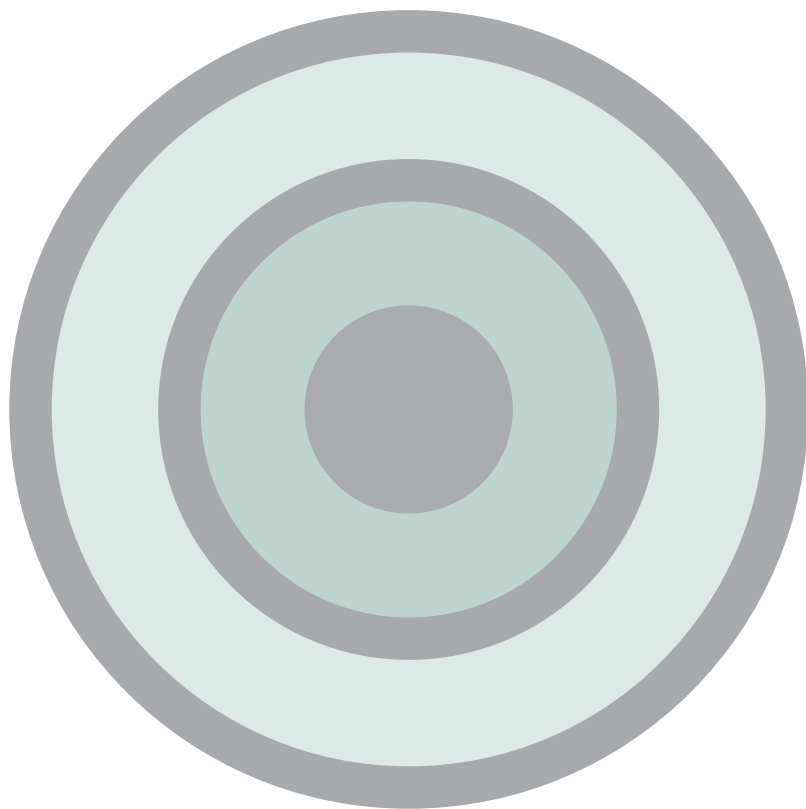


ANALYSERAR

2007:13



Inflöde till sjuk- och aktivitetsersättning
– har reglerna någon betydelse?

Utgivare	Försäkringsdivisionen Enheten för utvärdering
Upplysningar	Mats Johansson 08-786 97 85 mats.johansson@forsakringskassan.se
Beställning	E-post: forlag@forsakringskassan.se Internet: www.forsakringskassan.se
Tryck	Edita, 2007

Förord

Under de senaste 15 åren har inflödet till sjuk- och aktivitetsersättningen (SA) varierat kraftigt. Utvecklingen har också varierat mellan olika åldersgrupper. Fler yngre och färre äldre beviljas SA i dag jämfört med för 15 år sedan. Även om det inte går att hitta en uppåtgående trend för det totala inflödet till SA, blir de som beviljas SA alltså i genomsnitt yngre under perioden. Som en följd av detta har beståndet av individer med SA ökat kraftigt.

I denna rapport analyseras hur de regelförändringar som genomförts för SA samvarierar med utvecklingen av antalet nybeviljade SA mellan 1987 och 2006. Under perioden har flera reformer genomförts, bland annat har de så kallade äldrereglerna avskaffats och sjuk- och aktivitetsersättning har ersatt förtidspensionen.

Rapporten är en del av det arbete som Försäkringskassan genomför för att öka kunskapen om SA, och är skriven av Mats Johansson på utvärderingsavdelningen.

Annika Sundén
Chef för enheten för utvärdering

Innehåll

Sammanfattning	5
Summary	8
Inledning	11
Sjuk- och aktivitetsersättning	13
Förändringar i regelsystemet	13
Utvecklingen av nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar sedan 1987	15
Vad påverkar inflödet till sjuk- och aktivitetsersättning?	21
Resultat	24
Modell.....	24
Analys	28
Referenser	32
Bilaga A. Variabler	34
Bilaga B. Resultat	36
Bilaga C. Metod	41

Sammanfattning

Under perioden 1987–2006 varierade antalet nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar (SA) kraftigt från år till år. Från att ha legat på runt 50 000 nybeviljade per år sedan mitten av 1980-talet steg antalet nybeviljade 1992 och 1993, för att därefter sjunka till mycket låga nivåer 1995–1999. Mellan 1999 och 2004 ökade antalet nybeviljade SA och var som högst år 2004, då mer än 73 000 personer beviljades SA. Antalet sjunker sedan under 2005 och 2006. Även om antalet nybeviljade SA varierade kraftigt mellan 1992 och 2006 går det inte att hitta någon uppåtgående trend i inflödet sedan mitten av 1980-talet.

Utvecklingen av andelen nybeviljade SA skiljer sig åt mellan olika åldersgrupper. Medan andelen nybeviljade SA ökar i yngre åldersgrupper minskar andelen 60–64-åringar som beviljas SA.¹ Även om det totala inflödet till SA inte ändras, blir de som beviljas SA alltså yngre. Som en följd av detta har beståndet av individer med SA ökat kontinuerligt under perioden.

Huvudsyftet med rapporten är att analysera vilken betydelse reformer av regelsystemet för SA haft för utvecklingen av andelen nybeviljade SA under perioden 1987–2006. I analysen finns fyra reformer av SA med; i) 1991, när möjligheten att beviljas SA enbart på grund av arbetsmarknadsskäl för 60–64-åringar tas bort; ii) 1995, när reglerna förtydligades både om ställningstagande till efterkontroll vid beslut om SA och kring utredning av rätten till SA (tillräckliga beslutsunderlag); iii) 1997, när möjligheten att beviljas SA på grund av medicinska skäl kombinerade med arbetsmarknadsskäl för 60–64-åringar tas bort och iv) 2003, när sjuk- och aktivitetsersättning ersatte förtidspension och sjukbidrag. Reformen innebar att SA flyttades från pensionssystemet till sjukförsäringen, och att beräkningen av ersättningsnivåerna förändrades.

Det är naturligtvis inte bara reformer av SA som påverkar hur många som beviljas SA, andra faktorer påverkar också utvecklingen. I analysen tas därför också hänsyn till hur arbetslöshet och långa sjukskrivningar samvarierar med utvecklingen av nybeviljade SA.

Resultaten visar att reformerna 1991 och 1997 samvarierade med ett lägre inflöde i SA i åldersgruppen 60–64 år. Det vill säga, när arbetsmarknadsskäl

¹ Trots utvecklingen ska man komma ihåg att andelen som beviljas SA fortfarande är högre ju äldre åldersgruppen är.

och de så kallade äldrereglerna avskaffades sjönk också antalet nybeviljade SA i denna åldersgrupp. Framför allt var effekten av reformen 1997 stor. Resultatet är inte oväntat, om rätten att beviljas SA begränsas bör färre beviljas SA.

Andra studier visar dock att socialförsäkringarna kan fungera som kommunicerande kärnl, där åtstramningar i en försäkring följs av att antalet som får ersättning från en annan försäkring ökar. Det finns tecken på att det minskade inflödet till SA följdes av att antalet sjukskrivna och arbetslösa bland de äldre ökade i dag.

Reformen 1995 gav möjlighet att införa bättre beslutsunderlag vid bedömningen av SA, och innebar också möjligheten att ompröva SA efter en viss tid. Förändringarna hade ganska liten effekt på inflödet till SA, och det går bara att hitta ett signifikant resultat för den yngsta åldersgruppen, där reformen och andelen nybeviljade samvarierar negativt. Resultatet kan bero på att underlagen blev bättre när rätten till SA bedömdes och att fler ansökningar avstogs.

Införandet av sjuk- och aktivitetsersättning i stället för förtidspension och sjukbidrag samvarierar negativt med inflödet till SA i alla åldersgrupper utom den äldsta. Resultatet kan vara en följd av att ersättningen förändrades. Reformen innebar inte att den genomsnittliga ersättningsnivån sjönk – åtminstone inte särskilt mycket. Däremot förändrades ersättningsreglerna, vilket fick till följd att några fick lägre ersättning jämfört med om de beviljats SA innan 2003. Det krävs dock mer utvärdering för att kunna ge ett svar på varför reformen samvarierar med ett lägre inflöde till SA.

De reformer av regelsystemet som genomförts i SA från 1987 och framåt har samvarierat med att färre beviljats SA. Med andra ord hade inflödet till SA varit än högre om regelsystemet inte reformerats. Trots att reglerna förändrats har inflödet till SA inte minskat under denna tidsperiod. Detta kan bero på att andra faktorer påverkar inflödet och verkar i en annan riktning än vad reformerna gör. I rapporten tas hänsyn till två andra faktorer, arbetslöshet och andelen långtids-sjukskrivna.

Arbetslöshet och andelen nybeviljade SA samvarierar positivt i alla åldersgrupper. Det vill säga, när arbetslösheten ökar, ökar också antalet nybeviljade SA. Sambandet är starkast i den äldsta åldersgruppen, men återfinns i alla åldersgrupper. Resultatet tyder på att den ekonomiska konjunkturen är av betydelse för hur många som beviljas SA.

Även andelen långtidssjukskrivna och andelen nybeviljade SA samvarierar positivt i alla åldersgrupper. Analysen visar att antalet nybeviljade SA ökar när antalet långtidssjukskrivna blir fler. Resultatet är inte oväntat, eftersom beslut om SA ofta föregås av en längre sjukskrivning.

Sambandet mellan långtidssjukskrivningar och nybeviljade SA har många orsaker. En av dessa kan vara att för lite åtgärder sätts in för de sjukskrivna i ett tidigt skede av sjukskrivningen, vilket leder till att den sjukskrivne inte blir bättre och får svårigheter att återgå till arbetslivet. Resultatet pekar i riktning mot att om inflödet till SA ska minska är det viktigt att minska antalet långtidssjukskrivna.

Summary

During 1987–2006, the number of newly granted disability insurance benefits varied greatly from year to year. After having remained at approximately 50,000 newly granted disability benefits per year from the mid-1980s, the number increased in 1992 and 1993 and then fell sharply during 1995–1999. Between 1999 and 2004, the number of newly granted disability benefits rose, peaking in 2004, when more than 73,000 people were granted disability benefits. During 2005 and 2006, the number then fell. Even though the number of newly granted disability benefits fluctuated greatly between 1992 and 2006, no upward trend in uptake is discernible after the mid-1980s.

The development of the proportion of newly granted disability benefits varies according to age group. While the proportion has increased among younger age groups, the proportion of people aged 60–64 being granted disability benefits has decreased.² Even if total uptake of disability benefits, the average age of disability benefit recipients has thus fallen during this period. This has led to a gradual increase in the overall number of individuals receiving disability benefits during the period.

The main purpose of the report is to analyze the effect that reforms to the disability benefits regulatory system have had on the development of the proportion of newly granted disability benefits during the period 1987–2006. The analysis encompasses four reforms to disability benefit: i) in 1991, when the possibility for people aged 60–64 to be granted disability benefits solely on labour market reasons was removed; ii) in 1995, when there was a clarification of the rules concerning follow-up checks when disability benefits was granted and of the rules concerning investigation of the right to disability benefits (adequate basis for decisions); iii) in 1997, when the possibility for people aged 60–64 to be granted disability benefits on combined medical and labour market reasons was withdrawn; and iv) in 2003, when sickness and activity compensation (SA) replaced disability pension and temporary disability pension. This reform involved the transfer of disability benefits from the pension system to the sickness insurance system, where compensation levels were calculated differently.

² Despite the development, it should be remembered that the proportion granted disability benefits is still higher the older the age group is.

Reforms to disability benefits are naturally not the only factors influencing the number of people granted disability benefits. Other influences are also at work. Therefore the analysis also takes into account the way in which unemployment and long-term sickness absence co-vary with the development of newly granted disability benefits.

The results reveal that the reforms of 1991 and 1997 co-varied with a lower uptake of disability benefits in the 60–64 age groups. That is to say, when labour market reasons and the so-called elderly rules were abolished, the number of newly granted disability benefits in this age group also fell. The effect of the 1997 reform was particularly dramatic. The result was not unexpected. If limits are placed on the right to disability benefits, fewer are likely to be granted disability benefits.

However, other studies show that social insurance benefits can function as communicating vessels, where restrictions placed on one social insurance benefit lead to an increase in the number of people receiving compensation from another social insurance benefits. There are signs that reduced uptake of disability benefits was followed by an increase in the number of people on sick leave and in the number of unemployed people among older groups.

The reform of 1995 facilitated the introduction of a better basis for decision-making in the assessment of disability benefits and enabled the re-assessment of disability benefit after a period of time. These changes had little effect on the uptake of disability benefits. A significant result is found only in the youngest age group, where the reform and the proportion of newly granted benefits co-vary negatively. This result might be due to an improved basis for decision-making in the assessment of the right to disability benefits, leading to more applications being rejected.

The introduction of sickness and activity compensation to replace disability pension and temporary disability pension in 2003 co-varies negatively with uptake of disability benefits in all age groups except the oldest ones. The result may be a consequence of changes in compensation. The reform did not reduce the average rate of compensation – at least not to any appreciable extent. However, the regulations governing compensation changed, so that some people received lower compensation than they would have if they had been granted disability benefits prior to 2003. However, further analysis is necessary to establish why the reform co-varies with a lower uptake of disability benefits.

Reforms to the disability benefits regulatory system implemented after 1987 have co-varied with a reduced number of newly granted disability benefits. In other words, the uptake of disability benefits would have been greater if the regulatory system had not been reformed. Despite regulatory changes, the uptake of disability benefits has not decreased during this time period. This may

be due to other factors influencing uptake and counteracting the effect of the reforms. The report takes into account two other factors: unemployment and the proportion of people on long-term sick leave.

Unemployment and the proportion of newly granted disability benefits co-vary positively in all age groups. That is to say, when unemployment increases, the number of newly granted disability benefits also increases. The connection is most pronounced in the oldest age group but is visible in all age groups. The results indicate that the national economy plays an important role in determining how many people are granted disability benefits.

The proportion of people on long-term sick leave and the proportion of newly granted disability benefits also co-vary positively in all age groups. The analysis reveals that the number of newly granted disability benefits rises when the number of people on long-term sick leave rises. The result is not surprising, since the granting of disability benefits is often preceded by a lengthy period of sickness absence.

The link between long-term sickness absence and newly granted disability benefits has many causes. One of them may be that too few measures for sicklisted people are implemented in the early stages of the sick leave period, with the result that those on sick leave fail to recover and have difficulty returning to work. The results of the analysis would seem to indicate that reducing the number of people on long-term sick leave is a prerequisite to reducing the uptake of disability benefits.

Inledning

Under de senaste två decennierna har antalet personer med sjuk- och aktivitetsersättning (SA)³ ökat kraftigt, och i dag har ungefär tio procent av befolkningen i arbetsför ålder SA. Inflödet till SA har dock inte visat på samma ökning. Sedan början av 1990-talet har utvecklingen varit instabil, med stora variationer från år till år, men det går inte att hitta någon generell uppgående trend i antalet nybeviljade SA sedan mitten av 1980-talet.

Under samma period har dock de som beviljas SA blivit yngre. Under mitten av 1980-talet var ungefär 65 procent av dem som beviljades SA 55 år eller äldre, 2006 hade den siffran sjunkit till 40 procent. Under samma period ökade andelen som var yngre än 40 år när de beviljades SA från 10 till 25 procent. Den stora ökningen av antalet personer med SA beror alltså mer på att de som beviljas SA blivit yngre – och därmed riskerar ha SA under en längre period – än att de som beviljas SA blivit fler.

Sedan mitten av 1980-talet har kvinnor beviljats SA i högre utsträckning än män, och utgör i dag ungefär 60 procent av dem som har SA. Även diagnoserna för de som beviljas SA har förändrats sedan mitten av 1980-talet, framför allt har psykiska diagnoser ökat i omfattning. Psykiska diagnoser är vanligast bland de yngre som beviljas SA, medan muskel- och skelettsjukdomar är vanligare bland de äldre.

Utvecklingen av antalet nybeviljade SA har flera orsaker. Till exempel kan förhållanden på arbetsmarknaden, både vad gäller arbetslöshet och arbetsmiljö, befolkningens hälsa och arbetsförmåga, samt arbetskraftens åldersammansättning ha betydelse för utvecklingen av antalet som beviljas SA.

Reglerna för att bli beviljad SA har också förändrats flera gånger. Från början av 1970-talet till början av 1990-talet gick utvecklingen mot att reglerna för att beviljas SA blev mer generösa, bland annat infördes möjligheten att beviljas SA på grund av arbetsmarknadsskäl för den äldre delen av arbetskraften. I början av 1990-talet vände utvecklingen och kraven för att beviljas SA skärptes. År 2003

³ Här används för enkelhetens skull enbart begreppet sjuk- och aktivitetsersättning. Då avses förtidspension, och sjukbidrag (före 2003), och sjukersättning och aktivitetsersättning (sedan 2003).

ersattes förtidspension och sjukbidrag med sjukersättning för personer i åldern 30–64 år och aktivitetsersättning för 19–29-åringar.

Det saknas dock en övergripande utvärdering av vad dessa regelförändringar innebär för antalet nybeviljade SA. Denna rapport syftar till att öka kunskapen om vilka effekter regelförändringar inom SA haft på inflödet av nya personer med SA mellan 1987 och 2006. Det långa tidsperspektivet gör det möjligt att på ett övergripande plan utvärdera effekten av de mera genomgripande regelförändringarna för nybeviljade SA.

Sjuk- och aktivitetsersättning

En försäkrad som fått sin arbetsförmåga nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan har rätt till sjukersättning eller aktivitetsersättning om nedsättningen kan antas bestå under minst ett år. Vid bedömningen av arbetsförmågans nedsättning ska hänsyn tas till den försäkrades förmåga att försörja sig själv. Det gäller i första hand möjligheten att klara ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete. Man kan få hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels ersättning. Vilken grad man får beror på i vilken omfattning arbetsförmågan bedöms vara nedsatt.

Den 1 januari 2003 upphörde bestämmelserna om förtidspension och sjukbidrag att gälla. Dessa förmånsslag ersattes av sjukersättning och aktivitetsersättning. Bedömningen av arbetsförmågan för rätt till sjukersättning och aktivitetsersättning är densamma som den som gällde för rätt till förtidspension. Samtidigt höjdes gränsen för att få ersättning från 16 år till tidigast halvårsskiftet det år då individen fyller 19 år.

Försäkrade i åldern 19–29 år kan få aktivitetsersättning. Aktivitetsersättning är alltid tidsbegränsad och kan ges för mellan ett och tre år i taget. Försäkrade i åldern 30–64 år kan få sjukersättning. Är arbetsförmågan nedsatt för en begränsad tid (minst ett år) kan den försäkrade få tidsbegränsad sjukersättning. Sjukersättning och aktivitetsersättning kan betalas ut dels i form av en inkomstrelaterad ersättning, dels i form av en garantiersättning för dem som inte har haft några förvärvsinkomster.

Förändringar i regelsystemet

Regelsystemet för SA har förändrats många gånger. Generellt kan sägas att regelförändringar fram till början av 1990-talet medfört en mer generös bedömning av rätten till SA. Från början av 1990-talet ändras riktningen och förändringarna karakteriseras i stället av strängare krav för att beviljas SA. Nedan följer de viktigaste förändringarna inom SA sedan 1987:

- 1991 (oktober) Möjligheten att beviljas SA för 60–64-åringar enbart på grund av arbetsmarknadsskäl tas bort.

- 1993 (juli) Arbetsförmågan måste vara helt nedsatt för att hel SA ska beviljas. Tidigare krävdes att arbetsförmågan var nedsatt med minst fem sjättedelar.
Två nya nivåer för SA införs, en fjärdedels och tre fjärdedels. Nivån två tredjedels SA slopas.
- 1995 (oktober) Försäkringskassan ska, i samband med beslut om SA, bedöma om ny utredning av arbetsförmågan ska göras efter viss tid.
I syfte att få ett bättre beslutsunderlag vid bedömningen av rätten till SA ska försäkringskassan vid behov:
 - begära undersökning och utlåtande från viss läkare eller annan sakkunnig
 - begära att den försäkrade genomgår arbetsprovning eller arbetsträning
 - utreda med den försäkrade, arbetsgivare, läkare eller annan som kan antas kunna lämna nödvändiga uppgifter
 - besöka den försäkrade
 - undersöka möjligheterna till rehabilitering.
- 1997 (januari) Möjligheten att beviljas SA för 60–64-åringar på grund av medicinska skäl kombinerade med arbetsmarknadsskäl tas bort.
Enbart medicinska skäl beaktas vid beviljande av SA.⁴
- 1999 (januari) För att få hel SA krävs att arbetsförmågan var ”helt eller i det närmaste helt nedsatt”. Tidigare krävdes att arbetsförmågan var helt nedsatt.
- 2003 (januari) Förtidspension och sjukbidrag ersattes av sjukersättning respektive tidsbegränsad sjukersättning för personer 30–64 år. För 19–29-åringar med nedsatt arbetsförmåga kan aktivitetsersättning beviljas.
Aktivitetsersättningen är alltid tidsbegränsad.
Reformen innebar att SA flyttades från pensionssystemet till sjukförsäkringen. Den innebar också att beräkningen av ersättningsnivåerna förändrades.
- 2005 (januari) Försäkringskassan ska minst vart tredje år göra en ny utredning av arbetsförmågan för de som får sjukersättning som inte tidsbegränsas. Om de försäkrade har fyllt 60 år behöver Försäkringskassan inte göra någon utredning. De nya reglerna omfattar de personer som får sjukersättning med begynnelsemånad januari 2005 eller senare.

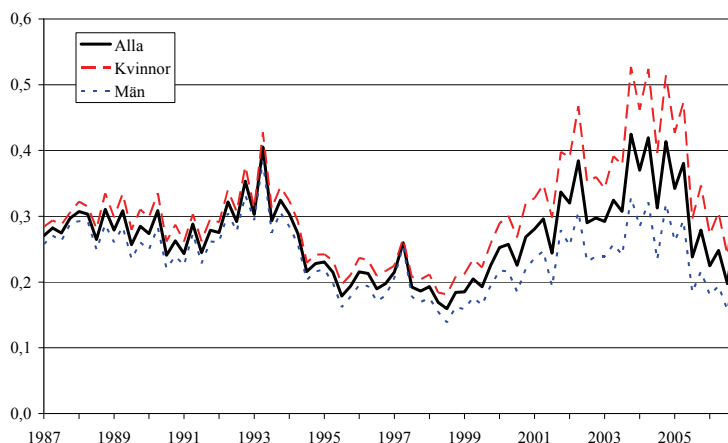
⁴ Det finns dock fortfarande möjlighet att beakta ”särskilda skäl” vid beviljandet av SA. Förutsättningen för att beakta ”särskilda skäl” (exempelvis ålder, bosättningsförhållanden och utbildning) förutsätter dock att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom med minst en fjärdedel.

Utvecklingen av nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningar sedan 1987

Antalet som beviljas SA har varierat kraftigt mellan 1987 och 2006. Från att ha legat på runt 50 000 nybeviljade per år, steg antalet nybeviljade 1992 och 1993, för att därefter sjunka till mycket låga nivåer under åren 1995–1999. Mellan 1999 och 2004 ökade antalet nybeviljade SA kraftigt och var som högst år 2004, då mer än 73 000 personer beviljades SA. Antalet sjönk sedan kraftigt 2005 och 2006.

Diagram 1 visar andelen i åldern 20–64 år i riskpopulationen⁵ som beviljats SA varje kvartal mellan 1987 och 2006. Som diagrammet visar varierar andelen som beviljas SA mellan 0,16 och 0,42 procent under perioden. Medeltalet ligger på 0,27 procent. Andelen kvinnor som beviljas SA är hela tiden högre än andelen män, och skillnaden mellan könen ökar under andra halvan av 1990-talet.

Diagram 1 Andel nybeviljade SA per kvartal 1987–2006 i åldern 20–64 år. Procent



Källa: Diagnosregistret och STORE (Försäkringskassan)

⁵ Riskpopulationen definieras som medelbefolkningen i åldersgruppen under året minus antalet med SA i åldersgruppen.

Som diagram 1 visar ökade andelen nybeviljade SA under 1992 och 1993. Detta kan vara en effekt av den ökade betoningen av rehabilitering och ändrade regler inom sjukpenningssystemet från januari 1992. Detta ledde till att många långvariga sjukpenningfall utreddes närmare av försäkringskassorna, vilket fick till följd att relativt många beviljades SA under 1992 och 1993. (Wadensjö & Sjögren, 2000.)

Möjligheten att beviljas SA av enbart arbetsmarknadsskäl för 60–64-åringar togs bort från och med oktober 1991. Till skillnad från andra åldersgrupper ökade inte antalet nybeviljade SA i denna åldersgrupp under 1992 och 1993, utan höll sig kvar på ungefär samma nivå som tidigare. Det är möjligt att den ökade betoningen av rehabilitering och den avskaffade möjligheten att beviljas SA av enbart arbetsmarknadsskäl tar ut varandra i denna åldersgrupp.

Nedgången av andelen nybeviljade SA under 1994 och de låga nivåerna åren 1995–1999 förklaras åtminstone till viss del av det höga inflödet 1992–1993. Däremot finns inte några synbara förändringar av inflödet som samvarierar med reformen i oktober 1995.

Även borttagandet av möjligheten att beviljas SA med en kombination av medicinska och arbetsmarknadsskäl i åldersgruppen 60–64 år verkar inte leda till annat än kortsiktiga effekter. En del av detta kan bero på att arbetslösheten börjar sjunka 1997, och att många beviljas SA under de tre första kvartalen 1997 (se diagram 2d).

Reformen 2003, då sjuk- och aktivitetsersättning ersatte förtidspension och sjukbidrag, samvarierar inte heller med andelen nybeviljade SA. Andelen nybeviljade sjunker kraftigt under december 2002 och under första kvartalet 2003, men ökar sedan igen.

Sammantaget är det svårt att visa att de reformerna samvarierar med inflödet till SA. Detta innebär inte nödvändigtvis att reformerna varit betydelselösa, andra faktorer kan ha verkat i motsatt riktning och helt eller delvis tagit ut effekten av reformerna. I resultatavsnittet analyseras därför hur inflödet till SA samvarierar med såväl regelförändringar som andra faktorer som kan ha inverkan på andelen nybeviljade SA.

För hela åldersgruppen 20–64-åringar varierar andelen nybeviljade SA kraftigt mellan olika år, men det är svårt att se en trend mot vare sig ökad eller minskad andel nybeviljade SA. Bilden ser dock annorlunda ut om man tittar på olika åldersgrupper, som visas i diagram 2a–2d.

Andelen 20–34-åringar som beviljats SA har ökat kraftigt under perioden. 1987 beviljades i genomsnitt 0,03 procent SA per kvartal, 2006 var motsvarande siffra 0,09 procent. Även andelen 35–49-åringar som beviljats SA har ökat kraftigt

sedan 1987, från 0,14 procent per kvartal 1987 till 0,20 procent per kvartal år 2006.

För 50–59-åringarna varierar i andelen nybeviljade från år till år, ibland relativt mycket. Nivån ändras dock inte nämnvärt, utan ändringarna rör sig runt samma medelvärde. 60–64-åringarna rör sig från en relativt hög nivå på 1,5 procent nybeviljade SA 1987–1993, till en nivå på runt 0,8 procent per kvartal från 1994 och framåt.⁶ Med andra ord sker en nivåförändring från en högre till en lägre nivå.

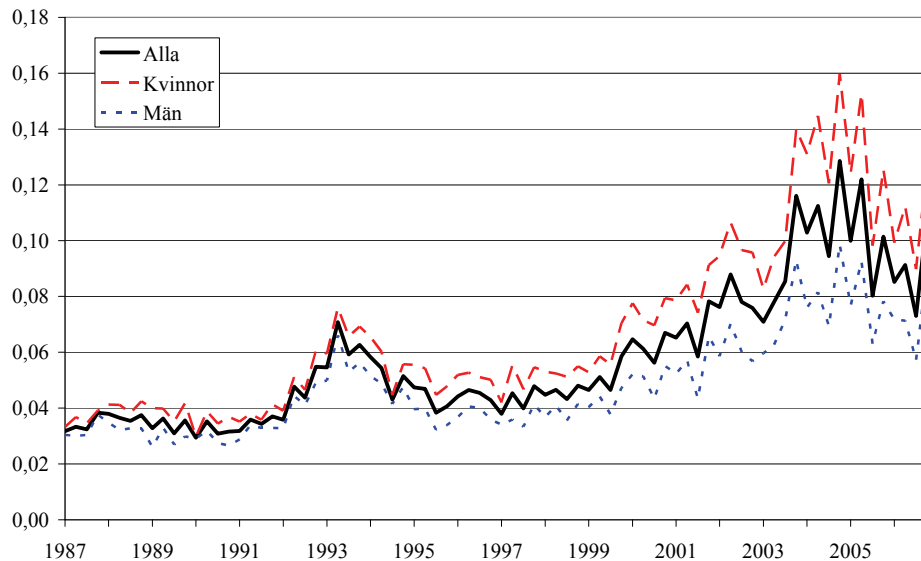
Bilden är entydig, för de yngre åldersgrupperna finns en uppåtgående trend i andelen nybeviljade SA, i åldersgruppen 50–59-åringar går det inte att finna någon trend, medan det för det 60–64-åringarna sker en nivåförändring från en högre till en lägre nivå. Även om den genomsnittliga nivån på det totala inflödet till SA bland samtliga 20–64-åringar inte ändras, blir de som nybeviljas SA alltså yngre under perioden.

Trots utvecklingen ska man komma ihåg att andelen som beviljas SA fortfarande är högre ju äldre åldersgruppen är. För att tydliggöra skillnaderna i nivå på inflödet till SA redovisas också alla åldersgrupperna i samma skala i diagram 2e.

⁶ ”Spiken” under de tre första kvartalen 1997 förklaras av att de särskilda äldrereglerna, som innebar en mildare bedömning vid prövning av rätten till förtidspension för den som fyllt 60 år och som av medicinska skäl inte längre orkade arbeta, upphörde att gälla.

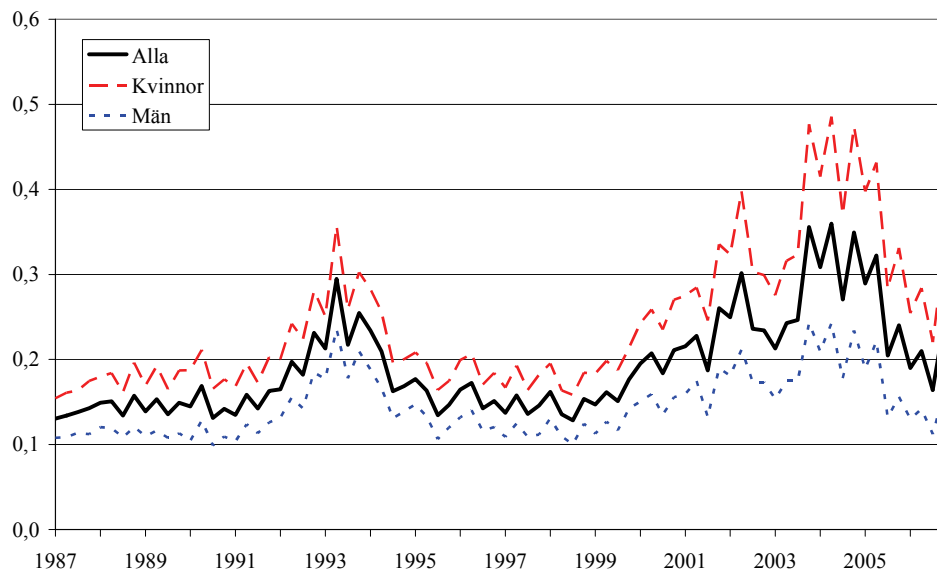
Den som ansökte om förtidspension/sjukbidrag senast den 31 december 1996 och, och fyllde 60 år senast den 30 juni 1997, fick sitt ärende prövat enligt gamla regler även om prövningen skedde efter årsskiftet 1997. Uppenbarligen skedde detta i relativt stor omfattning.

Diagram 2a Andel nybeviljade SA per kvartal 1987–2006 i åldern 20–34 år. Procent



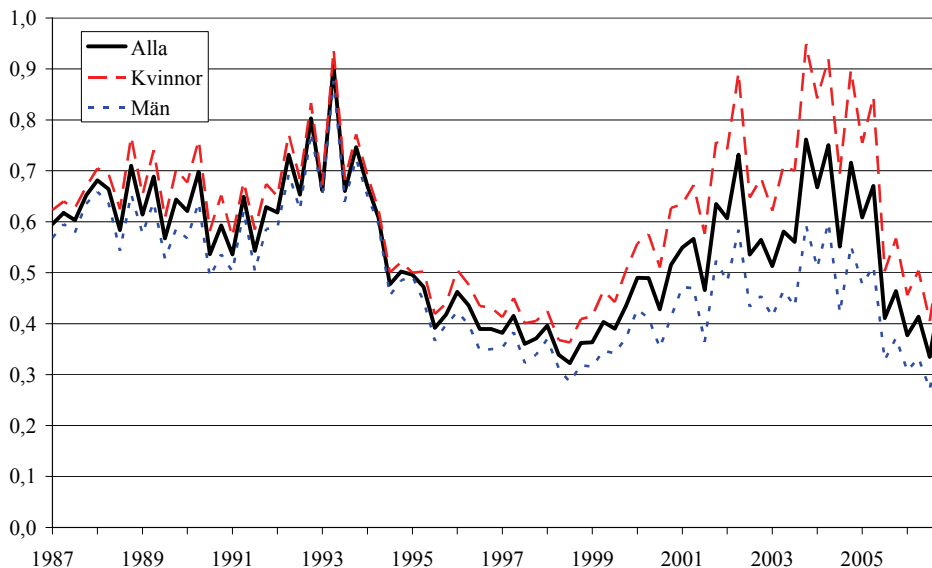
Källa: Diagnosregistret och STORE (Försäkringskassan)

Diagram 2b Andel nybeviljade SA per kvartal 1987–2006 i åldern 35–49 år. Procent



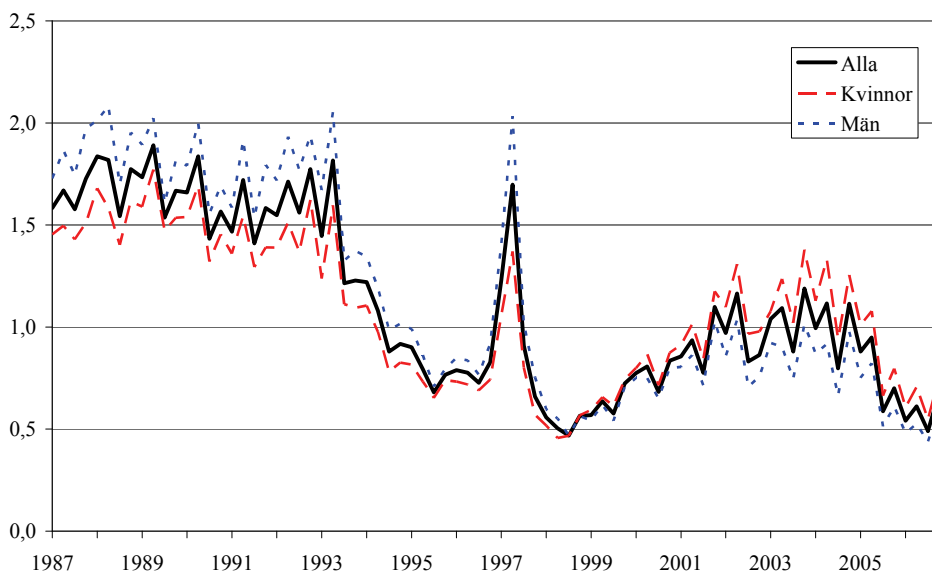
Källa: Diagnosregistret och STORE (Försäkringskassan)

Diagram 2c Andel nybeviljade SA per kvartal 1987–2006 i åldern 50–59 år. Procent

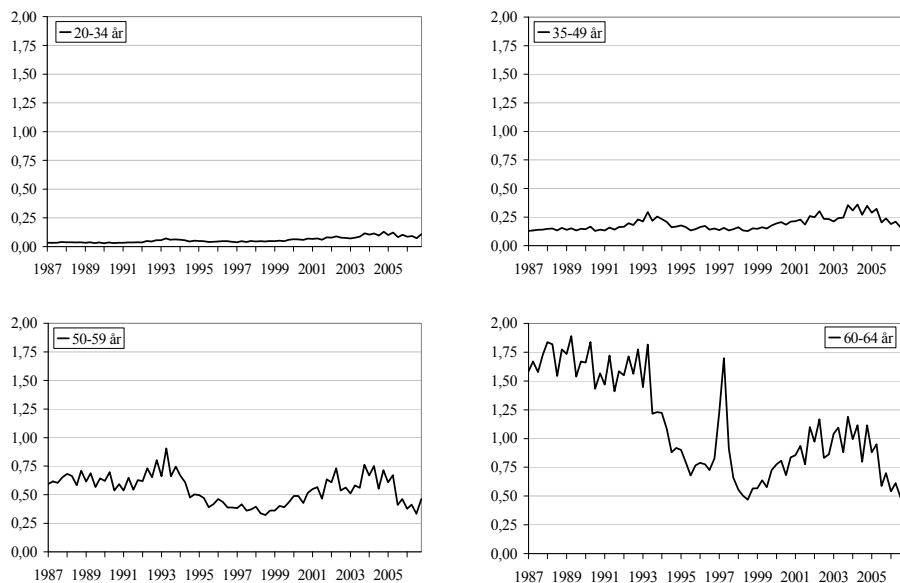


Källa: Diagnosregistret och STORE (Försäkringskassan)

Diagram 2d Andel nybeviljade SA per kvartal 1987–2006 i åldern 60–64 år. Procent



Källa: Diagnosregistret och STORE (Försäkringskassan)

Diagram 2e Andel nybeviljade SA per kvartal 1987–2006 i åldersgrupper. Procent

Källa: Diagnosregistret och STORE (Försäkringskassan)

De personer som beviljas SA får också en diagnos för vad som är orsaken till att arbetsförmågan är nedsatt. Diagnoserna dominerades länge av muskel- och skelettsjukdomar. Under de senaste årtiondena har utvecklingen framför allt karakteriserats av att de psykiska sjukdomarna ökat kraftigt i betydelse (se till exempel Försäkringskassan, 2007a och Bergendorff m.fl., 2006). Utvecklingen har medfört att de psykiska sjukdomarna år 2005 och 2006, för första gången, var den vanligaste orsaken till nybeviljade SA.

Diagnosmönstret skiljer sig åt mellan olika åldersgrupper. Psykiska sjukdomar utgör en större andel av diagnoserna ju yngre åldersgruppen är. Upp till 40 års ålder står de psykiska diagnoserna för mer än hälften av alla diagnoser, medan muskel- och skelettsjukdomar är vanligare för dem som är 50 år och äldre (Försäkringskassan, 2007b).

Vad påverkar inflödet till sjuk- och aktivitetsersättning?

Utvecklingen av antalet som beviljas SA påverkas av många faktorer. Här diskuteras kortfattat några av dem, som är av betydelse för andelen nybeviljade SA på en samhällelig (aggregerad) nivå. Dessa kan delas upp i individuella/sociala-, utstöttnings- och attraktionsfaktorer. Uppdelningen i olika faktorer är främst ett analytiskt verktyg, i verkligheten samverkar en rad faktorer i ett komplicerat mönster (Höög & Stattin, 2001).

Det finns en rad faktorer som påverkar människors hälsa och förmåga att arbeta. På aggregerad nivå får detta till följd att befolkningens sammansättning påverkar hälsa och arbetsförmåga och därmed är av betydelse för hur många som beviljas SA. Dessa faktorer kallas *individuella/sociala faktorer*. Den viktigaste av dessa är sannolikt åldersstrukturen, eftersom det i åldrandet finns många naturliga förändringar som påverkar hälsan. Men också andra faktorer, som befolkningens och arbetskraftens sammansättning när det gäller till exempel kön och etnicitet, kan påverka hur många som beviljas SA (Höög & Stattin, 2001).

Det finns några rapporter som undersöker vilka det är som beviljas SA på individnivå (se till exempel Stattin, 2003, RFV, 2004 och Försäkringskassan, 2007c). Dessa visar att den individuella risken att bli beviljad SA är högre för äldre personer, och också högre för kvinnor än för män. Andra faktorer som är av betydelse är civilstånd, utbildning, födelseland, region och bransch.

Befolkningens allmänna hälsotillstånd är naturligtvis också en faktor som bör ha stor betydelse för hur många som beviljas SA. Hälsa är dock ett komplext begrepp (se till exempel Marin, 2003). I Sverige har flera mått relaterade till hälsa, som medellivslängd och dödlighet, förbättrats under lång tid – även under den studerade perioden. Å andra sidan visar utvecklingen av människornas självupplevda hälsa på en oförändrad eller försämrad hälsa, inte minst har den psykiska hälsan försämrats (SCB, 2006).

Vid beslut om SA är det dock inte enbart hälsan som bedöms, utan arbetsförmågan och i vilken grad denna anses vara långvarigt nedsatt. Av denna anledning är det befolkningens hälsa i förhållande till de arbeten som finns på arbetsmarknaden som är intressant. Om kraven på arbetsmarknaden förändras kan personer som förut betraktades som arbetsföra med de förändrade kraven anses ha arbets-

förmågan nedsatt, eller vice versa. Därför är också arbetsmarknadens funktionsätt och struktur viktig för hur många som beviljas SA.

Under de senaste 20 åren har det skett stora förändringar på arbetsmarknaden. En förändring är att det skett en strukturförändring, där yrken och branscher med relativt höga kvalifikationskrav växt, medan de med lägre krav har minskat (le Grand m.fl., 2001).

Under de senaste decennierna har också arbetsintensiteten ökat, vilket fått till följd att allt fler upplever negativ stress i arbetet. Utvecklingen är dock ojämnt fördelad över olika branscher. Inom kvinnodominerade branscher som vård, omsorg och utbildning, samt handel, hotell och restaurang har den negativa stressen ökat kraftigt. I arbetslivet i övrigt går det däremot inte att hitta någon signifikant förändring av den genomsnittliga intensiteten i arbetet (le Grand m.fl., 2001).

De ovanstående förändringarna på arbetsmarknaden är en del av vad som kallas *utstöttningsfaktorer*. Detta är faktorer som fokuserar på arbetsmarknadens funktionsätt, framför allt processer som stöter ut människor från arbetslivet, vare sig det gäller möjligheten att komma in på arbetsmarknaden eller möjligheten att fortsätta arbeta, och som därmed påverkar antalet som beviljas SA (Höög & Stattin, 2001).

Även konjunktursvängningar och arbetslöshet kan ses som utstöttningsfaktorer. Det finns flera möjliga förklaringar till att arbetslösheten kan påverka antalet nybeviljade SA. En förklaring är så kallade selektionseffekter (Easterlow & Smith, 2003). Denna förklaring går ut på att personer med dålig hälsa och begränsad arbetsförmåga är bland de första som blir arbetslösa när arbetsmarknaden vänder nedåt, och att de har svårare än andra att få arbete när arbetsmarknaden förbättras. Som en effekt av detta blir de bortvalda från arbetsmarknaden och en alternativ försörjning är SA, trots att försäkringen inte är avsedd att fungera på det viset.⁷

En annan förklaringsgrund är att arbetslösheten i sig påverkar hälsan negativt, vilket i sin tur leder till att fler personer får SA (Diderichsen & Janlert, 1993). Fram till 1997 var det också möjligt för den äldre delen av arbetskraften att beviljas SA av medicinska skäl i kombination med arbetsmarknadsskäl (fram till oktober 1991 enbart av arbetsmarknadsskäl). Detta talar för att högre arbetslöshet leder till att fler får SA, och att effekten är störst för de äldre på arbetsmarknaden.

⁷ Eller någon annan socialförsäkring, som till exempel sjukpenning eller arbetslöshetsförsäkringen.

Det ovanstående antyder att det finns ett samband mellan högre arbetslöshet och fler som beviljas SA. Tidigare studier på individdata visar också att personer som bor på orter med hög arbetslöshet har en ökad risk att bli beviljade SA, även om bilden inte är helt entydig (se till exempel Lidwall, 1997 och Skogman Thoursie m.fl., 2004).

Attraktionsfaktorer. Utformningen av regelsystemen kan påverka både möjligheten att bli beviljad SA och hur attraktivt det är för individerna att söka sig till SA i jämförelse med andra försörjningsmöjligheter. Detta är en balansgång för lagstiftningen. SA är konstruerat för att försörja personer som har varaktigt nedsatt arbetsförmåga. Ersättningsnivån bör vara sådan att det är möjligt att leva ett rimligt liv på den. Eftersom det inte finns några helt objektiva grunder för att bedöma långvarig arbetsoförmåga kan dock en allt för generös ersättning innebära att människor söker SA eftersom det utgör ett attraktivt ekonomiskt alternativ till yrkesarbete. Även reglerna för vilka kriterier som ger rätt till SA påverkar hur många som beviljas SA. Vida kriterier får till följd att fler beviljas SA, medan snäva kriterier innebär att färre beviljas SA.

Utformningen av andra socialförsäkringssystem kan också påverka hur många som beviljas SA. Eftersom det inte är möjligt att exakt mäta hur mycket arbetsförmågan är nedsatt hos en person finns ett betydande tolkningsutrymme när beslut om SA ska fattas. Om ersättningsnivåerna i SA skiljer sig från andra socialförsäkringar (framför allt sjukpenning och arbetslöshetsförsäkring) kan viljan att söka just SA påverkas av ersättningsnivån i SA i förhållande till andra socialförsäkringar.

Studier på individdata visar att ökade ersättningsnivåer i SA ökar sannolikheten att personer söker och beviljas SA (Skogman Thoursie, 1999). Andra studier visar att socialförsäkringarna till viss del fungerar som kommunicerande kärl, beroende på skillnader i ersättningsnivåer (Larsson, 2002) och på grund av förändrade kvalifikationskrav till SA (Karlström m.fl., 2007).

Resultat

Modell

Huvudsyftet med rapporten är att undersöka i vilken omfattning de regelförändringar som genomförts i SA samvarierar med antalet nybeviljade SA. Naturligtvis är det inte bara regler som påverkar antalet nybeviljade SA, utan även andra faktorer kan vara av stor betydelse. Därför kan inte bara regelförändringar tas med i analysen, utan också andra variabler bör vara med.

I detta avsnitt beskrivs de variabler som ingår i modellerna. I analysen skattas separata modeller för de fyra åldersgrupperna 20–34 år, 35–49 år, 50–59 år och 60–64 år.⁸ Indelningen i åldersgrupper beror på att utvecklingen av andelen nybeviljade SA skiljer sig kraftigt åt mellan dem, men också på att avskaffandet av de så kallade äldrereglerna bara berörde den äldsta åldersgruppen. Definitioner och källor för de variabler som ingår i modellen beskrivs närmare i bilaga A Variabler. I bilaga C Metod redogörs för den metod som används.

I föregående avsnitt beskrevs reglerna i SA som attraktionsfaktorer. Benägenheten att söka, SA kan påverkas av både vilka som har rätt till SA, ersättningsnivån, och om SA kan omprövas eller ej.

Mellan 1987 och 2006 förändrades reglerna för SA flera gånger. Förändringarna i oktober 1991, oktober 1995, januari 1997 och januari 2003 finns med i analysen. Reformerna i oktober 1991, och januari 1997 berör de som är 60 år och äldre, och finns därför bara med i analysen för denna åldersgrupp.

Som redan nämnts begränsade avskaffandet av äldrereglerna vilka som hade rätt till SA för dem över 60 år. Reformen 1995 innebar att det blev möjligt att ompröva SA efter en viss tid. Den gav också rätt till en mer grundlig undersökning av hälsotillståndet i vissa fall. Vid införandet av sjuk- och aktivitetsersättning 2003 förändrades ersättningssystemet i SA. Dessutom flyttades SA från pensionssystemet till sjukförsäkringen, vilket var ett sätt att markera att SA är ersättning för nedsatt arbetsförmåga, och inte nödvändigtvis innebär ett slutgiltigt utträde ur arbetskraften i väntan på ålderspension.

⁸ Som en konsekvens av att åldersgränsen höjdes från 16 till 19 år för att få ersättning när sjuk- och aktivitetsersättning ersatte förtidspension och sjukbidrag år 2003 har personer under 20 exkluderats från analysen.

Reformen 2003 innebar att ersättningen för dem som beviljade SA från och med januari 2003 beräknades på ett annorlunda sätt än om de hade beviljats SA tidigare.⁹ Förändringen innebar inte att ersättningsnivåerna sjönk – åtminstone inte särskilt mycket – i genomsnitt. Däremot kan en del grupper ha fått lägre ersättning medan andra fick högre ersättning jämfört med om de beviljats SA innan 2003.

SA beviljas med olika omfattning beroende på hur mycket arbetsförmågan bedöms vara nedsatt. Förändringarna i juli 1993 och januari 1999 innebar att kraven för hur mycket arbetsförmågan måste vara nedsatt för att bli beviljad hel SA förändrades. I rapporten analyseras hur många som beviljades SA, utan hänsyn till omfattning. Den som har arbetsförmågan kraftigt nedsatt bör beviljas SA i någon omfattning, och därför påverkar dessa regelförändringar sannolikt inte det totala inflödet, och finns heller inte med i modellen.

Individuella/sociala faktorer, inte minst åldersstrukturen, bör ha stor betydelse för hur många som beviljas SA. Men eftersom befolkningen delas upp i åldersgrupper i analysen, kontrolleras inte för ålderstrukturen.

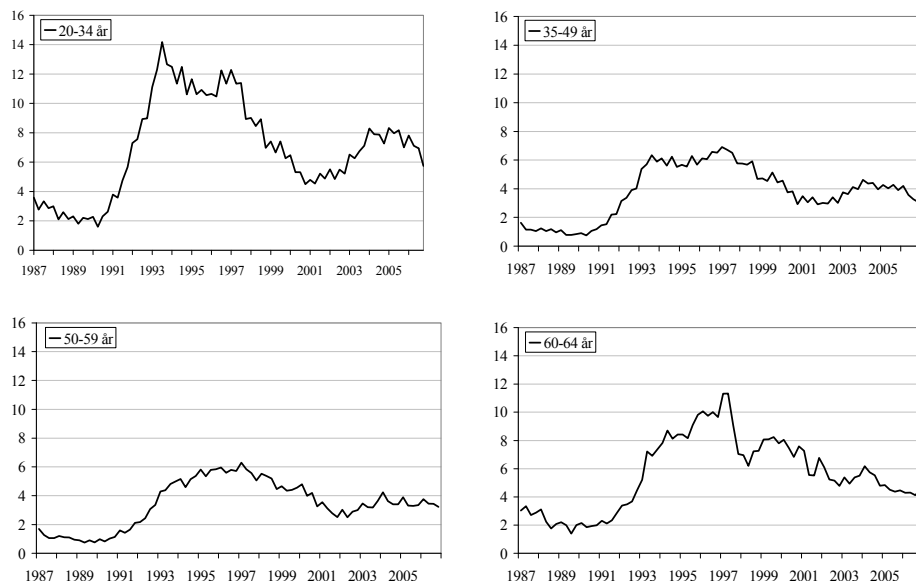
Även andra individuella/sociala faktorer kan påverka antalet nybeviljade SA. En sådan är ett mått på befolkningens hälsa. Som nämndes i förra avsnittet är hälsa ett komplext begrepp, och det är svårt att hitta variabler som på ett bra sätt sammanfattar befolkningens hälsa och som finns tillgängligt alla år. Av dessa anledningar finns inte någon sådan variabel med i modellen.¹⁰

Arbetslösheten, en av utstötningsfaktorerna, finns med i analysen. Diagram 3 visar utvecklingen av arbetslösheten i åldersgrupperna 20–34 år, 35–49 år, 50–59 år och 60–64 år. Som figurerna visar är nivån på arbetslösheten inte densamma i de olika åldersgrupperna, men utvecklingen är likartad med en låg arbetslöshet i slutet av 1980-talet som steg kraftigt i början av 1990-talet. Arbetslösheten låg kvar på en hög nivå för att sedan sjunka i slutet av 1990-talet, om än inte till samma låga nivå som i slutet av 1980-talet.¹¹

⁹ Ersättningen för dem som redan hade SA omvandlades genom en engångsinsats så att de försäkrades nettoersättning i princip skulle vara oförändrad (RFV, 2004b).

¹⁰ Ett försök gjordes att ta med åldersstandardiserad dödlighet i åldersgrupperna i modellen som mått på befolkningens hälsa. Variabeln är inte stationär, och har i modellen inte någon förklaringsgrad, vare sig den tas med i nivå eller som differentierad variabel. Därför lämnas den utanför modellen.

¹¹ Det är intressant att notera att det kraftiga raset i andelen arbetslösa 60–64-åringar 1997 inträffar samtidigt som ”spiken” i andelen nybeviljade SA för 60–64-åringar (se diagram 2d).

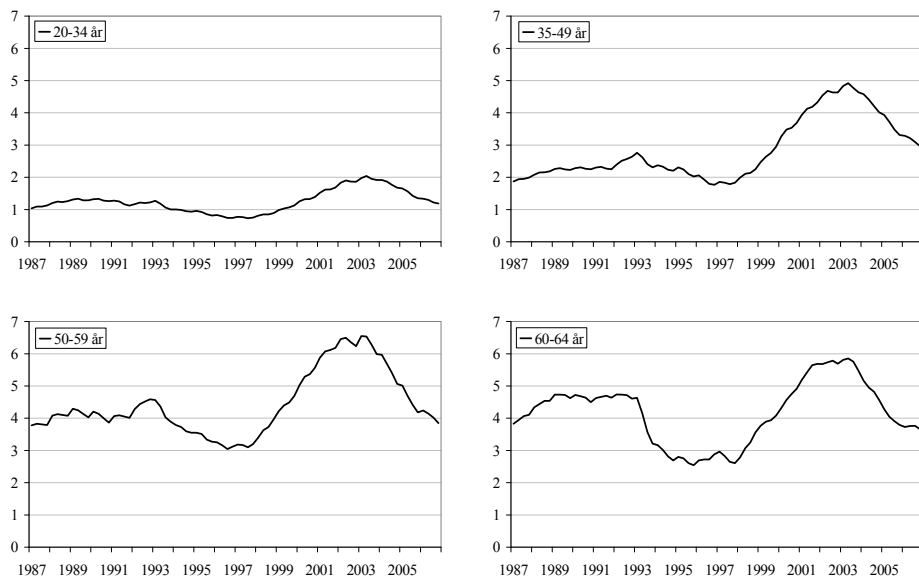
Diagram 3 Andel arbetslösa per kvartal 1987–2006 i åldersgrupper. Procent

Källa: SCB: Arbetskraftsundersökningarna

En viktig fråga är hur antalet nybeviljade SA samvarierar med andra socialförsäkringar, inte minst de långvarigt sjukskrivna (Skogman Thoursie m.fl., 2004). Därför finns också andelen som varit sjukskrivna 90 dagar eller längre i åldersgruppen med i modellen.

I diagram 4 visas andelen som varit sjukskrivna 90 dagar eller längre i åldersgrupperna 20–34 år, 35–49 år, 50–59 år och 60–64 år. Som diagrammet visar varierar andelen långtidssjukskrivna i de olika åldersgrupperna, även om utvecklingen över tid visar på en del likheter. I samtliga åldersgrupper sker en kraftig uppgång i andelen långtidssjukskrivna under andra halvan av 1990-talet, och en nedgång från och med 2004.

Diagram 4 Andel Sjukskrivna 90 dagar eller längre per kvartal 1987–2006 i åldersgrupper. Procent



Källa: Försäkringskassan

Under perioden inträffar några händelser av engångskaraktär. Våldigt få beviljas SA i december 2002, månaden innan sjuk- och aktivitetsersättningen ersatte för-tidspension och sjukbidrag. För 60–64-åringarna beviljas ovanligt många SA de tre första kvartalen 1997, när de som sökt SA enligt äldre reglerna prövades för rätten till SA. I modellerna finns dessa händelser med som dummyvariabler.¹²

Det är värt att nämna någonting om orsakssamband i modellerna. Metoden som används mäter statistisk samvariation, inte orsakssamband. Orsakssambandet kan gå i båda riktningarna, en regelförändring kan orsaka förändringar av antalet nybeviljade SA, men det är också möjligt att en förändring av antalet nybeviljade SA leder till förändringar i regelsystemet. I modellen tolkas resultaten som att det är mer sannolikt att förändringar i regelsystemet leder till förändringar i antalet nybeviljade SA än tvärtom. Det finns ett par anledningar till detta. Ett är den politiska processen. Om antalet nybeviljade SA direkt påverkade regelförändringar, skulle det ändå vara svårt att direkt ändra reglerna, eftersom den demokratiska processen tar tid. Dessutom, om det verkligen vore så att det främst är ett förändrat antal nybeviljade SA som påverkar reglerna skulle variablerna som markerar reformer inte vara signifikanta, vilket de i de flesta fall är i denna analys. (Henrekson & Persson, 2004).

¹² Här en variabel som har värdet ett för det aktuella kvartalet och noll för alla andra.

En annan felkälla är att det är omöjligt att kontrollera för allt som påverkar andelen nybeviljade SA. Detta får till följd att det kan finnas förändringar i faktorer som inte finns med i analysen, men påverkar antalet nybeviljade SA. I dessa fall påverkas modellernas felterm. Modellernas felterm testas dock och är enligt dessa tester relativt väldefinierade. Detta tyder på att modellerna har med tillräckligt många av de variabler som påverkar antalet nybeviljade SA.

Analys

Här redovisas resultaten från analysen av andelen nybeviljade SA mellan åren 1987 och 2006 för åldersgrupperna 20–34 år, 35–49 år, 50–59 år och 60–64 år. De fullständiga modellerna finns redovisade i bilaga B Resultat, medan den metod som använts redovisas i bilaga C Metod.

I analysen används logaritmerade värden på variablerna. Av denna anledning ska resultaten tolkas som relativa förändringar.¹³ Eftersom både inflödet till SA, arbetslöshet och långtidssjukskrivna mäts i procent är det den relativa förändringen av procentsatsen som mäts.¹⁴ Det är också möjligt att beräkna kortsiktiga såväl som långsiktiga effekter av de olika variablerna i modellerna.¹⁵ I tabell 1 redovisas de långsiktiga effekterna i procent. De logaritmerade värdena återfinns i tabell B1, medan de fullständiga modellerna redovisas i tabell B2–B5. I texten kommer enbart de långsiktiga effekterna att kommenteras.

De reformer som genomförts har alla samvarierat negativt med andelen nybeviljade SA, åtminstone för någon åldersgrupp. Reformen 1991 (DÄldre1 i tabell 1) och det slutliga avskaffandet av äldrereglerna år 1997 (DÄldre2 i tabell 1) sam-

¹³ Till exempel ska värdet 0,18 för arbetslösheten bland 50–59-åringar i tabell 1 tolkas som att om andelen arbetslösa ökar med en procent ökar andelen som beviljas SA långsiktigt med 0,18 procent i modellen.

¹⁴ Ett exempel: Om arbetslösheten är 5,0 procent och andelen nybeviljade SA 0,5 procent innebär en relativ förändring av arbetslösheten med en procent att arbetslösheten ökar från 5,00 till 5,05 procent. På samma sätt innebär en relativ förändring av inflödet till SA med 0,18 procent att inflödet ökar från 0,5000 till 0,5009 procent.

¹⁵ Till exempel var den kortsiktiga effekten av reformen i oktober 1995 för 20–34-åringar minus elva procent (–0,119 log-punkter (se tabell B2)), medan de långsiktiga effekterna var minus sju procent (–0,071 log-punkter (se tabell B1)).

Den långsiktiga effekten i modellen beräknas genom att ta med beroende variabelns tidsförskjutna värden. I exemplet ovan beräknas den långsiktiga effekten som (i log-punkter):

$$\frac{-0,119}{1 - (-0,301 - 0,191 - 0,183)} = -0,071$$

Det vill säga, när reformen infördes minskade andelen 20–34-åringar som beviljades SA med elva procent i modellen, efter två år (åtta kvartal) var den kvarvarande samvariationen sju procent, jämfört med innan reformen infördes.

varierade med att färre äldre beviljades SA. Resultatet är rimligt, eftersom möjligheten att ta hänsyn till andra än medicinska skäl vid beslut om SA begränsades kraftigt vid dessa reformer.

Reformen i oktober 1995 (DOmprovning i tabell 1) innebar att det blev möjligt att ompröva SA efter en viss tid och gav rätt till en mer grundlig undersökning i vissa fall. Analysen visar bara på ett signifikant resultat i den yngsta åldersgruppen, där reformen och andelen nybeviljade samvarierade negativt. Detta kan bero på att underlagen blev bättre när rätten till SA bedömdes och att fler ansökningar därför avlogs. Resultatet är dock liten, inflödet till SA va sju procent lägre efter reformens genomförande än innan för 20–34-åringar.

I januari 2003 ersatte sjuk- och aktivitetsersättning förtidspension och sjukbidrag (DSA i tabell 1). Resultaten visar att reformen samvarierar negativt med andelen nybeviljade för alla åldersgrupper utom den äldsta. Det vill säga, andelen nybeviljade blev lägre efter reformen än innan, med hänsyn tagen till arbetslöshet och långa sjukskrivningar. Detta kan vara ett resultat av att ersättningssystemet förändrades vid reformen, men också på att reformen tydligt markerade att SA inte nödvändigtvis är permanent.

Tabell 1 Inflöde till SA, samvariation med arbetslöshet, långtidssjukskrivna och reformer. Procent

	20–34 år	35–49 år	50–59 år	60–64 år
Arbetslöshet	0,54***	0,24***	0,18***	0,51***
Arbetslöshet (låg)	0,89***	0,54***	0,30***	0,63***
Arbetslöshet (hög)	0,53***	0,35***	0,11***	0,46**
Andel sjuka 90+ dagar	0,87***	1,28***	1,59***	3,12***
DÄldre1				1,50***
DÄldre2				0,97***
DOmprovning	–0,07***	0,05	0,04	0,16
DSA	–0,15***	–0,16***	–0,22***	0,07
Imp19971				2,18***
Imp19972				3,72***
Imp19973				1,23***
Imp20024	–0,20***	–0,26***	–0,27***	–0,36***

För definition av variablerna, se bilaga A, variabler.

*** Signifikant på 1%-nivån

** Signifikant på 5%-nivån

Arbetslösheten har varierat kraftigt under perioden. I slutet av 1980-talet var arbetslösheten i alla åldersgrupperna mycket låg. I början av 1990-talet ökade arbetslösheten kraftigt för att sedan sjunka något. Det är inte säkert att nybeviljade SA och arbetslösheten samvarierar på samma sätt när arbetslösheten är mycket hög som när den är mycket låg. För att undersöka effekten av arbetslösheten finns därför tre variabler som mäter arbetslösheten. En som mäter arbetslösheten under hela perioden 1987–2006 (Arbetslöshet), en som mäter arbetslösheten när arbetslösheten var låg (Arbetslöshet (låg)), och en som mäter arbetslösheten när arbetslösheten var hög (Arbetslöshet (hög)).¹⁶

Som tabell 1 visar finns en positiv samvariation mellan arbetslöshet och andel nybeviljade SA i alla åldersgrupper. Det vill säga, när arbetslösheten är hög är också andelen nybeviljade SA högt. Samvariationen var något högre när arbetslösheten var låg, och något lägre när arbetslösheten var hög, det vill säga nivåskillnaderna i arbetslöshet ger effekter i hur stor samvariationen är. Men, även om nivåerna skiljer sig åt något är resultatet entydigt att arbetslöshet och andel nybeviljade i SA följs åt. Resultaten visar också att sambandet är starkast i den äldsta åldersgruppen.

Andelen som varit sjukskriven 90 dagar eller längre och andelen nybeviljade SA samvarierar positivt i alla åldersgrupper. Med andra ord följs en uppgång i andelen långtidssjukskrivna av en uppgång i andelen nybeviljade SA i modellen. Resultatet är i sig inte förvånande, eftersom beslut om SA ofta föregås av en långvarig sjukskrivning. Samvariationen är högre ju äldre åldersgruppen är, det vill säga i modellen kommer en ökad andel långtidssjukskrivna på längre sikt att leda till att fler beviljas SA bland äldre än bland yngre.

Sammantaget visar analysen att de reformer av regelsystemet som genomförts i SA från 1987 och framåt har samvarierat med ett lägre inflöde till SA. Eftersom de förändringar som genomförs skärpt reglerna för att beviljas SA är detta inte förvånande.

¹⁶ Eftersom utvecklingen av arbetslösheten skiljer sig åt mellan åldersgrupperna, är brytpunkterna inte desamma. I tabellen redovisas perioderna för arbetslöshet (låg) och arbetslöshet (hög):

Åldersgrupp	Arbetslöshet (låg)	Arbetslöshet (hög)
20–34 år	87 kv 1–89 kv 4	90 kv 1–96 kv 4
35–49 år	87 kv 1–89 kv 4	90 kv 1–97 kv 4
50–59 år	87 kv 1–89 kv 4	90 kv 1–00 kv 2
60–64 år	87 kv 1–91 kv 1	91 kv 2–00 kv 2

Det är naturligtvis inte bara regelförändringar som påverkar hur många som beviljas SA. Analysen visar att såväl arbetslöshet som andel långtidssjukskrivna samvarierar positivt med inflödet till SA. Resultaten pekar i riktning mot att om inflödet till SA ska minska är det viktigt att minska antalet långtidssjukskrivna. Resultaten tyder också på att den ekonomiska konjunkturen är av betydelse för hur många som beviljas SA.

Referenser

- Bergendorff S, Sundén, A & I Svensson (2006) ”Integrated policies: Disability insurance and rehabilitation in Sweden” I Kemp P A, Sundén A, & B Bakker Tauritz (red) *Sick societies? – Trends in disability benefits in post-industrial welfare states*. International Social Security Association, Geneva.
- Clemente, J, A Montañés, M Reyes (1998) ”Testing for a unit root in variables with a double change in the mean. *Economics Letters* 59, 175–182.
- Diderichsen, F & U Janlert (1993) *Arbetslöshet och ohälsa – vad innebär dagens arbetslöshetsnivåer?* Rapport till Arbetsmarknadsstyrelsen 93:4. Institutionen för Socialmedicin och Internationell hälsa. Karolinska institutet.
- Easterlow D & S Smith (2003) ”Health and employment: towards a New Deal” *Policy and politics*, 3(4): 511–533.
- Ericsson, N, J Campos & T Hong-Ahn (1990) “PC-GIVE and David Hendry’s econometric methodology” *Revista de Econometria*, 10 (1): 7–117.
- Försäkringskassan (2007a) *Diagnosmönster i förändring – nybeviljade förtidspensioner, sjukersättningar och aktivitetsersättningar 1971–2005*. Analyserar 2007:3. Försäkringskassan, Stockholm.
- Försäkringskassan (2007b) *Nybeviljade sjukersättningar/aktivitetsersättningar. Fördelning på län och diagnos, 2006*. Statistik 2007:2. Försäkringskassan, Stockholm.
- Försäkringskassan (2007c) *Nya sjuk- och aktivitetsersättning / förtidspensioner – med fokus på yngre med psykiska diagnoser under åren 1995–2005*. Analyserar 2007. Försäkringskassan, Stockholm.
- Hendry, D & J Doornik (2001) *Empirical Econometric Modelling Using PcGive Volume 1*. Timberlake Consultants press, London.
- Henrekson, M, M Persson (2004) ”The Effects of Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System” *Journal of Labor Economics*, vol 22 , sid 87–113.
- Höög, J & M Stattin (2001) *Förtidspensionärer i ett tioårsperspektiv. En jämförelse av de nya förtidspensionärerna 1988, 1993 och 1998*. Arbetsliv och hälsa. Arbetslivsinstitutet: Stockholm.

Karlström A, M Palme & I Svensson (2007) *The Employment Effect of Stricter Rules for Eligibility for DI: Evidence from a Natural Experiment in Sweden*. Mimeo, Stockholms universitet, Stockholm.

Larsson, L (2002) "Sick of being unemployed? Interactions between unemployment and sickness insurance in Sweden" *Working Paper 2002:6*. Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering.

Le Grand, C, R Szulkin & M Tåhlin (2001) "Har jobben blivit batter? En analys av arbetsinnehållet under tre decennier" i Fritzell, J, M Gähler & O Lundberg (red) *Välfärd och arbete i arbetslöshetens årtionde*. SOU 2001:53. Fritzes, Stockholm.

Lidwall, U (1997) "Friskskrivning, förtidspensionering och sammansatta riskfaktorer" i Marklund, S (red) *Risk- och friskfaktorer – sjukskrivning och rehabilitering i Sverige*. RFV redovisar 1997:6. Riksförsäkringsverket, Stockholm.

Lidwall U, S Marklund & P Skogman Thoursie (2004) "Utvecklingen av sjukfrånvaron i Sverige" i Gustafsson, RÅ & I Lundberg (red) *Arbetsliv och hälsa 2004*. Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Marin, B (2003) "Transforming disability welfare policy. Completing a paradigm shift" i Prinz, C (red) *European Disability Pension Policies: 11 Country Trends 1970–2002*. Aldershot, Asgate.

RFV (2004) *Nybeviljande av förtidspensioner – utveckling av riskfaktorer under 1990-talet*. RFV analyserar 2004:1. Riksförsäkringsverket, Stockholm.

RFV (2004b) *Det reformerade pensionssystemet. Effekterna av förändrade beräkningsregler*. RFV analyserar 2004:2. Riksförsäkringsverket, Stockholm.

SCB (2006) *Ohälsa och sjukvård 1980–2005*. Levnadsförhållanden rapport 113. SCB, Örebro.

Skogman Thoursie P (1999) *Disability and Work in Sweden*. Dissertation Series 39. Institutet för Social Forskning. Stockholms universitet, Stockholm.

Skogman Thoursie P, Lidwall U & S Marklund (2004) "Utvecklingen av nybeviljade förtidspensioner" i Gustafsson, RÅ & I Lundberg (red) *Arbetsliv och hälsa 2004*. Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Stattin, M (2003) "Förtidspensionering 1988–1998" i *Välfärd och ofärd på 90-talet*. Levnadsförhållanden rapport 100. SCB, Örebro.

Wadensjö E & G Sjögren (2000) *Arbetslinjen för äldre i praktiken. En studie för Riksdagens revisorer*. Institutet för social forskning, Stockholms universitet.

Bilaga A. Variabler

Variabel	Definition	Källa
SA2034	Andel nybeviljade SA i åldersgruppen 20–34 år i riskpopulationen (medelbefolkningen minus antalet med SA i åldersgruppen)	1987–2002 Diagnosregistret 2003–2006 STORE
SA3549	Andel nybeviljade SA i åldersgruppen 35–49 år i riskpopulationen	1987–2002 Diagnosregistret 2003–2006 STORE
SA5059	Andel nybeviljade SA i åldersgruppen 50–59 år i riskpopulationen	1987–2002 Diagnosregistret 2003–2006 STORE
SA6064	Andel nybeviljade SA i åldersgruppen 60–64 år i riskpopulationen	1987–2002 Diagnosregistret 2003–2006 STORE
Arblos2034	Andel arbetslösa i åldern 20–34 år 1987, kvartal 1 – 2006, kvartal 4	AKU
Arblos3549	Andel arbetslösa i åldern 35–49 år 1987, kvartal 1 – 2006, kvartal 4	AKU
Arblos5059	Andel arbetslösa i åldern 50–59 år 1987, kvartal 1 – 2006, kvartal 4	AKU
Arblos6064	Andel arbetslösa i åldern 60–64 år 1987, kvartal 1 – 2006, kvartal 4	AKU
Arblos2034a	Andel arbetslösa i åldern 20–34 år 1987, kvartal 1 – 1989, kvartal 4	AKU
Arblos3549a	Andel arbetslösa i åldern 35–49 år 1987, kvartal 1 – 1989, kvartal 4	AKU
Arblos5059a	Andel arbetslösa i åldern 50–59 år 1987, kvartal 1 – 1989, kvartal 4	AKU
Arblos6064a	Andel arbetslösa i åldern 60–64 år 1987, kvartal 1 – 1991, kvartal 1	AKU
Arblos2034b	Andel arbetslösa i åldern 20–34 år 1990, kvartal 1 – 1996, kvartal 4	AKU
Arblos3549b	Andel arbetslösa i åldern 35–49 år 1990, kvartal 1 – 1997, kvartal 4	AKU

Variabel	Definition	Källa
Arblos5059b	Andel arbetslösa i åldern 50–59 år 1990, kvartal 1 – 2000, kvartal 2	AKU
Arblos6064b	Andel arbetslösa i åldern 60–64 år 1991, kvartal 2 – 2000, kvartal 2	AKU
Sjuk2034	Andel sjukskrivna 90 dagar eller längre i åldersgruppen 20–34 år	1987–1999 Decembervärden från FK och egna beräkningar 2000–2006 Försäkringskassan
Sjuk3549	Andel sjukskrivna 90 dagar eller längre i åldersgruppen 35–49 år	1987–1999 Decembervärden från FK och egna beräkningar 2000–2006 Försäkringskassan
Sjuk5059	Andel sjukskrivna 90 dagar eller längre i åldersgruppen 50–59 år	1987–1999 Decembervärden från FK och egna beräkningar 2000–2006 Försäkringskassan
Sjuk6064	Andel sjukskrivna 90 dagar eller längre i åldersgruppen 60–64 år	1987–1999 Decembervärden från FK och egna beräkningar 2000–2006 Försäkringskassan
DÄldre1	60–64-åringar kunde bli beviljade SA av arbetsmarknadsskäl (1987, kvartal 1 – 1991, kvartal kv3)	
DÄldre2	60–64-åringar kunde bli beviljade SA av arbetsmarknadsskäl i kombination med medicinska skäl (1987 kvartal 1 – 1996, kvartal 4)	
DOmprovning	Rätt att ompröva SA, bättre underlag vid bedömning av rätt till SA (1995, kvartal 3 och framåt)	
DSA	SA ersätter förtidspension (2003, kvartal 1 och framåt)	
D2002 kv4	Dummyvariabel för 2002, kvartal 4	
D1997 kv1	Dummyvariabel för 1997, kvartal 1	
D1997 kv2	Dummyvariabel för 1997, kvartal 2	
D1997 kv3	Dummyvariabel för 1997, kvartal 3	

Bilaga B. Resultat

Tabell B1 Inflöde till SA, samvariation med arbetslöshet, långtidssjukskrivna och reformer. Logaritmerade värden

	20–34 år	35–49 år	50–59 år	60–64 år
Intercept	-2,607***	-0,798***	5,867***	-0,445
Arbetslöshet	0,265***	0,214***	0,166***	0,412***
Arbetslöshet (låg)	0,079***	0,106***	0,117***	0,113***
Arbetslöshet (hög)	-0,011	-0,037***	-0,077***	-0,053**
Andel sjuka 90+ dagar	0,624***	0,826***	0,951***	1,416***
Kvartal 1	0,116***	0,163***	0,051	0,139**
Kvartal 2	0,084***	-0,023	-0,091*	0,016
Kvartal 3	-0,164***	-0,031	-0,223***	-0,323***
DÄldre1				0,238***
DÄldre2				0,679***
DOmprovning	-0,071***	0,046	0,037	0,149
DSA	-0,160***	-0,173***	-0,250***	0,068
Imp19971				1,158***
Imp19972				1,552***
Imp19973				0,804***
Imp20024	-0,221***	-0,301***	-0,312***	-0,452***

För definition av variablerna, se bilaga A, variabler.

*** Signifikant på 1%-nivån

** Signifikant på 5%-nivån

Tabell B2 Regressionsresultat, 20–34-åringar, logaritmerade värden

	Koefficient	Standardfel	t-värde
Konstant	-4,369	0,508	-8,60
SA 2034, t-3	-0,301	0,096	-3,14
SA 2034, t-5	-0,191	0,095	-2,01
SA 2034, t-7	-0,183	0,095	-1,93
Arbetslöshet 2034, t-2	0,397	0,063	6,35
Arbetslöshet 2034, t-6	0,355	0,090	3,94
Arbetslöshet 2034, t-8	-0,309	0,070	-4,41
Arbetslöshet 2034 (låg), t-1	0,088	0,019	4,69
Arbetslöshet 2034 (låg), t-3	-0,077	0,026	-2,92
Arbetslöshet 2034 (låg), t-4	0,068	0,024	2,82
Arbetslöshet 2034 (låg), t-6	0,053	0,021	2,56
Arbetslöshet 2034 (hög)	0,018	0,009	1,94
Arbetslöshet 2034 (hög), t-3	-0,036	0,010	-3,67
Sjuk 2034	-1,219	0,237	-5,14
Sjuk 2034, t-2	3,698	0,633	5,84
Sjuk 2034, t-3	-2,248	0,588	-3,82
Sjuk 2034, t-6	1,771	0,529	3,35
Sjuk 2034, t-7	-0,955	0,432	-2,21
Dummy, kvartal 1	0,194	0,052	3,75
Dummy, kvartal 2	0,140	0,031	4,50
Dummy, kvartal 3	-0,274	0,042	-6,54
DOmprovning	-0,119	0,049	-2,41
DSA	-0,269	0,054	-4,98
D2002 kv4	-0,371	0,068	-5,48

sigma	0,0560405	RSS	0,150745993
R ²	0,943384	F(23, 48) =	34,77 [0,000]**
log-likelihood	119,914	DW	1,87
no, of observations	72	no, of parameters	24

AR 1-5 test:	F(5, 43) =	1,1763 [0,3365]
ARCH 1-4 test:	F(4, 40) =	0,20249 [0,9355]
Normality test:	Chi ² (2) =	2,8878 [0,2360]
hetero test:	F(40, 7) =	0,14058 [1,0000]
RESET test:	F(1, 47) =	2,5714 [0,1155]

Tests of model reduction

Full --> Parsimonious:	F(27, 21) =	1,1557 [0,3709]
------------------------	-------------	-----------------

Tabell B3 Regressionsresultat, 35–49-åringar, logaritmerade värden

	Koefficient	Standardfel	t-värde
Konstant	-0,969	0,172	-5,64
SA 3549, t-2	0,178	0,101	1,76
SA 3549, t-3	-0,393	0,102	-3,85
Arbetslöshet 3549, t-2	0,444	0,072	6,18
Arbetslöshet 3549, t-5	0,612	0,149	4,10
Arbetslöshet 3549, t-6	-0,508	0,152	-3,34
Arbetslöshet 3549, t-7	0,337	0,132	2,56
Arbetslöshet 3549, t-8	-0,625	0,099	-6,29
Arbetslöshet 3549 (låg), t-3	-0,180	0,045	-3,97
Arbetslöshet 3549 (låg), t-4	0,201	0,044	4,56
Arbetslöshet 3549 (låg), t-8	0,108	0,031	3,51
Arbetslöshet 3549 (hög), t-3	-0,062	0,018	-3,41
Arbetslöshet 3549 (hög), t-4	0,066	0,022	2,96
Arbetslöshet 3549 (hög), t-5	-0,049	0,016	-3,00
Sjuk 3549	-1,109	0,398	-2,79
Sjuk 3549, t-1	1,505	0,492	3,06
Sjuk 3549, t-4	0,606	0,216	2,80
Dummy, kvartal 1	0,198	0,047	4,19
Dummy, kvartal 2	-0,027	0,024	-1,14
Dummy, kvartal 3	-0,038	0,042	-0,90
DOmprovning	0,055	0,038	1,46
DSA	-0,210	0,042	-5,05
D2002 kv4	-0,365	0,068	-5,36

```

sigma          0,0603767  RSS          0,178622158
R^2            0,948836   F(22,49) =    41,3 [0,000]**
log-likelihood 113,806   DW          1,79
no, of observations 72  no, of parameters 23
    
```

```

AR 1-5 test:      F(5,44) = 1,0491 [0,4013]
ARCH 1-4 test:   F(4,41) = 0,45460 [0,7685]
Normality test:  Chi^2(2) = 3,0307 [0,2197]
hetero test:     F(38,10) = 0,31782 [0,9949]
RESET test:      F(1,48) = 0,17303 [0,6793]
    
```

Tests of model reduction

```
Full --> Parsimonious: F(28,21) = 0,89902 [0,6096]
```

Tabell B4 Regressionsresultat, 50–59-åringar, logaritmerade värden

	Koefficient	Standardfel	t-värde
Konstant	5,017	0,704	7,13
SA 5059, t-1	0,191	0,100	1,92
SA 5059, t-2	0,290	0,090	3,21
SA 5059, t-3	-0,337	0,086	-3,90
Arbetslöshet 5059, t-1	0,239	0,063	3,76
Arbetslöshet 5059, t-4	0,383	0,089	4,32
Arbetslöshet 5059, t-8	-0,480	0,066	-7,25
Arbetslöshet 5059 (låg), t-1	-0,067	0,025	-2,68
Arbetslöshet 5059 (låg), t-3	0,081	0,024	3,35
Arbetslöshet 5059 (låg), t-8	0,086	0,025	3,44
Arbetslöshet 5059 (hög), t-5	-0,066	0,014	-4,89
Sjuk 5059, t-2	1,123	0,255	4,40
Sjuk 5059, t-4	-1,399	0,588	-2,38
Sjuk 5059, t-5	2,202	0,692	3,18
Sjuk 5059, t-6	-1,667	0,559	-2,99
Sjuk 5059, t-8	0,555	0,233	2,38
Dummy, kvartal 1	0,044	0,042	1,04
Dummy, kvartal 2	-0,078	0,042	-1,84
Dummy, kvartal 3	-0,191	0,037	-5,17
DOmprovning	0,032	0,039	0,81
DSA	-0,213	0,046	-4,69
D2002 kv4	-0,267	0,063	-4,21

sigma 0,0521951 RSS 0,136216357
R² 0,968541 F(21, 50) = 73,3 [0,000]**
log-likelihood 123,563 DW 1,93
no, of observations 72 no, of parameters 22

AR 1-5 test: F(5, 45) = 0,93626 [0,4668]
ARCH 1-4 test: F(4, 42) = 1,6886 [0,1706]
Normality test: Chi²(2) = 1,9139 [0,3841]
hetero test: F(36, 13) = 0,28691 [0,9985]
RESET test: F(1, 49) = 0,90593 [0,3459]

Test of model reduction
Full --> Parsimonious: F(29, 21) = 1,0612 [0,4510]

Tabell B5 Regressionsresultat, 60–64-åringar, logaritmerade värden

	Koefficient	Standardfel	t-värde
Konstant	-0,240	0,533	-0,45
SA 6064, t-2	0,246	0,045	5,53
SA 6064, t-6	0,216	0,052	4,17
Arbetslöshet 6064, t-1	0,117	0,063	1,86
Arbetslöshet 6064, t-3	0,264	0,075	3,52
Arbetslöshet 6064, t-5	0,279	0,074	3,75
Arbetslöshet 6064, t-6	-0,144	0,073	-1,98
Arbetslöshet 6064, t-8	-0,295	0,058	-5,08
Arbetslöshet 6064 (låg), t-6	0,061	0,017	3,58
Arbetslöshet 6064 (hög), t-7	-0,028	0,010	-2,71
Sjuk 6064	-0,521	0,296	-1,76
Sjuk 6064, t-1	1,832	0,335	5,46
Sjuk 6064, t-6	-0,549	0,115	-4,76
Dummy, kvartal 1	0,075	0,025	3,03
Dummy, kvartal 2	0,009	0,022	0,39
Dummy, kvartal 3	-0,174	0,020	-8,54
DÄldre1	0,128	0,038	3,37
DÄldre2	0,366	0,037	9,86
DOmprovning	0,080	0,046	1,76
DSA	0,037	0,045	0,81
D1997 kv1	0,623	0,062	10,00
D1997 kv2	0,835	0,068	12,30
D1997 kv3	0,433	0,067	6,45
D2002 kv4	-0,243	0,065	-3,71

sigma 0,0516951 RSS 0,128274468
 R² 0,987756 F(23,48) = 168,4 [0,000]**
 log-likelihood 125,725 DW 2,12
 no, of observations 72 no, of parameters 24

AR 1-5 test: F(5,43) = 1,3113 [0,2772]
 ARCH 1-4 test: F(4,40) = 1,0955 [0,3719]
 Normality test: Chi²(2) = 1,0012 [0,6062]
 hetero test: F(35,12) = 0,26660 [0,9989]
 RESET test: F(1,47) = 0,018269 [0,8931]

Test of model reduction

Full --> Parsimonious: F(32,16) = 0,74075 [0,7716]

Bilaga C. Metod¹⁷

I rapporten används tidsserier från första kvartalet 1987 till fjärde kvartalet 2006 för att undersöka hur utvecklingen av andelen nybeviljade SA i riskpopulationen utvecklats.

Innan modellen skattas testas variablernas stokastiska egenskaper. Samtliga variabler som testats, det vill säga andelen som beviljas SA, arbetslösheten och andel långtidssjukskrivna är definitionsmässigt stationära, eftersom de bara kan variera mellan 0 och 100. Detta hindrar inte att variablerna kan uppträda som om de är icke-stationära under de 20 åren som undersöks i rapporten. Detta visar sig också vara fallet för några av variablerna i en del åldersgrupper.

När variablerna logaritmeras är alla variabler i samtliga åldersgrupper stationära. Inflödet till SA är trendstationärt för de båda yngsta åldersgrupperna, och för åldersgruppen 60–64-åringar inträder ett trendbrott 1993. Logaritmen av arbetslösheten är stationär med två trendbrott mellan 1987 och 2006 i samtliga åldersgrupper (se fotnot 13 för brytpunkter).¹⁸ Logaritmen av andelen långtidssjukskrivna visar sig vara trendstationär åldersgrupperna 35–49 år och 50–59 år och stationär för de andra åldersgrupperna.

För att undersöka hur de olika variablerna samvarierar skattas fyra generella dynamiska regressioner, en för varje i åldersgrupperna. Dessa kan formuleras som:

$$\text{LnSA}_t = \alpha + \sum_{i=1}^n \phi_i \text{LnSA}_{t-i} + \sum_{i=0}^n \gamma_i \text{LnX}_{t-i} + \chi \cdot \text{REF}_t + \beta \cdot \text{IMP}_t + \varepsilon_t \quad [1]$$

Där LnSA_t är logaritmen av andelen nybeviljade SA i åldersgrupperna 20–34 år, 35–49 år, 50–59 år och 60–64 år. LnX_t är en vektor med variabler som kan sam-

¹⁷ Metoden, ”General-to-specific”, beskrivs av bland annat Hendry & Doornik (2001) och Ericsson m.fl. (1990). Metoden har bland annat använts av Henrekson & Persson (2004) för att undersöka vilka effekter reformer inom sjukförsäkringen haft på sjukfrånvaron.

¹⁸ För att bestämma brytpunkterna och testa om variablerna för arbetslöshet är stationära eller inte används ett test utvecklat av Clemente m.fl. (1998).

variera med nybeviljade SA. Som framgått tidigare är dessa variabler i modellen arbetslöshet och andelen långtidssjukskrivna i respektive åldersgrupp.¹⁹

Variabeln REF_t är en vektor av dummyvariabler, som markerar de reformer som genomförts i SA under perioden 1987 till 2006. Det har genomförts flera förändringar i SA under perioden, men i modellen tas fyra stycken reformer med. I modellen representeras reformerna av dummyvariabler som har värdet ett från datumet för reformen. Till exempel har dummyvariabeln för sjuk- och aktivitetsersättningen värdet ett från första kvartalet 2003 och framåt och noll annars.

Slutligen finns dummyvariabler för de olika kvartalen såväl som impulsvariabler för sista kvartalet 2002 i alla fyra modellerna, och impulsvariabler för de tre första kvartalen 1997 i modellen för 60–64-åringar.

Modellerna skattas först som överparametriserade modeller med åtta ”laggar” för varje variabel. Ett antal tester genomförs för att kontrollera att modellerna är statistiskt väldefinierade. Testerna visar att modellerna är välspecificerade, men relativt många parametrar är inte signifikanta.

Nästa steg består i att reducera modellerna för att få en mer effektiv modell. Detta sker genom att succesivt ta bort variabler som inte är signifikanta, och därefter genomföra likelihood-kvot tester såväl som kontrollera olika informations kriterier för att kontrollera att ingen statistiskt relevant information försvinner.

De modeller som fås redovisas i Bilaga B tillsammans med statistiska tester.

¹⁹ I regressionsanalyser är ett villkor att de förklarande variablerna är oberoende av varandra. Flera studier har visat på ett samband mellan arbetslöshet och sjukskrivningar, varför detta är ett potentiellt problem. Försök har gjorts att skatta modellen med variablerna arbetslöshet och andelen långtidssjukskrivna var för sig. Parameterestimaten i dessa beräkningar skiljer sig dock inte nämnvärt åt från de resultat som redovisas här. Av denna anledning finns båda variablerna med i modellen.

I serien Analyserar har följande skrifter publicerats under år 2007:

- 2007:1 Nej till sjukpenning. Vad hände sen?
- 2007:2 Att säga nej på ett bra sätt. Intervjuer med personer som blivit nekade sjukpenning – om beslut, bemötande och information
- 2007:3 Vad händer efter avstämningsmötet?
- 2007:4 Socialförsäkring – för alla? Rapport från forskarseminarium i Umeå 24–25 januari 2007
- 2007:5 Socialförsäkringens omfattning och finansiering 2005–2008
- 2007:6 Hur länge arbetar vi i Sverige? Om arbetslivets längd med regional uppdelning
- 2007:7 Hur påverkar den ekonomiska familjepolitiken? Resultatindikatorer för 2006
- 2007:8 Unga med sjuk- och aktivitetsersättning – vilka är de?
- 2007:9 Nöjd med Försäkringskassan? Hur personer som ansökt om handikappersättning och vårdbidrag uppfattat Försäkringskassan
- 2007:10 Utbetalning av familjeförmåner år 2006 med stöd av EG-lagstiftningen
- 2007:11 Nya sjuk- och aktivitetsersättningar/förtidspensioner – med fokus på yngre med psykiska diagnoser under åren 1995–2005
- 2007:12 Vägen tillbaka – en beskrivande studie av flödet ut från sjuk- och aktivitetsersättning
- 2007:13 Inflöde till sjuk- och aktivitetsersättning – har reglerna någon betydelse?

Inflöde till sjuk- och aktivitetsersättning – har reglerna någon betydelse?

Under de senaste 15 åren har inflödet till sjuk- och aktivitetsersättningen (SA) varierat kraftigt. Utvecklingen har också varierat mellan olika åldersgrupper. Fler yngre och färre äldre beviljas SA i dag jämfört med för 15 år sedan. Även om det inte går att hitta en uppåtgående trend för det totala inflödet till SA, blir de som beviljas SA alltså i genomsnitt yngre under perioden. Som en följd av detta har beståndet av individer med SA ökat kraftigt.

I denna rapport analyseras hur de regelförändringar som genomförts för SA samvarierar med utvecklingen av antalet nybeviljade SA mellan 1987 och 2006. Under perioden har flera reformer genomförts, bland annat har de så kallade äldrereglerna avskaffats och sjuk- och aktivitetsersättning har ersatt förtidspensionen.