



Syssettingseffekter av pensjonsreformen – avhenger de av helsetilstand?

Pension reform and labour supply – does the effect depend on prior health status?

Arild Aakvik

Professor, Institutt for økonomi, Universitetet i Bergen

arild.aakvik@uib.no

Tor Helge Holmås

Forsker I, NORCE Norwegian Research Centre

toho@norceresearch.no

Karin Monstad

Forsker I, NORCE Norwegian Research Centre

kamo@norceresearch.no

Sammendrag

Denne analysen undersøker om dårlig helse hindrer individer fra å kunne øke sitt arbeidstilbud slik pensjonsreformen la opp til. Vi analyserer effekten av reformen på arbeidsdeltakelse og avtalte timer i arbeid for mennesker med ulik helsetilstand før reformen. Utvalget består av individer som er i arbeid måneden før de fyller 59 år. Våre viktigste funn er at effekten synes å være uavhengig av helsetilstand, og det gjelder for begge kjønn: De med dårligst helse øker arbeidstilbudet minst like mye som de med best helse. Dette gjelder enten vi måler helsetilstand basert på antall fastlegebesøk eller på type helseproblem.

Nøkkelord

pensjonsreform, arbeidstilbud, effektevaluering, helse

Abstract

The comprehensive Norwegian pension reform implemented in 2011 incentivizes an extended working life. We analyze whether the labour supply response to this reform depends on individual health and contracted hours. The sample studied is individuals employed the month before they are 59 years of age. We find that the positive effect on labour supply is independent of health status. Irrespective of sex, individuals of poor prior health increase their labour supply no less than those of better health. This result holds whether the proxy for health is GP visits or the existence of specific health problems.

Keywords

pension reform, labour supply, program evaluation, health

Innledning

De fleste vestlige land opplever at befolkningen aldres, noe som innebærer at det blir relativt færre personer i arbeidsdyktig alder.¹ I noen land, som i Norge, forsterkes dette problemet av at en betydelig andel av disse ikke arbeider, men derimot er på ulike trygdeordninger. Som en respons på denne utviklingen har mange land reformert pensjonssystemet for å få folk til å stå lengre i jobb (se for eksempel OECD 2011). I arbeidet med den norske pensjonsreformen ble det etter hvert klart for den mest sentrale forkjemperen, Jens Stoltenberg, at reformen ikke bare kunne ta hensyn til konsekvenser for arbeidsliv og offentlige finanser, men at fordelingsvirkninger var viktige (Grødem & Hippe 2019), noe som også ble nedfelt i offentlige dokumenter (Ot.prp. nr.37 (2008-2009)). Da pensjonsreformen skulle evalueres, var ett av formålene å vurdere reformens fordelings- og likestillingsprofil. I tråd med dette er det gjort analyser av fordelings effekter langs flere dimensjoner; for eksempel inntekt (Nicolajsen & Stølen 2016), kjønn (Bay, Pedersen & Teigen 2015; Halvorsen & Pedersen 2018a) og utdanning (Halvorsen & Pedersen 2018b). Denne studien tar opp spørsmålet om hvorvidt helse bestemmer i hvilken grad individene responderer på de økonomiske insentivene i reformen. Er det slik at dårlig helse hindrer individer fra å nyttiggjøre seg at reformen gjorde det betydelig mer lønnsomt å stå lengre i arbeid?

De viktigste elementene i pensjonsreformen i 2011 er levealdersjustering, alleårsregel, ny opptjeningsmodell, samt muligheten for å kombinere uttak av pensjon og arbeid. Disse elementene, samt hvordan de slår ut for ulike grupper av arbeidstakere, blir nærmere forklart i avsnittet nedenfor.

Det er gjennomført flere studier av hvordan den norske pensjonsreformen har påvirket arbeidstilbudet til eldre arbeidstakere. De fleste av disse sammenligner arbeidstilbudet (i jobb eller ikke, arbeidstimer per uke, inntekt, sykepenger, uførepensjon, etc.) for fødselskohorter av arbeidstakere som fyller 62 år før og etter 2011. Ideen er altså at de som fyller 62 år før reformen (kontrollgruppen), kan fortelle oss hvordan arbeidstilbudet ville ha utviklet seg for tiltaksgruppen (de som fyller 62 år etter reformen), dersom reformen ikke var innført. Både Hernæs, Markussen, Piggott og Røed (2016)² og Brinch, Vestad og Zweimüller (2015) benytter en slik identifikasjonsstrategi og finner at pensjonsreformen har ført til en betydelig økning i arbeidstilbudet blant ansatte i privat sektor med rett til AFP. Av nyere studier kan vi nevne Hernæs, Jia, Piggott og Vigtel (2019) som studerer virkningene i privat sektor uten AFP i detalj, og Kruse (2019) som diskuterer pensjonering i parforhold.

Resultatene fra tidligere studier viser altså at arbeidstilbudet har økt som følge av pensjonsreformen. Samtidig er det et stort antall studier som finner at personer med helseutfordringer har lavere deltakelse i arbeidsmarkedet enn andre. I et land som Norge, med omfattende offentlig helse- og sosialforsikring, kan dette virke selvsagt, men i prinsippet er det ikke opplagt i hvilken grad dårlig helse vil påvirke arbeidstilbudet. Kausale studier av sammenhengen mellom helse og arbeidsmarked utfall er dessuten komplisert, særlig siden det er vanskelig å finne presise mål på helsetilstand (utelatte variabler) og fordi forhold ved arbeidssituasjonen kan påvirke helsen (omvendt kausalitet). Denne litteraturen er nylig oppsummert i en oversiktsartikkel av Prinz, Chernew, Cutler og Frakt (2018),³ og her gjengir

-
1. Artikkelen er skrevet som en del av prosjektet «Aging, Health, and Labour Market Participation», som er finansiert av Norges forskningsråd (prosjekt 237011). Takk til deltakere på Trygdeforskningsseminaret 2019 og spesielt til redaktørene og en anonym konsulent for gode innspill til et tidligere utkast.
 2. Hernæs mfl. (2016) benytter flere identifikasjonsstrategier.
 3. Artikkelen inneholder en bred oppsummering av litteratur som studerer sammenhengen mellom helse og økonomisk aktivitet, særlig utdanning (for yngre) og ulike arbeidsmarked utfall (for voksne).

vi resultater fra et utvalg studier omtalt i oversikten, nemlig hvordan «helsesjokk» påvirker arbeidstilbudet. Dette er analyser der man studerer hvordan en eksogen endring i helsen (målt for eksempel ved sykehusinnleggelse for øyeblikkelig hjelp eller ulykker) påvirker arbeidstilbudet. Siden identifikasjonsstrategien her bygger på at man følger de samme individene over tid (individ-faste effekter), er det, sammenlignet med tverrsnittstudier, rimeligere å tro at man avhjelper problemene med utelatte variabler og omvendt kausalitet. Selv om studiene er gjennomført i land med ulike velferdsordninger, er resultatene ganske entydige. En brå forverring i helse reduserer arbeidstilbudet, både i forhold til å være i arbeid og i forhold til arbeidsinntekt. Effektene synes å være størst i land med mer omfattende velferdsordninger, større for eldre enn for yngre, og større for arbeidstakere med lav enn med høy sosioøkonomisk status.

Studiene nevnt ovenfor forteller oss at endringer i helse påvirker arbeidstilbudet, men sier ikke nødvendigvis noe om hvordan arbeidstakeres helsetilstand påvirker hvordan de tilpasser seg endrede rammevilkår, noe som er tema for denne analysen.

På samme måte som flere tidligere studier av den norske pensjonsreformen sammenligner vi arbeidstilbudet til fødselskull som fyller 62 år før med de som fyller 62 etter, der vi først og fremst er opptatt av om effektene av reformen avhenger av individuell helsetilstand før reformen. Helse er naturligvis ikke direkte observerbar i registerdata, og her bruker vi data fra konsultasjoner hos fastlege/legevakt som en proxy på helse. Denne informasjonen benytter vi på to ulike måter; vi rangerer arbeidstakernes helse i tre kategorier etter antall fastlegebesøk (innenfor en tidsperiode på 12 måneder når personen er 60 år), og vi identifiserer arbeidstakere med spesifikke lidelser (for eksempel personer diagnostisert med lidelser som diabetes eller KOLS innenfor samme 12 måneders periode).

Våre resultater viser, i tråd med flere tidligere studier, at pensjonsreformen har ført til en betydelig økning i arbeidstilbudet i privat sektor med rett til AFP. Vi finner også en svak økning i offentlig sektor, mens reformen ikke synes å ha påvirket arbeidstilbudet i privat sektor uten AFP-avtale. Vi finner imidlertid ingen tendens til at arbeidstakerens helsetilstand påvirker hvordan de tilpasser seg de endrede økonomiske insentivene som fulgte med reformen, arbeidstakere med dårligst helse øker arbeidstilbudet minst like mye som de med bedre helse.

Pensjonsreformen

Målet med pensjonsreformen var å skape et økonomisk og sosialt bærekraftig pensjonssystem for å takle økende levealder. Pensjonsreformen har fem hovedelement: a) alleårsregel, b) ny opptjeningsmodell, c) levealdersjustering, d) ny regulering og e) muligheten for å kombinere uttak av pensjon og arbeid etter 62 år uten avkortning i pensjonen. Det er viktig å presisere at det finnes mange nyanser av disse elementene for ulike arbeidstakere, spesielt er det stor forskjell på privat og offentlig ansatte. Her diskuterer vi bare hovedprinsippene bak pensjonsreformen for ansatte i privat sektor.

Alleårsregelen betyr at alle år med inntekt høyere enn 1 G vil generere pensjon, i motsetning til besteårsregelen hvor pensjonsberegningen var basert på de 20 beste inntektsårene i karrieren. At alle årene i arbeidsmarkedet teller, innebærer at pensjonen vil øke, jo flere år en står i arbeid. Å fortsette å jobbe etter 62 år vil gi økt pensjon. Dette var ikke nødvendigvis tilfellet før reformen.

Ny opptjeningsmodell betyr at pensjonen er avhengig av hvor stor pensjonsformuen er. I prinsippet blir 18,1 prosent av inntekten lagt til en pensjonskonto. Den enkelte får altså hvert år godskrevet opptjening av pensjonsrettigheter fra egen inntekt på en pensjonskonto.

Det er også egne regler for personer som jobber i en AFP-bedrift. Her blir 3,14 prosent av inntekten godskrevet pensjonskontoen. Nåverdien av AFP-tillegget vil i noen tilfeller utgjøre opp mot 1 million kroner. Systemet med ny opptjeningsmodell vil fases gradvis inn over tid.

Levealdersjustering er det elementet i pensjonsreformen som har størst effekt på de offentlige finansene. Levealdersjusteringene skjer i form av forholds- og delingstall. Delingstallet reflekterer forventet gjenstående leveår for et fødselskull samt uttakstidspunkt for pensjon. Delingstallet blir større når forventet gjenstående levealder øker, typisk for yngre kohorter. Det blir også større jo tidligere en person tar ut pensjon. For å opprette samme årlige pensjonsutbetaling fra Folketrygden, vil yngre kohorter typisk måtte ha flere år i arbeidsmarkedet sammenlignet med de som er eldre. Delingstallet brukes til å beregne årlig pensjonsutbetaling ved at en tar pensjonsformuen og dividerer på delingstallet.

Regulering av pensjonen blir gjort med utgangspunkt i lønnsveksten minus 0,75 prosent. I år med svært lav lønnsvekst kan i prinsippet den årlige pensjonen bli regulert ned, slik at pensjonen blir lavere. Reguleringen av pensjonen påvirker ikke insentivene for tidlig uttak og arbeid.

Det siste elementet i pensjonsreformen er at en kan kombinere uttak av pensjon og arbeid etter 62 år uten avkortning i pensjonen. Pensjonssystemet fungerer slik at nåverdien av pensjonsutbetalingene i prinsippet skal være upåvirket av uttakstidspunkt. Dersom en utsetter uttak av pensjon, vil det årlige pensjonsutbetalingsbeløpet øke, men systemet er aktuarisk nøytralt i den forstand at nåverdien blir upåvirket, fordi det er færre gjenstående leveår med utbetalinger.

Flere år i arbeidsmarkedet vil utvetydig gi høyere årlige pensjonsutbetalinger. Grovt regnet vil årlige utbetalinger øke med cirka 7,5 prosent dersom en jobber ett år ekstra og utsetter uttak av pensjon. I det tilfellet vil en både få økt pensjonsformue og lavere delingstall. Reformen vil med andre ord gi finansielle insentiv for å stå i arbeid etter 62 år.

Så langt har vi presentert hovedtrekkene i reformen. Når disse endringene skal relateres til arbeidstakerne vi studerer i denne analysen, må vi ha i mente at pensjonsreformen ble implementert gradvis. Opptjeningsmodellen og alleårsregelen hadde relativ liten innvirkning rett etter 2011, men etter hvert får disse en større betydning for folks beslutninger om uttak og arbeid. Prinsippet om fleksibelt uttak fra 62 år ble gjeldende for alle ansatte i privat sektor som hadde tilstrekkelig pensjonsgrunnlag.

For arbeidstakere i privat sektor med rett til avtalefestet pensjon (AFP) medførte reformen endringer i regelverket både for alderspensjon og AFP. Etter reformen kan disse ta ut alderspensjon og AFP fleksibelt fra 62 år, med økende pensjonsutbetalinger desto lenger de utsetter pensjoneringen. Samtidig som de kan fortsette å arbeide uten at alderspensjonen blir avkortet, gir pensjonsreformen utvetydige økte insentiver til å stå lengre i arbeid. Arbeidstakere i privat sektor som tidligere ikke hadde rett til AFP, kan fra og med 2011 ta ut fleksibel pensjon fra 62 år og kombinere arbeid og pensjon uten avkortning. Denne gruppen arbeidstakere har dermed fått en ny vei ut av arbeidslivet før 67. Ansatte i offentlig sektor ble lite berørt av reformen, de stod stort sett overfor det samme regelverket og hadde dermed de samme økonomiske insentivene i forhold til pensjonering (ved alder 62 år) som før 2011. I motsetning til ansatte i privat sektor beholdt offentlig ansatte AFP som tidligpensjoneringsordning, slik den fungerte før 2011. Se også Hernæs mfl. (2016) som diskuterer hvordan insentivene for arbeid endrer seg for ulike grupper av arbeidstakere i privat og offentlig sektor.

Data og deskriptiv statistikk

Datagrunnlaget

Vi bruker hovedsakelig data fra to kilder; FD-trygd og KUHR. FD-Trygd er en forløpsdatabase som inneholder data basert på administrative og statistiske registre. I tillegg til opplysninger om personers trygdestatus og trygdeforhold, inneholder databasen opplysninger om bl.a. sysselsetting, arbeidsgiver, arbeidssøking og demografi. FD-Trygd inkluderer data for hele den norske populasjonen fra 1992 og vi har tilgang til disse dataene til og med 2014. FD-trygd inneholder ikke opplysninger om inntekt og utdanning. Informasjon om personenes høyeste fullførte utdanning er hentet fra nasjonal utdanningsdatabase (NUDB), mens informasjon om lønnsinntekt, trygdeutbetalinger etc. er hentet fra inntekts- og formuesstatistikken.

For å karakterisere helsesituasjonen til personene i utvalget benytter vi informasjon om fastlegekonsultasjoner fra KUHR-registeret. KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner) er et system for å behandle refusjonskrav fra behandlere og helseinstitusjoner til staten (HELFO). For hver pasientkontakt fastlegen har, sendes det en regning til HELFO. I KUHR-registeret lagres det bl.a. informasjon om pasientens kjønn, alder og diagnose, tidspunkt for kontakten og hvilke takster legen har benyttet. KUHR inneholder alle regninger (sendt elektronisk) fra 2006 og framover og vi har tilgang til denne informasjon fram til og med 2014.⁴

Utvalget

I analysene studerer vi arbeidstilbudet til personer født i 1946/47 og 1949/50 som er i live og ikke har utvandret den måneden de fyller 62 år. Pensjonsreformen ble innført i 2011, altså består utvalget av to kohorter som fyller 62 år før reformen (i 2008 og 2009) og to kohorter som fyller 62 etter at reformen ble innført (i 2011 og 2012).

Et potensielt problem med en slik tilnærming er at man kan tilpasse arbeidstilbudet sitt før reformen, i påvente av å bli berørt av den. En slik tilpasning før reformen synes mer aktuelt jo tettere opp til 62-års alder individet er. For å minimere dette problemet har vi betinget på at i) utvalget skal være registrert med arbeidstimer i arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret (Aa-registeret) måneden før de fyller 59 år og ii) ikke motta uførepensjon. Dette er for øvrig samme framgangsmåte som Brinch mfl. (2015) har fulgt. Siden Aa-registeret ikke inneholder opplysninger om selvstendig næringsdrivende, er denne gruppen utelatt fra analysene. Totalt gjaldt dette 11 626 personer.⁵ De fire inkluderte årskullene teller da til sammen 231 628 personer. Det endelige utvalget, personer som er i jobb når de er 58 år og ikke er uføre, består av 139 830 personer og blir nærmere beskrevet i tabell 1 og 2 nedenfor.

Avhengige variabler

I analysene studerer vi to ulike utfall; om personen er i jobb (en dummy-variabel som er 1 om personen er registrert i Aa-registeret med arbeidstimer per uke større enn 0) og antall timer personen arbeider per uke (avtalt arbeidstid per uke hentet fra Aa-registeret).

Vi har organisert data på månedsnivå og definerer $t = 0$ som måneden da individet fyller 62 år. For 1946- og 1949-kohortene kan vi følge arbeidstilbudet til hvert individ i alderen 61

4. Refusjonskrav sendt på papir utgjorde bare 1 % av alle krav i 2011 (www.ssb.no/helse/statistikker).

5. Vi definerer selvstendig næringsdrivende som personer som er registrert med yrkesinntekt (som inkluderer inntekt som selvstendig næringsdrivende) over 1,5 G og som ikke er registrert med arbeidstimer i Aa-registeret i samme periode.

til 63 år (i 36 måneder, fra $t=-12$ til $t=23$). De som er født i 1947 vil ha fylt 63 år før 2011, og siden de inngår i kontrollgruppen, utelater vi alle observasjoner etter at pensjonsreformen ble innført. Vi tar også hensyn til at Aa-registeret ikke er fullstendig oppdatert i forhold til utmeldinger i slutten av 2014, noe som gjør at vi følger 1950-kohorten bare ut første halvdel av 2014. Personer som dør eller utvandrer etter at de er fylt 62 år, er inkludert fram til og med måneden før dødsfallet/utvandringen. Dette gjelder 1 356 personer.

Sentrale forklaringsvariabler

Helsetilstand. I utgangspunktet ville vi registrert helsetilstanden når personene i utvalget var 58 år (for perioden $t=-48$ til $t=-37$), siden arbeidstilbudet på dette alderstrinnet er et utvalgs-kriterium. Fordi informasjonen i KUHR-registeret bare går tilbake til 2006, og dette er året da den eldste kohorten i studien fyller seksti, registrerer vi helsetilstanden for alle når de er 60 år. Dette innebærer, mer spesifikt, at vi registrerer helsetilstand (fastlegekonsultasjoner) i perioden $t=-24$ til $t=-13$.

Videre har vi valgt å definere helsetilstand først og fremst ved hjelp av tre kategorier for antall legekonsultasjoner, henholdsvis 0-2, 3-5 og 6 eller flere konsultasjoner. I tabell 1 nedenfor viser vi hvordan tilknytning til arbeidsmarkedet varierer med helsetilstand for de fire fødselskohortene. Gruppen som er inkludert i analysene er markert med kursiv.

Tabell 1. Utvalgsseleksjon etter antall fastlegebesøk, for ulike kohorter

	0-2 legebeseøk	3-5 legebeseøk	6 eller flere legebeseøk	Alle
1946-kohorten	33 596	15 568	11 959	61 123
<i>I jobb, ikke uførepensjon</i>	0,626	0,568	0,523	0,591
Ufør 58 år	0,190	0,281	0,337	0,242
Selvstendig næringsdrivende	0,067	0,044	0,041	0,056
Annet ¹	0,117	0,107	0,099	0,111
1947-kohorten	31 990	15 065	11 646	58 701
<i>I jobb, ikke uførepensjon</i>	0,631	0,575	0,525	0,596
Ufør	0,187	0,276	0,336	0,239
Selvstendig næringsdrivende	0,066	0,045	0,040	0,055
Annet	0,123	0,104	0,099	0,110
1949-kohorten	30 376	14 649	11 137	56 162
<i>I jobb, ikke uførepensjon</i>	0,657	0,605	0,532	0,618
Ufør	0,171	0,250	0,332	0,224
Selvstendig næringsdrivende	0,065	0,043	0,042	0,054
Annet	0,107	0,102	0,094	0,108
1950-kohorten	28 609	15 249	11 784	55 642
<i>I jobb, ikke uførepensjon</i>	0,668	0,613	0,552	0,629
Ufør	0,165	0,240	0,314	0,217
Selvstendig næringsdrivende	0,061	0,045	0,035	0,051
Annet	0,106	0,102	0,099	0,103
Antall personer totalt	124 571	60 531	46 526	231 628

¹«Annet» er en restkategori som blant annet omfatter hjemmearbeidende og personer på arbeidsavklaringspenger.

Tabell 1 viser at av totalt 231 628 personer i de fire årskullene har mer enn halvparten (124 571 personer) 0-2 legebeseøk, mens henholdsvis 26 prosent og 20 prosent hadde 3-5 og 6 eller flere legebeseøk. Vi merker oss at i alle kohorter er de som er i jobb eller selvstendig næringsdrivende overrepresentert i gruppen med få legebeseøk. Samtidig ser vi at personer som mottar uføretrygd (dvs. er helt eller delvis uføre) er overrepresentert i gruppen

med mange legebesøk. Dette indikerer at antall legebesøk reflekterer helsetilstand og dermed evne til å være yrkesaktiv.

Antall legebesøk er selvsagt ikke et perfekt mål på helse, for eksempel kan det hende at personer som ikke har hatt fastlegebesøk har blitt behandlet i spesialisthelsetjenesten i stedet. Et annet potensielt problem er at antall legebesøk kan være høyt fordi personen trenger legeattest i forbindelse med at han/hun er på vei ut av arbeidsmarkedet (for eksempel langtids-sykemeldt eller på arbeidsavklaring). Om dette er tilfelle, kan det være at sammenhengen mellom helse (antall besøk) og avgang fra arbeidsmarkedet overvurderes. På den annen side er det ingen grunn til å tro at disse mulige målefeilene er forskjellige i kontrollgruppen sammenlignet med tiltaksgruppen, og den estimerte effekten av reformen skulle derfor ikke bli påvirket av dette.

Disse problemene er trolig mindre om man sammenligner personer med samme helseproblem, og vi har derfor registrert om personen er diagnostisert (av fastlegen) én eller flere ganger med følgende diagnoser: ryggproblemer (L02, L03, L84, L85, L86 og L94 i ICPC-2-kodeverket), fibromyalgi (L18, L19, L20 og L29), osteoporose (L89, L90 og L91), depresjon (P03, P73 og P76), kols/astma (R95 og R96), diabetes (T89 og T90) og høyt blodtrykk (K85, K86 og K87). På denne måten kan vi konstruere kontroll- og tiltaksgrupper som består av personer med samme lidelse.

Sektortilknytning og AFP-avtale. Innføringen av pensjonsreformen hadde ulik betydning avhengig av om man var ansatt i offentlig sektor, eller i privat sektor med eller uten AFP-avtale. I offentlig sektor var alle (som oppfylte de individuelle kravene) omfattet av AFP. Dette gjaldt ikke for privat sektor, og her definerer vi en arbeidstaker som ansatt i en AFP-bedrift dersom minst én annen person med samme arbeidsgiver har mottatt AFP. Både før og etter pensjonsreformen må arbeidstakere oppfylle individuelle krav for å kunne pensjonere seg før man fyller 67 år. Siden vi ikke har (direkte) informasjon om hvorvidt disse kravene er oppfylt, vil vi fokusere på tre grupper av arbeidstakere; ansatte i offentlig sektor, ansatte i privat sektor med AFP-avtale og ansatte i privat sektor uten AFP-avtale.

Deskriptiv statistikk

Vi har tidligere sett at omtrent 60 prosent av befolkningen var i arbeid måneden før fylte 59 år (tabell 1). Tabell 2 nedenfor viser at blant disse personene er det stor heterogenitet med hensyn til helsetilstand, utvalget fordeler seg med henholdsvis 57, 25 og 18 prosent på de tre helsekategoriene. Som forventet er det stort samsvar mellom antall legebesøk og forekomsten av spesifikke lidelser (del B av tabellen). For eksempel er det vel 1 prosent av de med færrest legebesøk som har diabetes, mens dette gjelder nær 11 prosent av de med flest legebesøk.

Videre skiller personene i de ulike helsekategoriene seg fra hverandre når det gjelder sektortilknytning. Gruppen med færrest legebesøk har en høyere andel tilsatt i privat sektor uten AFP-avtale (del A av tabellen). Vi så i tabell 1 at det å være i jobb varierende med helsekategori, men gitt at personen er i jobb, er det relativt liten heterogenitet etter helse i antall arbeidstimer per uke som 58-åring (se del A). Når individene er blitt tre år eldre, har det er derimot skjedd en tydelig avskalling i arbeidsmarkedet. Blant de med best helse er over 91 prosent fremdeles i jobb, mens tilsvarende tall for de med dårligst helse er 73 prosent (se del C1). Om vi går ett år fram i tid og ser på arbeidstilbudet når personene fyller 63 år, finner vi en betydelig reduksjon i andelen som er i jobb for alle de tre underutvalgene (se del C2).

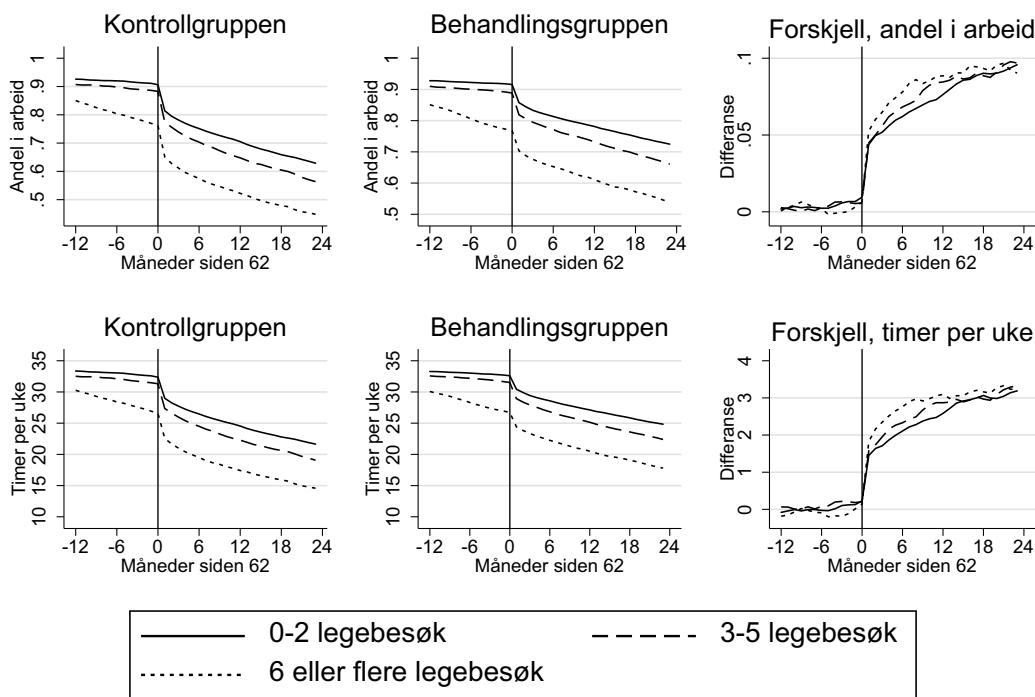
Tabell 2. Deskriptiv statistikk for analyseutvalget, gitt helsetilstand

	0-2 legebeseøk	3-5 legebeseøk	6 eller flere legebeseøk
<i>Sektortilknytning og timeverk 58 år (målt måneden før personen fyller 59)</i>			
Offentlig sektor	0,292	0,326	0,329
Privat sektor, AFP-bedrift	0,315	0,308	0,304
Privat sektor, ikke AFP-bedrift	0,393	0,366	0,367
Timer per uke	33,9 (7,3)	33,3 (7,5)	33,0 (7,6)
<i>Spesifikke lidelser når individet er 60 år</i>			
Diabetes	0,012	0,072	0,109
Kols/astma	0,010	0,037	0,066
Fibromyalgi	0,012	0,049	0,096
Høyt blodtrykk	0,081	0,271	0,295
Ryggproblemer	0,032	0,109	0,178
Osteoporose	0,014	0,059	0,102
Depresjon	0,009	0,046	0,116
<i>C1. Arbeidsmarkedstilknytning 62 år (målt måneden før personen fyller 62)</i>			
I jobb (timer per uke > 0)	0,914	0,867	0,727
Timer per uke	30,9 (11,7)	28,9 (13,2)	23,8 (16,0)
<i>C2. Arbeidsmarkedstilknytning 63 år (målt måneden personen fyller 63)</i>			
I jobb (timer per uke > 0)	0,747	0,699	0,583
Timer per uke	24,5 (15,8)	22,3 (16,2)	17,9 (16,5)
<i>D. Bakgrunns karakteristika 58 år (målt måneden før personen fyller 59)</i>			
Mann	0,568	0,487	0,462
Gift	0,913	0,924	0,916
Antall barn	2,1 (1,1)	2,1 (1,1)	2,1 (1,1)
<i>Utdanning:</i>			
Grunnskole	0,142	0,161	0,195
Videregående skole	0,511	0,544	0,553
Høyere utdanning	0,347	0,295	0,252
År pensjonsopptjening	38,8 (5,4)	38,7 (5,5)	38,3 (6,0)
Pensjonsgivende inntekt	209255 (117945)	188930 (86896)	178529 (74556)
Antall personer	80 533	35 785	24 842

Som nevnt ovenfor har vi ikke informasjon om personene i utvalget tilfredsstillende de individuelle vilkårene for tidligpensjon. Disse vilkårene avhenger av pensjonsopptjening og det er grunn til å anta at de som har hatt de største helsemessige utfordringene, i mindre grad oppfyller kravene. Fra tabell 2 del D ser vi at de med færrest legebeseøk har noe lengre gjennomsnittlig opptjening og noe høyere pensjonsgivende inntekt når de er 58 år, noe som tyder på en slik sammenheng. I tillegg så vi at en større andel av de med få legebeseøk står i jobb fram til de fyller 62, slik at forskjellen i pensjonsopptjening mellom de tre underutvalgene skulle være større på dette tidspunktet. Det er imidlertid ingen grunn til å tro at dette problemet er forskjellig i kontrollgruppen sammenlignet med i tiltaksgruppen, altså skulle dette ikke ha noen betydning i forhold til de estimerte effektene av reformen.

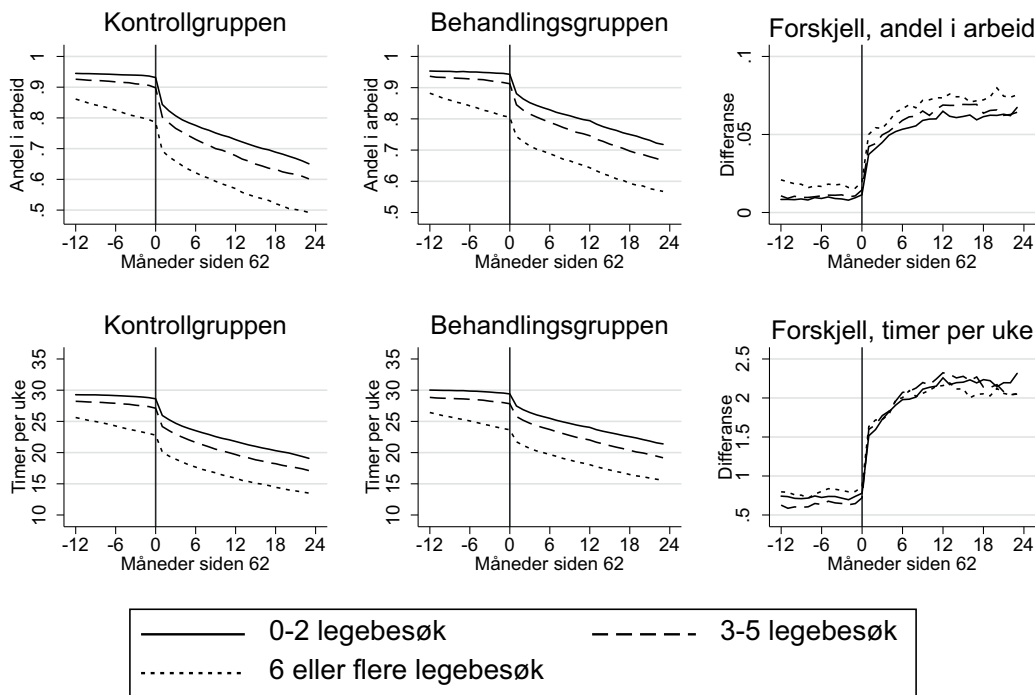
Det er også store forskjeller med hensyn til kjønn og utdanningsnivå mellom helsekategoriene, de som har flest legebeseøk har en større kvinneandel og i gjennomsnitt lavere utdanning. Det er velkjent at kvinner går mer til lege enn menn, men vanskelig å vite om det avspeiler ulik grad av helseutfordringer. Dessuten er det interessant i seg selv å undersøke om en eventuell helsegradient i reformeffekten er den samme for begge kjønn. Vi har derfor valgt å gjøre separate analyser for kvinner og menn.

Arbeidstilbud før og etter 62, menn



Figur 1. Gjennomsnittlig arbeidstilbud før og etter fylte 62 år, for menn i ulike helsekategorier

Arbeidstilbud før og etter 62, kvinner



Figur 2. Gjennomsnittlig arbeidstilbud før og etter fylte 62 år, for kvinner i ulike helsekategorier.

Figur 1 og 2 viser hvordan sysselsettingsrate og arbeidstid utvikler seg med alder for personer med ulik grad av helseutfordringer. Vi er særlig opptatt av tilpasningen som skjer når personene fyller 62 ($t=0$), noe som er markert med en vertikal linje i figurene, men det er også interessant å observere om den umiddelbare effekten ved 62 år styrkes eller svekkes når individene blir eldre. Grafene helt til venstre i hver figur viser utviklingen i sysselsetting og arbeidstid for kontrollgruppen (1946- og 1947-kohortene, som ikke er omfattet av pensjonsreformen i den perioden vi ser på), mens grafene i midten viser tilsvarende utvikling for tiltaksgruppen (1949- og 1950-kohortene). Grafene helt til høyre viser hvordan forskjellen i sysselsetting og arbeidstid utvikler seg mellom tiltaksgruppen og kontrollgruppen over tid. Når forskjellen er positiv, betyr det at tiltaksgruppen har et høyere arbeidstilbud enn kontrollgruppen ved det aktuelle alderstrinnet.

Vi ser først på figur 1, for menn. Figurene til venstre og i midten viser at både i tiltaks- og kontrollgruppen er det en viss reduksjon i arbeidstilbud fra 61 til 62 år, sterkest for de med dårligst helse. Ved alder 62 år er det et tydelig fall i arbeidstilbudet, for alle helsekategorier, og den nedadgående trenden fortsetter deretter. Det vi er interessert i, er om *endringen* ved alder 62 og utviklingen senere er påvirket av reformen og personens helsetilstand slik den var to år tidligere. Det ser vi tydeligst i figurene til høyre, der vi sammenligner tiltaks- og kontrollgruppen innenfor hver helsekategori. Et eksempel er andelen i arbeid. For en gitt helsekategori var denne andelen lik i tiltaks- og kontrollgruppen, *før* reformen. *Etter* reformen var denne andelen ca. 0,05 (dvs. 5 prosentpoeng) høyere i tiltaks- enn i kontrollgruppen for dem med 0–2 og 3–5 legebeseøk, mens differansen var noe høyere i kategorien som hadde dårligst helse. Endringen i arbeidstilbud pga. reformen synes derfor å være størst for dem som hadde dårligst helse.

For kvinner synes endringene som følge av reformen å være noe mindre enn for menn, se figur 2. For eksempel var andelen i arbeid blant de med best helse bare ca. 0,04-0,01=0,03 eller 3 prosentpoeng høyere i tiltaks- enn i kontrollgruppen rett etter at personene hadde fylt 62 år.⁶ Årsaken til disse kjønnsforskjellene kan være at en større andel av kvinnene arbeider i offentlig sektor eller i privat sektor uten tilgang til AFP og derfor ikke eksponeres for de samme endringene i økonomiske insentiver som de som arbeider i privat sektor med tilgang til AFP. I regresjonsanalysene vil vi imidlertid estimere separate modeller for ulike grupper av arbeidstakere, og på den måten ta hensyn til eventuelle sammensetningseffekter.

Metode

Vi ønsker å studere i hvilken grad sterkere insentiver til arbeid (gjennom pensjonsreformen) påvirker arbeidstilbudet fra enkeltpersoner, avhengig av deres helsetilstand. Vi observerer personer over tid, og det er to vilkår for å bli omfattet av reformen; at personen har fylt 62 år og at dette skjer i eller etter januar 2011.

For å sammenligne effekten av reformen for personer i ulike helsekategorier, estimerer vi følgende lineære modell med individ-fast-effekt:

$$Y_{it} = b_0 + b_1 \cdot Post_{it} + b_2 \cdot (Tiltak_i \cdot Post_{it}) + d_i + e_{it}$$

der Y_{it} måler arbeidstilbud for person i i periode t . Arbeidstilbudet er målt på to måter, ved en indikator for om personen er sysselsatt og ved antall arbeidstimer vedkommende har i

6. For ordens skyld gjør vi oppmerksom på at figuren som viser forskjell i timer pr uke, har en annen skala for kvinner enn for menn.

måned t . Vi observerer disse utfallene ett år før vedkommende fyller 62 år, og to år etter (fra $t=-12$ til $t=23$). Referansekategori, som er representert ved parameteren b_0 , er personer i kontrollgruppen som er observert før fylte 62 år. Variabelen *Tiltak* er en indikator for om vedkommende er født i et årskull som fyller 62 år etter at reformen er innført, mens variabelen *POST* er en dummy som tar verdien 1 fra og med måneden personen fyller 62 år, ellers 0. Effekten av reformen finner vi ved parameteren b_2 .

Parameteren d er en individ-fast effekt som fanger opp individuelle faktorer som ikke endrer seg i perioden vi observerer. Vi velger å gjøre separate analyser etter kjønn og observerbar helsetilstand (antall fastlegebesøk eller diagnoser hos fastlegen målt over en 12 måneders periode når personen er 60 år). Den individ-faste effekten vil da fange opp faktorer som utdanningsnivå og uobserverbar helsetilstand ved inngangen til observasjonsperioden. Parameteren e er et feilledd, og vi estimerer med cluster på individ.

Analysen bruker den velkjente tilnærmingen kalt forskjell-i-forskjeller («difference in differences»), som tillater at nivået er ulikt i de to gruppene i utgangspunktet, men forutsetter at tiltaks- og kontrollgruppen ville ha hatt lik utvikling over tid dersom reformen ikke fant sted. Utviklingen vi ser i perioden før reformen (her: før fylte 62 år) kan gi en pekepinn på om denne forutsetningen om felles «trend» holder. Figurene 1 og 2 tyder på det; forskjellene mellom tiltaks- og kontrollgruppene endrer seg ikke i de tolv månedene før personene fyller 62.

Et mulig problem i analysene er at de ulike kohortene fyller 62 år i ulike kalenderår (for eksempel fyller 1946-kohorten 62 i 2008, mens 1950-kohorten fyller 62 i 2012). Om etterspørselen etter arbeidskraft er ulik i disse årene, kan dette påvirke resultatene, så sant svingningene i etterspørsel slår ulikt ut avhengig av personens helsetilstand før reformen. Siden tiltaks- og kontrollgruppen er definert utfra fødselskohorter, er det ikke mulig å separere effekten av reformen fra effekten av konjunkturer, for eksempel ved å inkludere årsummier i modellen. Figur 1 og 2 viser at avgangen fra arbeidsmarkedet avhenger av helsetilstand. Dersom den helserelaterte seleksjonen ved alder 62 år var sterkere/svakere i 2008/2009 (for kontrollgruppen) enn i 2011/2012 (for tiltaksgruppen) på grunn av konjunkturer, innebærer det at vi over-/underestimerer helsegradienten i effekten av reformen.

Analyse

Nedenfor viser vi resultatene fra regresjoner der vi estimerer effekten av pensjonsreformen på arbeidstilbudet, avhengig av kjønn og helsetilstanden hos individet før reformen. Tabell 3 nedenfor viser effektene av reformen for alle arbeidstakere. Vi ser, som i figur 1 og 2, at effektene er større for menn enn for kvinner målt i prosentpoeng. Videre er det ingen tendens til at de med dårligere helse responderer mindre på de økte insentivene til å stå lengre i jobb enn de med bedre helse, vi ser tvert imot den motsatte tendensen. Om vi tar hensyn til at andelen som er i jobb før de fyller 62 er lavere, jo dårligere helse personene har, blir denne tendensen enda klarere (se « y i $t=-1$ » i tabellen). Sammenligner vi gruppene med færrest og flest legebesøk, finner vi at sannsynligheten for å være i arbeid øker med henholdsvis $0,038/0,924 \cdot 100 = 4,1$ og $0,041/0,728 \cdot 100 = 5,6$ prosent for kvinner, og tilsvarende 6,6 og 9,8 prosent for menn. Ser vi på hvordan reformen har påvirket antall arbeidstimer per uke, finner vi en effekt på 3,4 og 4,3 prosent for kvinner og 6,5 og 10,1 prosent for menn.

Tabell 3. Endringer i arbeidstilbudet som følge av pensjonsreformen, grupper med ulik grad av helseutfordringer

Utfall:	Kvinner			Menn		
	0-2 legebeseøk	3-5 legebeseøk	6+ legebeseøk	0-2 legebeseøk	3-5 legebeseøk	6+ legebeseøk
Være i jobb						
Effekt	0,038*** (10,56)	0,041*** (7,91)	0,041*** (6,64)	0,060*** (18,98)	0,064*** (11,86)	0,071*** (10,23)
y i $t = -1$	0,924	0,865	0,727	0,906	0,867	0,728
R ² (within)	0,107	0,125	0,138	0,103	0,122	0,147
Timer per uke						
Effekt	0,990*** (8,51)	1,100*** (6,80)	0,938*** (4,97)	2,116*** (18,20)	2,165*** (10,99)	2,606*** (10,55)
y i $t = -1$	28,864	26,841	22,054	32,451	31,056	25,858
R ² (within)	0,129	0,151	0,168	0,121	0,145	0,172
Antall observasjoner	1 195 491	629 716	458 315	1 568 623	598,445	391 636
Antall individ	34 798	18 345	13 375	45 735	17 440	11 467

I tabell 4-6 gjengir vi resultatene for ansatte i henholdsvis privat sektor med AFP-avtale, privat sektor uten AFP-avtale og offentlig sektor. Resultatene viser at det er stor forskjell i responsen på reformen, avhengig av sektor og om personen arbeider i en bedrift med AFP-avtale eller ikke. Som forventet er økningen i arbeidstilbudet langt sterkere i privat sektor med AFP-avtale, se tabell 4. Her øker andelen i jobb med 12-14 prosentpoeng og antall timer per uke med 3-5 timer og effektene er omtrent like for kvinner og menn. Det er heller ikke her noen tendens til at de med dårlig helse responderer mindre enn andre. Om vi ser på de relative effektene (sammenligner med situasjonen i $t = -1$), ser vi at det motsatte er tilfelle, de med flest legebeseøk øker arbeidstilbudet mest.

Tabell 4. Endringer i arbeidstilbudet som følge av pensjonsreformen for ansatte i private bedrifter med AFP, grupper med ulik grad av helseutfordringer

Utfall:	Kvinner			Menn		
	0-2 legebeseøk	3-5 legebeseøk	6+ legebeseøk	0-2 legebeseøk	3-5 legebeseøk	6+ legebeseøk
Være i jobb						
Effekt	0,134*** (14,63)	0,132*** (10,28)	0,119*** (7,57)	0,139*** (24,57)	0,130*** (14,01)	0,140*** (12,45)
y i $t = -1$	0,915	0,853	0,728	0,915	0,878	0,742
R ² (within)	0,178	0,193	0,204	0,177	0,196	0,222
Timer per uke						
Effekt	3,766*** (12,31)	3,932*** (9,31)	3,153*** (6,12)	4,739*** (23,07)	4,419*** (13,22)	4,934*** (12,33)
y i $t = -1$	29,751	27,621	23,352	33,098	31,718	26,601
R ² (within)	0,196	0,220	0,232	0,200	0,224	0,252
Antall observasjoner	221 955	119 089	81 124	605 698	241 693	164 393
Antall individ	6 476	3 470	2 371	17 670	7 050	5 258

For ansatte i privat sektor uten AFP-avtale hadde reformen to motstridende effekter på arbeidstilbudet, pensjonsutbetalingene blir større desto lengre man står i jobb samtidig som det nå ble mulig å gå av ved fylte 62 år. Vi er ikke i stand til å skille disse effektene, og estimerer dermed total-effekten av reformen. Som vi ser fra tabell 5, er arbeidstilbudet omtrent uendret for denne gruppen av arbeidstakere. Det er ingen tendens til at de med dårligst helse reduserer arbeidstilbudet mer enn andre.

Tabell 5. Endringer i arbeidstilbudet som følge av pensjonsreformen for ansatte i private bedrifter uten AFP, grupper med ulik grad av helseutfordringer

Utfall:	Kvinner			Menn		
	0-2 legebesøk	3-5 legebesøk	6+ legebesøk	0-2 legebesøk	3-5 legebesøk	6+ legebesøk
Være i jobb						
Effekt	-0,003 (-0,57)	0,016* (2,05)	0,003 (0,33)	-0,013** (-2,97)	-0,004 (-0,47)	-0,001 (-0,06)
$y_i t = -1$	0,905	0,846	0,703	0,883	0,837	0,682
R ² (within)	0,064	0,082	0,106	0,046	0,059	0,081
Timer per uke						
Effekt	-0,240 (-1,45)	0,207 (0,84)	-0,121 (-0,41)	-0,555*** (-3,57)	-0,384 (-1,39)	0,111 (0,31)
$y_i t = -1$	28,089	26,173	21,451	31,562	29,966	24,269
R ² (within)	0,085	0,102	0,135	0,055	0,071	0,096
Antall observasjoner	486 535	232 781	170 838	641 644	233 684	153 503
Antall individ	14 150	6 778	4 976	18 703	6 805	4 492

I utgangspunktet skulle man ikke forvente særlig effekt av reformen blant offentlig tilsatte. Likevel ser vi en viss økning i arbeidstilbudet, det gjelder for både kvinner og menn og for personer med ulik helsetilstand. Det er heller ikke her noen tendens til at de med dårligst helse har en mindre økning i arbeidstilbudet enn andre.

Tabell 6. Endringer i arbeidstilbudet som følge av pensjonsreformen for ansatte i offentlig sektor, grupper med ulik grad av helseutfordringer

Utfall:	Kvinner			Menn		
	0-2 legebesøk	3-5 legebesøk	6+ legebesøk	0-2 legebesøk	3-5 legebesøk	6+ legebesøk
Være i jobb						
Effekt	0,029*** (4,93)	0,019* (2,36)	0,037*** (4,02)	0,029*** (4,38)	0,032** (2,87)	0,028 (1,84)
$y_i t = -1$	0,948	0,891	0,749	0,936	0,901	0,790
R ² (within)	0,124	0,137	0,141	0,096	0,110	0,135
Timer per uke						
Effekt	0,689*** (3,82)	0,453 (1,92)	0,755** (2,83)	1,321*** (5,44)	1,260** (3,15)	1,202* (2,28)
$y_i t = -1$	29,234	27,066	22,042	33,005	31,827	27,513
R ² (within)	0,148	0,166	0,172	0,126	0,146	0,169
Antall observasjoner	487 001	277 846	206 353	321 281	123 068	73 740
Antall individ	14 172	8 097	6 028	9 362	3 585	2 152

Hittil har vi sammenlignet responsen på reformen blant personer med ulik helsetilstand, målt som antall legebeseøk. Som nevnt ovenfor kan vi ikke utelukke målefeil når vi benytter antall legebeseøk som et mål på helse. Dersom helseutfordringer ikke påvirker effekten av reformen, slik resultatene fra tabell 4-6 tyder på, skulle vi vente å finne tilsvarende effektestimater når vi ser på underutvalg som uomtvistelig har et helseproblem. Vi undersøker derfor om vi finner samme respons på reformen innenfor grupper med et gitt helseproblem som når vi sammenligner på tvers av antall legebeseøk. Nedenfor sammenligner vi arbeidstilbudet til 1946/47kohorten med arbeidstilbudet til 1949/50kohorten (etter at de fyller 62 år) for personer som fastlegen har diagnostisert med følgende lidelser (når de er 60 år): fibromyalgi, høyt blodtrykk, diabetes, depresjon, ryggproblemer, kols/astma og osteoporose. Disse modellene estimerer vi for begge kjønn samlet, både fordi resultatene ovenfor tyder på at reformen har påvirket kvinner og menn omtrent på samme måte og for å unngå at estimatene blir unøyaktige på grunn av utvalgsstørrelse.

Tabell 7. Endringer i arbeidstilbudet som følge av pensjonsreformen for arbeidstakere i offentlig og privat sektor, personer med ulike spesifikke sykdommer/lidelser før reformen

Underutvalg:	Offentlig sektor		Privat sektor, arbeider i AFP bedrift		Privat sektor, arbeider ikke i AFP bedrift	
	I jobb	Timer per uke	I jobb	Timer per uke	I jobb	Timer per uke
Fibromyalgi	0,032 (1,831)	0,851 (1,58)	0,119*** (5,47)	3,062*** (4,36)	0,000 (0,04)	-0,042 (-0,09)
R ² (within)	0,146	0,176	0,213	0,234	0,086	0,102
Antall observasjoner	64 349	64 349	45 020	45 020	65 925	65 925
Antall individ	1 873	1 873	1 320	1 320	1 917	1 917
Høyt blodtrykk	0,043*** (5,24)	1,344*** (5,16)	0,129*** (15,22)	4,160*** (14,55)	0,003 (0,36)	-0,224 (-0,84)
R ² (within)	0,135	0,165	0,200	0,227	0,074	0,089
Antall observasjoner	240 345	240 345	256 519	256 519	308 979	308 979
Antall individ	7 015	7 015	7 484	7 484	9 017	9 017
Diabetes	0,017 (0,91)	0,895 (1,49)	0,120*** (7,74)	4,040*** (7,22)	0,005 (0,43)	0,196 (0,50)
R ² (within)	0,131	0,152	0,201	0,222	0,073	0,084
Antall observasjoner	53 625	53 625	75 863	75 863	84 620	84 620
Antall individ	1 566	1 566	2 215	2 215	2 466	2 466
Depresjon	0,034* (2,15)	0,660 (1,34)	0,116*** (5,53)	3,657*** (4,87)	-0,000 (-0,03)	0,049 (0,11)
R ² (within)	0,138	0,165	0,223	0,249	0,090	0,109
Antall observasjoner	66 172	66 172	40 781	40 781	71 311	71 311
Antall individ	1 935	1 935	1 196	1 196	2 087	2 087
Ryggproblemer	0,032** (2,76)	0,850* (2,14)	0,154*** (10,34)	4,839*** (9,84)	0,008 (0,80)	0,041 (0,13)

Underutvalg:	Offentlig sektor		Privat sektor, arbeider i AFP bedrift		Privat sektor, arbeider ikke i AFP bedrift	
	I jobb	Timer per uke	I jobb	Timer per uke	I jobb	Timer per uke
R ² (within)	0,141	0,174	0,220	0,245	0,095	0,115
Antall observasjoner	116 580	116 580	115 398	115 398	141 941	141 941
Antall individ	3 401	3 401	3 368	3 368	4 143	4 143
Kols/astma	0,019 (0,93)	0,492 (0,73)	0,146*** (5,82)	4,945*** (5,49)	-0,011 (-0,72)	-0,377 (-0,73)
R ² (within)	0,124	0,160	0,226	0,254	0,078	0,090
Antall observasjoner	39 926	39 926	39 129	39 129	49 233	49 233
Antall individ	1 166	1 166	1 145	1 145	1 442	1 442
Osteoporose	0,000 (0,00)	-0,363 (-0,78)	0,124*** (6,13)	3,995*** (5,75)	-0,012 (-0,99)	-0,497 (-1,31)
R ² (within)	0,136	0,161	0,206	0,227	0,087	0,104
Antall observasjoner	62 268	62 268	50 739	50 739	80 054	80 054
Antall individ	1 989	1 989	1 486	1 486	2 332	2 332

Resultatene som er rapportert i tabell 7, samsvarer med de som ble presentert i tabell 4-6, det vil si at effektene er klart størst i privat sektor med AFP-avtale. Her finner vi at sannsynligheten for å være i jobb etter fylte 62 år øker med 12-15 prosentpoeng og at antall arbeidstimer per uke øker med 3-5 timer. For ansatte i privat sektor uten AFP-avtale har reformen ikke påvirket arbeidstilbudet, mens det er en tendens til en svak økning for ansatte i offentlig sektor. Det at de estimerte effektene er såpass like på tvers av type lidelse styrker vårt tidligere funn om at helsetilstand i liten grad påvirker effekten av reformen.

Oppsummering

Den norske pensjonsreformen i 2011 er svært omfattende for personer i privat sektor, med levealdersjustering, alleårsregel, ny opptjeningsmodell og fleksibel kombinasjon av pensjonsuttak og arbeid. Pensjonsreformen gjorde det betydelig mer lønnsomt å stå lenge i arbeid, særlig for ansatte i privat sektor med AFP-avtale. Grovt regnet vil ett år ekstra selssetting kunne øke den årlige pensjonen fra Folketrygden med 7,5 prosent. I arbeidet med reformen ble det tidlig klart at fordelingsspørsmål er viktige. Denne analysen undersøker om dårlig helse hindrer individer fra å kunne øke sitt arbeidstilbud slik reformen la opp til. Dette spørsmålet blir analysert separat for menn og kvinner. Utvalget består av individer som er i arbeid måneden før de fyller 59 år. Vi studerer tilpasningen i arbeidstilbudet fram til og med 2014, og utfallene er arbeidsdeltakelse og timer i arbeid per uke. At vi studerer personer som er i arbeid ved 59, betyr at vi ser på en relativt selektert gruppe, hvor mange personer med store helseproblem allerede er ute av arbeidsstyrken og mottakere av uføretrygd.

Som forventet finner vi at det er arbeidstakere i privat sektor med AFP-avtale som primært responderer på reformen. Våre viktigste funn er at effekten synes å være uavhengig av helsetilstand, og det gjelder for begge kjønn: De med dårligst helse øker arbeidstilbudet minst like mye som de med best helse. Sannsynligheten for å være i jobb øker med 12-15 prosentpoeng og antall timeverk per uke med 3-5 timer, for ansatte i privat sektor med AFP-avtale. Dette gjelder enten vi måler helsetilstand basert på antall fastlegebesøk eller på type helseproblem.

At effekten av reformen synes å være uavhengig av helsetilstand, må sies å være godt nytt med tanke på fordelingseffektene av reformen. Denne analysen måler relativt kortsiktige effekter, vi følger personene inntil 2 år etter at de fylte 62 år. På lengre sikt kan det i prinsippet tenkes at det økte arbeidstilbudet som reformen utløser, har uheldige helse-effekter for disse arbeidstakerne. Dette spørsmålet kan vi ikke svare på med de dataene vi har. For at det skal være en relevant bekymring med hensyn til den enkeltes velferd, må vi forutsette at arbeidstakeren ikke er i stand til å tilpasse arbeidstilbudet basert på egen informasjon om forventet helse og forventet inntekt/pensjon, også i et lengre perspektiv. Så langt viser forskning at individer reagerer på økonomiske insentiver også når konsekvensene, i form av pensjonsutbetalinger, er langsiktige.

Avslutningsvis nevner vi at denne studien analyserer responsen blant årskull som ble omfattet av overgangsordninger i pensjonsreformen. De økonomiske insentivene til økt arbeidstilbud vil bli sterkere for kohorter der reformen gjelder fullt ut, og vi kan ikke utelukke at helsetilstand da vil bety mer for folks arbeidstilbud.

Referanser

- Bay, A.-H., Pedersen, A. W. & Teigen, M. (2015). En kvinnevennlig pensjonsreform? Likestillingsperspektiver i den norske pensjonsreformdebatten. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 18(3), 164–178.
- Brinch, C. N., Vestad, O. L., & Zweimüller, J. (2015). *Excess Early Retirement? Evidence from the Norwegian 2011 Pension Reform*. Mimeo.
- Grødem, A. S. & Hippe, J. M. (2019). Networking, lobbying and bargaining for pensions: Trade union power in the Norwegian pension reform. *Journal of Public Policy*, 39, 465–481. <https://doi.org/10.1017/S0143814X18000144>
- Halvorsen, E. & Pedersen, A. W. (2018a). Closing the gender gap in pensions: A microsimulation analysis of the Norwegian NDC pension system. *Journal of European Social Policy*. <https://doi.org/10.1177/0958928717754296>
- Halvorsen, E. & Pedersen, A. W. (2018b). Is the Norwegian pension system progressive? Taking social inequalities in longevity into account. Paper under ferdigstillelse. Sitert i Pedersen, A. W. (2018), Pensjonsreformen–mellom likhet og effektivitet, *Evaluering av pensjonsreformen-EVAPEN: avslutningskonferanse, artikler fra prosjektene*. Oslo: Norges forskningsråd.
- Hernæs, E., Zhiyang, J., Piggott, J. & Vigtel, T. Ch. (2019). *Flexible Pensions and Labor Force Withdrawal*. WP 2019/3, Cepar.
- Hernæs, E., Markussen, S., Piggott, J. & Røed, K. (2016): Pension reform and labor supply. *Journal of Public Economics*, 142, 39–55. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2016.08.009>
- Kruse, H. (2019). *Joint Retirement in Couples: Evidence of Asymmetric Complementarity in Leisure*. Submitted paper.
- Nicolajsen, S. & Stølen, N.M. (2016). Fordelingsvirkninger av pensjonsreformen. *Søkelys på arbeidslivet*, 33 (1-2), 24–44. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-7989-2016-01-02-02>
- Ot. prp. nr. 37 (2008–2009) *Om lov om endringer i folketrygdloven (ny alderspensjon)*. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
- OECD. Publishing. (2011). *Pensions at a Glance 2011: Retirement-income Systems in OECD and G20 Countries*. Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Prinz, D., Chernew, M., Cutler, D. & Frakt, A. (2018). Health and economic activity over the lifecycle: Literature review. NEBR, Working Paper 24865. <http://www.nber.org/papers/w24865>