

Fordelingsvirkninger av overføringer og trygdekutt blant alvorlig syke menn

Jon Ivar Elstad og Espen Dahl

Jon Ivar Elstad, dr.philos., forsker, NOVA, Høgskolen i Oslo og Akershus,
Jon.I.Elstad@nova.hioa.no

Espen Dahl, dr.polit., professor, Sosialforsk, Høgskolen i Oslo og Akershus,
Espen.Dahl@hioa.no

Artikkelen analyserer inntektsutviklingen 1993-2008 blant menn som døde av sykdom i 2009/2010 mens de var i 60-årsalderen (N=4611). Et typisk forløp er at inntektene fra eget arbeid begynner å falle om lag ti år før dødsfallet og går etter hvert mot null. Bortfallet av arbeidsinntekter starter gjerne 5-6 år tidligere blant lavt utdannede enn blant høyt utdannede. Selv om en fatal sykdom begrenser deltakelsen i lønnet arbeid, vil nivået på samlet personinntekt ofte holde seg ganske stabilt ettersom velferdsstatens overføringer i stor grad kompenserer for nedgangen i arbeidsinntekt. De sosioøkonomiske forskjellene i muligheten for arbeidsinntekter når en blir alvorlig syk innebærer at reduserte ytelser for syke og uføre i særlig grad vil ramme lavt utdannede og føre til større sosial ulikhet i inntekt.

Det relativt generøse inntektssikringssystemet i Norge – neppe noe annet land har så god sykelønnsordning (SOU 2012:31), og uførepensjonen vil som regel være minst 60 prosent av tidligere inntekt (NOU 2007:145-147) – blir jevnlig utsatt for kritikk. Systemet er dyrt og skal gjøre det for lett «å velge trygd» framfor arbeid (jf. NOU 2009: 246-248; OECD 2013, 2014; men se Wel et al. 2012). Etter Stortingsvalget 2013 er kritikerne kommet et steg nærmere regjeringskontorene, men pr. april 2014 er det bare Venstre blant de politiske partiene som har redusert sykelønn på dagsordenen. Det er jo ingen politisk vintersak å redusere støtten til verdig trengende, og de fleste sykelønsmottakere vil nok regnes som rettmessige brukere til tross for eksempler på overforbruk og trygdesvindel.

Følgelig er større innstramninger neppe aktuell politikk, men spørsmålet vil sikkert reises på nytt i årene som kommer. Fra forskerhold er det for eksempel foreslått at sykelønnen bør reduseres med 20 prosent (Rege 2013). Hva vil kutt i trygdene føre til? Denne artikkelen drøfter *fordelingsvirkningene*. Mens mange kritikere framhever sysselsettingskonsekvenser – systemet antas å gi «excessive incentives for some people to withdraw from the labour market» (OECD 2014: 30) – legger forsvarerne vekt på syke og uføres personlige økonomi. «En skal ikke få økonomiske bekymringer på toppen av sykdom», som Gunhild Øyangen (A) sa i Stortingets finansdebatt 28.november 2000. At innstramninger ikke bare vil ramme individer, men også ha en *sosialt skjev profil*, har vært mindre vektlagt, og det er disse sosioøkonomiske forskjellene som er det sentrale temaet for denne artikkelen.

Det er lett å se at innstramninger vil berøre «lavere» sosiale lag i større grad enn «høyere» sosiale lag. Det følger direkte av at arbeider- og lavere funksjonæryrker og personer med lav utdanning har hyppigere sykefravær og større uføretilbøyelighet (se f.eks. Hansen & Ingebrigtsen 2008; Steinsland & Hansen 2010; Krokstad & Westin 2004; NOU 2007: 68-73; NOU 2010: 41-45). Bakgrunnen for den sosiale ulikheten i sykefravær og uføretrygd er sammensatt (NOU 2010: 87-105; HOD 2007; Dahl et al. 2014), men to *jobbrelaterte* faktorer er utvilsomt involvert. For det første har lavt utdannede ofte mer helsebelastende jobber slik at selve yrkesutøvelsen medfører større risiko for sykefravær. For det andre er de oftere sysselsatt i yrker som krever kontinuerlig tilstedeværelse og god fysisk funksjon – «mange manuelle og rutinepregede yrker stille[r] større krav til fysisk helse enn mange kontorjobber» (Dahl et al. 2010: 43). Når lavt og høyt utdannede har samme type funksjonsnedsettelse, er det ikke uvanlig at de første, men ikke de siste, må holde seg hjemme. Slike arbeidsrelaterte omstendigheter, kombinert med andre livsløpspåkjenninger (se f.eks. Skalicka et al. 2009), ligger bak den sosiale ulikheten i sykefravær og uføretrygding, og det fører til at relativt flere i disse sosiale sjiktene er økonomisk avhengige av nivået på ytelsene.

Det sosioøkonomiske mønsteret i sykefravær og uføretilbøyelighet gjør at et snevert individperspektiv på ordningene overser et vesentlig moment. Et redusert stønadsnivå

innebærer ikke bare at syke og uføre *individer* i mindre grad blir kompensert for inntektstapet de lider på grunn av sykdom. Velferdsstatens inntektssikring har også et *kollektivt* aspekt som angår ulikhetene i livssjanser mellom sosiale lag. Ordningene vedrører solidariteten mellom samfunnssklassene. En følge av ulikhetene i helse og sykdom er at nivået på inntektssikringen betyr mer for levestandarden i «lavere» sosiale lag enn i privilegerte samfunnssjikt. Omvendt vil et redusert stønadsnivå ikke bare svekke økonomien i de syke individenes familier, men også bety en omfordeling av samfunnets økonomiske ressurser til *ugunst* for de sosiale sjiktene som er «lavere» plassert i det sosioøkonomiske hierarkiet.

At kutt i trygden vil ha en slik profil, har vært tematisert tidligere (Hagen & Hippe 1991). LOs utredningskontor har for eksempel vist hvordan endringer i sykelønnsordningen vil slå forskjellig ut for ulike inntektsnivåer (LO 2001). Alt i alt har likevel de fordelingsmessige konsekvensene av trygdekutt vært lite *konkret* analysert. Uføres inntekter i forbindelse med overgangen til trygd er riktignok undersøkt (Dahl 2007), og NOU'en om «ny uførestønad» presenterte beregninger om følgene av endret regelverk (NOU 2007: 75-82, 145-152). Tross dette er kunnskapen om fordelingsvirkninger begrenset. En oppsummering av sykefraværskforskningen, utarbeidet i 2010, pekte på at virkningene av innstramninger er «lite analysert og [et tema] som det burde være en utfordring å gå inn på, både teoretisk og empirisk» (Ose 2010:23). Også Forskningsrådets programplan for sykefraværskforskning har etterlyst studier av fordelingseffekter av endringer i trygdeordningene (NFR 2011:8). I denne artikkelen prøver vi å bøte på noe av kunnskapsmangelen om dette temaet.

Problemstillinger og analyseutvalg

Ved hjelp av registerdata med inntektsopplysninger for årene 1993-2008 analyserer vi en gruppe som vil være særlig avhengig av velferdsstatens inntektssikring: Menn som blir alvorlig syke og som dør av sykdommen mens de fortsatt er i 60-årsalderen.

Vi er særlig opptatt av to spørsmål: (1) Hvor stort var *inntektstapet* i denne gruppen i årene før de døde, i forhold til hva inntektene hadde vært om de hadde bevart en rimelig bra helse? Med andre ord: I hvor stor grad beskytter inntektssikringssystemet – alt i alt – mot inntektsnedgang? For å belyse dette spørsmålet konstruerer vi et «matchende» kontrollutvalg som ligner analyseutvalget på mange vis, bortsett fra akkurat det å bli rammet av for tidlig død på grunn av sykdom. (2) Varierte inntektstapet med *posisjonen i det sosioøkonomiske hierarkiet*? Vi spør altså om inntektssikringssystemet, slik det fungerte på 2000-tallet, fungerte mer raust for høystatusmenn enn for de som var «lavere» plassert i det sosiale hierarkiet, og vi bruker *utdanning* som en indikator på denne plasseringen. Med basis i empiriske analyser av de to spørsmålene oppsummerer vi avslutningsvis noen av fordelingsvirkningene som blir følgene av innstramninger i trygder og overføringer.

Utvalget vi analyserer er spesielt: Menn født på 1940-tallet som ble rammet av en alvorlig sykdom som tilslutt fikk et fatalt utfall i 2009 eller 2010, da disse mennene var i alderen 61-69 år.¹ Denne gruppen er selvsagt ikke generelt representativ for mottakere av sykelønn, uførepensjon og andre overføringer, men den er langt ifra irrelevant. Mange middelaldrende menn opplever at helsa blir mer problematisk. Dødelighetsmønsteret på 1990-tallet innebar at blant alle menn som var i live som 50-åring, hadde om lag 12 prosent avgått ved døden før fylte 67 år. I 40-årsalderen er bare noen få prosent av mennene uføretrygdet, men deretter stiger andelen raskt, og blant mannlige 60-64-åringer på midten av 2000-tallet hadde nær 30 prosent uførepensjon (NAV 2014). At uførepensjon er innvilget sier selvsagt ikke noe presist om helsetilstanden, men ofte indikerer uførepensjon betydelige helseproblemer, jf. den høye dødeligheten blant uføretrygdede (Gjesdal et al. 2009). I vårt materiale hadde 30 prosent av mennene som var uføretrygdet som 50-åring «gått bort» før de nådde den vanlige pensjonsalderen på 67 år. Generelt er risikoen for dødsfall to-tre ganger høyere blant uføretrygdede enn blant sammenlignbare ikke-uføretrygdede (Elstad 2010).

Slike tall illustrerer at å bli mottaker av sykelønn eller uføretrygd i 50- og 60-årsalderen på grunn av alvorlige helseproblemer ikke er en spesielt uvanlig skjebne. Utvalget vi analyserer representerer derfor de som i særlig grad vil være avhengige av velferdsstatens inntektssikring, men utvalget illustrerer også noe annet: At å betrakte sykefravær og uføretrygd som *selvvalgte* tilpasninger formet av økonomiske insentiver og kalkulasjoner av den relative «nyttene» av fritid kontra inntekt – ideer som finnes i trygdeforskningen (jf. NOU 2010:99ff) – kan være virkelighetsfjernt. Riktignok kan mange slags plager ligge bak sykefravær og uførepensjonering, men ikke sjelden er grunnen *alvorlige* sykdomstilstander som ender med for tidlig død. I Norge dør rundt 3000 menn i alderen 50-66 år hvert år (SSB 2014). Noen av disse dør plutselig, men mange har hatt lange sykefravær og har vært uføretrygdet i årevis før dødsfallet. Om lag halvparten av disse 3000 var uføretrygdet da de døde, og ikke minst for slike grupper er inntektssikringen viktig.

Data, variabler og metode

Datamaterialet brukt her er konstruert ved koblinger av individdata fra administrative registre, foretatt av Statistisk sentralbyrå, og utlevert til forskningsformål i en form som i praksis umuliggjør personidentifikasjon. De fleste variablene er hentet fra databasen FD-Trygd (Akselsen et al. 2007). Data fra dødsårsaksregisteret er tilkoblet materialet. Basisfilen består av samtlige registrerte innbyggere i Norge pr. 1.januar 1993 (ca. 4,3 millioner). Mange opplysninger er registrert årlig, som inntekt og inntektskilder 1993-2008, ekteskapeleg status 1992-2008, mottak av uførepensjon 1992-2008 og dødsfall 1993-2010.

Analyseutvalget består av samtlige menn i dette datamaterialet som var født 1941-1948 og i live ved utgangen av 2008, men som døde i 2009 eller 2010 av sykdom (N=4611, de 249 i denne aldersgruppen som døde av ulykker/ytre årsaker er tatt ut av analyseutvalget). Dødsårsakene blant disse 4611 kan deles i tre hovedkategorier – hjerte- og karlidelser, kreft og restkategorien andre sykdommer. Ettersom de statistiske mønstrene var svært like for disse tre dødsårsaksgruppene, blir de ikke analysert hver for seg i denne artikkelen. Analyseutvalget er klassifisert i fire utdanningsnivåer ved bruk av opplysninger fra Statistisk sentralbyrås utdanningsregister, kodet med den internasjonale ISCED-standarden (SSB 1989).

Inntekt er vår sentrale utfallsvariabel. I materialet finnes årlige opplysninger 1993-2008 om personinntekt før skatt, som her er klassifisert i tre hovedtyper: *Inntekt fra eget arbeid* (lønnsinntekt og netto inntekt for selvstendige), *overføringer* (sykelønn, uføretrygd, andre overføringer som bostøtte og sosialhjelp, alderspensjon og andre pensjoner fra Folketrygden, pensjoner fra kilder utenom Folketrygden som Statens pensjonskasse og bedriftspensjoner) og *andre typer inntekter* (typisk kapitalinntekter). *Samlet personinntekt før skatt* er summen av disse postene. Inntektene er rapportert i kroner (NOK) med konsumprisjusterte tall (2008=100). Vi viser *medianverdiene*, ettersom dette forteller mer om gruppens typiske inntekt enn gjennomsnittsverdiene. Også spredningsmål kunne ha interesse, men de utelates her for ikke å gjøre rapporteringen for omfangsrik.

Et særtrekk ved vår studie at vi retter søkelyset på det *samlete* resultat av alle inntektskilder, inkludert alle typer overføringer. Analyser av inntektssikringssystemer tar ofte for seg enkeltordninger og undersøker hva *reglene* tilsier i støtte for bestemte typer mottakere (se for eksempel Nelson 2013; NOU 2007: 154). Ved å bruke selvangivelseopplysninger blir alle (rapporterte) inntekter tatt i betraktning, noe som gir et bedre innblikk i den *reelle* inntektssituasjonen enn fortolkninger av tildelingsreglene for de enkelte ordningene – en syk person kan jo få støtte fra mange kilder (uføretrygd, bostøtte, sosialhjelp, bedriftspensjon, mv.), og studier av virkningene av velferdsordningene bør se alle slike kilder under ett.

For å analysere det første spørsmålet – de alvorlig sykes inntektstap, sammenlignet med om de hadde «beholdt helsa» – bruker vi data om *alle* menn i datamaterialet, født i samme tidsrom (1941-1948), men som *ikke* var døde ved utgangen av 2010 og heller ikke var registrert som uføretrygdet fram til 2008 (N=141.538). Dette er altså en relativt «frisk» del av de samme fødselskohortene. En direkte sammenligning av inntektsutviklingen mellom de som døde og de som «beholdt helsa» er imidlertid urealistisk, ettersom de som døde var mer ugunstig stilt på mange livsområder, for eksempel utdanning (se Appendikstabellen). For å gjøre sammenligningen mer meningsfull har vi brukt det «friske» utvalget for å konstruere et kontrollutvalg som *matcher* analyseutvalget når det gjelder alder, utdanning og ekteskapeelig status i 1992. Kontrollutvalget er konstruert ved å vekte de «friske» individene med en

veiefaktor beregnet med estimerte propensityskårer (Morgan & Winship 2007:98-105; Gelman & Hill 2007:207-212; Austin 2011). Det veide kontrollutvalget kan derfor brukes for å gi et tilnærmet inntrykk av den *kontrafaktiske* situasjonen, dvs. av hvilken inntektsutvikling mennene i analyseutvalget *ville hatt* om de ikke hadde fått sine alvorlige (tilslutt dødelige) helseproblemer. Appendikstabellen viser hvordan veiingen ved hjelp av estimerte propensityskårer fører til et kontrollutvalg med fordelinger på viktige bakgrunnsfaktorer som er praktisk talt identiske med fordelingene i analyseutvalget.

Resultater

Allerede i 1993, 16-17 år før de døde, var medianverdien av samlet personinntekt i analyseutvalget om lag 12 prosent lavere enn i kontrollutvalget av «friske» (Figur 1), til tross for at kontrollutvalget er vektet slik at de to utvalgene er likt sammensatt når det gjelder blant annet utdanningsnivå og alder.² Fra mange år tilbake var altså inntektsnivået blant de som døde i 2009/2010 noe lavere enn i sammenlignbare grupper. Trolig har helseproblemer som har vart i mange år bidratt til å hemme inntektsutviklingen i analyseutvalget.

FIGUR 1 CA HER

Veksten i medianinntekter fra 1993 til ca. 1998 var imidlertid ikke særlig ulik for de «friske» (kontrollutvalget) og de som døde (analyseutvalget). For begge utvalgene utgjorde arbeidsinntektene godt over 90 prosent av samlet personinntekt i denne perioden.

Men fra om lag 1998 skiller de to utvalgene lag når det gjelder (medianen av) arbeidsinntekter. I *analyseutvalget* synker inntektene fra arbeid, først gradvis, deretter raskt fra 2002, og i 2006-2008 (få år før de døde) er typiske arbeidsinntekter i analyseutvalget praktisk talt null. Dette skyldes utvilsomt at helseproblemene i denne gruppa blir mer alvorlige utover 2000-tallet, og det innskrenker arbeidsdeltakelsen og arbeidsinntektene. I kontrollutvalget, derimot, holder arbeidsinntektene seg godt oppe, riktignok med noe nedgang etter ca. 2002 som sikkert skyldes at en del av de «friske» er blitt over 60 år på dette tidspunktet og begynner å trappe ned på arbeidsdeltakelsen.

Inntektssikringens sentrale formål er å *kompensere* for bortfallet av arbeidsinntekter. Hvor godt lyktes dette? I analyseutvalget reduseres arbeidsinntektene kraftig utover 2000-tallet, men vi ser ikke noen tilsvarende dramatisk nedgang i den *samlete personinntekten*. I korthet betyr dette at inntektsbortfallet i stor grad oppveies av overføringer, som for denne gruppen vil ha mange kilder – sykelønn, uføretrygd, private pensjoner, mv. Sammenlignet med kontrollutvalget ser vi imidlertid at sykdommen har sin «pris»: I 1993 var medianverdien av samlet personinntekt i analyseutvalget 12 prosent lavere enn i kontrollutvalget, men

avstanden økte til om lag 25 prosent i 2008, da sykdommen for mange hadde nådd et kritisk stadium.

Med andre ord: Å bli rammet av en alvorlig sykdom hadde utvilsomt negative konsekvenser for inntekten. Likevel er kanskje en nøktern vurdering omtrent som følger: For denne gruppen av middelaldrende menn som opplevde såpass ondartede sykdomsplager, førte inntektssikringen i den norske velferdsstaten til at inntektstapet ble forholdsvis beskjedent. Riktignok var det en «inntektsstraff» av å bli syk, og framstillingen i form av medianverdier kan skjule store variasjoner. Men siden progressive skattesatser vil føre til at nedgangen i kjøpekraft vil bli mindre enn nedgangen i samlet personinntekt, og siden ektefellers inntekt kan bidra til å stabilisere husholdningenes økonomiske situasjon, vil det typiske være at det tragiske i disse livsløpene i liten grad er økonomiske problemer, men sykdommen og dens fatale forløp. – Vi kan legge til at *dette* er blant annet hva som skiller Norge fra land med dårlig offentlig inntektssikring. I USA, for eksempel, er rundt halvparten av alle personlige konkurser «medical bankruptcies» (Himmelstein et al. 2009) – altså at syke blir ruinert av kostnadene til medisinsk behandling i kombinasjon med inntektstap på grunn av sykdom.

Den andre problemstillingen gjaldt *sosial likhet* i inntektssikringen. Fungerer beskyttelsen mot inntektsreduksjon alt i alt like bra *uansett* plassering i det sosiale hierarkiet, som her er blitt målt med utdanningsnivået?

FIGUR 2 CA HER

Figur 2 viser samlet personinntekt før skatt i *analyseutvalget*, klassifisert i fire utdanningskategorier. Det var markante inntektsforskjeller mellom utdanningsnivåene i hele 16-årsperioden. I 1993, for eksempel, hadde de høytutdannede en medianinntekt nær 60 prosent høyere enn de med grunnskole som høyeste utdanning (391.000 mot 245.000 NOK). Vårt spørsmål dreier seg imidlertid først og fremst om inntektssikringens rolle for disse forskjellene. I analyseutvalget, der alle døde i 2009/2010, var det en viss utdanningsforskjell i «hvor godt» de greide seg, inntektsmessig, i årene før dødsfallet. De med høgskole- eller universitetsutdanning fikk noe økning i median samlet personinntekt i denne perioden – for dem var gjennomsnittet for 2006-2008 om lag 6 prosent høyere (prisjusterte tall) enn gjennomsnittet 1993-1995. For de tre lavere utdanningsnivåene, regnet på samme måte, var det derimot en liten prosentvis nedgang – om lag minus 1-4 prosent.

Det var altså en viss utdanningsforskjell i inntektsutvikling i dette analyseutvalget, men selv om den samlede inntektsutviklingen var bedre, var den ikke dramatisk mye bedre for den best utdannede kategorien enn for de andre. Sett på denne måten var forskjellene i hvordan inntektssikringen fungerte for ulike utdanningsnivåer forholdsvis beskjedne.

Figur 2 viser imidlertid medianverdiene for *samlet personinntekt*, men for *arbeidsinntekter* var det markante forskjeller mellom de fire utdanningsnivåene (Figur 3). I alle de fire utdanningskategorier synker inntektene fra arbeid fram mot 2009/2010 da det fatale utfallet inntraff. Grunnen er utvilsomt at sykdommen begrenset mulighetene for lønnet arbeid. Disse begrensningene slår imidlertid helt ulikt ut for de forskjellige utdanningsnivåene. For menn med *grunnskole* var det typiske mønsteret at arbeidsinntektene begynte å falle allerede om lag 13-14 år før dødsfallet. For menn med *videregående* begynte fallet omlag 7-9 år før dødsfallet, mens for menn med *høgskole- eller universitetsutdanning* ser vi først en tydelig nedgang i arbeidsinntektene om lag 5-6 år før dødsfallet. Medianverdien av arbeidsinntektene falt til under 50.000 kroner (NOK) om lag 7-8 år før dødsfallet for de med grunnskole. For de med videregående skjedde dette om lag 3-5 år før dødsfallet, men for menn med høgskole- og universitetsutdanning var median arbeidsinntekt fortsatt over 50.000 NOK også så seint som ett år før dødsfallet.

FIGUR 3 CA HER

Hvorfor er det så store utdanningsforskjeller i arbeidsinntekter i årene før dødsfallet? Siden alle i analyseutvalget hadde en sykdomshistorie som endte med død i 2009/2010, er det rimelig å anta at den *objektive* helseutviklingen i de foregående årene har vært noenlunde lik i de fire utdanningskategoriene. Sammensetningen av dødsårsaker var riktignok noe forskjellig – kreftdødsfall utgjorde 50 prosent av dødsfallene blant de høytutdannede, mot 43 prosent blant de grunnskoleutdannede – men utdanningsforskjellene i utviklingen av arbeidsinntekt hadde det samme mønster uansett sykdomsgruppe (tabell ikke vist). Vi kan altså regne med at mennene i analyseutvalget var, som gjennomsnitt, omtrent like alvorlig rammet av helseplager og funksjonsnedsettelse uansett hvilken utdanningskategori de tilhørte. Likevel skjedde bortfallet av arbeidsinntekter langt tidligere blant de grunnskoleutdannede enn blant de med høyere utdanning.

En hypotese er at sykefravær og uførepensjonering er relatert til den sykes *motivasjon* for å forlate arbeidslivet, og siden trygdeordningene er så rause vil denne «løsningen» være særlig attraktiv for de med lav inntekt. Kan det være at lavt utdannede, når de rammes av en kreftsykdom eller et hjerteinfarkt, *foretrekker* å sitte hjemme framfor å gå på jobb?

En annen tolkning virker mer sannsynlig: Jobbkravene angående fysisk funksjon, tilstedeværelse, muligheten til å ta pauser, adgangen til å styre selv sin egen arbeidsdag, mulighetene til å forene arbeidet med hyppige avbrudd på grunn av behandlinger mv. varierer markant mellom utdanningsnivåene. Jobbkravene i yrker med høyere utdanning vil oftere kunne forenes med et krevende behandlingsopplegg og med mange typer fysiske

funksjonshemninger. Det kan også tenkes at arbeidsgivere er særlig velvillige overfor høytutdannede og lar dem fortsette i jobben selv når de er svekket av sykdom – en velvillighet som kanskje vises lavt utdannede i mindre grad. Høytutdannede kan også i større grad være selvsysselelsatte slik at de selv kan kontrollere arbeidsdeltakelsen.

Uansett hva som ligger til grunn for utdanningsforskjellene i arbeidsaktivitet i tiåret før dødsfallet, er det åpenbart at Figur 3 demonstrerer at avhengigheten av overføringer som har som formål å kompensere for et påtvunget bortfall av arbeidsinntekt, er større jo lavere en er plassert i utdanningshierarkiet. Om alle slike overføringer ble fjernet, ville det blitt ekstreme sosioøkonomiske forskjeller i inntekt blant de alvorlig syke.

Oppsummering og diskusjon

Mange middelaldrende menn får helseplager. Ikke få får alvorlige sykdommer før pensjonsalderen, og for en del får sykdommen et fatalt utfall – som nevnt over er det omkring 3000 dødsfall blant menn i alderen 50-67 år i Norge hvert år. Slike forløp tar mange former – noen dødsfall skjer brått, praktisk talt uten forvarsel (typisk hjerteinfarkt), mens andre varer lenge (typisk en del kreftformer), og graden av funksjonstap varierer sterkt.

I denne studien har vi undersøkt inntektskarrierene i 16 år (1993-2008) for menn, født på 1940-tallet, som døde av sykdom i 2009 eller 2010. Alvorlig sykdom svekker mulighetene for inntektsgivende arbeid (men de individuelle variasjonene er betydelige). Et *typisk forløp* (målt med medianinntektene) er at inntjeningen fra eget arbeid jevnt over er upåvirket fram til om lag ti år før dødsfallet. Deretter faller arbeidsinntektene, og det typiske er at i de tre-fire siste årene før dødsfallet er arbeidsinntektene praktisk talt null.

Nedgangen i *samlet personinntekt* var imidlertid ikke stor i utvalget vi studerte. Riktignok viser analysene en «inntektsstraff» av å bli alvorlig syk, i den forstand at de som unngikk en slik skjebne fikk en økning i samlet personinntekt utover 2000-tallet som de syke ikke fikk. Likevel opprettholdt de syke, i det store og hele, sitt samlede personlige inntektsnivå fra før de ble syke, og grunnen er åpenbar: Overføringer i form av sykkelønn, uførepensjon og andre typer støtteordninger kompenserte i stor grad for bortfallet av arbeidsinntekter.

Utvilsomt kan de individuelle forløpene være forskjellige på mange måter, men en hovedkonklusjon er likevel at de samlede effektene av inntektssikringen jevnt over beskytter godt mot store inntektsfall når middelaldrende menn blir rammet av alvorlig sykdom.

Analyseutvalget – de som døde 2009/2010 – ble videre inndelt etter utdanning for å belyse spørsmålet om sosial likhet/ulikhet i inntektssikringen. I utvalget var det en *markant* utdanningsforskjell i inntekter fra eget arbeid i årene forut for dødsfallet. Blant grunnskoleutdannede startet nedgangen i arbeidsinntekter typisk 13-14 år før dødsfallet, og i de siste fem årene var medianinntekten fra eget arbeid omtrent null. Blant høgskole- og

universitetsutdannede, derimot, startet fallet i inntekter fra eget arbeid gjerne rundt 5-6 år før dødsfallet, og helt fram til et par år før de døde hadde mange vesentlige inntekter fra eget arbeid.

Denne utdanningsforskjellen reflekterer hvor *ulikt* en alvorlig sykdom vil begrense mulighetene til inntektsgivende arbeid. Høytutdannede har store muligheter, lavtutdannedes muligheter er mer begrenset. Men forskjellene i arbeidsinntekter ble i ganske stor grad oppveid av overføringene. Utdanningsforskjellene i *samlet* personinntekt økte nok noe, men ikke mye, utover 2000-tallet. Vi kan si at «systemet», alt i alt, ga syke høytutdannede noe bedre muligheter for å bevare (og til dels øke) inntektsnivået sitt enn syke lavtutdannede, men denne forskjellen var ikke dramatisk, og også de med lav utdanning opprettholdt i stor grad sitt inntektsnivå til tross for sykdommen, på grunn av overføringene de mottok.

De markante utdanningsforskjellene i arbeidsinntekter mens sykdommen utvikler seg, innebærer selvsagt at den materielle levestandarden for lavt utdannede, jevnt over, vil være mye mer avhengig av nivået på sykelønn, uføretrygd og andre overføringer som kompenserer for bortfallet av arbeidsinntekter, enn levestandarden blant høyt utdannede. Med andre ord: Et redusert stønadsnivå har ikke bare individuelle aspekter i den forstand at den enkelte syke vil få sin materielle situasjon svekket. Det vil også være markerte *sosiale fordelingsvirkninger*. Innstramningene vil ramme sterkt de sosiale grupper (typisk de lavt utdannede) som ikke er i stand til å fortsette i inntektsgivende arbeid om en alvorlig sykdom utvikler seg. De som har en arbeidssituasjon som kan forenes med sykdomsplagene – typisk de med høy utdanning – vil derimot ofte påvirkes lite av innstramninger. Om, for eksempel, stønadsnivået på alle typer overføringer ble redusert med 10 prosent, ville vi se tydelige omfordelingsvirkninger. Alle syke med redusert mulighet til inntekt fra eget arbeid vil rammes av slike nedskjæringer, men i dette vil det være en tydelig *sosial gradient*: Innstramningene vil ha langt sterkere effekter «lavt» enn «høyt» i det sosiale hierarkiet. Om innstramningene ikke er for dramatiske, vil mange høytutdannede være praktisk talt uberørt, mens mange lavt utdannede vil stå overfor påtakelige innskrenkninger i sin levestandard.

Innstramninger i nivået på overføringene vil ramme sosialt skjevt. «Kutt i trygden» vil skape nye inntektsforskjeller og vil dessuten gjøre de siste årene for de tusener som rammes av alvorlige lidelser (før pensjonsalderen) enda vanskeligere, ettersom økonomiske bekymringer kommer på toppen av sykdomsplagene. Og disse belastningene vil særlig legges på de syke som er «lavt» i samfunns hierarkiet, for det er der – og ikke på «toppen» – at sykdommene mest forhindrer utførelsen av arbeidet.

En innvending mot en slik fortolkning er at den forutsetter *ceteris paribus* – at «alt annet» er uendret. Kan det tenkes at de lavt utdannede, om stønadene reduseres, vil fortsette i jobben i flere år enn de gjør i dag, med sin framvoksende (og, som her, dødelige) sykdom, slik

at deres samlede inntekter i årene før dødsfallet ikke er såpass avhengige av ytelsene fra sykelønn og trygder? Gitt hva slags jobbkrav som typisk er i mange av yrkene der lavt utdannede arbeider, er en slik tolkning lite sannsynlig. For å stille det på en polemisk spiss: Når bussjåføren og arkitekten er på samme type cellegiftkur, og bussjåføren, men ikke arkitekten, er fullt sykmeldt – er det sannsynlig at dette skyldes den dødssyke bussjåførens manglende arbeidslyst? Men dette er et tema som burde belyses empirisk og forskningsmessig og ikke baseres på konstruerte (og ikke alltid like virkelighetsnære) handlingsmodeller.

Konklusjon

Inntektssikringen i Norge på 1990- og 2000-tallet, her studert i et utvalg menn som alle ble rammet av en dødelig sykdom, medførte at bortfallet av egen arbeidsinntekt i ganske stor grad (men ikke fullt ut) ble kompensert av overføringer. Siden jobbkravene i yrker der lavt utdannede typisk jobber ofte gjør det umulig å utføre arbeidet om funksjonsnivået er svekket av sykdom, er lavt utdannede i markert større grad avhengig av overføringsordningene for å unngå redusert levestandard om de rammes av sykdom. Reduserte overføringer og innstramninger i stønadsordningene vil derfor ramme sosialt skjevt – høytutdannede som blir syke vil ofte rammes lite av slike nedskjæringer, mens lavtutdannede vil rammes i langt større grad, og innstramninger vil gi større sosial ulikhet i materiell levestandard.

Noter

1 En tilsvarende analyse av virkninger av trygdekutt for kvinners inntekter bør selvsagt foretas, men av plasshensyn blir bare menn analysert her. Siden kvinner har lavere dødelighet og siden yrkesaktiviteten i kohortene født 1941-1948 var lavere blant kvinner enn blant menn, er funnene i denne artikkelen neppe direkte overførbare til kvinners situasjon.

2 Tallene som ligger til grunn for figurene kan fås ved henvendelse til førsteforfatter.

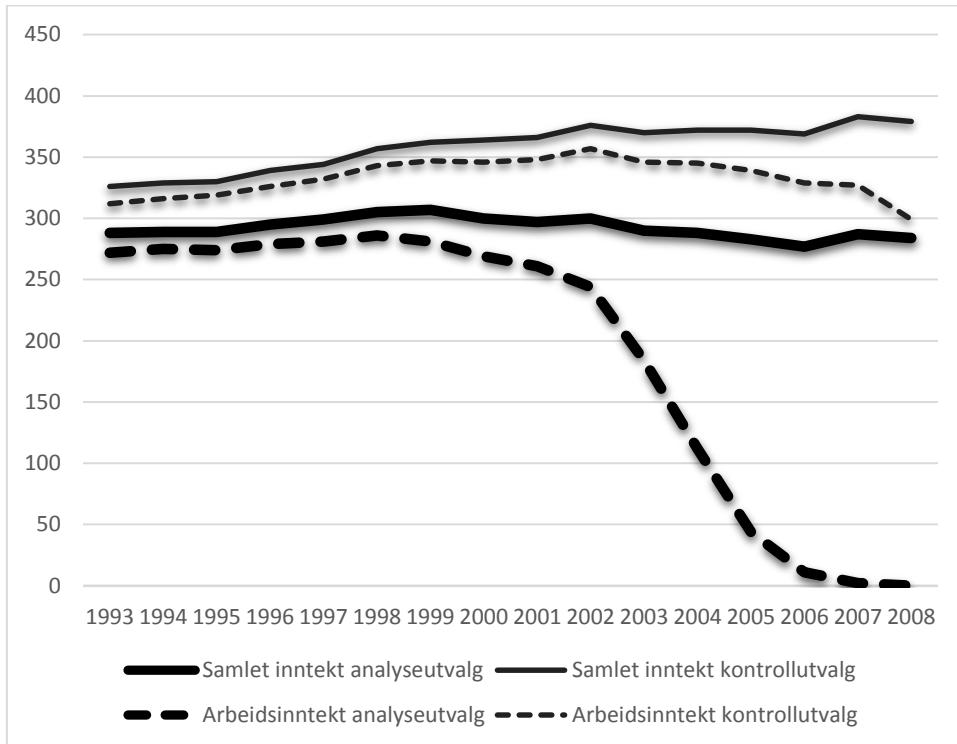
Referanser

- Akselsen, A., S. Lien & Ø. Sivertstøl. (2007). *FD-trygd: Variabelliste*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Austin, P.C. (2011). An Introduction to Propensity Score Methods for Reducing the Effects of Confounding in Observational Studies. *Multivariate Behavioral Research* 46, 399-424.
- Dahl, E., H. Bergsli & K. A. vd. Wel. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Oslo: Fakultet for samfunnsfag/Sosialforsk, Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Dahl, E., K. A. vd. Wel & I. Harsløf. (2010). *Arbeid, helse og sosial ulikhet*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Dahl, G. (2007). *Inntekt og inntektsulikhet før uførepensjonering. Rapport 2007/6*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Elstad, J.I. (2010). Geografiske forskjeller i uføres dødelighet. Levekår, seleksjon, sosial avstand? *Tidsskrift for Samfunnsforskning* 51, 191-220.
- Gelman, A. & J. Hill. (2007). *Data analysis using regression & multilevel/hierarchical models*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gjesdal, S., P. Svedberg, J. Hagberg et al. (2009). Mortality among disability pensioners in Norway & Sweden 1990-96: Comparative prospective cohort study. *Scandinavian Journal of Public Health* 37, 168-175.
- Hagen, K. & J. Hippe. (1991). Alle vet jo at Rapport om sykefravær og sykelønn. FAFO-Rapport 119. Oslo: FAFO.
- Hansen, H.T. & T. Ingebrigtsen. (2008). Social Class and Sickness Absence in Norway. *Acta Sociologica* 51, 309-327.
- Himmelstein, D.U., D. Thorne, E. Warren et al. (2009). Medical Bankruptcy in the United States, 2007: Results of a National Study. *American Journal of Medicine* 122, 741-746.
- HOD. (2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. St.meld. nr. 20 (2006-2007)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Krokstad, S. & S. Westin. (2004). Disability in society-medical and non-medical determinants for disability pension in a Norwegian total county population study. *Social Science & Medicine* 58, 1837-1848.
- LO. (2001). *Sykelønn - ikke like viktig for alle. Samfunnsnotat nr. 1/01.*, avlest 15. februar 2014. Oslo: Landsorganisasjonen i Norge.
- Morgan, S.L. & C. Winship. (2007). *Counterfactuals and causal inference : methods and principles for social research*. New York: Cambridge University Press.
- NAV. (2014). *NAVs nettsider*, <http://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse>, avlest 8.april 2014.
- Nelson, K. (2013). Social assistance and EU poverty thresholds 1990-2008. Are European welfare systems providing just and fair protection against low income? *European Sociological Review* 29, 386-401.
- NFR. (2011). *Programplan. 2011-2016. Sykefravær, arbeid og helse*. Oslo: Norges forskningsråd.
- NOU. (2007). *Ny uførestønad og ny alderspensjon til uføre. NOU 2007: 4*. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
- NOU. (2009). *Fordelingsutvalget. NOU 2009:10*. Oslo: Finansdepartementet.
- NOU. (2010). *Arbeid for helse. NOU 2010: 13.*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- OECD. (2013). *Mental Health and Work: Norway*, OECD Publishing: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264178984-en>.
- OECD. (2014). *OECD Economic Surveys. Norway. March 2014*, Paris: OECD.

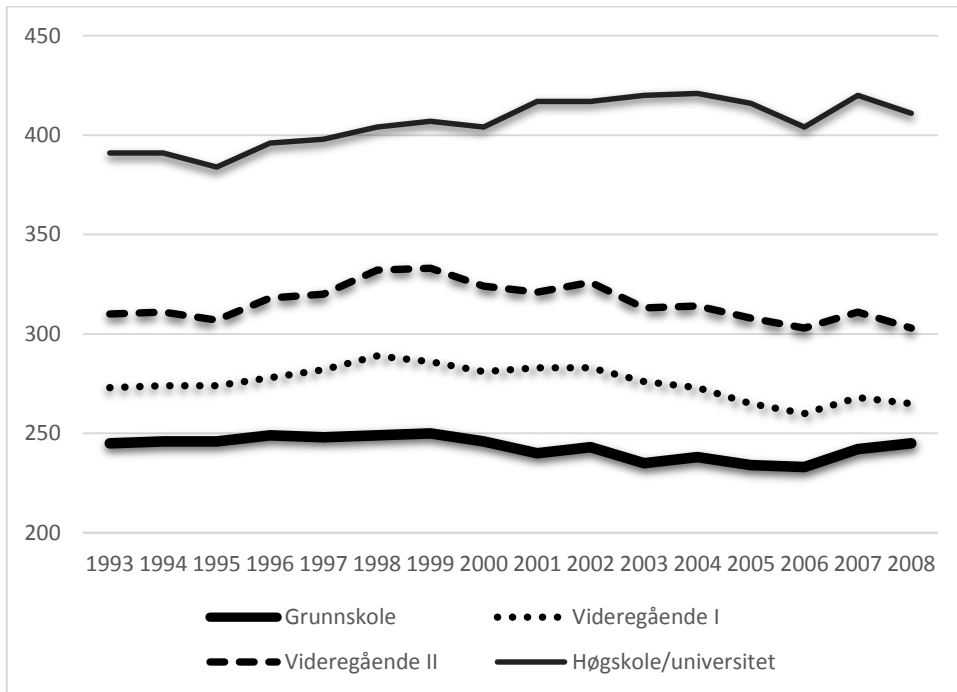
- Ose, S.O. (2010). *Kunnskap om sykefravær: nye norske bidrag. SINTEF Rapport A14516*, Oslo: SINTEF Helse.
- Rege, M. (2013). Valgkampens ikke-tema. Kronikk. *Dagens Næringsliv*, 26.juli 2013.
- Skalicka, V., F. van Lenthe, C. Bambra et al. (2009). Material, psychosocial, behavioural and biomedical factors in the explanation of relative socio-economic inequalities in mortality: evidence from the HUNT study. *International Journal of Epidemiology* 38, 1272-1284.
- SOU. (2012). *Sveriges socialförsäkringar i jämförande perspektiv. En institutionell analys av sjuk-, arbetsskade- och arbetslöshetsförsäkringarna i 18 OECD-länder 1930-2010. Parlamentariska socialförsäkringsutredningen S2010:04*. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar.
- SSB. (1989). *Standard for utdanningsgruppering. Revidert 1989. Standarder for norsk statistikk 7*, Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- SSB. (2014). *Dødsårsaker. Statistisk sentralbyrås Statistikkbank*, <http://www.ssb.no/statistikkbanken/> avlest 11. februar 2014.
- Steinsland, A. & H.-T. Hansen. (2010). Klasseforskjeller i sykefravær i Norge: En sammenligning av ulike classeskjemaer. *Sosiologisk tidsskrift* 18, 355-378.
- Wel, K.A.vd., E. Dahl & K. Halvorsen. (2012). *Arbeidsinkludering og arbeidsmotivasjon i et komparativt perspektiv. Sluttrapport til NAV/FARVE*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag, Sosialforsk.

(FIGURER
LIMT INN MED OPSJONEN GRAFISK MICROSOFT OFFICE-OBJEKT)

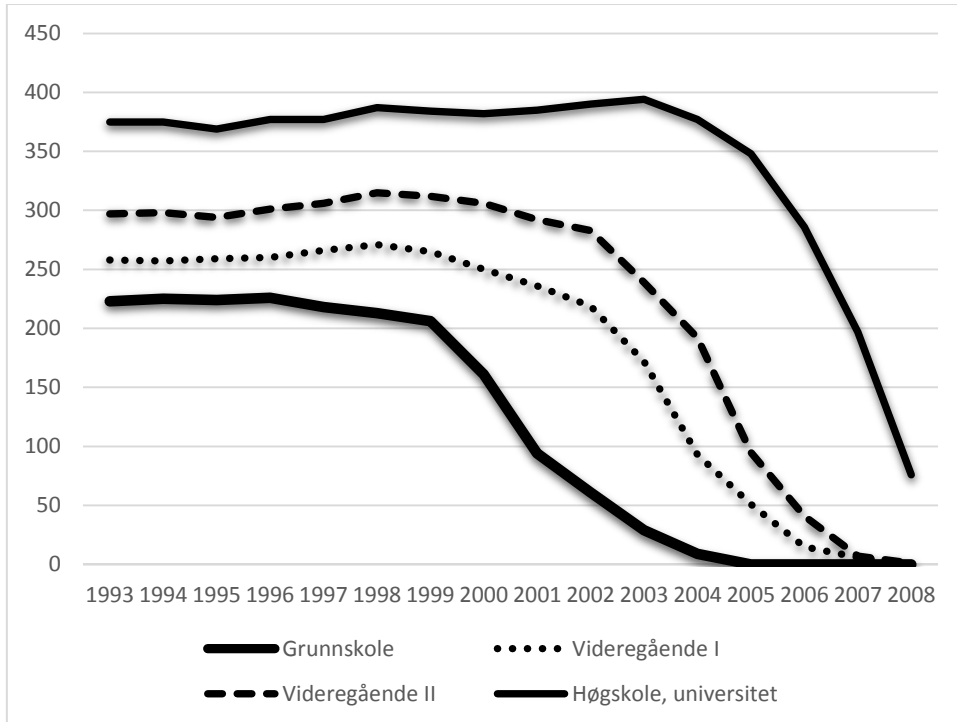
Figur 1. Samlete inntekter og arbeidsinntekter, medianverdier 1993-2008 i 1000 NOK (prisjustert 2008=100), analyseutvalg (døde 2009/2010) og veid kontrollutvalg «friske»



Figur 2. Samlet personinntekt før skatt, medianverdier 1993-2008 i 1000 NOK (prisjustert 2008=100). Analyseutvalget klassifisert i fire utdanningsnivåer



Figur 3. *Inntekt fra eget arbeid, medianverdier 1993-2008 i 1000 NOK (prisjustert 2008=100). Analyseutvalget klassifisert i fire utdanningsnivåer*



Appendikstabell. Analyseutvalg, uveid utvalg av “friske” og veid kontrollutvalg

	Analyseutvalg, menn f.1941-48, død 2009-10	Uveid utvalg “friske” i samme alder	Veid kontrollutvalg «friske» ²
N= 100%	4611	141.538	4605 ³
Gj.snittlig alder 2008 (år)	63,7	63,0	63,7
Grunnskole %	35,3	19,4	34,9
Videregående I %	23,0	20,1	23,6
Videregående II %	24,4	28,0	24,1
Høgskole/universitet %	17,4	32,5	17,4
Gift, utgangen av 1992 %	60,9	79,3	61,0
Mottok uføretrygd i 2008 % ¹	49,5	0,0	0,0
Dødsårsak kreft %	45,8	-	-
Dødsårsak hjerte/kar %	26,5	-	-
Dødsårsak annen sykdom %	27,6	-	-

¹Ved alder 67 blir uførepensjonister overført til alderspensjon; 1941-kohorten er derfor utelatt fra grunnlaget.

²Vekter er estimert med formelen $P/(1-P)$, der P, sannsynligheten for å dø 2009/2010, er beregnet med logistisk regresjon med alder, utdanning og ekteskapelig status i 1992 som prediktorer.

³Vektingen resulterer i et kontrollutvalg som har praktisk talt samme størrelse som analyseutvalget.