

STADIG FLERE PÅ TRYGD?

Av Inger Cathrine Kann, Torunn Bragstad og Ola Thune

Sammendrag

Gjennom media og offentlig debatt kan man få inntrykk av at bruken av helserelaterte ytelser stadig øker. I denne artikkelen ser vi på utviklingen de siste 20 årene, med et særlig fokus på effekten av demografiske endringer.

Det var en sterk vekst i andelen av befolkningen som mottok helserelaterte ytelser fra 1993 til 2003, etterfulgt av utflating og en svak nedgang fram til i dag. Utviklingen etter 2003 må ses i lys av det kraftige fallet i sykefraværet i 2004, som fikk konsekvenser også for de øvrige helserelaterte ytelsene.

Endringer i alderssammensetningen forklarer lite av veksten fram til 2004, og nedgangen etterpå har kommet på tross av at alderssammensetningen trekker i motsatt retning. Det er altså andre forhold enn alder som har bidratt til de store endringene i bruken av helserelaterte ytelser de siste 20 år.

Det har tidligere vært hevdet at nedgangen i bruken av helserelaterte ytelser fra 2005 skyldes høy arbeidsinnvandring, og dermed en relativt yngre og friskere befolkning. Vi finner at det har vært en reell nedgang også når vi kun ser på norske statsborgere, men denne nedgangen er mindre enn for befolkningen sett under ett. Arbeidsinnvandringen har altså gitt en noe sterkere nedgang enn man ellers ville sett.

Det er også blitt hevdet at utviklingen har vært annerledes for de yngste, med sterk vekst i andel mottakere. Dette stemmer kun for perioden før 2003, mens det i årene etter har ligget stabilt på et høyere nivå.

Innledning

Omfanget av bruken av helserelaterte ytelser er et tema som stadig kommer opp i den offentlige debatten om NAV og den norske velferdsstaten. I denne artikkelen ser vi på utviklingen fra 1992 til utgangen av 2012, med et særlig blikk på betydningen av de demografiske endringene. Nærmere bestemt vil vi undersøke hvilken rolle aldringen av befolkningen og økt arbeidsinnvandring har spilt for utviklingen i perioden.

Regelverket og utformingen av de helserelaterte ytelsene NAV forvalter har vært gjennom store endringer de siste tiårene (se faktaboks). Dette gjør det utfordrende å sammenfatte utviklingen over tid. Å se på hver ytelse for seg gir ikke et helhetlig bilde. Vi har derfor konstruert et mål for trygdebruk ved nedsatt helse som kan aggregeres slik at det er uavhengig av type ytelse. Ettersom befolkningen har økt gjennom perioden, er det utilstrekkelig å studere utviklingen i *antall* mottakere. Vi konsentrerer oss derfor om antall mottakere som andel av befolkningen mellom 18 og 66 år. Andelen som mottar hver enkelt

ytelse beregnes ut fra det faktiske antall mottakere, delt på antallet i befolkningen i den relevante aldersgruppen ved utgangen av et gitt år. Når vi summerer ytelser, telles hver person bare én gang. Dette gir god sammenlignbarhet over tid. Nav publiserer også tall der man ikke teller personer, men tapte årsverk (Furuberg m. fl. 2013). I denne artikkelen legger vi derimot vekt på hvor mange personer som er berørt, og utviklingen over en lengre tidsperiode.

De to siste tiårene har befolkningen i arbeidsdyktig alder gjennomgått store demografiske endringer. De store fødselskullene etter krigen har bidratt til at gjennomsnittsalderen for personer mellom 18 og 66 år har steget hvert år fram til 2011. En aldrende befolkning gir naturlig nok økt behov for helserelatert inntektssikring, og vi presenterer derfor aldersjusterte tidsserier for utviklingen i andelen trygdemottakere.

Samtidig har EU-utvidelsene etter 2003 medført en kraftig vekst i arbeidsinnvandringen og dermed i befolkningen. Denne veksten har i hovedsak

Datagrunnlag og begreper

Vi benytter data fra NAVs registre over sykepengemottakere, uførepensjonister, mottakere av rehabiliteringspenger og attføringspenger (fram til 1. mars 2010), tidsbegrenset uførestønad (i perioden 1.1.2004 – 28.2.2010) og arbeidsavklaringspenger (fra og med 1. mars 2010), og registrerer antall mottakere i hver gruppe per 31.12 hvert år.

Kun personer som mottar sykepenger utover arbeidsgiverperioden er inkludert blant sykepengemottakerne. Statsansatte ble ikke inkludert i sykepengestatistikken før i 2000. Tallene for sykepenger fram til 2000 er derfor ikke helt sammenlignbare med perioden etter 2000, og medfører en liten overvurdering av veksten fra 1993.

Uførepensjon har hatt litt ulike aldersgrenser over tid. Vi har kun inkludert personer over 17 år og under 67 år.

Aldersgrensen for attføringspenger var 19 år, mens aldersgrensen for arbeidsavklaringspenger er 18 år.

Personer som mottar flere ytelser telles kun én gang når vi summerer to eller flere ytelser. Det er som regel personer med graderte ytelser som er registrert med flere ytelser samtidig.

Befolkningsdata er hentet fra NAVs tjenestebaserte persondatasystem (TPS). TPS består blant annet av data fra Det

sentrale folkeregister, og er NAVs grunndataregister for personinformasjon.

Befolkningen består av personer som er registrert bosatt i Norge per 31.12 hvert år. Minimumskravet for slik registrering er at man har tenkt å bli i landet i minst seks måneder, selv om oppholdet er midlertidig.

Som *norske statsborgere* regnes i denne artikkelen bosatte som var registrert som norske statsborgere den 31.12. 2012.

Aldersstandardisering

Med aldersstandardisering får vi tatt hensyn til at alderssammensetningen har endret seg over tid. Aldersspesifikke trygdeandeler beregnes hvert år for hvert aldersstrinn og for kvinner og menn separat. Vi beregner deretter hvor mange som ville ha vært mottakere av trygdeytelser med aldersspesifikke andeler som i hvert enkelt av årene 1992–2012, men med befolkning som i 2003. Vi velger her 2003 som basisår, fordi det markerer vendepunktet i utviklingen. Den samlede andelen beregnes ved å dividere på befolkningen i 2003.

kommet i aldersgruppene under 45 år, og det er en overvekt av menn.

Den sterke befolkningsveksten knyttet til arbeidsinnvandring de siste årene har bidratt til en nedgang i andelen med trygd siden arbeidsinnvandrerne i mindre grad enn sine jevnaldrende i befolkningen for øvrig mottar slike ytelser. For å få et mer realistisk bilde av utviklingen i trygdebruk det siste tiåret, sammenligner vi derfor befolkningen henholdsvis med og uten utenlandske statsborgere.

Avslutningsvis ser vi nærmere på utviklingen etter alder og kjønn.

Vekst fram til 2003

Andelen med helserelevante trygdeytelser økte hvert år fra 1993 til 2003 (se figur 1). Denne veksten gjaldt alle de helserelevante ytelsene, og kan ha flere årsaker. Tidlig på 1990-tallet ble det gjennomført en rekke innstramminger i regelverket for disse ytelsene. Nivået i årene 1993–1994 var derfor klart lavere enn i de foregående årene. I de påfølgende årene skjedde det blant annet en viss liberalisering igjen, via Trygde retten, noe som ga flere uføretrygdete (Kristoffersen 1999). Den kraftige nedgangskonjunkturen fram til 1993 kan også ha hatt betydning for tilgangen til ytelser i årene som fulgte (Raaum og Røed 2006). Forskning har vist at omstillinger, nedbemanning og

Om de helserelevante ytelsene, og viktige regelendringer i perioden

Folketrygdens inntektssikring ved arbeidsuførhet på grunn av helsesvikt består av ytelser med ulikt tidsperspektiv, ulik kompensasjonsgrad og ulike krav til aktivitet.

Sykepenger er den vanligste inngangsporten til den helserelevante inntektssikringen. Endringer i kravene i sykepengeordningen kan påvirke både sykefraværutviklingen, og overganger til de andre ytelsene. Ved alvorlige sykdommer der det er behov for lang tid til rehabilitering og/eller avklaring av arbeidsevnen, bruker mange opp sin sykepengerett som er på maksimalt ett år. Alternativet er da arbeidsavklaringspenger eller uførepensjon. Arbeidsavklaringspenger er en mer langsiktig ytelse, og kan mottas når man er under medisinsk behandling, gjennomfører yrkesrettede tiltak eller deltar i andre typer avklaring relatert til arbeid. Uførepensjon kan innvilges dersom arbeidsuførheten viser seg å være varig nedsatt til tross for forsøk på behandling eller attføring.

Sykmeldingsreformen 2004

Nye sykmeldingsregler ble innført 1. juli 2004. Formålet var økt aktivitet blant sykmeldte der legen skulle fokusere på arbeidsmuligheter og aktivitet, og den sykmeldte skulle så tidlig som mulig prøve seg i arbeidsrelatert aktivitet (gradert sykmelding og aktiv sykmelding). Legen skulle vurdere om det var tungtveiende medisinske grunner til fravær fra arbeid. Gradert sykmelding skulle prioriteres foran aktiv sykmelding. Hvis pasienten fortsatt var inaktiv etter åtte uker, skulle legen fylle ut en utvidet legeerklæring der det ble begrunnet hvorfor aktivitet ikke var igangsatt. Hvis denne begrunnelsen ikke oppfylte de lovbestemte krav, eller ikke ble sendt til trygdekontoret, skulle sykepengene stoppes, så fremt inaktiviteten ikke skyldtes forhold på arbeidsplassen. Det ble også innført sanksjonsmuligheter ovenfor leger. Tidligere studier har vist at reformen førte til både økt graderingsandel, færre sykefraværstilfeller og kortere varighet av et gjennomsnittlig sykefravær (Brage og Kann 2006).

Tidsbegrenset uførestønad i 2004

Bakgrunnen for innføringen av tidsbegrenset uførestønad var bekymringen over sterk vekst i uførepensjoneringen gjennom siste halvdel av 1990-tallet, og en antakelse om at noen av dem som fikk innvilget uførepensjon kunne gjenvinne arbeidsevnen på litt lenger sikt om de fikk den nødvendige oppfølgingen (NOU 2000:27, Ot.prp. nr. 102 (2001–2002)). Målgruppen var personer som søkte uførepensjon med relativt sterk forutgående arbeidsmarkedstilknypning, med muskel/skjelettlidelser eller psykiske lidelser som depressive tilstander og angst. Yngre søkere skulle i hovedsak innvilges en tidsbegrenset uførestønad. Inngangsvilkårene for de to uføreytelsene var i utgangspunktet de samme, men både kravet til antatt varighet av lidelsen og tiden man hadde vært under medisinsk behandling var noe kortere for dem som fikk innvilget tidsbegrenset uførestønad. Samlet sett ble derfor døren inn til en uføreytelse noe videre.

Innføringen av arbeidsavklaringspenger 2010

1. mars 2010 ble attføringspenger, rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførestønad erstattet av arbeidsavklaringspenger. Bakgrunnen var at personer som beveget seg mellom de ulike helserelevante ytelsene skulle slippe å dokumentere sine helseproblemer gjentatte ganger, og begrunne at disse problemene var årsak til den reduserte inntekts- eller arbeidsevnen. Ved å samle de tre ytelsene håpet man å flytte fokus vekk fra begrensningene til individet, over på den enkeltes ressurser og hva som skulle til for å kunne komme i arbeid. I tillegg ga det også et enklere regelverk som man mente ville være mindre ressurskrevende å administrere (Ot.prp. nr. 4 (2008–2009)). Forslaget skulle sikre tidligere og tettere oppfølging og dermed legge til rette for at flere raskere skulle komme tilbake til arbeid eller i arbeidsrettet aktivitet.

økonomiske kriser fører til at flere kommer over på helserelaterte ytelser (Rege m.fl. 2007). Slik sett kan de omfattende omstillingsprosessene i store offentlige virksomheter som Telenor, NSB og Posten også ha hatt betydning for den vedvarende veksten på 1990-tallet.

I oppgangskonjunkturen etter 1992 var sysselsetningsveksten sterkere blant kvinner enn menn. For hvert år fram til 2002 økte kvinner sin yrkesdeltakelse og sin andel av arbeidsstyrken, og særlig i de eldste aldersgruppene. Siden lønnet arbeid er inngangsporten til sykepenger, vil det at flere får rettigheter i seg selv gi økt etterspørsel etter helse-relatert inntektssikring. Endringer i holdninger kan imidlertid også ha bidratt til veksten. Flere analyser har vist at det kan være holdningsendringer eller smitteeffekter i sykefraværet og uførepensjonering, og at dette kan være en drivkraft i endringer i trygdebruk (Otterbeck, 2011, Rege m.fl. 2007).

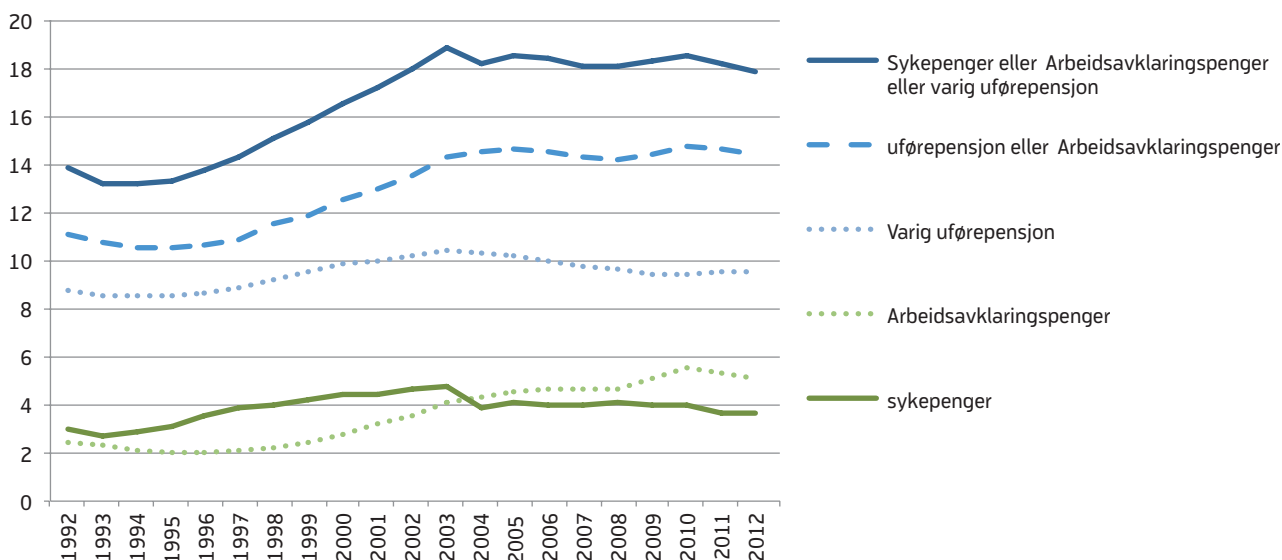
Svak nedgang siden 2004

I 2004 ble det foretatt innstramminger i regelverket for sykepenger, som særlig rettet seg mot legenes arbeids-

måter og krav om gradering (se faktaboks). Sykefraværet falt da kraftig og vi fikk samtidig et kraftig fall i antall personer som bruker opp sykepengerrettighetene sine (se artikkel side 39 «Gir lavere sykefravær færre på langtidsytelser?»). Sykefravær er en viktig inngangsport til trygdesystemet, og det kraftige fallet ser ut til å ha hatt langsiktige virkninger for det samlede helserelaterte trygdeforbruket, som sank noe fram mot 2012. Reduksjonen i sykefraværet og regelendringene knyttet til dette ser ut til å ha bidratt til at færre kom inn i langvarige trygdeforløp. I 2004 begrenset man også varigheten for mottak av rehabiliteringspenger, og innførte tidsbegrenset uførestønad. På arbeidsmarkedet var tidene spesielt gode i årene som fulgte. Fram til midten av 2008 var det kontinuerlig nedgang i arbeidsledigheten til tross for økt arbeidsinnvandring. Pensjonsreformen ga også flere en alternativ vei ut av arbeidslivet, i og med at det fra 1. januar 2011 var mulig å ta ut alderspensjon fra og med fylte 62 år.

Toppen i 2010 er sannsynligvis relatert til innføringen av arbeidsavklaringspenger da det skjedde en viss opphoping det første året etter at ordningen ble innført (figur 1). Mottakere av rehabiliteringspenger, attfø-

Figur 1 Mottakere av helserelaterte ytelser som andel av befolkningen². Prosent



Kilde: NAV

² En liten del av veksten i sykepengemottakere skyldes at statsansatte kom inn i sykepengestatistikken først fra 2000. Effektene er så små at det ikke har betydning for resultatene som er gjengitt her.

ringspenger og tidsbegrenset uførestønad før 2010 er summert slik at de er sammenlignbare med antall mottakere av arbeidsavklaringspenger. Det er i denne gruppen finner vi den sterkeste veksten siden 1992, og den fortsatte også etter 2004 med innføring av tidsbegrenset uførestønad. Til gjengjeld sank andelen med varig uførepensjon. Med tidsbegrenset uførestønad og senere arbeidsavklaringspenger fikk vi en dreining av bruken fra varige til midlertidige helserelaterte ytelser.

Store endringer i befolkningen

Behovet for sykdomsrelatert inntektssikring øker med alderen, og årene etter 2003 har vært preget av at de store etterkrigskullene har nådd en alder der særlig uførepensjoneringen er høy. De store kullene født mellom 1945 og 1970 var mellom 18 og 47 år i 1992, samtidig som de små barnekullene i krigsårene og mellomkrigsårene utgjorde de eldste aldersgruppene. I 2012 er dette bildet snudd. Etterkrigsgenerasjonene i aldersgruppen 38 til 67 år er i ferd med å bli alderspensjonister, og gjennomsnittsalderen for de mellom 18 og 66 år vil synke framover. Fødselskullene mellom 1975 og 1985 er relativt små, men etterfølges av større kull.

Fra 2005 til 2012 har det vært en betydelig befolkningsøkning i alle aldersgrupper på grunn av inn-

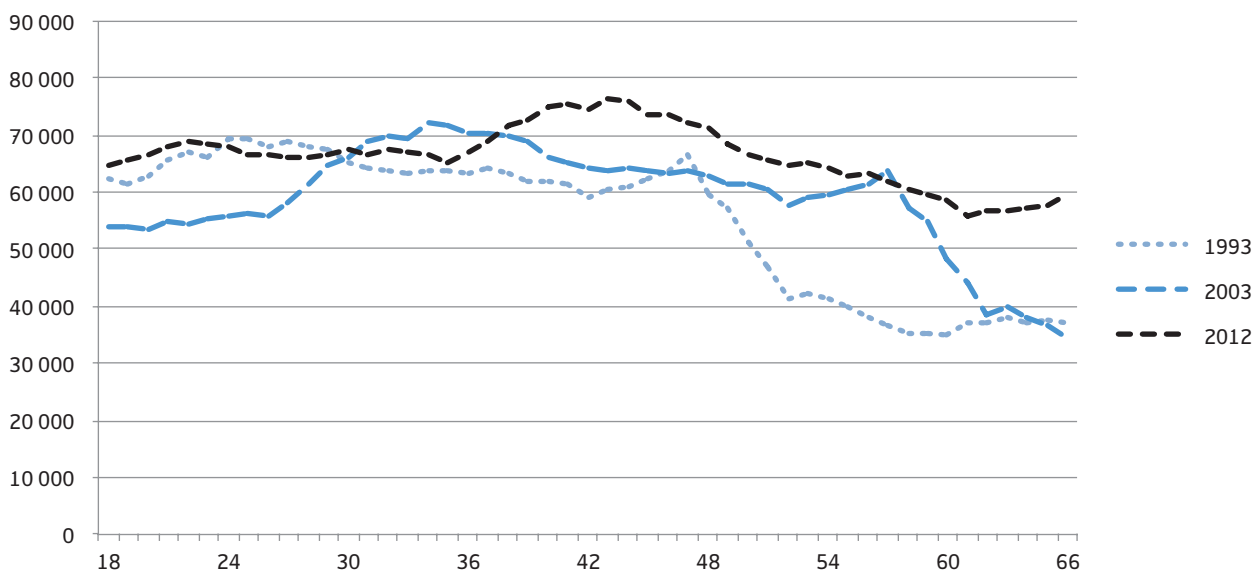
vandring, men særlig i gruppen under 45 år. Det har også blitt relativt flere menn i alle aldersgrupper disse årene. Den samlede effekten av fødselstall og innvandring framgår av figur 2, som viser aldersfordelingen i de tre årene 1993, 2003 og 2012.

Nedgangen sterkere når vi justerer for endringene i befolkningen

For å studere utviklingen i bruken av helserelaterte ytelser justert for aldringen i befolkningen, foretar vi en aldersstandardisering (se faktaboks foran). Vi får da fram hvordan utviklingen ville vært uten endring i befolkningens alderssammensetning. Denne justerte utviklingen avspeiler følgelig andre faktorer enn endret alderssammensetning. I figur 3 sammenligner vi den observerte utviklingen med den aldersstandardiserte.

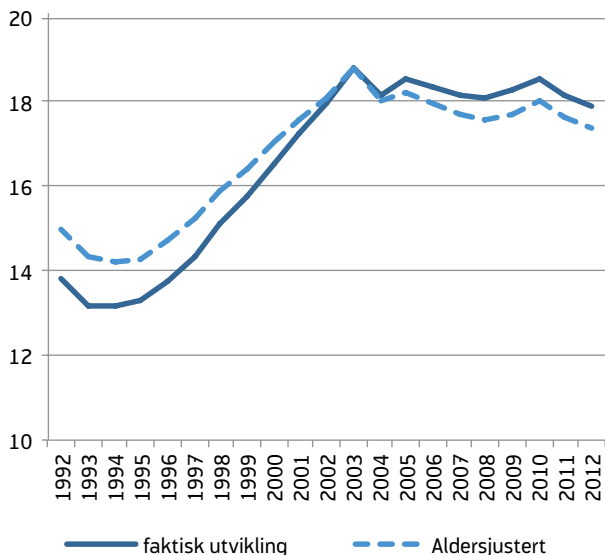
Uten aldringen av befolkningen ville bruken av helserelaterte ytelser i 2012 vært på nivå med det vi hadde i år 2000. Nedgangen siden 2003 på 0,9 prosentpoeng ville vært på 1,4 prosentpoeng dersom befolkningssammensetningen var som i 2003 (se oppsummeringen i tabell 1). Vi ser også at kurvene har samme form, noe som viser at det er andre forhold enn alderssammensetningen som forklarer utviklingen. Dette kan for eksempel være forhold på arbeidsmarkedet, endringene i regelverket, og endringer i individuell adferd.

Figur 2. Antall personer i befolkningen 18-66 år, etter alder. Utvalgte år



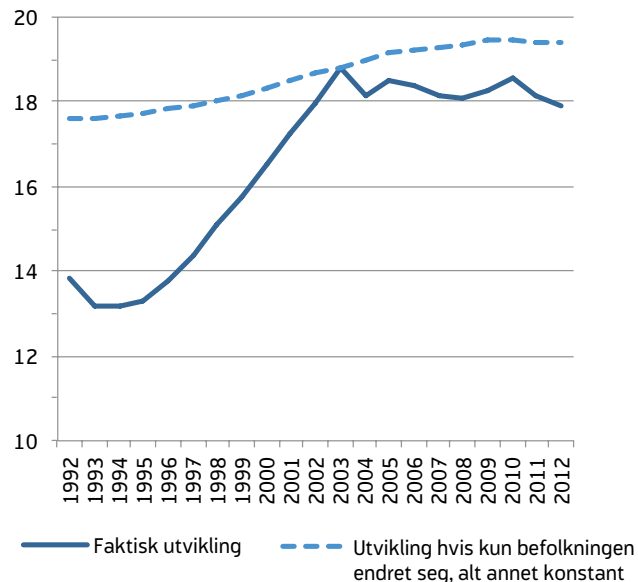
Kilde: NAV

Figur 3. Mottakere av helserelaterte ytelser som andel av befolkningen. Faktisk utvikling og aldersjustert. 2003 er referanseår. Prosent



Kilde: NAV

Figur 4. Mottakere av helserelaterte ytelser som andel av befolkningen i alderen 18–66 år. Faktisk utvikling, og utvikling med faste aldersspesifikke andeler. Prosent



Kilde: NAV

Tabell 1. Endring i andel mottakere av helserelaterte ytelser, målt i prosentpoeng.

	1993 – 2003	2003 – 2012
Faktisk utvikling	5,6	-0,9
Aldersstandardisert, dvs. endring forårsaket av andre forhold enn alderssammensetning	4,5	-1,4
Effekt av alderssammensetning	1,2	0,5

Kilde: NAV

Hvor mye betyr alderssammensetningen for utviklingen?

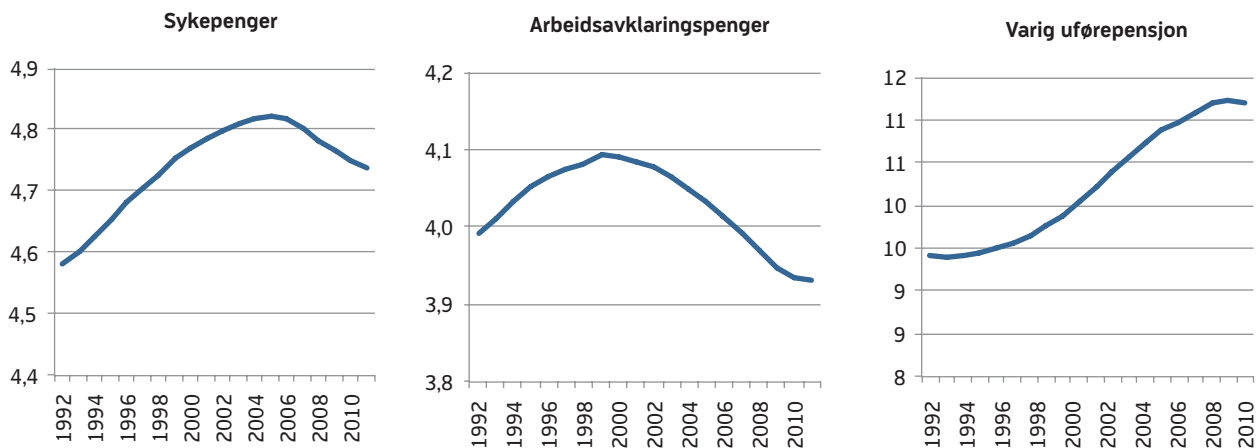
I avsnittet over så vi bort ifra endringene i alderssammensetningen. I dette avsnittet beregner vi hvor mye alderssammensetningen kan forklare av de observerte endringene. For å illustrere den direkte effekten av alderssammensetningen, holder vi alders- og kjønns-spesifikke andeler på helserelaterte ytelser i basisåret fast, og beregner den aggregerte andelen med utgangspunkt i den faktiske befolkningen for hvert av årene 1992–2012. Dette er vist i figur 4.

Endringene i alderssammensetningen hadde størst betydning for andelen på helserelaterte ytelser fra

1992 til 2003 (1,2 prosentpoeng), men forklarer likevel bare en liten andel av den sterke veksten i denne perioden, som var på 5,6 prosentpoeng (tabell 1). Alderssammensetningen betød mindre etter hvert og effekten flatet ut og var nedadgående etter 2010. Fra 2003 til 2012 bidro aldringen av befolkningen til en vekst i andelen på helserelaterte ytelser på 0,5 prosentpoeng. Den observerte nedgangen etter 2004, kom altså på tross av at alderssammensetningen trakk nivået litt opp. Etter 2010 har ikke utviklingen i alderssammensetning gitt noe bidrag til vekst i samlet bruk av helserelaterte ytelser, og i årene framover vil de demografiske faktorene isolert sett tilsi reduksjon.

Alderssammensetningens betydning for utviklingen i bruk av helserelaterte trygdeytelser varierer mellom ytelsene (figur 5). Når det gjelder sykepenger, bidro alderssammensetningen til reduksjon fra 2006, mens når det gjelder arbeidsavklaringspenger (tidligere rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uførestønad) bidro alderssammensetningen til reduksjon fra 1999. For uførebeholdningen bidro alderssammensetningen derimot til økning helt fram til 2010. Dette er også den ytelsen der alder betyr mest. For sykepenger og arbeidsavklaringspenger har

Figur 5. Mottakere av helse relaterte ytelser som andel av befolkningen. Utvikling med faste aldersspesifikke andeler med 2003 som referanseår. Prosent



Kilde: NAV

Rettigheter til helse relaterte trygdeytelser for innvandrere

Medlemskap i folketrygden er et grunnvilkår for rett til ytelser. For enkelte ytelser er det også krav til at man må ha tilbakelagt en viss tid med medlemskap eller tid med arbeid for å få ytelsen. Det kan derfor ta noe tid fra en innvandrer kommer til Norge og til vedkommende får rett til ytelser fra trygden. Borgere fra andre EØS-land har de samme rettighetene som nordmenn ved at de kan bruke tilsvarende tid i andre EØS-land og legge den sammen med norsk opptjeningstid.

Sykepenger:

Et medlem opparbeider rett til sykepenger etter fire uker i et arbeidsforhold. Inntekten må overstige 0,5 G på årsbasis. EØS-reglene og Nordisk konvensjon om trygd gir anledning til å legge sammen arbeidsperioder i andre EØS-land med arbeidsperioder i Norge for å oppfylle fireukerskravet og til å få sykepengene utbetalt ved opphold i andre EØS-land. Ytelsen krever ingen botid.

Arbeidsavklaringspenger (AAP):

Mottak av AAP krever forutgående medlemskap i folketrygden:

- i minst tre år umiddelbart før han eller hun setter fram krav om en ytelse, eller
- i minst ett år umiddelbart før han eller hun setter fram krav om en ytelse, og i denne tiden har vært fysisk og psykisk i stand til å utføre et ordinært inntektsgivende arbeid. Det er her ikke et vilkår at man faktisk har vært i arbeid i denne perioden

Uførepensjon:

Hovedregelen er at man må ha vært medlem i folketrygden i de siste tre årene fram til uføretidspunktet. Det innebærer at den som har fått sin inntektsevne/arbeidsevne varig nedsatt med minst halvparten før treårsvilkåret er oppfylt, aldri kan oppnå uførepensjon etter hovedregelen.

Unntak fra botidskravet gjøres ved yrkesskade og for personer med flyktningstatus. Unge som blir uføre før fylte 26 år og er medlemmer på uføretidspunktet har også unntak fra krav om botid.

Trygdeavtaler med andre land kan gi utvidede muligheter for unntak når vedkommende omfattes av bestemmelsene i en slik avtale. EØS-reglene og Nordisk konvensjon om trygd har bestemmelser om medregning av medlemstid i avtalelandet etter dette landets lovgivning for å fylle vilkåret om forutgående medlemskap. Slike regler finnes også flere i andre trygdeavtaler, men her kreves normalt en viss minste medlemstid eller arbeidsperiode i Norge for at sammenlegging kan foretas.

EØS-reglene og andre trygdeavtaler har egne bestemmelser for hvilket lands trygdelovgivning en person er omfattet av. Disse kan føre til fravik fra folketrygdlovens regler om medlemskap.

effekten av alderssammensetningen vært ubetydelig.

Arbeidsinnvandringen gir en yngre befolkning

Fra 1. mai 2004 ble det åpnet for arbeidsinnvandring fra de ti nye EU-landene Tsjekia, Estland, Kypros, Latvia, Litauen, Malta, Polen, Slovenia, Slovakia og Ungarn. Bulgaria og Romania fikk fri adgang fra 1. januar 2012. Årene etter 2003 har derfor vært preget av høy og økende arbeidsinnvandring fra de nye EU-landene, noe som har ført til en kraftig befolkningsvekst. I den grad arbeidsinnvandrerne av helsemessige eller administrative grunner har lavere sannsynlighet for å motta helserelaterte trygdeytelser enn jevnaldrende nordmenn, vil de bidra til å redusere andelen mottakere målt i prosent av befolkningen. Som arbeidstakere vil de ved ankomst sannsynligvis ha bedre helse enn gjennomsnittet for aldersgruppen, og dermed ha mindre behov for helserelaterte trygdeytelser. Med den økende arbeidsinnvandringen vil samtidig en økende andel av befolkningen kunne mangle tilstrekkelig botid til å kvalifisere for enkelte trygdeytelser (se faktaboks).

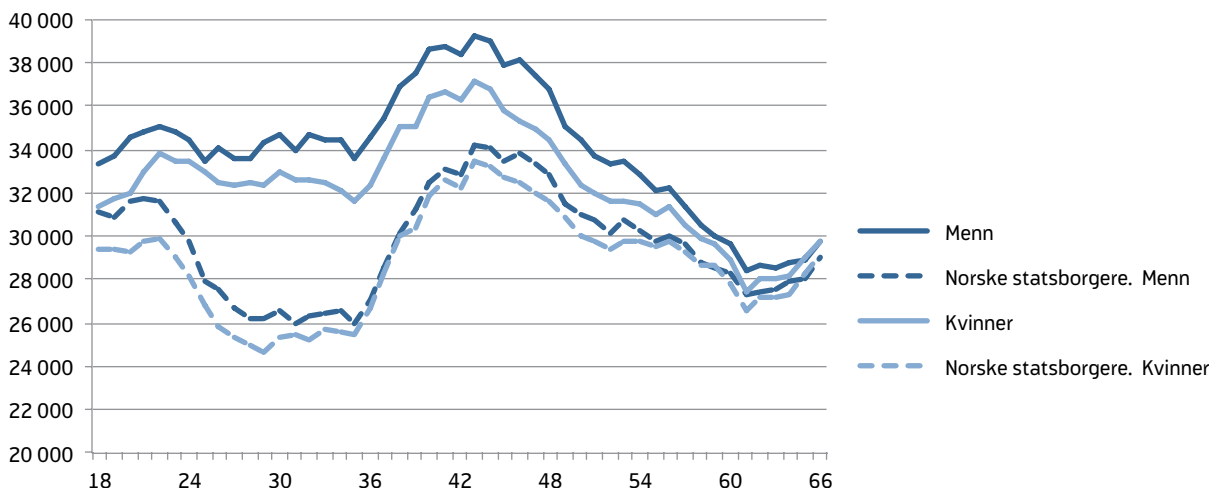
Arbeidsinnvandringen har bidratt til å motvirke aldringen i befolkningen. Høy vekst i de yngre aldersgruppene har kompensert for lave fødselstall og gitt en befolkning med en jevnere aldersfordeling.

Dette illustreres i figur 6, hvor vi sammenligner totalbefolkningen med de som er norske statsborgere. Vi antar at arbeidsinnvandrerne som har kommet siden 2004 i stor grad fremdeles er utenlandske statsborgere. Innvandrere skal som hovedregel ha bodd i Norge i minst syv år i løpet av de siste ti årene før de kan få norsk statsborgerskap (se faktaboks). Det er i aldersgruppene 20–45 vi finner de største forskjellene mellom norske statsborgere og totalbefolkningen, og forskjellene er større for menn enn for kvinner. Det er også i disse aldersgruppene vi har hatt den største veksten i arbeidsinnvandring. Figur 7 viser utviklingen i antall personer i de to gruppene siden 1992. Forskjellen økte markant etter 2004.

Arbeidsinnvandring gir lavere andel på helse-relaterte ytelser

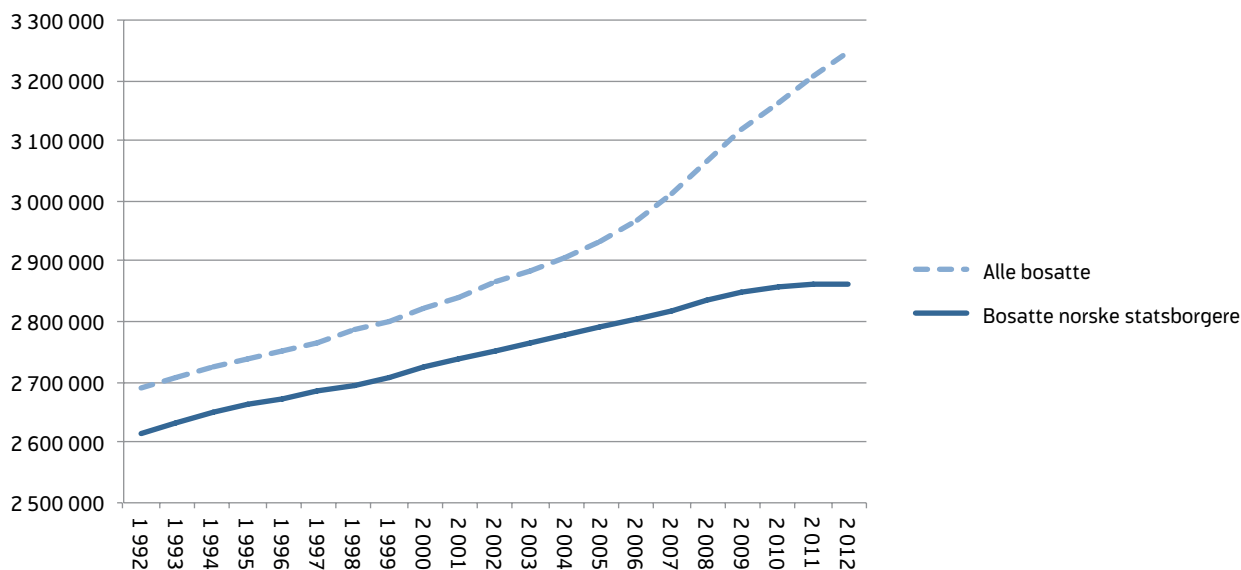
Det har vært hevdet, blant annet fra NHO, at utviklingen i bruken av helserelaterte ytelser fra 2005 har vist en nedgang som ikke er reell, men som skyldes at arbeidsinnvandringen har vært høy (se f.eks. NHO 2012). Fordi de nyankomne arbeidsinnvandrerne i gjennomsnitt er yngre enn norske statsborgere og dessuten antas å motta helserelaterte trygdeytelser i mindre grad enn sine jevnaldrende, vil den observerte andelen av befolkningen på helserelaterte ytelser gå ned i takt med økende innvandring.

Figur 6. Personer i alderen 18–66 år bosatt i Norge per 31.12.2012, etter alder og kjønn.



Kilde: NAV

Figur 7. Personer i alderen 18–66 år bosatt i Norge per 31.12, etter statsborgerskap



Kilde: NAV

Vilkår for norsk statsborgerskap

Norsk statsborgerskap kan man få automatisk ved fødsel eller adopsjon, ved melding for nordiske borgere, eller etter søknad. Utlendinger med en varig tilknytning til Norge kan velge å bli norske statsborgere, og hvert år gjelder dette mellom 8 000 og 15 000 personer.

Innvandrere har som hovedregel rett til norsk statsborgerskap dersom de har bodd syv år i Norge i løpet av de siste

ti årene, og hatt oppholdstillatelse i denne tiden. Hver tillatelse må ha vært av minst ett års varighet. Det stilles også krav til deltakelse i norskopplæring, løsning fra andre statsborgerskap, alder, klarlagt identitet, permanent oppholdstillatelse, og at søkeren er bosatt i Norge og har til hensikt fortsatt å bo her.

For å studere effekten av økt arbeidsinnvandring, sammenligner vi utviklingen for alle bosatte med utviklingen for bosatte som var norske statsborgere ved utgangen av 2012. Vi antar at ved å se på norske statsborgere separat, vil vi korrigere for effekten av den kraftige arbeidsinnvandringen de siste årene, siden disse ikke vil ha rukket å bli norske statsborgere.

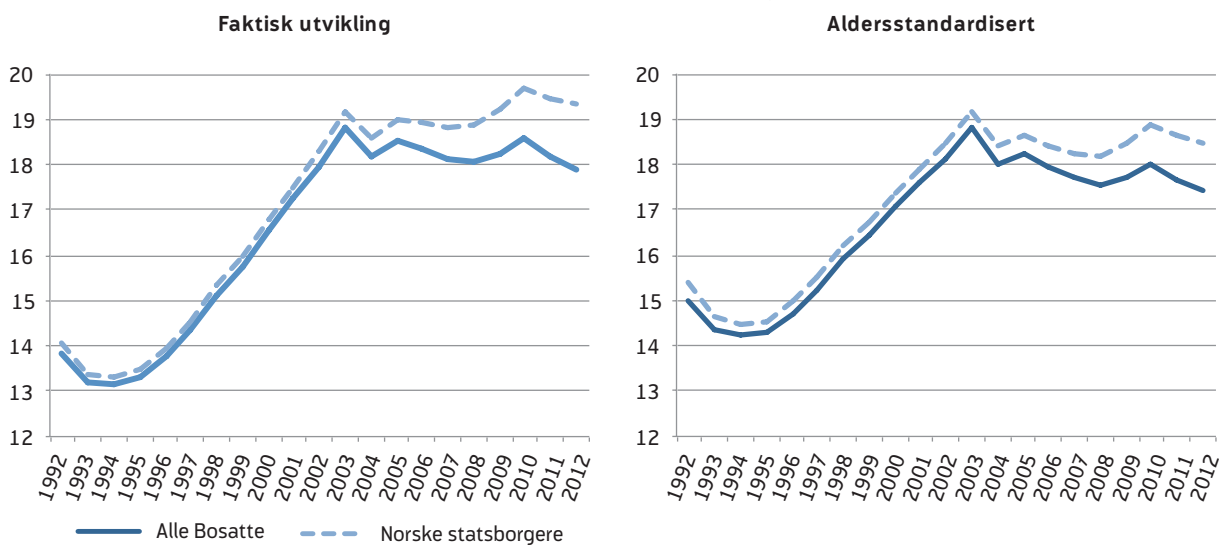
Bruken av helserelevante trygdeytelser er høyere blant norske statsborgere enn i totalbefolkningen (figur 8). Når vi kun ser på norske statsborgere, ser vi at det har vært en vekst i bruken av de helserelevante ytelsene siden 2003. Innvandringen kan derfor sies å ha kamuflert en svak økning de siste årene. Men som det framgikk av figur 6, var de norske statsborgerne i gjennomsnitt eldre enn totalbefolkningen i 2012, og aldringen de siste ti årene har vært sterkere i denne gruppen. Når vi aldersstandardiserer tallene for

begge grupper blir derfor forskjellen mindre, og det er en klar nedgang fra 2003 for begge grupper. Nedgangen er imidlertid noe større for befolkningen totalt. Slik sett bidrar innvandringen til at nivået på bruken av helserelevante ytelser for hele befolkningen er lavere enn det ville ha vært uten innvandring, også når vi justerer for at innvandringen har endret alderssammensetningen.

Utvikling i aldersspesifikke andeler over tid

Hittil har vi studert den aggregerte andelen med helserelevante ytelser i befolkningen mellom 18 og 66 år. Etter en periode med kraftig vekst på 1990-tallet, har det vært en nedgang siden 2003 når vi korrigerer for endring i alderssammensetningen. Studerer vi ulike undergrupper etter alder og kjønn, finner vi et mer nyansert bilde.

Figur 8. Mottakere av helserelevante ytelser som andel av befolkningen i alderen 18–66 år. Prosent.



Kilde: NAV

Den aldersspesifikke andelen² representerer en kombinasjon av sykkelighet, rettigheter og adferd, og må på et gitt tidspunkt ses i sammenheng med eksterne forhold som yrkesdeltakelse og alternative pensjoneringsmuligheter, legenes rolle og generelle holdninger.

Sterkest vekst for kvinner

Allerede i 1993 var andelen med en helserelevante ytelse høyere for kvinner enn for menn på alle alderstrinn, bortsett fra ungdom under 21 år og eldre over 64 år (se figur 9). Fram til 2003 økte denne andelen også mest for kvinner, og var klart høyere enn for menn uansett alder. Siden har andelen sunket noe for kvinner, og mest i de eldste aldersgruppene. Nedgangen er likevel større for menn på alle alderstrinn, bortsett fra blant de aller yngste under 20 år.

Ved utgangen av 1993 mottok 51 prosent av alle 66-årige menn en helserelevante trygdeytelse rett før de skulle over på alderspensjon. I 2012 var dette gradvis redusert til 35 prosent. Fra 56 års alder er det nå en lavere andel mottakere av helserelevante trygdeytelser enn for 20 år siden. Vi finner ikke den samme utviklingen for de eldste kvinnene. For 66-årige kvinner var andelen med helserelevante trygdeytelser i 2012 på 47 prosent og fremdeles litt over nivået i 1993.

Den sterke veksten i bruk av helserelevante trygdeytelser blant kvinner henger sannsynligvis sammen med økt yrkesdeltakelse. Siden 1992 har kvinner økt yrkesdeltakelsen³, og veksten har vært særlig kraftig blant dem over 50 år. Arbeidslivet er inngangsporten til sykepenger, og senere eventuelle andre helserelevante ytelser. Spesielt strenge regler for uførepensjon til hjemmeværende og deltidsarbeidende ektefeller medfører også at økt yrkesaktivitet for kvinner gir flere bedre rettigheter til uførepensjon. Dette forklarer likevel ikke hvorfor det er høyere bruk av helserelevante ytelser blant kvinner enn blant menn.

Vekst i bruk av midlertidige ytelser

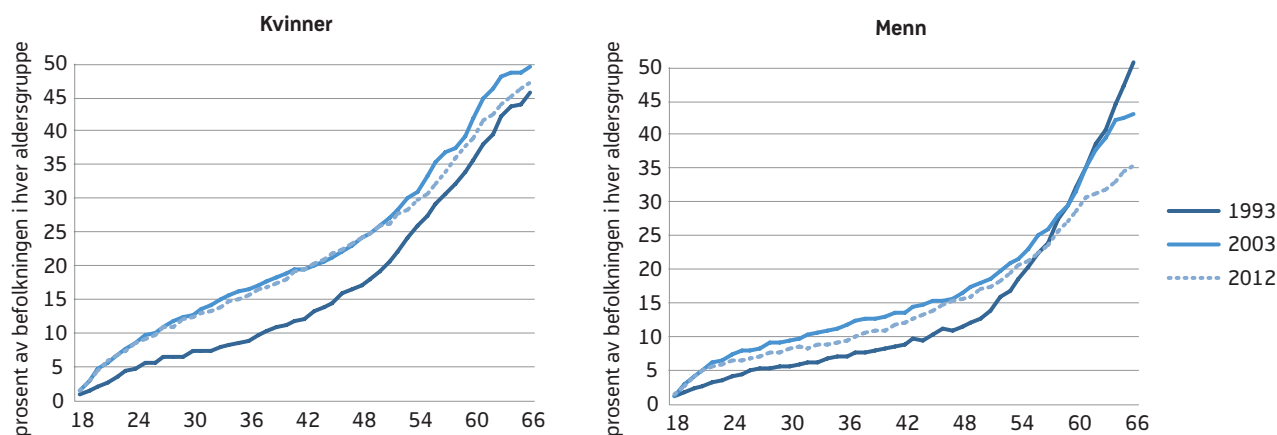
I figurene 10–12 skilles det mellom ulike typer helserelevante inntektssikring. Innenfor hver ordning finner vi klare forskjeller mellom kjønnene.

Mens sykefraværet for menn øker med alderen fram til de kommer opp i 60-årene, er sykefraværet for kvinner relativt stabilt på et høyt nivå allerede fra begynnelsen av 30-årene (figur 10). Denne forskjellen skyldes i noen grad sykefravær under svangerskap. I 2008 fant Myklebø og Thune (2010) at sykefravær under

² Vi betegner andelen av befolkningen på hvert alderstrinn som mottar helserelevante ytelser som en aldersspesifikk andel.

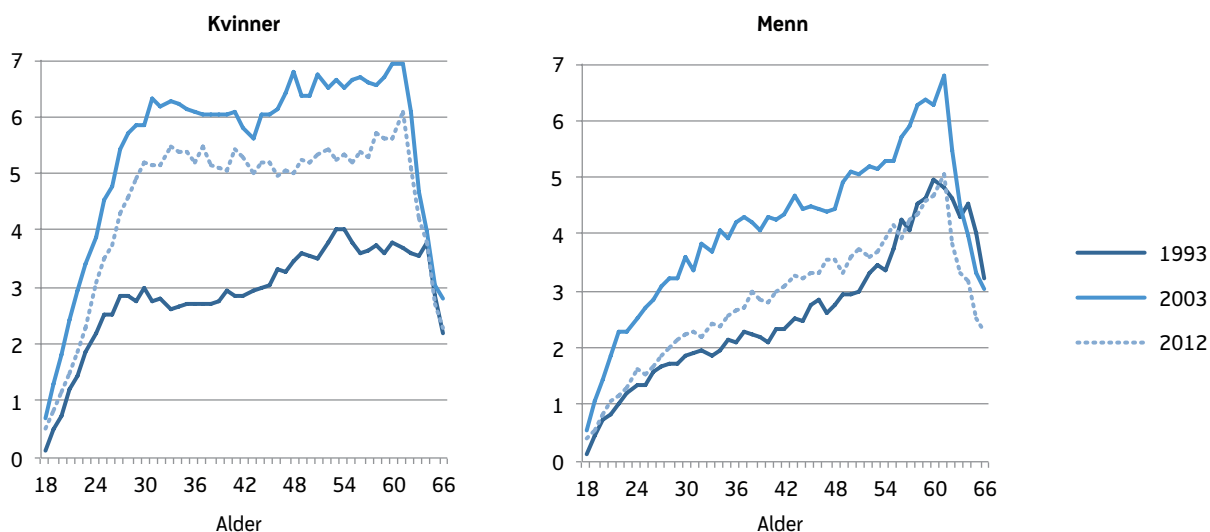
³ Arbeidsstyrken i prosent av befolkningen økte fra 62,2 prosent i 1992 til 68,5 prosent i 2012 for kvinner. Det var brudd i statistikken i 2006 (blant annet ble nedre aldersgrense senket fra 16 til 15 år), noe som tilsier at tallene kan undervurdere veksten i perioden (SSB 2013).

Figur 9. Mottakere av helserelaterte ytelser som andel av befolkningen etter alder og kjønn. Prosent



Kilde: NAV

Figur 10. Mottakere av sykepenger som andel av befolkningen i samme aldersgruppe, etter alder og kjønn. Prosent



Kilde: NAV

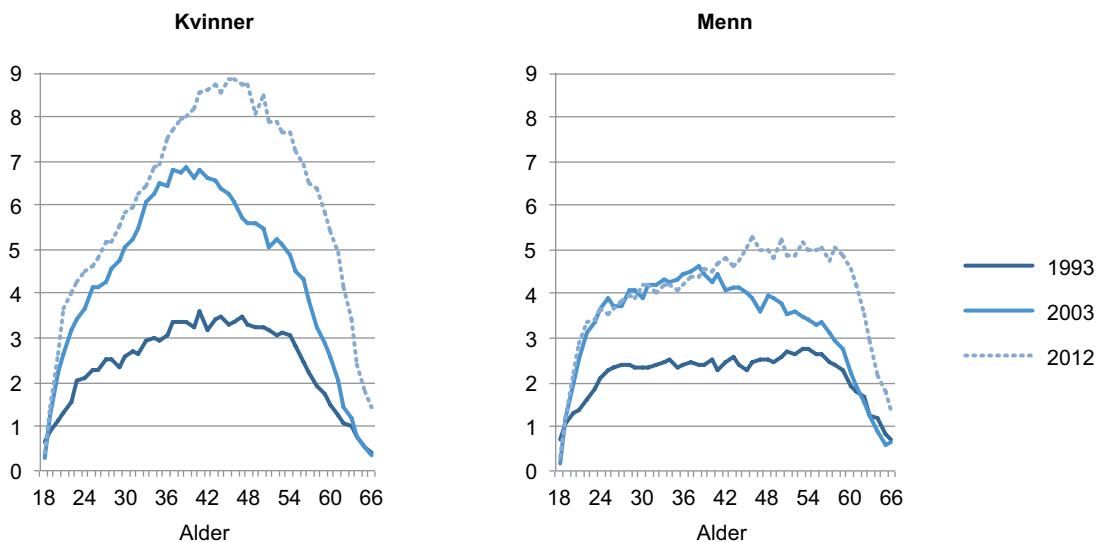
svangerskap forklarte nesten halvparten av kjønnsforskjellen i aldersgruppa 20–39 år.

Sykefraværet økte kraftig for begge kjønn fram til 2003, men klart mest for kvinner. Den sterke nedgangen i 2004 kom i alle aldersgrupper, men har vært klart størst for menn. Særlig for kvinner under 45 år er nedgangen relativt liten.⁴

Figur 11 viser den samlede bruken av rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uførestønad fram til 2010, og arbeidsavklaringspenger etter dette. Fra 1993 økte bruken av slike midlertidige arbeidsavklaringsytelser, og veksten fram til 2003 var spesielt sterk for kvinner mellom 30 og 50 år. I 2012 var bruken av arbeidsavklaringspenger klart høyere enn for tilsvarende ytelser i 2003. Dette gjelder særlig for kvinner over 35 år og menn over 40 år. En viktig forklaring er at ordningen med tidsbegrenset uførestønad ble innført i 2004, og deretter inkludert i arbeidsavklaringspenger. Med denne endringen fikk langt

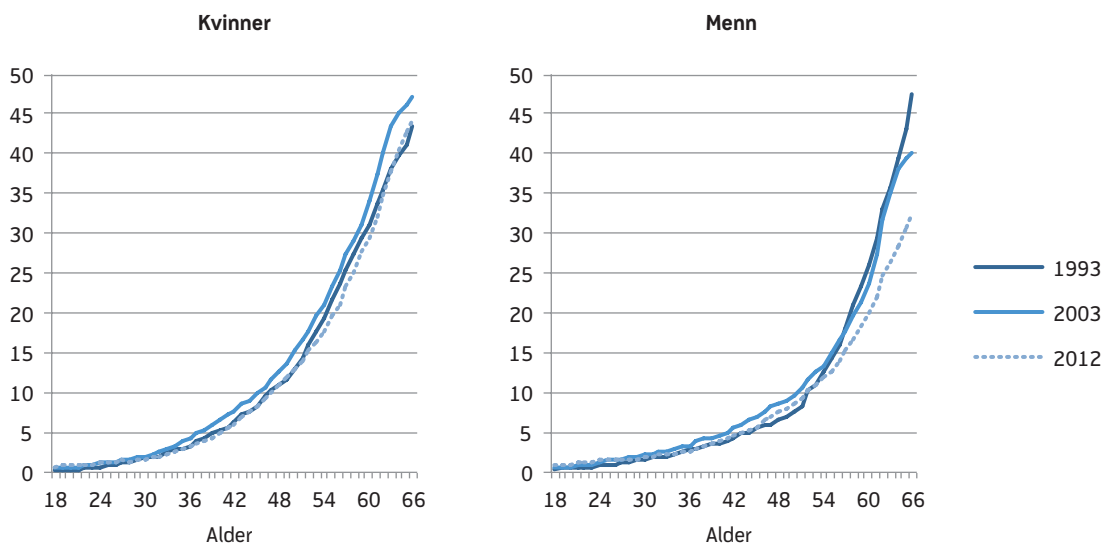
⁴ I Kostøl og Telle (2011) drøftes ulike hypoteser vedrørende forskjellene i sykefravær mellom kjønnene. Deres gjennomgang konkluderer med at man trenger økt kunnskap om hvordan kvinner påvirkes i ulike sammenhenger, og at det er her det største potensialet for nedgang i sykefraværet ligger.

Figur 11. Mottakere av arbeidsavklaringspenger, rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uførestønad som andel av befolkningen, etter alder og kjønn. Prosent



Kilde: NAV

Figur 12. Mottakere av varig uførepensjon som andel av befolkningen, etter alder og kjønn. Prosent.



Kilde: NAV

færre innvilget varig uførepensjon.⁵ Kvinner fikk tidsbegrenset uførestønad i mye større grad enn menn, og mange var i aldersgruppen 20–50 år. Nær ni prosent av 45–46 årige kvinner mottok arbeidsavklaringspenger ved utgangen av 2012 – og en like stor andel mottok varig uførepensjon.

⁵ Det var en målsetting i Trygdeetaten at 40 prosent av alle som fikk innvilget en uføreytelse skulle gis en tidsbegrenset uførestønad.

Andelene som mottar uførepensjon var lavere i 2012 enn i 1993 for både kvinner og menn fra 52 år og oppover. Sammenliknet med 2003 har uføreandelen sunket i alle aldersgrupper over 26 år (figur 12). Ordningen med tidsbegrenset uførestønad har ført til færre uførepensjonister i aldersgruppene mellom 26 og 55 år. Nedgangen i de eldste aldersgruppene kan ha flere forklaringer. Blant annet er utdanningsnivået høyere, og det er blitt stadig bedre alternative førtidspensjoneringsordninger.

Små endringer i aldersspesifikke andeler etter 2003

Fra 1993 til 2003 økte de aldersspesifikke andelene mottakere av helserelaterte ytelser mye blant de yngste. For kvinner økte andelen mottakere i alle aldersgrupper i denne perioden, med størst vekst i aldersgruppen 20–37 år. For menn var veksten også klart størst blant de yngste, og mindre for hver årsklasse fram til 59 år hvor vi finner en reduksjon i andelen mottakere (figur 13).

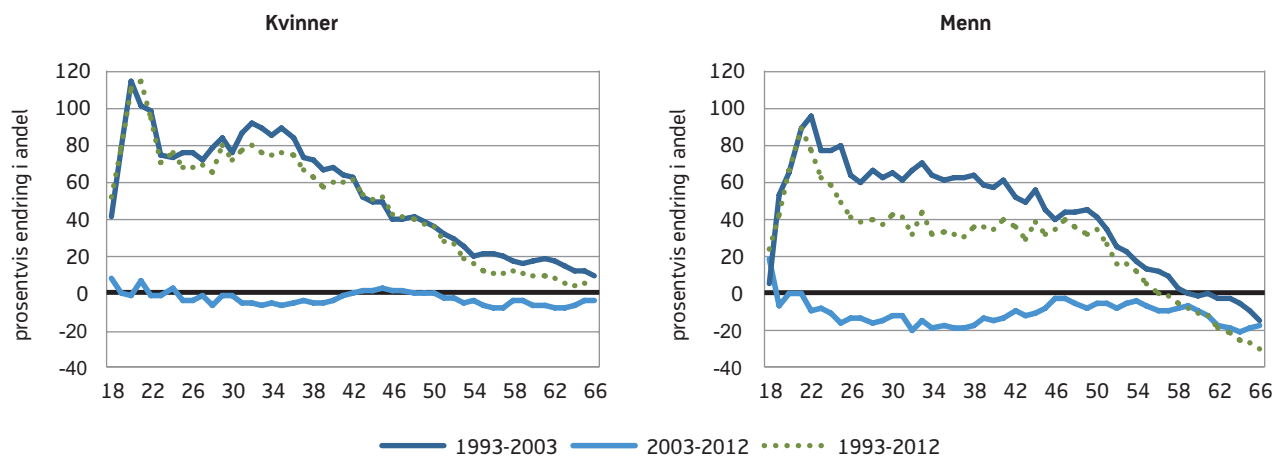
For 62–66 åringer kan dette ha sammenheng med innføringen av avtalefestet pensjon (AFP) fra 62 år som har avlastet uførepensjonsordningen noe (Lien 2009). Fra 2011 kan sannsynligvis også noe forklares av muligheten til uttak av alderspensjon fra 62 år (Lien 2011). Siden reduksjonen starter allerede for 58-åringene, kan imidlertid dette ikke forklare hele endringen (figur 13). Det kan være at personer i en gråsonen klarer å holde seg i arbeid noen år lenger hvis de vet at de får AFP fra 62 år. Nedgangen i aldersspesifikke andeler for de over 50 år fortsetter etter 2003.

At den relative veksten er klart størst for de yngste, og at denne hovedsakelig kom i perioden 1993–2003 kan ha sammenheng med at dette var en periode med betydelig turbulens på arbeidsmarkedet, noe forskning viser kan være skjebnesvangert for de

yngste (Raaum m. fl. 2009). Men endringene fra 2003 til 2012 har på ingen måte blitt reversert for de yngste. Veksten på 1990-tallet ser ut til å ha gitt stabilt høyere aldersspesifikke andeler blant de yngste. Generelt er endringene i niårsperioden 2003–2012 svært små sammenlignet med tiårsperioden 1993–2003. For både kvinner og menn har nedgangen vært størst blant de over 55 år. For menn har reduksjon i alle aldersgrupper vært større enn for kvinner.

Selv om endringene var relativt små i perioden 2003–2012 sammenlignet med perioden før, finner vi signifikante forskjeller mellom norske statsborgere og befolkningen som helhet. Menn har hatt en reduksjon i aldersspesifikke andeler på alle alders-trinn, men nedgangen er større for befolkningen sett under ett, enn når man skiller ut bare norske statsborgere. For kvinner med norsk statsborgerskap er det en liten økning i aldersspesifikke andeler fra 2003 til 2012, mens vi ser en nedgang i de fleste aldersgrupper når befolkningen ses under ett. Innvandringen kamouflerer altså en økning for kvinner mellom 25 og 35 år. For menn under 50 år er reduksjonen klart mindre for norske statsborgere enn når vi ser befolkningen under ett. For kvinner og menn over 50 år betyr arbeidsinnvandringen nesten ingenting for utviklingen.

Figur 13. Prosentvis endring i aldersspesifikke andeler for alle helserelaterte ytelser i sum, etter alder og kjønn.



Kilde: NAV

Tydelig trendskifte i 2004

Etter et tiår med sterk økning i trygdebruk, har det siden 2003 ikke vært vekst i den samlede bruken av helse-relaterte trygdeytelser dersom vi justerer for aldringen i befolkningen. Dette holder også når vi korrigerer for effekten av økt arbeidsinnvandring. Veksten vi hadde fram til 2003, spesielt i de yngste aldersgruppene, er imidlertid på ingen måte veid opp av den svake nedgangen vi har hatt fra 2003 fram til i dag. Andelen har altså stabilisert seg på et høyere nivå.

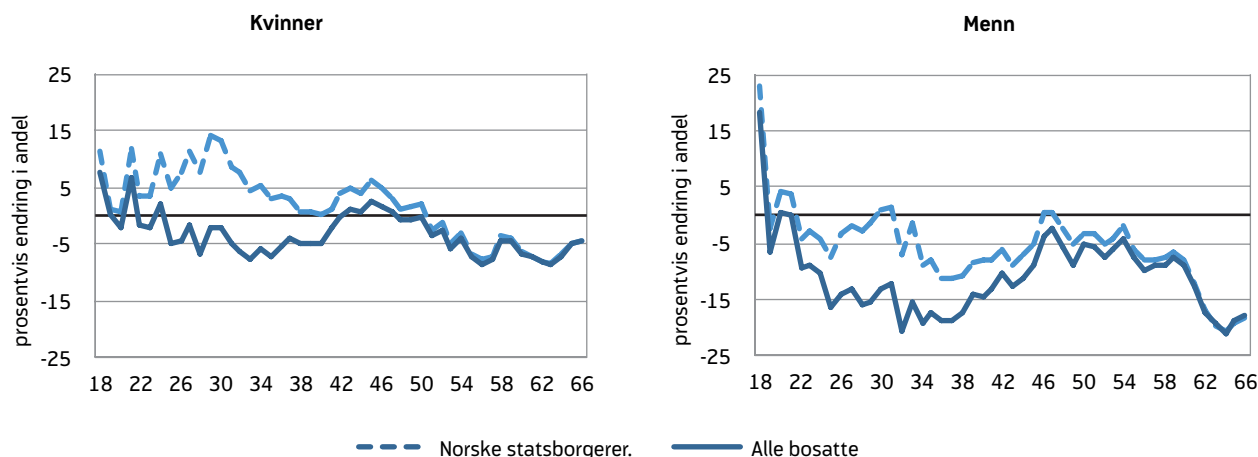
En langt større andel kvinner enn menn mottar nå en helserelatert trygdeytelse rett før de fyller 67 år. For 20 år siden var det en liten overvekt av menn. Kvinner har økt sin yrkesdeltakelse både absolutt og relativt til menn gjennom perioden. Det har i større grad gitt dem tilgang til ytelser som sykepenger og uførepensjon, og det er nå flere kvinner som har egen inntekt, enten gjennom eget arbeid, eller gjennom trygd. Menn ser nå, i større grad enn kvinner, ut til å forlate arbeidslivet gjennom førtidspensjonsordninger som AFP og tidlig uttak av alderspensjon.

Etter innføringen av tidsbegrenset uførestønad og arbeidsavklaringspenger har andelen som mottar varig uførepensjon gått ned. Dette skulle tilsi at en større andel er under oppfølging, enten i form av medisinsk behandling eller et yrkesrettet tiltak. Dette

stiller store krav til de ansatte i NAV. Spesielt er oppfølgingen av de yngste uten arbeidserfaring en stor utfordring, men det kan også være vanskelig å hjelpe tidligere arbeidstakere som har vært utenfor arbeidslivet over en lengre periode. Mye ressurser kan spares ved at de som blir sykmeldte får hjelp så tidlig som mulig. Dette er sannsynligvis også noe av erfaringen fra regelendringen for sykepenger i 2004.

Arbeidsinnvandringen bidrar nå til at befolkningen som helhet opplever en nedgang i trygdebruken som er større enn den ellers ville vært. Dette kan være en overgangsfase før de utenlandske statsborgerne enten returnerer til hjemlandet, eller blir værende og opparbeider trygderettigheter på lik linje med resten av befolkningen. I så fall kan det tenkes at den dempende effekten arbeidsinnvandringen har hatt på nivået av helserelaterte ytelser, kun er midlertidig.

Figur 14. Prosentvis endring i aldersspesifikke andeler 2003–2012 for alle helserelaterte ytelser i sum, etter alder og kjønn.



Kilde: NAV

Referanser

Furuberg, Jorunn, Qiu, Xu Cong og Thune, Ola (2013) «657 000 tapte årsverk i 2012» *Arbeid og velferd*, 2/2013, 60–68.

Kann, Inger Cathrine og Thune, Ola (2013) «Hvordan henger nivået på sykefraværet sammen med langtidsfraværet?» *Arbeid og velferd*, 3/2013

Kostøl, Anders Ravndal og Telle, Kjetil (2011) «Det handler om kvinnene». *Samfunnsøkonomen* nr. 1/2011

Kristoffersen, Per. (1999) *Utviklingen på uførepensjonsområdet*, RTV-rapport nr. 7/1999

Lien, Ole Christian (2011) «Pensjonsreformen – effekt på uttaket av helserelaterte ytelser». *Arbeid og velferd*, 4/2011, 35–42.

Myklebø, Sigrid. og Thune, Ola (2010) «Sykefravær blant gravide». *Arbeid og velferd*, 2/2010, 54–59.

Otterbeck, L. C. (2011). «Det Smittsomme Sykefraværet». Masteroppgave ved Økonomisk Institutt, Samfunnsvitenskapelig Fakultet, Universitetet i Oslo

NHO (2012). *NAV i uføre*. Tilgjengelig fra: <http://blogg.nho.no/blog/nav-i-uf%C3%B8re/> (Hentet: 30.9.2013)

Rege, Mari. Telle, Kjetil og Votruba, M. (2007) «Social Interaction Effects in Disability Pension Participation – Evidence from Plant Downsizing», *Discussion Papers* No. 496, Statistics Norway, Research Department

Raaum, Oddbjørn og Røed, Knut (2006). Do business cycle conditions at the time of labour market entry affect future employment prospects? *The review of economics and statistics* 88(2): 193–210.

Raaum, Oddbjørn, Rogstad, Jon, Røed, Knut og Westlie, Lars (2009). «Young and out: An application of a prospects-based concept of social exclusion», *The Journal of Socio-Economics*, Volume 38, Issue 1, Pages 173–187, ISSN 1053–5357

SSB (2013). *Tabell: 05 613: Arbeidsstyrken og sysselsatte, etter kjønn (F)*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selecttable/hovedtabellHjem.asp?KortNavnWeb=aku&CMS-SubjectArea=arbeid-og-lonn&checked=true> (Hentet: 30.09.2013).