stockholm i september 2014

Per Molander

Sammanfattning

Den demografiska utvecklingen med längre levnadslängd ökar trycket på den offentliga sektorns finanser eftersom en större andel äldre i samhället skapar en ökad efterfrågan på välfärdstjänster, samt gör att försörjningskvoten (antal skattebetalare i relation till antal att försörja) ökar. Som en konsekvens har de flesta OECD-länderna reformerat sina pensions- och skattesystem i avsikt att förmå individer att senarelägga pensioneringen och förlänga arbetslivet. En naturlig fråga – som till stor del har förbisetts av många beslutsfattare – gäller effekterna på individens välbefinnande i allmänhet och på hälsan i synnerhet av att skjuta upp pensionsåldern.

En orsak till varför pensionering kan leda till en förbättrad hälsa kan vara att det medför mindre stress och minskar exponeringen för eventuella hälsorisker i arbetsmiljön. Pensionering ger också ökade möjligheter att själv bestämma över sin tid och få tid för socialt umgänge, motion och andra hälsosamma levnadsvanor. Men det kan även vara så att fortsatt arbete under ytterligare några år ger bättre hälsa eftersom såväl kognitiva som sociala förmågor upprätthålls. Ett livsstilsbyte som pensionering kan rent allmänt innebära en ökad stress, och en omläggning till mindre hälsosamma kostvanor eller rutiner och skulle därför kunna bidra till en ökad sjuklighet. Dessutom kan ett oplanerat utträde ur arbetslivet innebära en ökad ekonomisk osäkerhet inför framtiden, vilket i sin tur kan begränsa individens möjligheter att göra nödvändiga hälsoinvesteringar till följd av ett minskat konsumtionsutrymme.

I denna studie undersöks effekten av tidig pensionering på individens hälsa. För detta används detaljerade longitudinella individdata som täcker in såväl slutenvård som dödlighet. Utgångspunkten för den empiriska analysen är ett erbjudande om tidig pensionering för militärer födda 1934 till 1939. Erbjudandet gällde pensionering från 55 års ålder i stället för den normala pensionsåldern, som var 60 år för denna yrkesgrupp.

Resultaten visar att det finns positiva effekter på hälsan genom pensionserbudandet: de som fick erbjudandet att gå i tidig pension hade både en lägre dödlighet och färre dagar i slutenvård fram till 70 års ålder. Det framgår också att erbjudandet om tidig avtalspension ökade de tidiga, frivilliga avgångarna och minskade sysselsättningen i den relevanta åldersgruppen. Vidare kan man dra slutsatsen att de potentiellt negativa effekterna på hälsan orsakade av sämre inkomst är små, eftersom pensionserbudandena inte hade någon effekt på den disponibla inkomsten efter ordinarie pensionsålder. De hälsoeffekter som hittas på grund av pensionserbudandet verkar alltså inte störas av skillnader i inkomst till följd av tidig pensionering.

Resultaten tyder på att minskningen av slutenvårdsdagar var större för dem som hade relativt låga inkomster före pensionserbudandet och bland dem som saknade en längre högskoleutbildning. Analysen ger även visst stöd för att erbjudandet ledde till en minskad risk att dö i en akut hjärtinfarkt. En tolkning kan vara att effekten hänger samman med mindre stress och mindre exponering för riskfyllda arbetsplatser.

Under antagandet att resultaten för officerare kan generaliseras till befolkningen i stort, behöver alltså pensionsåldern inte bara ha effekt på samhällsekonomin i form av högre arbetsutbud och högre skatteinkomster utan kan även påverka kostnaderna för hälso- och sjukvård.

Summary

Early retirement and post-retirement health

The Swedish Social Insurance Inspectorate (Inspektionen för socialförsäkringen, ISF) is an independent supervisory agency for the Swedish social insurance system. The objectives of the agency are to strengthen compliance with legislation and other statutes, and to improve the efficiency of the social insurance system through system supervision and efficiency analysis and evaluation.

The ISF's work is mainly conducted on a project basis and is commissioned by the Government or initiated autonomously by the agency. This report has been initiated by the agency.

Background

Demographic projections clearly show that the population in most OECD countries is ageing, and that the working-age population as a share of the total population will decrease. This development will exert pressure on government budgets. This is both because a larger fraction of elderly people will create greater demand for welfare services and also because each potential taxpayer will have more non-workers to support. As a consequence, most OECD countries are undertaking measures to prolong the careers of older workers. However, a natural question – which has been largely overlooked by policy makers – concerns the effect of postponing retirement, on individual well-being and, in particular, on health. Unfavorable (or favorable) effects from retirement timing on health may not only influence individual wellbeing, but also have direct effects on health care costs in society.

One reason why retirement can lead to improved health may be that it causes less stress and reduces exposure to potential health hazards in the work environment. Retirement also provides better opportunities

for the individual to decide over own time and makes time for socializing, exercise and other healthy habits. But it may also be that further work for some years results in better health because both cognitive and social abilities are maintained. A lifestyle change like retirement can generally mean increased stress, and a shift to less healthy eating habits or routines, and therefore contribute to increased morbidity. In addition, an unplanned exit from the labor market imply increased economic uncertainty about the future, which in turn may limit the individual's ability to make the necessary investments in health as a result of reduced consumption possibilities.

Objectives

The aim of this study is to investigate the consequences of voluntary retirement on health.

Methods

To this end, we make use of detailed longitudinal data on inpatient care and mortality. The data contain annual information on a wide range of educational and demographic characteristics as well as different income sources: income from work, pensions, social security benefits, and disposable income.

The public pension system for the cohorts under study was mainly a defined benefit scheme consisting of a flat-rate basic pension and an income-related supplementary pension based on the best 15 out of 30 years of earnings. The normal pension age was 65. For most employees, incomes above the income cap in the public pension system are covered by occupational pensions, based on collective agreements by the unions and employers' federations. During the period under study, several professions, particularly in the public sector, had a normal retirement age below the national retirement age of 65 as part of the collective agreement.

In order to identify the causal effect of retirement timing on subsequent health, we make use of a targeted retirement offer, implemented during 1992-1994, to army employees 55 years of age or older. Before this offer was instigated, the normal retirement age was 60 years of age for regular military officers.

We estimate the effect of this early retirement offer on the health of individuals who accepted this offer between the ages of 55–59 years, by examining their subsequent health in ages 56–70. The identification strategy is based on cohort variation in the timing of the offer and by using other civil servants not affected by the early retirement offer to control for secular trends in schooling, nutrition (i.e. early childhood difference at the cohort level), health care technology, and general period effects.

The study concerns all males born in 1931-1939 who were civil servants at 54 years of age. Since no women military personnel exist for the studied cohorts, only men are sampled for this study.

Findings

We show that the targeted offer increased early voluntary retirement and decreased market work. Moreover, the targeted offer had no effect on disposable income after the regular retirement age of 60. Overall, it means that the potential negative effects on health caused by poor income are small. We find that the opportunity to retire early reduced the number of days of inpatient care. The results are robust to the model specification. We also find a lower risk of mortality for those who retired early.

From a heterogeneity analysis we find a greater reduction in inpatient care days for those with low pre-retirement incomes and low education. One interpretation of this could be that the effect is linked to less stress and less exposure to workplace hazards. A second heterogeneity analysis, using different causes of death and number of days in inpatient care due to different diagnoses, gives some support to a reduced risk of dying from acute myocardial infarction. One interpretation is that some of the effect of early retirement on health is from reduced workplace stress.

Conclusions

Early retirement is shown to have positive health effects. The positive income effect for the government of extending working life may therefore also create side-effects in terms of increasing costs for health care. How large this effect is requires a closer examination.

1 Inledning

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

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

Syftet med denna studie är att öka kunskapen om konsekvenserna för hälsan av att gå i tidig pension.¹ För detta används detaljerade longitudinella individdata som täcker in såväl slutenvård som dödlighet. För att undersöka pensioneringstidpunktens effekt på den efterföljande hälsan används en reform under åren 1992–1994 som innebar att yrkesofficerare inom försvaret erbjöds pensionering från 55 års ålder.

Resten av rapporten disponeras enligt följande: avsnitt 2 redogör kort för pensionssystemet, avsnitt 3 beskriver reformen, avsnitt 4 diskuterar analysens metodologiska ram, de data som användes och analysurvalet, avsnitt 5 redovisar resultat och avsnitt 6 avslutar med en sammanfattning och slutsatser.

¹ Se Hallberg m.fl. (2014) för en litteraturgenomgång om hälsoeffekter av pensionering. I korthet kan sägas att det inte finns någon entydig evidens om hur stora effekterna är eller om de är positiva eller negativa. En anledning till detta är skillnader i metod och data (longitudinell eller tvärsnitt), men även skillnader i typen av hälsoutfall, till exempel subjektiva eller mer objektiva mått på hälsa.

2 Pensionssystemet

För de födelsekohorter som studeras består det allmänna pensions-systemet i huvudsak av det gamla pensionssystemet.² Detta bestod av en del som inte var inkomstrelaterad (folkpension) och en inkomstrelaterad del (allmän tilläggspension, ATP). ATP bestämdes utifrån intjänandet under de 15 bästa åren av totalt 30 intjänandeår och motsvarade 60 procent av intjänandet upp till ett tak på 333 750 kronor, räknat i 2013 års prisnivå (7,5 prisbasbelopp). För den som hade minde än 30 års intjänande reducerades ATP proportionellt med antalet intjänandeår delat med 30. I det gamla pensionssystemet var den normala pensionsåldern 65 år. Tidiga (sena) pensionsuttag innebär att pensionsutbetalningen justerades ned (upp). Den tidigaste uttagsåldern var 60 år (61 år från och med 1998).

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

² Det nu gällande pensionssystemet fñas in för födda 1938–1953 som har en del från det gamla systemet och en del från det nya. De som är födda 1938 har 4/20 från det nya pensions-systemet och 16/20 från det gamla. De som är födda 1939 har 5/20 från det nya pensions-systemet och 15/20 från det gamla. Se Hallberg m.fl. (2014) för närmare information om det nu gällande pensionssystemet.

Tjänstepensionsavtalen erbjöd i allmänhet ganska generösa möjligheter att gå i pension före 65 års ålder. För vissa yrkesgrupper, såsom militärer, brandmän och flygledare, innehöll avtalen dessutom en avtalad lägre pensionsålder. Militärer hade en avtalad pensionsålder på 60 år, som innebar att de kunde pensionera sig med uttag av enbart tjänstepension från och med 60 års ålder, men utan att påbörja uttaget av den allmänna pensionen före 65 års ålder. För en statsanställd med en full intjänandeperiod på 30 år var ersättningsgraden 65 procent av pensionsunderlaget mellan 60–64 års ålder. En tidig avtalspensionering påverkade inte den allmänna pensionen efter 65 års ålder om individen hade uppnått en tjänstetid på minst 30 år. Tjänstepensionen efter 65 års ålder påverkades vanligtvis inte heller.

3 Försvarsbeslutet 1992

Försvarsbeslutet 1992 (prop. 1991/92:102) innebar omfattande omorganisationer och personalneddragningar som delvis riktades mot äldre yrkesofficerare.³ Beslutet som togs av riksdagen i februari 1992 och gällde perioden 1992–1997, anger att antalet anställda inom försvaret ska minska med drygt 1 500 yrkesofficerare, med drygt 4 500 civilanställda och med cirka 1 200 reservofficerare (jämför prop. 1991/92:102, s. 86), samt att avvecklingen bör vara avklarad vid utgången av 1994. Det sägs speciellt att ”[å]ldersstrukturen hos yrkesofficerarna bör förändras och anpassas för att bättre svara mot försvarsmaktens behov av yngre befäl” (ibid.). För att förbättra ålderstrukturen hos yrkesofficerarna föreslår den militära pensionsåldersutredningen i betänkandet *Yrkesofficerarnas pensionsålder och åldersstruktur: betänkande av Militära pensionsåldersutredningen* (SOU 1991:87) att det träffas kollektivavtal som ger förutsättningar för att stimulera den enskilde att avgå före pensionsåldern.

Betänkandet tog även upp att yrkesofficerare till övervägande del är anställda med fullmakt, vilket innebär att de har ett starkare anställningsskydd (ibid. s. 87). Därmed kan ”[b]ehovet av att i närtid minska antalet yrkesofficerare anställda med fullmakt före pensionsåldern [...] kräva särskilda åtgärder för att stimulera den enskilde att lämna sin anställning före tidpunkten för avgångsskyldighet enligt pensionsbestämmelserna” (ibid.). I sammanhanget nämns att det kan bli aktuellt med avgångsvederlag eller tjänstledighet med lön och att överbefälhavaren har begärt befogenhet att ”besluta om förtida avgång med full pension för den som fyllt 55 år” (ibid.). Detta betyder alltså att yrkesofficerare som inte accepterade erbjudandet om pension från 55 års ålder istället kunde beviljas tjänstledighet med full lön.

³ Bet. 1991/92: FÖU12.

Tabell 1. Åldersgrupper och födelsekohorter som påverkades av försvarsbeslutet 1992 (ålder per den 31 december)

| Födelseår | Ålder mellan 55 och 59 år som påverkades av reformen | | | | |
|-----------|--|------|------|------|------|
| | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 |
| 1931 | 1986 | 1987 | 1988 | 1989 | 1990 |
| 1932 | 1987 | 1988 | 1989 | 1990 | 1991 |
| 1933 | 1988 | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 |
| 1934 | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 |
| 1935 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 |
| 1936 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 |
| 1937 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 |
| 1938 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 |
| 1939 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 |

Anm.: 1992 års försvarsbeslut antogs av riksdagen i februari 1992 och implementerades under 1992. I analysen betraktas 1992 som ett övergångsår, vilket betyder att det är svårt att exakt bestämma hur mycket de som var födda 1933 påverkades av reformen (de fyllde 59 år under 1992). På grund av detta är år 1992 ljust skuggat i figuren.

Tabell 1 ger en översikt av åldrar, år och födelsekohorter som påverkades av 1992 års försvarsbeslut. Årskullarna 1931–1932 påverkades inte av reformen. Årskullarna 1933–1937 påverkades delvis, medan årskullarna 1938–1939 påverkades fullt, det vill säga från 55 års ålder. Enligt försvarsbeslutet 1992 beräknades personalminskningen vara klar vid utgången av 1994. Reformen infördes under 1992, vilket innebär att den årskull som är född 1933 också kan ha påverkats. Huvudanalysen fokuserar på de kohorter som inte påverkades alls, respektive på dem som påverkades mest (det vill säga redan från 55 års ålder) och därför inriktas huvudanalysen på födda 1931–1932 och 1938–1939.

4 Metod, data och urval

4.1 Metod

Denna studie undersöker vilken effekt möjligheten att gå i tidig pension vid 55 års ålder i stället för vid 60 års ålder har på hälsan senare i livet.⁴ Måtten på hälsa som används i analysen är inläggning på sjukhus och mortalitet. Analysen använder sig av kohorterna födda 1931–1932 för att undersöka hur hälsan hade kunnat vara för kohorterna födda 1938–1939, om de inte hade fått något erbjudande om pensionering vid 55 års ålder. Ett problem med att förlita sig på kohortskillnader i skattningen är att det kan finnas skillnader i hälsa vid samma ålder över kohorter. För att ta hänsyn till dessa potentiella hälsoskillnader vid en given ålder mellan kohorter används andra statligt anställda (förutom yrkesofficerare) för att ta hänsyn till den potentiella kohorteffekten.⁵ Detta innebär att skillnader i hälsa hos militärer med en pensionsålder på 55 år respektive 60 år jämförs med skillnader i hälsa hos andra statsanställda i samma årskullar, vilka i de flesta fall hade en normal pensionsålder på 65 år.

Metodutformningen gör det möjligt att skatta effekten av möjligheten att gå tidigt i pension på inläggning i slutenvård och mortalitet. Den tillåter också att den allmänna hälsonivån kan variera mellan såväl de

⁴ Notera att intresset är att skatta effekten av att få ett *erbjudande* om tidig pension, vilket inte är detsamma som effekten av en tidig pensionering. Eftersom de som accepterar erbjudandet potentiellt har en sämre hälsa än de som väljer att tacka nej, finns det en risk att en effektskattning där själva erbjudandet används som instrument för faktisk pensionering endast skattar effekten för dem som väljer att gå i pension. Denna effekt är sannolikt större än den genomsnittliga effekten av en tidig pensionering. Hallberg m.fl. (2014) redovisar även en skattning där erbjudandet har använts som ett instrument för att skatta effekten för dem som väljer att gå i pension.

⁵ Enbart statligt anställda män kommer att studeras. Anledningen är att det inte finns några kvinnliga yrkesofficerare bland den militära personalen för dessa kohorter.

två yrkesgrupperna som mellan kohorter. Analysen bygger på antagandet att ålderstrenderna i hälsa i frånvaro av 1992 års försvarsbeslut är desamma för yrkesofficerare och andra statligt anställda.⁶

4.2 Data och urval

Den empiriska analysen använder sig av data från Statistiska centralbyrån (SCB) och Socialstyrelsen. Data täcker hela den svenska befolkningen i åldrarna 16–65 år under perioden 1985–1999 och alla personer i åldrarna 16–74 år under perioden 2000–2010. I dessa data finns årliga uppgifter om utbildnings- och demografiska egenskaper, samt olika inkomstkällor, såsom inkomst från arbete, pensioner, sociala förmåner och disponibel inkomst.

Informationen om sjukhusinläggningar och dödsorsaker finns för perioden 1961–2010 och kommer från Socialstyrelsen. Data omfattar all slutenvård på offentliga sjukhus från 1987 till 1996. Från 1997 och framåt ingår även privat vård i registret. Det är ingen större begränsning eftersom nästan all sjukhusvård i Sverige vid den tiden utfördes av en offentlig huvudman. Vid en inläggning registreras en eller flera sjukdomsdiagnoser och i regel innebär detta att personen har tillbringat minst en natt på sjukhus. Från och med 2002 omfattar registren även öppenvårdskontakter inom den specialiserade vården. I denna analys begränsas utfallen till slutenvård, det vill säga inläggning över natten på sjukhus.

Urvalet består av alla män födda under perioden 1931–1939 som är statstjänstemän vid 54 års ålder. För individer i de relevanta års-kullarna kan alltså alla slutenvårdsbesök observeras från 56 års ålder fram till 70 års ålder, såvida de inte avlider dessförinnan eller emigrerar. Med detta urval går det att följa alla dödsfall fram till år 2010, vilket innebär att dödsfall inte observeras efter 79 års ålder för kohorten som är född 1931. För kohorten född 1939 kan dödsfall inte observeras efter 71 års ålder.

⁶ Detta antagande kan testas informellt genom att undersöka om ålderstrenderna i hälsa för militärer och andra statligt anställda före reformen (det vill säga före 55 års ålder) är parallella. Ett sådant test genomförs i Hallberg m.fl. (2014) och det visar att den valda utvärderingsmetoden inte kan förkastas.

Som huvudmått på arbetsmarknadsstatusen vid 55–59 års ålder används förekomsten av tjänstepension vid 55–59 års ålder i analysen (se Hallberg m.fl., 2014, för alternativa mått). Inkomst mäts på två sätt. *Disponibel inkomst* är nettoinkomst efter skatt från arbete, företag, kapital och sociala transfereringar och bidrag. *Arbetsinkomst* är arbetsinkomster och företagsinkomster före skatt.⁷

Tabell 2 visar beskrivande statistik för analyspopulationen. Av tabellen framgår att militärer i genomsnitt har högre arbetsinkomster vid 54 års ålder än andra statligt anställda och att inkomstfördelningen för militärer är mer sammanpressad. Den disponibla inkomsten vid 59 års ålder är däremot relativt likartad i grupperna. Som nämns ovan har en stor andel av statstjänstemännen en inkomst över taket på 7,5 prisbasbelopp och får alltså en väsentlig del av sin pension i form av tjänstepension. Totalt 23 respektive 55 procent av militärerna födda 1931–1932 och 1938–1939 hade arbetsinkomster över intjänandetaket vid 54 års ålder. För övriga statligt anställda är motsvarande andelar 18 respektive 33 procent. Den andel som har tjänstepension i åldrarna 55–59 är klart högre för yrkesofficerare födda 1938–1939 än för andra, vilket är förväntat med tanke på reformen.⁸ Yrkesofficerare har i genomsnitt en längre utbildning än övriga statsanställda. Majoriteten bland yrkesofficerarna har en eftergymnasial utbildning som är 2 år eller längre.

Tabellen visar dessutom att det genomsnittliga antalet dagar i slutenvård (i åldrarna 56–70 år) är högre för den äldre kohorten av militärer, i jämförelse med samma kohort av andra statstjänstemän, men lägre för den yngre kohorten av militärer, i jämförelse med samma kohort av andra statstjänstemän. En enkel uppskattning av den ojusterade reformeffekten, utan att hänsyn har tagits till individernas inkomst och utbildning, tyder utifrån tabellen på en statistiskt signifikant minskning med 8,11 (11,17-24,99 - (15,91-21,62) = -8,11) dagar i slutenvård i åldrarna 56–70 år. Utifrån mortaliteten innan 71 års ålder går det att på samma sätt beräkna att det finns en minskning i dödligheten som en följd av försvarsbeslutet.

⁷ Data över tjänstepensionsinkomst börjar 1990. Det betyder att den tidigaste ålder där det finns uppgifter om denna inkomst för samtliga kohorter är 59 års ålder. Samma databegränsning gäller för den disponibla inkomsten, men inte för arbetsinkomsten som finns från 1985. För huvudmättet på arbetsmarknadsstatus (*förekomsten av tjänstepension i åldern 55–59 år*) innebär denna databegränsning inget egentligt problem, eftersom det är rimligt att anta att påbörjade uttag av tjänstepension inte avbryts. Det är förmodligen väldigt sällsynt att individer som har påbörjat uttaget av sin tjänstepension återkallar uttaget.

⁸ Även alternativa mått för sysselsättning visar på förväntade effekter av reformen, det vill säga en lägre sysselsättning för militärer födda 1938–1939 i jämförelse med övriga. Se Hallberg m.fl. (2014).

Tabell 2. Beskrivning av huvudurvalet, medelvärde och standardavvikelse (SD), per födelsekohort och yrkesgrupp (yrkesofficerare och andra)

| | Yrkesofficerare | | | | Andra statsanställda | | | |
|---|-----------------|-------|-----------|-------|----------------------|-------|-----------|-------|
| | 1931–1932 | | 1938–1939 | | 1931–1932 | | 1938–1939 | |
| | Medel | SD | Medel | SD | Medel | SD | Medel | SD |
| Arbetsinkomst vid 54 års ålder/1000 (kronor) | 288,8 | 74,8 | 383,8 | 134,0 | 272,5 | 99,9 | 319,4 | 129,3 |
| Har arbetsinkomst vid 54 års ålder överstigande taket | 0,23 | | 0,55 | | 0,18 | | 0,33 | |
| Disponibel inkomst vid 59 års ålder/1000 (kronor) | 235,4 | 62,1 | 226,2 | 87,0 | 217,5 | 78,9 | 231,4 | 130,5 |
| Har uttag av tjänstepension vid 54 års ålder | 0,00 | | 0,01 | | 0,00 | | 0,01 | |
| Har uttag av tjänstepension, ålder 55–59 år | 0,09 | | 0,78 | | 0,10 | | 0,18 | |
| Utbildningsnivå (antal skolår) | 14,8 | 0,8 | 14,9 | 0,5 | 12,7 | 3,1 | 12,7 | 3,2 |
| Antal dagar med sjukhusinläggningar, ålder 56–70 år | 24,99 | 91,82 | 11,17 | 22,62 | 21,62 | 58,75 | 15,91 | 39,69 |
| Död (innan 71) | 0,19 | | 0,12 | | 0,16 | | 0,13 | |
| <i>Antal observationer</i> | 598 | | 695 | | 11 097 | | 7 596 | |

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

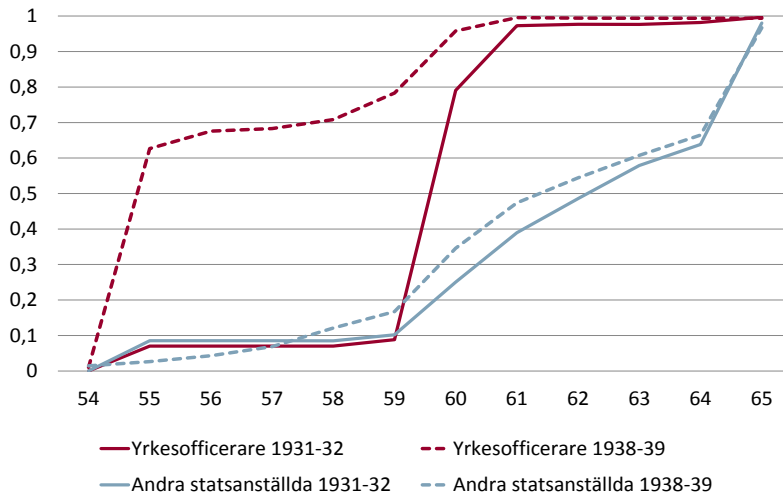
5 Analys

5.1 Påverkade försvarsbeslutet pensioneringen?

En grafisk illustration av att försvarsbeslutet påverkade pensionsbeslutet olika beroende på grupp ges av figur 1 som visar andelarna som har tjänstepension, uppdelat på kohorterna 1938–1939 och 1931–1932, samt yrkesofficerare och andra statsanställda. Av figuren framgår det tydligt att i stort sett samtliga militärer som var födda 1931–1932 påbörjade sitt pensionsuttag vid 60 års ålder, medan majoriteten bland dem som var födda 1938–1939 påbörjade sitt tjänstepensionsuttag vid 55 års ålder. Det finns ingen liknande variation över kohort bland övriga statsanställda. Regressionskattningar visar att sannolikheten att påbörja tjänstepensionsuttaget i åldern 55–59 år ökade med i genomsnitt 60 procentenheter (600 procent) till följd av försvarsbeslutet.⁹

⁹ Även effekten av försvarsbeslutet på sysselsättning utifrån årliga inkomstuppgifter och utifrån uppgifter om anställning i november varje år har skattats. Resultaten från dessa analyser ger kvalitativt samma resultat. Se Hallberg m.fl. (2014).

Figur 1. Utnyttjande av tjänstepension för militärer och andra statsanställda för de två kohorterna 1931–1932 och 1938–1939

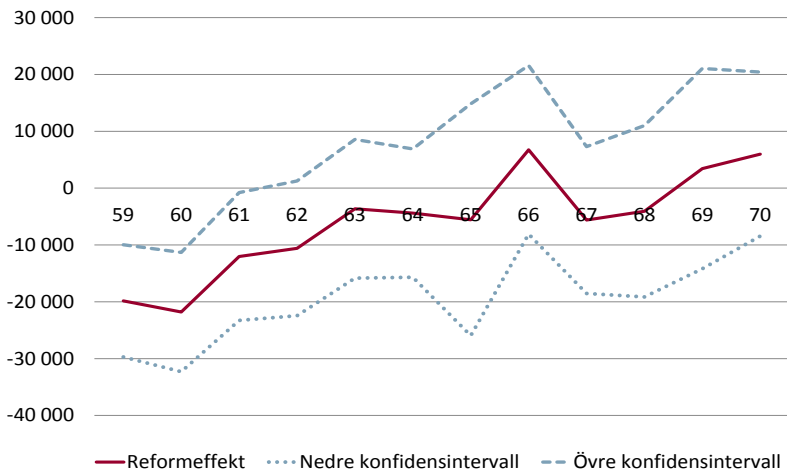


Anm.: Andelarna är skattade med värdet för 1990 för kohort 1931 (åldrarna 55–58) och för kohort 1932 (åldrarna 55–57). Uppgifter om pensionsinkomst börjar 1990.

Det finns en omfattande litteratur som visar att arbetslöshet leder till försämrad hälsa.¹⁰ Ett viktigt skäl för att studera effekten av pensioneringstidpunkten på hälsan är att den potentiellt mäter något annat än effekten av arbetslöshet på hälsan. En sådan viktig skillnad är att det bör vara liten eller ingen påverkan av tidig pensionering på inkomsten, i jämförelse med påverkan av att vara arbetslös. Av detta skäl undersöks reformeffekten på den disponibla inkomsten för de studerade kohorterna.

¹⁰ Se Hallberg m.fl. (2014) för en litteraturgenomgång.

Figur 2. Reformeffekten på den disponibla inkomsten (kronor per år) för åldrarna 59–70 år



Anm.: Uppgifter om disponibel inkomst finns från och med 1990, vilket betyder att denna inkomst tidigast kan redovisas från 59 års ålder för samtliga kohorter.

Figur 2 visar skattningarna av reformeffekten på den disponibla inkomsten i åldrarna 59–70 år, separat per ettårsklass.¹¹ Från figuren går det att se negativa effekter på den disponibla inkomsten i åldrarna 59–61 år, men effekterna är relativt små. Det finns en statistiskt signifikant minskning av den disponibla inkomsten med cirka 20 000 kronor (10 procents minskning) i åldrarna 59–60 år och cirka 10 000 kronor (5 procents minskning) vid 61 års ålder. Vid övriga åldrar finns det ingen statistiskt signifikant effekt på den disponibla inkomsten. Som redan har nämnts påverkades inte pensionsinkomsterna efter den normala pensionsåldern för den som avgick med den typ av avtalspension som studeras här, om den enskilde hade uppnått en fullständig tjänstetid på 30 år. De långsiktiga effekterna på inkomsterna är därför försumbara. Sammantaget går det därför att dra slutsatsen att de potentiellt negativa effekterna på hälsan orsakade av sämre inkomst är små.

¹¹ Skattningarna avser interaktionseffekten mellan militär och att vara född 1938–1939.

5.2 Effekten på slutenvård

Skattningen av reformeffekten som visas i kolumn 1 i tabell 3 gäller slutenvårdsepisoder i åldersspannet 56–70 år. Skattningen ska tolkas, approximativt, som den procentuella förändringen av antalet dagar i slutenvård i åldrarna 56–70 år till följd av att få ett erbjudande om tidig tjänstepension 5 år innan ordinarie pensionsålder (från 55 års ålder).¹² Analysen visar att antalet dagar i slutenvård i åldrarna 56 till 70 reduceras med i genomsnitt cirka 35 procent på grund av möjligheten att gå i tidig pension. Översatt till ett genomsnittligt antal dagar, minskade reformen slutenvårdsdagarna med 6,7 dagar räknat över åldrarna 56–70 år.^{13,14}

Kolumn 1 i tabell 3 fokuserar på den kohort som påverkades fullt ut redan från 55 års ålder (födda 1938–1939), i relation till den kohort som inte påverkades alls av erbjudandet och istället gick i pension vid 60 års ålder (födda 1931–1932). Även ”mellankohorten”, de som var födda 1933–1937, påverkades av reformen, fast i mindre grad. Kohorten född 1937 fick till exempel erbjudandet om avtalspension vid 56 års ålder, ett åldersår senare än de som var födda 1938–1939. Genom att använda samtliga kohorter 1931–1939 går det att beräkna vad ytterligare år av tidigrelagd pension betyder i genomsnitt för slutenvårdskonsumtionen.

Kolumn 2 i tabell 3 visar effektskattningen när samtliga kohorter 1931–1939 används i analysen.¹⁵ Skattningen ska tolkas som marginaleffekten i dagar i slutenvård vid ett erbjudande om ytterligare ett år av tidig pension, till exempel vid 55 års ålder i stället för vid 56 års ålder.

¹² Analysen av effekterna på antalet dagar i slutenvård baseras på en log-linjär specifikation.

¹³ Detta beräknas som 35 procent av 19,19 dagar, där 19,19 är det viktade genomsnittet för dagar i slutenvård för urvalet (se tabell 2).

¹⁴ Resultatet är robust för kontrollvariabler. Alternativa mått på slutenvårdskonsumtion ger samma slutsats. I skattningen kontrolleras för bostadslän eftersom den geografiska placeringen av militärer skiljer sig från andra statliga anställda. Det skulle kunna finnas olika konjunkturcykler beroende på region samt regionala skillnader i hälso- och sjukvården som båda kan påverka hälsan. Dessutom kontrollerar skattningen för arbetsinkomst vid 54 års ålder och utbildningsnivå.

¹⁵ Se Hallberg m.fl. (2014) för närmare detaljer om hur den exakta modellen ser ut för denna skattning.

Tabell 3. Effekten (procent) av att bli erbjuden tidig tjänstepension på antal dagar i slutenvård i åldrarna 56–70 år

| | <i>Ett erbjudande med fem års tidigarelagd pension (kohorterna 1931–1932 och 1938–1939)</i> (1) | <i>Ett erbjudande om ytterligare ett år av tidigarelagd pension (kohorter 1931–1939)</i> (2) |
|--------|--|---|
| Effekt | -0,3472* (0,1446) | -0,0833** (0,0293) |

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

Av tabellen framgår att pensionserbjudandet reducerar antalet dagar i slutenvård med i genomsnitt ungefär 8 procent per åldersår som erbjudandet tidigareläggs. Det går att se att skattningen är förenlig med basresultatet i kolumn 1: skattningarna i kolumnerna 2 och 1 relaterar till varandra ungefär som 1 till 5.¹⁶

Om det finns en negativ hälsoeffekt av att erbjudas pension som resulterar i ökad dödlighet, minskar detta antalet dagar i slutenvård eftersom analyserna ovan även inkluderar personer som har dött under studieperioden.¹⁷ Innebörden av detta är att resultatet för slutenvård (ovan) kan vara en konsekvens av en ökad dödlighet hos dem som erbjuds tidig tjänstepension. Det är därför viktigt att även studera eventuella effekter på mortalitet.

¹⁶ En flexiblarare funktionsform har också undersökts (se Hallberg m.fl., 2014). Denna undersökning tyder på att den årliga effekten på slutenvårdskonsumtion (räknat i antal dagar) ökar i stort sett monotont med ytterligare åldersår av tidig pensionering.

¹⁷ Ett alternativ till denna analys vore att ta bort personer från analysen när de dör, det vill säga: att censurera observationsperioden för dem som dör.

5.3 Effekten på dödlighet

I detta avsnitt riktas fokus i analysen åter mot kohorterna som inte påverkas alls respektive mest av 1992 års försvarsbeslut, det vill säga kohorterna 1931–1932 och 1938–1939.

Tabell 4 visar parameterskattningar från dessa analyser i form av riskkvoter.¹⁸ Risken att dö till och med 70 års ålder minskar med cirka 26 procent $((1-0,7424)*100)$ som en effekt av reformen.¹⁹ Effekten är större före 66 års ålder (se kolumn 2). Dessa resultat tyder, om något, på att effekten på antalet dagar i slutenvård som presenterades ovan är underskattad. Det vill säga: genom att inte ta bort (censurera)²⁰ personer som dog under åldersspannet 56–70 år när effekten på slutenvårdsdagar undersöktes i avsnitt 5.2, underskattas effekten av pensionserbjudandet på antalet dagar i slutenvård mellan 56–70 års ålder.

Tabell 4. Effekten (hazardkvot) av att bli erbjuden tidig tjänstepension på dödssannolikheten

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

Anm.: Skattningen genomförs med maximum likelihood (Cox regression). Standardfel inom () är justerade för 19 906 kluster (individer): † $p < 0,1$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. Samtliga modeller inkluderar dummy för militär och dummy för kohort 1938–1939. Kontrollvariabler är län, utbildning, inkomst samt inkomst interagerad med kohort 1938–1939. Antalet observationer är 283 208 för (1) och 232 087 för (2).

¹⁸ Cox regressionsmodeller används för att skatta effekten på dödlighet.

¹⁹ Resultaten är desamma även om inte kontrollvariabler inkluderas. Även helt icke parametriska analyser ger kvalitativt samma slutsats. Se Hallberg m.fl. (2014) för detaljer.

²⁰ Innebörden är att personer endast ingår i analysen så länge de lever, därefter tas de bort (censureras).

5.4 Heterogena behandlingseffekter

5.4.1 Dödsorsak och huvuddiagnos vid sjukhusinläggning²¹

De positiva effekterna på hälsan kan vara en konsekvens av en minskad exponering för risker i arbetsmiljön eller en minskning i arbetsrelaterad stress (se till exempel Steptoe och Kivimäki, 2013). För att undersöka om det finns olika reformeffekter på dödlighet beroende på dödsorsak har separata modeller skattats för olika diagnoser. De olika diagnosgrupperna som har undersökts är: (1) akut hjärtinfarkt, (2) stroke och ischemiska hjärtsjukdomar, (3) alkohol och narkotika, (4) externa orsaker, (5) tumörsjukdomar och (6) andra orsaker. Analysen visar på en minskad risk att avlida i akut hjärtinfarkt fram till och med 65 års ålder. Denna effekt kvarstår även när kontrollvariabler inkluderas. Det finns i övrigt ingen statistiskt signifikant effekt för andra dödsorsaker, varken fram till och med 65 års ålder eller fram till och med 70 års ålder.

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

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

²¹ Se Hallberg m.fl. (2014) för en presentation av resultatet av skattningarna och exakta definitioner för diagnosuppdelningarna i detta avsnitt.

5.4.2 Tidigare inkomstnivå och utbildningsnivå

En annan fråga är om effekten av reformen skiljer sig åt mellan individer beroende på utbildningsnivå och den inkomstnivå de hade tidigare som anställda (vid 54 års ålder). I nominella termer är inkomstförlusten för den som går i pension mindre för låginkomsttagare i jämförelse med höginkomsttagare. Om det finns en liten negativ hälsoeffekt av en reducerad inkomst, bör den positiva effekten på hälsan vara större för låginkomsttagare. En annan orsak till att en relativt sett större positiv hälsoeffekt kan hittas bland låginkomsttagare och lågutbildade kan vara att deras arbetsmiljö är sämre. Den effekten kan bero på en större momentan minskning i arbetsmiljörisiker, men också på en sämre hälsa när individen erbjuds pensionering (jämför Grossman, 1971). Låginkomsttagare och lågutbildade har oftare haft mer fysiskt krävande arbeten och det innebär troligtvis att deras hälsostatus är sämre än hälsan hos höginkomsttagare och högutbildade.

Effekten kan dock även gå åt andra hållet. Anledningen skulle kunna vara att högutbildade och höginkomsttagare värderar sin fritid högre. En ökad fritid ökar i så fall välbefinnandet relativt sett mer och bidrar i större utsträckning till en bättre hälsostatus i förhållande till andra grupper.

Skattningarna visar att reformeffekten på antalet dagar i slutenvård är större för dem som tidigare, vid 54 års ålder, hade en låg inkomstnivå (se tabell 5). Reformen resulterade i att effekten på sjukhusinläggningarna var cirka 20 procentenheter (50 procent) större för individer med en inkomstnivå motsvarande den 1:a kvartilen i inkomstfördelningen, i jämförelse med individer med en inkomstnivå vid den 3:e kvartilen. Sjukhusinläggningarna minskade alltså mer bland låginkomsttagare än bland höginkomsttagare.

Tabell 5 visar vidare att reformeffekten är svagare för dem med hög utbildningsnivå (eftergymnasial utbildning, 2 år eller längre). För individer med högre utbildning reduceras antalet dagar i slutenvård med cirka 34 procent, medan den procentuella minskningen är ungefär den dubbla för dem utan en sådan utbildning.

Tabell 5. Heterogena effekter på antalet dagar i sjukhusinläggning mellan 56–70 års ålder med avseende på inkomstnivå vid 54 års ålder (kolumn 1) och utbildningsnivå (kolumn 2)

| | <i>Inkomst</i> | <i>Utbildning</i> |
|---|----------------------|-----------------------|
| Huvudeffekt | -0,9779** (0,328) | -1,0375** (0,3726) |
| Heterogen effekt med avseende på inkomst | 0,0809* (0,0315) | |
| Heterogen effekt med avseende på utbildning | | 0,7022* (0,3534) |
| Utvärderad vid 1:a kvartilen (231 000 kronor) | -0,558 | - |
| Utvärderad vid medelvärdet (295 000 kronor) | -0,442 | - |
| Utvärderad vid 3:e kvartilen (335 000 kronor) | -0,369 | - |
| Utvärderad vid högre utbildning (eftergymnasial, 2 år eller längre) | - | -0,3353 |

Anm.: Effekten är skattad genom Poisson maximum likelihood estimator. Robusta standardfel i (); † p<0,1; * p<0,05; ** p<0,01. Modellspecifikationen innehåller huvudeffekt (interagerad med antingen inkomst eller med utbildning), inkomst, utbildning, militärdummy samt dummy för kohort 1938–1939 och län. Inkomst avser inkomsten vid 54 års ålder, uttryckt i prisbasbelopp. Högre utbildning avser eftergymnasial utbildning, 2 år eller längre. Antalet observationer är 19 986.

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

6 Slutsatser

Denna studie bidrar till den empiriska litteraturen genom att öka kunskapen om effekterna av pensionering på hälsan. Analysen som använder sig av detaljerade longitudinella mikrodata på slutenvård, dödlighet och arbetsmarknadsutfall, utnyttjar ett erbjudande om tidig avtalspension som riktades till yrkesofficerare, 55 år eller äldre, mellan 1992–1994. Utan erbjudandet var den normala pensionsåldern 60 år för yrkesofficerare. Undersökningen studerar effekten av avtalspensionserbjudandet från 55 års ålder på individens hälsa i åldrarna 56–70 år. Analysen använder den kohortvariation i pensioneringsålder som skapas av att erbjudandet var begränsat i tid och bygger på antagandet att andra statstjänstemän, som inte berördes av pensionserbjudandet, kan användas som jämförelsegrupp för att ta hänsyn till skillnader i hälsa mellan kohorterna.

Analysen visar att reformen ökade den tidiga pensioneringen och minskade förvärsarbetet i åldrarna 55–59 år. Reformen hade dessutom endast kortsiktiga effekter på den disponibla inkomsten. Detta avviker från de inkomsteffekter som man finner inom litteraturen om effekter av arbetslöshet (se till exempel Eliason och Storrie, 2009a, 2009b, 2011, Browning och Heinesen, 2012, och Black m.fl., 2013).²²

Huvudresultatet är att möjligheten att gå i tidig avtalspension har positiva effekter på hälsan; erbjudandet minskade antalet dagar i slutenvård och gav även upphov till en minskad dödlighet. Resultatet bygger på antagandet att ålderstrenderna i hälsa i frånvaro av 1992 års försvarsbeslut skulle ha varit desamma för yrkesofficerare och andra statligt anställda. Resultaten är inte känsliga för analysmetod eller om kontrollvariabler inkluderas eller inte. Resultaten är inte heller

²² Denna litteratur som baseras på amerikanska data finner en inkomstförlust på upp emot 25 procent, fem eller sex år efter jobbförlusten (se Kletzhner, 1998). Med norska data finner Huttunen m.fl. (2011) en ökning på 31 procent i utflödet från arbetsmarknaden för dem som blivit av med jobbet. De långsiktiga effekterna för dem som blivit av med jobbet men som finns kvar på arbetsmarknaden är dock små: sju år efter jobbförlusten uppskattar Huttunen m.fl. (2011) inkomstförlusten till 3 procent.

känsliga för valet av mått på slutenvårdskonsumtion. Effekten på dödligheten är större när dödligheten till och med 65 års ålder undersöks, i jämförelse med 70 års ålder. Den minskade risken att dö beror delvis på en minskad risk att dö i akut hjärtinfarkt före 66 års ålder, vilket kan tyda på att en del av hälsoeffekten av pensionserbjudandet beror på minskad stress och hälsosammare levnadsvanor.

Resultatet tyder på en större positiv hälsoeffekt (det vill säga en större minskning av antalet slutenvårdsdagar) för dem som tidigare hade låga inkomster som anställda och för dem utan en längre högskoleutbildning. Dessa grupper har troligen en sämre arbetsmiljö och mindre god hälsa än högutbildade eller de med höga inkomster. En tolkning är därför att effekten på slutenvårdskonsumtionen är kopplad till en minskad exponering för risker i arbetsmiljön. En annan tolkning är att effekten är större för dem med mindre god hälsa.

Studiens resultat är delvis i linje med tidigare studier av andra yrkesgrupper. Westerlund m.fl. (2009) och Vahtera m.fl. (2009) finner att självrapporterad mental och fysisk trötthet, depressiva symtom och sömnstörningar minskar efter pensioneringen. Westerlund m.fl. (2010) finner däremot att pensioneringen inte ändrade risken för allvarliga kroniska sjukdomar som luftvägssjukdomar, diabetes, hjärt-kärlsjukdomar och stroke. Studierna bygger på den franska Gazelkohorten och årligen återkommande självrapporterad hälsa, från sju år före till sju år efter pensioneringen. Målgruppen bestod av cirka 11 000 män och 3 000 kvinnor som gick i pension från det franska gas- och elbolaget mellan 1990 och 2006. Den lagstiftande pensionsåldern var mellan 55 och 60 år, beroende på typen av arbete.

Det finns inga jämförbara studier som använder sjukhusinläggning som utfallsmått och det är därför svårt att direkt jämföra resultaten i den föreliggande studien i det avseendet. En aktuell studie som också använder kvasi-experimentell design, Bloemen m.fl. (2013), finner dock en effekt på dödlighet för män som är av en liknande magnitud. Baserat på svenska förhållanden fann dock Hult m.fl. (2010) att det inte fanns någon generell skillnad i dödlighet beroende på tidpunkten för pensionering. Urvalet till studien bestod av en kohort av manliga byggnadsarbetare med förtidspension, födda mellan 1920 och 1932. Forskningsfrågan var om förtidspensionering påverkar dödligheten och i analyserna ingick uppgifter om förekomsten av dödsfall fram

till år 2003. För att ta hänsyn till skillnader i hälsa innan pensioneringen ingick endast pensionärer med muskuloskeletal besvär i studiegruppen, vilka normalt sett inte påverkar dödlighetsrisken. Dessutom undantogs alla förtidspensionärer som blev inlagda på sjukhus samma år eller året före pensioneringen.

I de flesta OECD-länderna genomförs policyåtgärder i syfte att förlänga arbetslivet upp i åldrarna. En naturlig fråga gäller effekten på det individuella välbefinnandet och i synnerhet på hälsan av att senarelägga pensioneringen. Positiva effekter på hälsan av en senareläggning av pensionsåldern skulle också innebära minskade kostnader för hälso- och sjukvård.

Under antagandet att resultaten är generaliserbara också till andra yrkesgrupper än yrkesofficerare visar denna studie att pensionsåldern inte bara påverkar arbetsutbudet och därigenom skatteintäkterna utan också kostnaderna för hälso- och sjukvården.

Referenser

- Black, S.E., P.J. Devereux. och K.G. Salvanes (2013): "Losing Heart? The Effect of Job Displacement on Health", NBER Working Paper No. 18660.
- Bloemen, H., S. Hochguertel och J. Zweerink, J. (2013): "The causal effect of retirement on mortality: Evidence from targeted incentives to retire early", IZA Discussion Paper 7570.
- Eliason, M. och D. Storrie (2009a): "Does Job Loss Shorten Life?", *Journal of Human Resources*, 44, p. 277–302.
- Eliason, M. och D. Storrie (2009b): "Job loss is bad for your health – Swedish evidence on cause-specific hospitalization following involuntary job loss", *Social Science & Medicine*, 68, p. 1396–1406.
- Eliason, M. (2011): "Income after job loss: the role of the family and the welfare state", *Applied Economics*, 43, p. 603–618.
- Browning, M. och E. Heinesen (2012): "Effect of job loss due to plant closure on mortality and hospitalization", *Journal of Health Economics*, 31, p. 599–616.
- Grossman, M. (1972): "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health", *Journal of Political Economy*, 80, p. 223–255.
- Hallberg, D., P. Johansson och M. Josephson (2014): "Early retirement and post-retirement health", ISF Working Paper 2014:1. Finns även som Hallberg, D., P. Johansson och M. Josephson (2014): "Early retirement and post-retirement health", IFAU Working Paper 2014:12.
- Hult C., M. Stattin, U. Janlert och B. Järholm (2010): "Timing of retirement and mortality – a cohort study of Swedish construction workers", *Social Science in Medicine*; 70, p. 1480–1486.
- Huttunen, K., J. Moen och K.G. Salvanes (2011): "How destructive is creative destruction? Effects of job loss on job mobility, withdrawal and income", *Journal of the European Economic Association*, 9, p. 840–870.
- Kletzer, L.G. (1998): "Job Displacement", *Journal of Economic Perspectives*, 12, p. 115–136.

Prop. 1991/92:102: Försvarsbeslut 1992.

Stephane, A. och M. Kivimäki (2013): "Stress and cardiovascular disease: an update on current knowledge", *Annual Review of Public Health*, 34, p. 337–5.

SOU (1991:87): *Yrkesofficerarnas pensionsålder och åldersstruktur: betänkande av Militära pensionsåldersutredningen*. ISBN 91-38-10890-9. Stockholm: Allmänna förl., 1991. Statens offentliga utredningar.

Vahtera J., H. Westerlund, M. Hall, N. Sjösten, M. Kivimäki, P. Salo, J.E. Ferrie, M. Jokela, J. Pentti, A. Singh-Manoux, M. Goldberg och M. Zins (2009): "Effect of retirement on sleep disturbances: the GAZEL prospective cohort study", *Sleep*, 32, p. 1459–1466.

Westerlund H., M. Kivimäki, A. Singh-Manoux, M. Melchior, J. E. Ferrie, J. Pentti, M. Jokela, C. Leineweber, M. Goldberg, M. Zins och J. Vahtera (2009): "Self-rated health before and after retirement in France (GAZEL): a cohort study", *The Lancet*, 2009, p. 1889–96.

Westerlund H., J. Vahtera, J.E. Ferrie, A. Singh-Manoux, J. Pentti, M. Melchior, C. Leineweber, M. Jokela, J. Siegrist, M. Goldberg, M. Zins och M. Kivimäki (2010): "Effect of retirement on major chronic conditions and fatigue: French GAZEL occupational cohort study", *British Medical Journal*, 341:c6149.

