

STADIG FÆRRE PÅ TRYGD?

Inger Cathrine Kann og Lars Sutterud

Sammendrag

Over tid er det store endringer i hvilke NAV-ytelser som benyttes mest. Det er mindre endringer i andelen av befolkningen som samlet sett mottar en livsoppholdsytelse fra NAV Sammenlignet med 1992 så har andelen som mottar en NAV-ytelse aldri vært lavere enn den er nå. I 2017 mottar i underkant av 20 prosent av befolkningen en livsoppholdsytelse fra NAV, mot 24 prosent i 1992.

Etter en kraftig vekst fra 1997 til toppunktet i 2003, har andelen som får helserelaterte ytelser falt med 9 prosent (1,7 prosentpoeng). Dette skyldes særlig aktivitetskravet på sykepenger som ble innført i 2004, og som ga kraftig reduksjon i sykefraværet og lavere rekruttering til langvarige helserelaterte ytelser som arbeidsavklaringspenger (og dens forløpere) og uføretrygd.

Det har vært en kraftig reduksjon i de arbeidsmarkedsrelaterte ytelsene gjennom hele perioden (66 prosent) noe som hovedsakelig skyldes at arbeidsledigheten ikke vært i nærheten av de nivåene vi så på 90-tallet, verken i 2003, under finanskrisen i 2009, eller i forbindelse med de siste årenes oljeprisfall. Etter 2003 er de arbeidsmarkedsrelaterte ytelsene redusert med 35 prosent (1,8 prosentpoeng). Dette skyldes bl.a. at maksimal dagpengeperiode i 2003 ble redusert fra 3 til 2 år og innstramminger i reglene for overgangsstønad til enslige forsørgere i 2002. Reduksjonen har siden 2003 vært betydelig større enn reduksjonen på i de helserelatert ytelsene. Derfor utgjør mottakerne av helserelaterte ytelser en større andel av NAV-mottakerne nå enn i 2003.

Andelen unge under 30 år som mottar NAV-ytelser er nesten halvert fra 20 prosent i 1992 til 11 prosent i 2017. Dette skyldes hovedsakelig en kraftig reduksjon i antall dagpengemottakere. Stadig flere unge er nå i utdanning, andelen har økt fra 20 til 35 prosent i aldersgruppen 19-24 år og fra 11 til 16 prosent i aldergruppen 25-29 år. Et bekymringsfullt trekk ved utviklingen for de under 30 år er at de, i motsetning til befolkningen for øvrig, bruker arbeidsavklaringspenger og uføretrygd mer i 2017 enn i 2003. Dette skyldes enten at helsa er dårligere blant unge, eller at ytelser med medisinske inngangsvilkår brukes til å løse problemer som ikke nødvendigvis er medisinske, og heller ikke kan løses gjennom medisinsk behandling. Denne utviklingen eskalerer i perioden 2013 til 2017.

Innledning

Offentlige trygdeytelser skal være et sikkerhetsnett for innbyggerne når evnen til å opprettholde egen inntekt svikter, blant annet på grunn av sykdom eller arbeidsledighet (se faktaboks Folketrygdloven § 1–1). Dette er en grunnleggende og ønsket funksjon ved trygdeordningene. Samtidig kan man ikke se bort fra at velferdssystemet også kan ha uønskede og utilsiktede virkninger, både for samfunnet og den enkelte borger, blant annet ved at det påvirker folks adferd, for eksempel ved at lett tilgjengelige ytelser kan bidra til at noen anstrenger seg mindre for å skaffe eller beholde egen inntekt enn de ellers ville gjort. Dette kan igjen bidra til et overforbruk av offentlige trygdeytelser. På den annen side kan for strenge inngangsvilkår eller lave utbetalinger føre til fattigdom for de som av ulike årsaker ikke er i stand til å forsørge seg selv gjennom arbeid (se også Bay og West Pedersen 2015).

Velferdsstatens utfordring er dermed å balansere behovet for inntektssikring mot risikoen for overforbruk, passivisering og eventuelt også innlåsing, det vil si ikke mer langvarig bruk av trygd enn nødvendig.

OECD kritiserer ofte Norge for å ha velferdsordninger som svekker arbeidsinsentiver, blant annet blir full lønn under sykdom kritisert, men også at andelen uføretrygdede i Norge er stor sammenlignet med andre OECD-land. OECD gir imidlertid også honnør for Norges satsing på å inkludere svake grupper (OECD 2017). Landene i OECD med de mest sjenerøse velferdsordningene har også den høyeste sysselsettingen. Det er med andre ord ikke opplagt at sjenerøse trygdeordninger utgjør en begrensning for sysselsettingen. Det kan også bidra i motsatt retning,

Folketrygdlovens § 1-1.

Folketrygdens formål er å gi økonomisk trygghet ved å sikre inntekt og kompensere for særlige utgifter ved arbeidsløshet, svangerskap og fødsel, aleneomsorg for barn, sykdom og skade, uførhet, alderdom og dødsfall.

Folketrygden skal bidra til utjevning av inntekt og levekår over den enkeltes livsløp og mellom grupper av personer. Folketrygden skal bidra til hjelp til selvhjelp med sikte på at den enkelte skal kunne forsørge seg selv og klare seg selv best mulig til daglig.

ved at arbeidstakere klarer seg bedre gjennom vanskeligere perioder, og derved lettere kommer tilbake til arbeidslivet. Det å ha full lønn under sykdom betyr ikke bare manglende arbeidsinsentiver. På litt lengre sikt enn en dag, en uke eller en måned, gjør full lønn under sykdom at det svært lønnsomt å holde seg i arbeidslivet når man har redusert helse, sammenlignet med å få andre ytelser som uføretrygd og arbeidsavklaringspenger. Sammenlignet med andre OECD-land, beregner Barth og Moene (2015, 164) at Norge har høyest sysselsetting blant utsatte grupper.

Terum og Hatland (2014) ser på samlet trygdebruk 1992–2012, og viser at tapte årsverk som følge av trygdemottak har ligget stabilt på 20 prosent av befolkningen. Det er ifølge deres analyser familieforsørgelsen som har vært synkende, ikke forsørgelse gjennom arbeid. De finner også at trygdeytelsene er preget av «medikalisering», dvs at bruken av ytelser som har dårlig helse som inngangsvilkår øker, og at utenforskap har økt over tid. Bjørnstad (2013) har sett på de samlede utgiftene til NAV-ytelser. Når han justerer for at befolkningen har økt, finner han at utgiftene er redusert med 4 prosent i perioden 2003–2012, målt i faste kroner.

Utstøting, attraksjon eller medikalisering?

Utstøtingsmodellen og attraksjonsmodellen er vanlige forklaringsmodeller i den forskningslitteraturen som handler om veier inn i trygdeytelser. I utstøtingsmodellen forklares veien inn i trygdeytelser med at ulike forhold bidrar til å støte personer ut av arbeidslivet og over på trygd, som for eksempel konjunkturrendringer og helseproblemer (Strand m.fl. 2016, 18). Attraksjonsmodellen vektlegger at personer foretrekker fritid fremfor arbeid, og at trygdeordninger dermed kan bidra til at noen finner det mer attraktivt å motta trygd fremfor å jobbe (ibid., 18).

En tredje type forklaring er «medikalisering». Medikalisering viser til at stadig flere samfunnsproblemer søkes forklart gjennom medisinske årsaksforhold, og behandlet av helsevesenet. De helserelaterte ytelsene kjennetegnes nettopp av at rett til ytelsen styres av om en er frisk eller syk – attestert gjennom en legeerklæring. Det bidrar blant annet til at man individualiserer problemene den enkelte har med å komme inn i

arbeidslivet – det være seg lav utdanning, mangelfull kompetanse, dårlige språkkunnskaper eller opplevelse av diskriminering – og tilskriver disse til en medisinsk diagnose. En sterk medikaliseringstrend i samfunnet kan føre til at man i større grad leter etter diagnoser og medisinske forklaringer på alle typer av sosiale pro-

blemer (for grundigere diskusjon av medikalisering, se for eksempel Strand m.fl. 2016, 18–20).

Problemstillinger

Utviklingen i enkeltytelser som uføretrygd, arbeidsledighetstrygd eller arbeidsavklaringspenger gir hver

Data og metode

Vi benytter data for perioden 31.12.1992 – 31.12.2017 for å analysere våre forsknings spørsmål. Alle data er for personer bosatt i Norge i alderen 18–66 år. Personer registrert utvandret er ikke med i datagrunnlaget, verken i befolkningstallene eller i antall som får ytelser.¹ Vi skiller som nevnt mellom helserelaterte ytelser og arbeidsmarkedsrelaterte ytelser. Alle ytelsene som er omtalt i artikkelen, samt viktige regjendringer i disse ordningene, er beskrevet i vedlegget.

For ytelsene sykepenger og dagpenger er det et krav om at man har vært i arbeid en viss tid og med en viss størrelse på inntekten (se vedlegg). Bruken av disse vil derfor variere med sysselsettingen. De øvrige ytelsene kan man få også uten at man har vært i arbeid. Dette gjelder tiltakspenger, overgangsstønning til enslige forsørgere eller sosialhjelp arbeidsavklaringspenger og uføretrygd. Alle ytelser kan kombineres med sosialhjelp.²

Data knyttet til helserelaterte ytelser

Sykepenger er antall som har legemeldt fravær den 31.12 hvert av årene som er med i analysen og derved får utbetalt sykepenger fra NAV eller arbeidsgiver.

Arbeidsavklaringspenger er antall som får utbetalt arbeidsavklaringspenger (eller en av de tidligere ytelsene) i desember hvert år. Før opprettelsen av tidsbegrenset uførestønning i 2004, gjelder dataene attførings- og rehabiliteringspenger, mens fra 2004 inngår også tidsbegrenset uførestønning i datagrunnlaget.

Arbeidsavklaringspenger ble innført i 2010, og erstattet de tidligere ytelsene rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uførestønning. Arbeidsavklaringspenger hadde ifølge loven samme målgruppe som de tre tidligere ytelsene samlet. Vi har derfor i denne analysen slått sammen registerdata over mottakere av rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uførestønning før 2010, og arbeidsavklaringspenger etter 2010 og analysert dem som om de var én ytelse. Som en samlebetegnelse kaller vi de fire ytelsene for arbeidsavklaringspenger.

Uføretrygd inkluderer de personene som mottar uføretrygd ved utgangen av året.

Data knyttet til arbeidsmarkedsrelaterte ytelser

Dagpenger er antall som får utbetalt dagpenger i desember hvert år.

Tiltakspenger er antall som får utbetalt tiltakspenger i januar måned hvert år. Tiltakspenger er knyttet til det å delta i et arbeidsmarkedstiltak. Slike tiltak starter sjelden i desember, derfor er januar valgt her. For de øvrige ytelsene er det mindre forskjell på desember og januar, og da er utgangen av året brukt av praktiske grunner.

Sosialhjelp er antall som får utbetaling i desember, unntatt de som får dette i kombinasjon med en av de overstående ytelsene. NAV har ikke sosialhjelpsdata på individnivå fra perioden før 2010, men vi benytter aggregerte data fra SSB før dette, og estimerer desember all på bakgrunn av totaltall for året. Vi forutsetter at forholdet er det samme mellom andre ytelser og sosialhjelp som det var i perioden 2010–2017, og anslår på bakgrunn av det hvor mange som får sosialhjelp som eneste ytelse, de hvor mange som får det i kombinasjon med andre ytelser. Dette for å kunne inkludere sosialhjelp i totaltallet slik at dobbelttelling unngås i størst mulig grad også før 2010. Desembertall og tall for hver aldergruppe anslås ut fra prosentandeler de utgjorde av totalen i 1997.

Alderspensjon pleiepenger og foreldrepenger er utelatt

Vi har ikke tatt med foreldrepenger. Om lag 60 000 barn fødes i året, og nesten 90 prosent av disse tar ut foreldrepenger. Selv om de som tar ut foreldrepenger har en arbeidsplass som de skal tilbake til, kan det ikke utelukkes at mottak av foreldrepenger, varigheten, og fedrenes andel av permisjonstiden påvirker sannsynligheten for å være avhengig av NAV. Pleiepenger er en ytelse som omfatter svært få, på samme måte som foreldrepenger vet vi lite om eventuelle effekter av varigheten på denne. Av datatekniske årsaker er det ikke tatt med hverken foreldrepenger eller pleiepenger i denne omgang.

Alderspensjon har endret seg, og flere i privat velger å ta ut alderspensjon allerede fra 62 år. Som konsekvens har helserelaterte ytelser blitt benyttet mindre i den eldste aldersgruppen (Jacobsen 2013). Vi ser derfor på utviklingen i aldersgruppen 50–61, for å utelukke at trender blant de eldste kun skyldes endringer i alderspensjon. I totaltallet er likevel alle i aldersgruppen 18–66 år med.

¹ Dette i motsetning til offisiell statistikk, der de som er utvandret også er med i antall som mottar en ytelse, men ikke i befolkningstallene.

² Det er vanligst å kombinere sosialhjelp med andre ytelser for unge, ofte fordi de har liten opptjening av dagpengerrettigheter og sykepengerrettigheter og derfor har lite utbetalt fra disse ytelsene. Det samme kan gjelde enkelte innvandreregrupper.

for seg et annet bilde enn om man ser ytelsene samlet. I denne artikkelen ønsker vi å danne et oversiktsbilde over omfanget av livsoppholdsytelser som dekker bortfall av inntekt ved arbeidsledighet eller dårlig helse. Formålet er å gi oppdatert kunnskap om hvor mange som mottar disse ytelsene fra NAV, og hvordan andelen mottakere i ulike aldersgrupper har utviklet seg de siste to tiårene. I tillegg vil vi undersøke hvilke enkeltytelse som har vært dominerende i ulike perioder for ulike aldersgrupper. En overordnet problemstilling er å belyse om det har skjedd en dreining fra ytelse knyttet til arbeidsledighet over til helserelaterte ytelse – det vil si ytelse med et medisinsk inngangsvilkår.

Dette kan gi et bedre grunnlag for å forstå utviklingen, og også når dreiningen mot mer bruk av helserelaterte ytelse skjedd, og om det fortsatt er en slik trend.

Våre spørsmål er:

1. Hvordan har bruken av ytelsene utviklet seg over tid for ulike aldersgrupper?
2. Hvilke ytelse er de viktigste for ulike aldersgrupper i ulike perioder?
3. Har det vært en dreining mot mer bruk av helserelaterte ytelse i forhold til arbeidsmarkedsrelaterte ytelse.

Helserelaterte ytelse er ytelse knyttet til dårlig helse (sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd) som årsak til midlertidig eller varig fravær fra arbeidsmarkedet. Arbeidsmarkedsrelaterte ytelse er ytelse knyttet til at man har problemer med å komme inn på arbeidsmarkedet (tiltaks-penger, overgangs-stønad til enslige forsørgere og sosialhjelp), eller har mistet arbeidet (dagpenger eller sosialhjelp).

Antall mottakere stabilt, andel mottakere ned

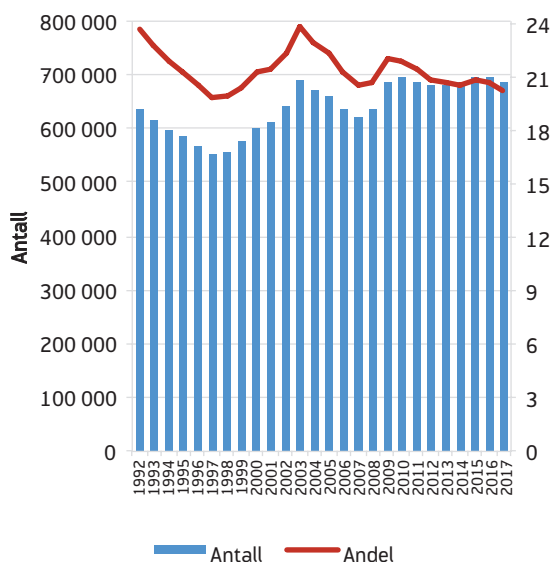
Ved utgangen av 2017 var det registrert 687 000 mottakere av livsoppholdsytelse, en økning fra 638 000 mottakere i 1992. Andelen av befolkningen som mottar trygd har dermed aldri vært lavere enn i 2017, med

20,3 prosent av befolkningen mellom 18 og 66 år som mottar en livsoppholdsytelse (figur 1). Ser vi på hele perioden fra 1992–2017 under ett, var både antall og andel mottakere på sitt høyeste i 2003. I figur 2 viser vi alle ytelsene som andel av befolkningen og ser at arbeidsmarkedsrelaterte ytelsene (stiplede linjer) var langt mer dominerende enn de helserelaterte ytelsene (heltrukne linjer) på 90 tallet sammenlignet med de siste 10 årene.

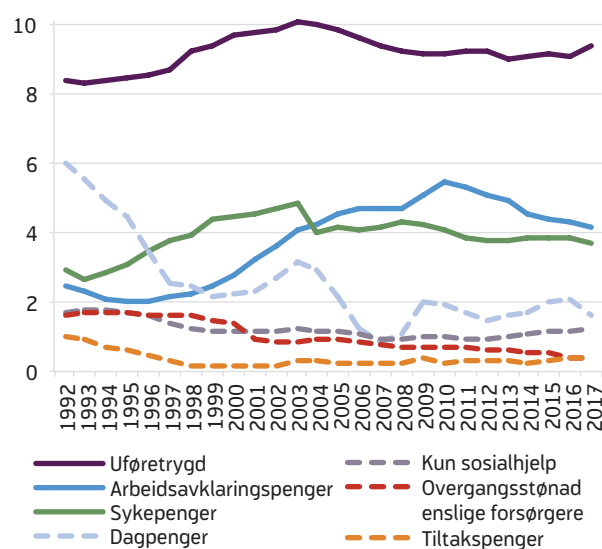
Siden 2003 har andelen med trygdeytelse gått ned, bortsett fra en midlertidig økning knyttet til finanskrisen i 2009. Nedgangen i andel mottakere siden 2003 skyldes flere forhold. En viktig faktor er tidsbegrensningen på dagpenger fra maksimalt tre til maksimalt to år i 2003, samtidig som ledigheten aldri igjen er blitt så høy som på 90-tallet. På de helserelaterte ytelsene var det flere viktige regelendringer i 2004: Innføring av tidsbegrenset uførestønad og innføring av aktivitetskrav på sykepenger. I 2010 rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uførestønad avviklet og erstattet med arbeidsavklaringspenger. Innføringen av arbeidsavklaringspenger innebar en tydeligere maksgrense for perioden man kunne motta midlertidige helserelaterte ytelse. Både i antall mottakere og som andel av befolkningen har mottakere av arbeidsavklaringspenger falt kontinuerlig siden innføringen av ytelsen (figur 2). Dette fallet kom etter at andelen som mottar arbeidsavklaringspenger og dens forløpere var mer enn fordoblet siden slutten av 90-tallet frem til 2010, fra 2,4 prosent i starten av perioden til 5,5 prosent i 2010. I 2017 er andelen av befolkningen som mottar arbeidsavklaringspenger redusert til 4,1 prosent. Denne reduksjonen har skjedd uten en tilsvarende økning i andelen av befolkningen som mottar uføretrygd. Andelen med uføretrygd har stabilisert seg på i overkant av 9 prosent de siste årene, etter en topp på ca. 10 prosent av befolkningen i 2003. Også for sykepenger ser vi en topp i 2003, etterfulgt av en stabilisering på et lavere nivå i årene etter (figur 2).

Samlet har andelen som mottar en helserelatert ytelse gått ned siden 2003, fra 18,5 prosent til 16,9 prosent i 2017 (figur 3). I et litt lengre perspektiv ser vi imidlertid en økning i omfanget av helserelaterte ytelse i befolkningen. Andelen var i 1992 på 13,5 prosent. Sammenliknet med starten av perioden har alle de

Figur 1. Antall (venstre akse) og prosentandel av befolkningen (høyre akse) som mottar en ytelse fra NAV per 31.12 1992–2017. Justert for dobbelttelling.



Figur 2. Antall trygdemottakere som andel av befolkningen per 31.12 årene 1992–2017, Prosent.



helse relaterte ytelsene økt noe, men størst økning ser vi for arbeidsavklaringspenger (og dens forløpere).

Overgangsstønad til enslige forsørgere er i dag en svært marginal ytelse som ikke benyttes av så mange. I 2001 ble det færre som hadde rett på slik ytelse fordi det ble knyttet begrensninger til barnets alder (se om regelendringer i faktaboksen i vedlegget). I 2012 ble aktivitetskravet for de som mottar overgangsstønad skjerpet, noe som også førte til en ytterligere nedgang i antallet mottakere (Bjørnstad, 2015).

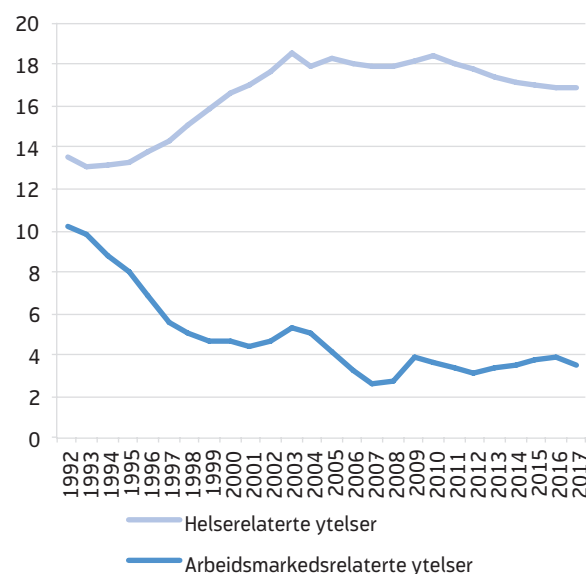
Andelen som mottar sosialhjelp er ganske stabil, men lå høyt på 90-tallet da ledigheten var høy. Prosentandelene har gått fra 1,7 i 1992 til 1,2 prosent i 2017.

Sammenlignet med 90-tallet utgjør de helse relaterte ytelsene i dag en langt større andel av ytelsene som gis av NAV (figur 3). Dette skyldes dels at det har blitt flere eldre i befolkningen og at bruk av helse relaterte ytelser øker kraftig med alderen, som det går frem av avsnittene nedenfor. Det skyldes også at arbeidsledigheten var svært høy på 90-tallet. Ledigheten har ikke vært nådd samme nivået senere.

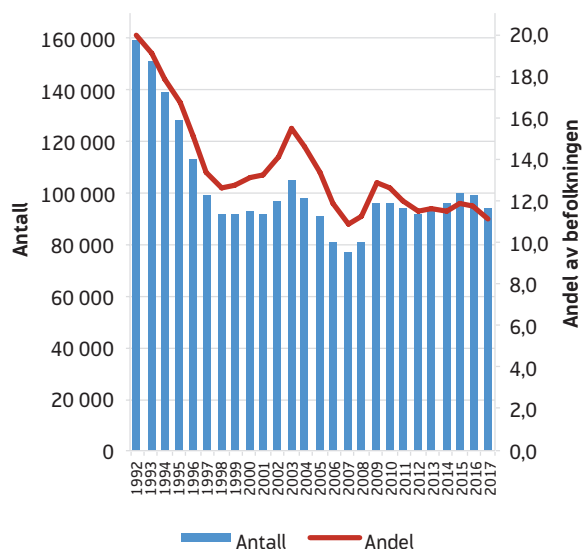
Fra 2004 ser vi imidlertid at en stabil eller svakt synkende andel av mottakerne mottar helse relaterte

ytelser, dette til tross for at befolkningen i snitt blir eldre. Det skyldes hovedsakelig en kraftig reduksjon i antall mottakere av helse relaterte ytelser i aldergruppen 50–61, og i aldergruppen over 62, men også en moderat reduksjon i antallet mottakere i aldergruppen 30–49 år. Blant de yngste ser vi imidlertid en økning, særlig når vi ser bort i fra sykepenger, noe vi skal se nærmere på senere i artikkelen.

Figur 3. Andel mottakere i prosent av befolkningen per 31.12 1992–2017. Justert for dobbelttelling



Figur 4. Antall (venstre akse) og prosentandel (høyre akse) av befolkningen 18–29 år med livsoppholdsytelser.



Færre unge mottar ytelser fra NAV

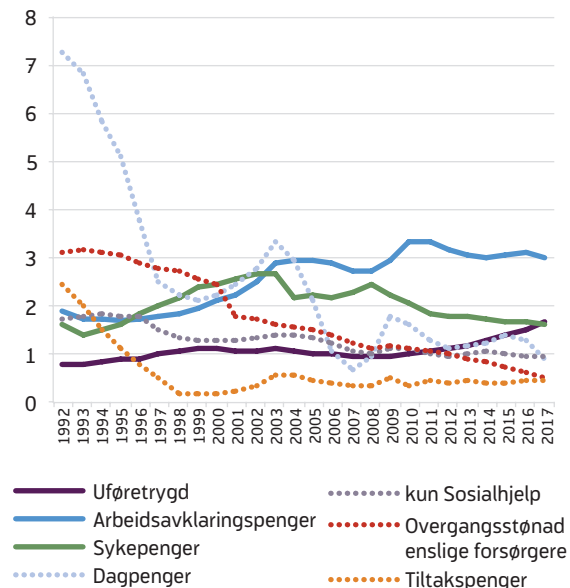
Samlet sett har det vært nesten en halvering i bruk av NAV-ytelser blant de yngste fra 1992 og fram til i dag (figur 4). Om lag 11,2 prosent av befolkningen mellom 18 og 29 år mottok ved utgangen av 2017 en eller flere ytelser fra NAV. Dette er en nedgang fra 19,9 prosent i 1992, og også en nedgang sammenliknet med 2010 da andelen lå på 12,6 prosent.

Vi ser i figur 5 at arbeidsavklaringspenger (og dens forløpere) er blitt en svært viktig ytelse i denne aldersgruppen, mens bruken av dagpenger, som utgjorde den desidert største ytelsen for unge på 90-tallet, er redusert betraktelig. I 2017 var arbeidsavklaringspenger den største av ytelsene i denne aldersgruppen. De siste årene har antall mottakere av uføretrygd økt, samtidig som antall på arbeidsavklaringspenger stort sett har gått ned.

At bruken av dagpenger er redusert skyldes både lavere sysselsetting blant de unge (langt flere unge er nå under utdanning), men også endringer gjennom dagpengereformen i 2003, hvor den maksimale varigheten som dagpengemottaker ble redusert fra 3 til 2 år, og fra 1 til et halvt år for de med inntekt for de mellom 1,5 og 2 G.¹

¹ Denne utviklingen finner vi selv om vi holder innvandrerbefolkningen utenfor (se vedlegg).

Figur 5. Andel av befolkningen 18–29 år som mottar en livsoppholdsyttelse. Prosent.

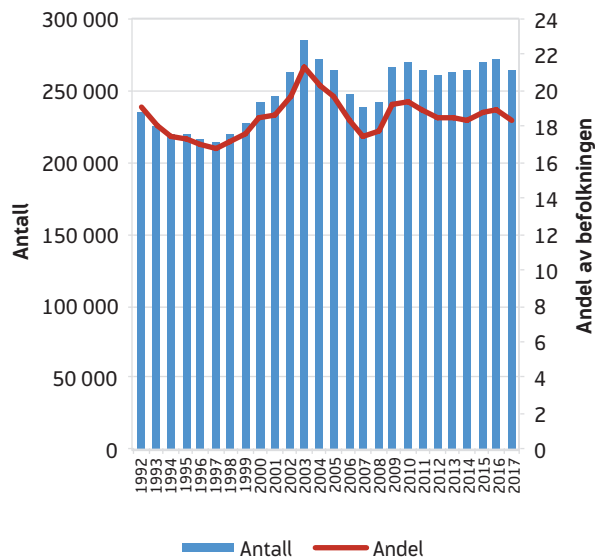


Flere på trygd mellom 30 og 49 år

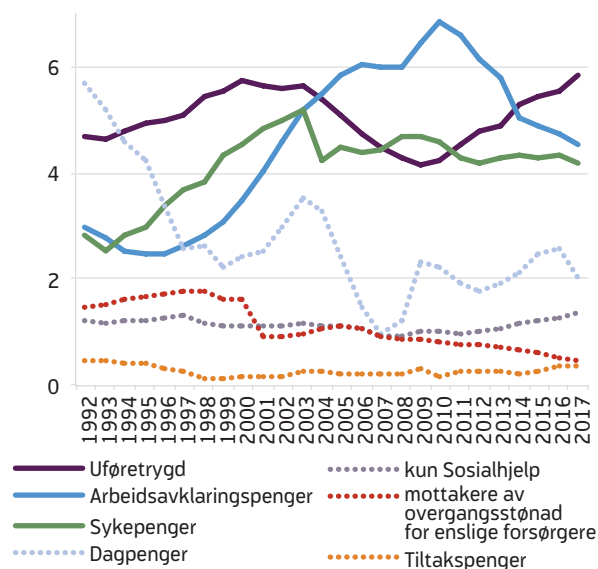
I denne aldersgruppa har andelen med inntektssikringsytelser knyttet til helse eller arbeidsledighet vært stabil sammenlignet med nivået i 1992, da 19,1 prosent av befolkningen fikk en eller flere slike ytelser (figur 6). I 2017 var det 18,3 prosent av befolkningen denne aldersgruppen som mottok en trygdeytelse fra NAV. Nivået er likevel betydelig lavere enn i 2003 da 21,3 prosent i aldersgruppa hadde en eller flere ytelser.

Det er et påfallende trekk ved utviklingen at andelen uføre og andelen som mottar arbeidsavklaringspenger (og dens forløpere) speiler hverandres utvikling i perioden 2000 til 2017 (figur 7). Det er to motstridende hensyn som skal tas i avgrensningen mellom det å gi en tidsbegrenset helserelatert ytelse og det å innvilge varig uføretrygd. Det første hensynet er at alt skal være prøvd for å hindre at personer havner på varig uføretrygd dersom det er mulighet for å klare seg i arbeid. Det andre er at det ikke bør gå for lang tid før personer som har alvorlige helseproblemer får innvilget en varig ytelse og dermed får sin avklart situasjon og en varig inntektssikring, når dette er den eneste muligheten. Kann og Kristoffersen (2015) viste at det har skjedd markante endringer i fordelingen mellom varig uføretrygd og de midlertidige ytelsene siden 2001–2002, men at dette snudde med innføringen av arbeidavklaringspenger i 2010. Mens det før arbeids-

Figur 6. Antall (venstre akse) og prosentandel (høyre akse) av befolkningen 30–49 år med livsoppholdsytelser.



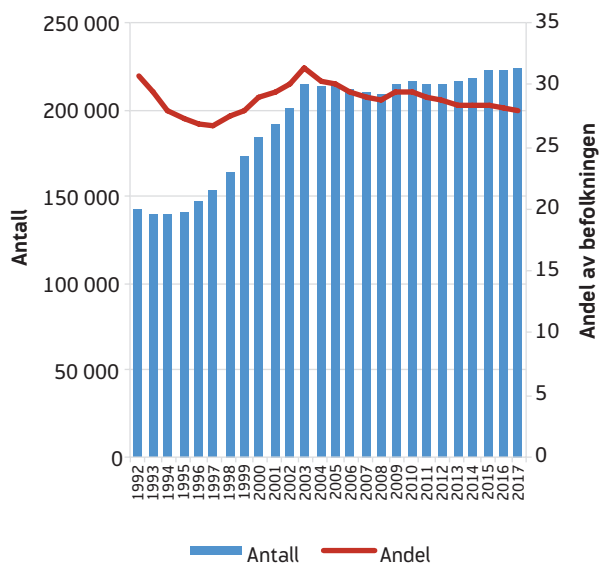
Figur 7. Andel av befolkningen som mottar en 30–49 år livsoppholdsyttelse. Prosent.



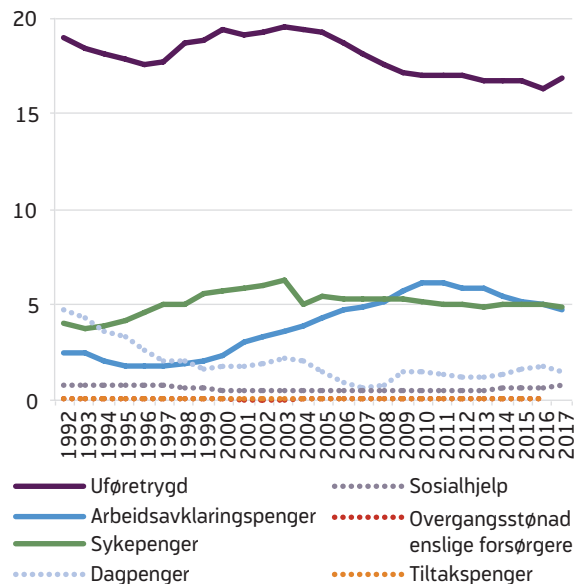
avklaringspenger var en opphopning av personer på midlertidige helserelevante ytelser, er det nå en litt raskere overgang til uføretrygd for personer uten andre alternativer (Lande 2014, Kann og Kristoffersen 2015).

De mellom 50 og 61 år har hatt nedgang i lang tid
 Aldersgruppa 50–61 år mottar hovedsakelig helse-relaterte ytelser, og i denne aldersgruppa er det også en langt høyere andel som mottar ytelser enn i de yngre aldersgruppene (figur 8). Når denne gruppa i

Figur 8. Antall (venstre akse) og prosentandel (høyre akse) av befolkningen 50–61 år med livsoppholdsyttelser. Prosent.



Figur 9. Andel av befolkningen i alderen 50–61 år som mottar en livsoppholdsyttelse. Prosent.



befolkningen vokser, vil derfor andelen som mottar helserelaterte ytelser øke (alt annet konstant). I 2017 er denne aldersgruppa større enn den var i 1996 og 2003, og den øker stadig (se faktaboks om befolkningen i vedlegg). Det er mottak av uføretrygd som dominerer i denne aldersgruppa, deretter kommer sykepenger og arbeidsavklaringspenger (figur 9). Samlet sett mottok 31 prosent av befolkningen i denne aldersgruppa livsoppholdsytelser fra NAV i 1992. Siden 2003 har det vært en kontinuerlig nedgang i bruken av trygdeytelser, og i 2017 var det 28 prosent av befolkningen i denne aldersgruppen som fikk en ytelse fra NAV. Det er altså en nedgang i andelen med ytelse siden 2003. Dette til tross for at sysselsettingen økte betydelig i perioden. Det er særlig kvinner i denne aldersgruppa som har økt sin arbeidsdeltagelse betydelig og derved også i økende grad har fått rett på ytelser som dagpenger og sykepenger, men likevel har andel av befolkningen med ytelse gått ned. At uføreandelen har gått så mye ned, skyldes antagelig bedre helse blant de eldste. Andelen uføretrygdde mellom 50 og 61 år har aldri vært så lav som i 2017.

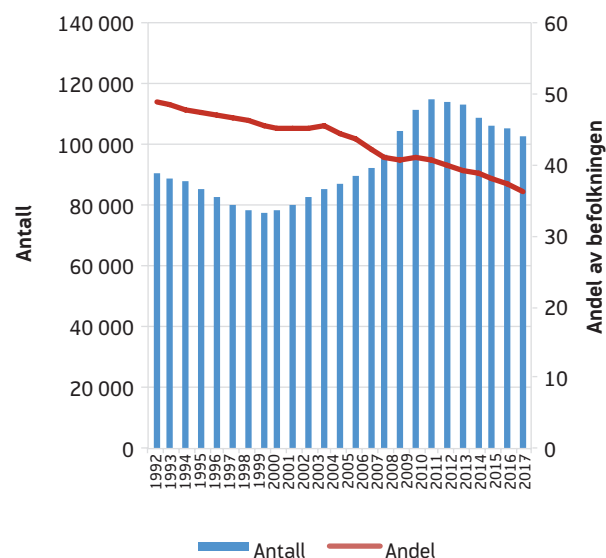
Kraftig nedgang blant de eldste

Siden 1992 har det vært en stor nedgang for mottakere av NAV-ytelser i alderen 62–66 år. Dette er en kjent utvikling og skyldes nedgang i bruk av uføretrygd og økt yrkesdeltagelse blant de eldste. Selv om vi ser at sykepengeandelen er stabil så må det ses i sammenheng med den økte sysselsettingen i aldersgruppen. Det betyr at de som er i arbeid er mindre syke i 2017 enn de var i 1992 (figur 10 og 11).

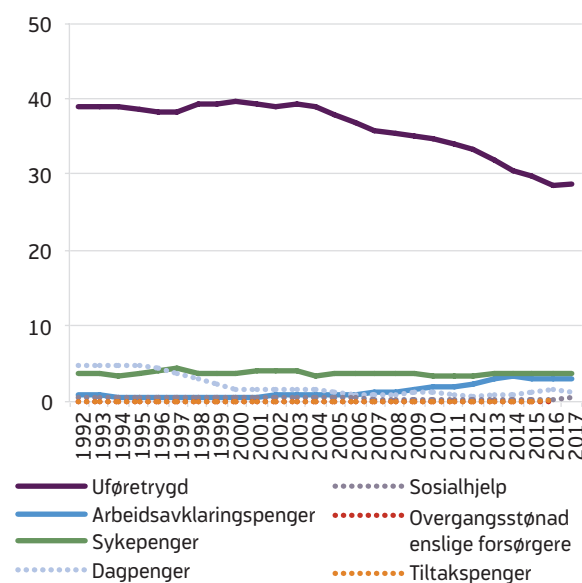
Kan stabil utvikling forstås som økt medikalisering?

Vi har undersøkt om det har det vært en dreining mot mer bruk av helserelaterte ytelser i forhold til arbeidsmarkedsrelaterte ytelser, som andel av befolkningen. Når vi ser på hvor stor andel av NAV mottakerne som er mottakere av helserelaterte ytelser, så kan endringer i denne andelen både komme av at bruken av de arbeidsmarkedsrelaterte ytelsene minker, og at bruken av de helserelaterte ytelsene øker (eller begge deler). Dersom det er færre arbeidsledige (f.eks. fordi arbeidsledigheten reduseres), kan vi ikke snakke om en medikaliseringstrend selv om de helserelaterte ytelsene utgjør en større andel av alle med NAV

Figur 10. Antall (venstre akse) og prosentandel (høyre akse) av befolkningen 62–66 år med livsoppholdsytelser. Prosent.



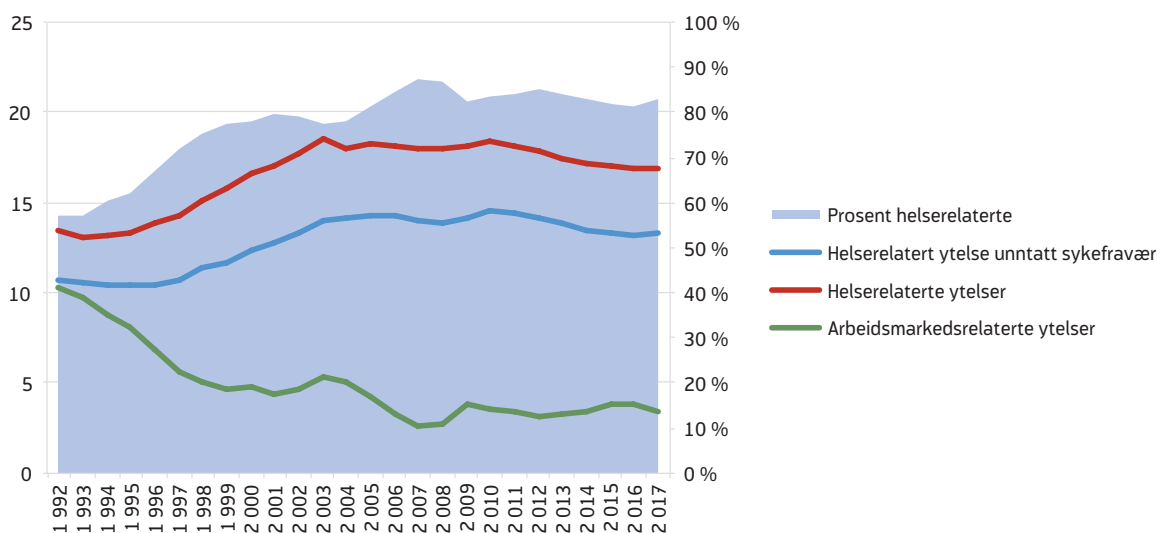
Figur 11. Andel av befolkningen i alderen 62–66 år som mottar en livsoppholdsyttelse. Prosent.



ytelser. Terum og Hatland (2014) argumenterer for at det har vært en trend med økende medikalisering av ytelsene, men de ser kun på andeler og ikke på om det er fall i ledigheten, eller om det er en økning i bruk av de helserelaterte ytelsene, eller begge deler, som forårsaker dette. De ser også på befolkningen under ett, og tar da ikke hensyn til aldringen i befolkningen, som i seg selv medfører at flere er på helserelaterte ytelser fordi risiko for alvorlig sykdom øker med

alderen. I figur 12 ser vi utviklingen for befolkningen samlet, og vi ser at endringen i andelen med helserelaterte ytelser skyldes vel så mye en reduksjon i arbeidsmarkedsrelaterte ytelser som en økning i bruk av helserelaterte ytelser. Bruken av helserelaterte ytelser er stabil fra 2003, og faller svakt i 2010–2017. På 90-tallet (egentlig fra 1987/1988) var arbeidsledigheten høy, og har aldri vært så høy senere. Sammenlignet med 90-tallet er derfor de arbeidsledsmarkedsrelaterte ytelsene

Figur 12. Andel av befolkningen med ytelser i aldersgruppen 18–66 år (venstre akse), og prosent av ytelsene som er helserelaterte (høyre akse). Prosent.



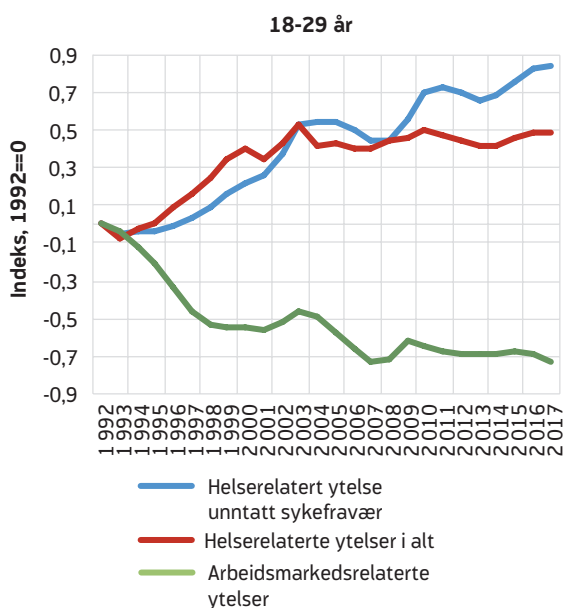
Tabell 2. Andel av befolkningen med ytelser 1992, 2003 og 2017, andel av trygdemottakerne som mottar en helserelatert ytelse, samt prosentvis endring mellom årene.

Alder	Ytelser	1992	2003	2017	1992-2003	1992-2017	2003-2017
		Nivå	Nivå	Nivå	Endring	Endring	Endring
18-66 år	Helserelatert ytelse unntatt sykefravær	11	14	13	30%	24%	-5%
18-66 år	Helserelatert ytelse i alt	14	19	17	37%	25%	-9%
18-66 år	Arbeidsmarkedsrelaterte ytelser	10	5	3	-48%	-66%	-35%
18-66 år	Prosent helserelaterte	57%	72%	79%	27%	39%	10%
18-29 år	Helserelatert ytelse	5	7	6	47%	39%	-5%
18-29 år	Arbeidsmarkedsrelaterte ytelser	14	7	3	-54%	-81%	-59%
18-29 år	Prosent helserelaterte	24%	10%	22%	-59%	-6%	129%
30-49 år	Helserelatert ytelse	8	11	14	41%	90%	34%
30-49 år	Arbeidsmarkedsrelaterte ytelser	5	6	4	21%	-12%	-28%
30-49 år	Prosent helserelaterte	62%	65%	78%	6%	26%	19%
50-61 år	Helserelatert ytelse	26	29	26	9%	-2%	-10%
50-61 år	Arbeidsmarkedsrelaterte ytelser	6	3	2	-53%	-60%	-14%
50-61 år	Prosent helserelaterte	82%	91%	92%	11%	12%	0%
62-66 år	Helserelatert ytelse unntatt sykefravær	43	42	34	-3%	-20%	-18%
62-66 år	Arbeidsmarkedsrelaterte ytelser	6	2	2	-69%	-69%	0%
62-66 år	Prosent helserelaterte	89%	96%	95%	8%	7%	-1%

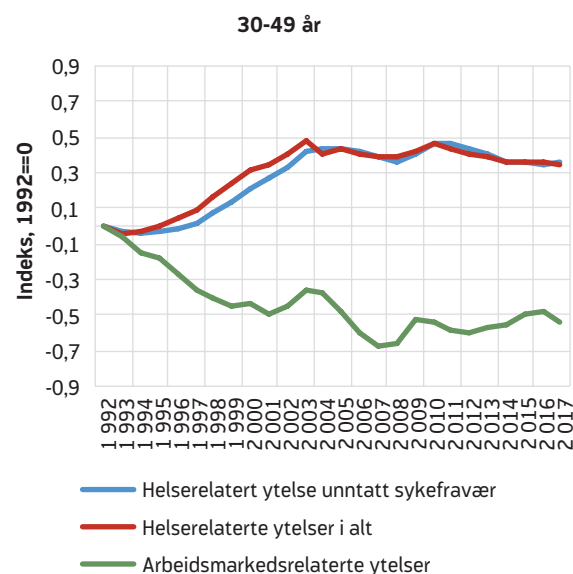
gått ned i alle aldersgrupper som andel av befolkningen (tabell 2, figur 12). Dagpengebruken er redusert av to grunner, dels at arbeidsledigheten er redusert og dels at

maksimal varighet på dagpenger ble redusert fra tre til to år i 2003 (Falch m.fl. 2011). Nedenfor ser vi litt nærmere på utviklingen over tid i hver aldersgruppe for

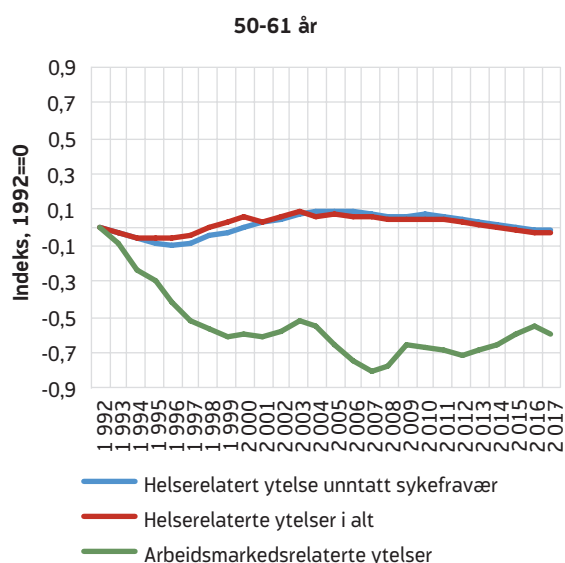
Figur 13. Indeks (1992=0). Endring i andel av befolkningen med ytelser i aldersgruppen 18–29 år, prosent.



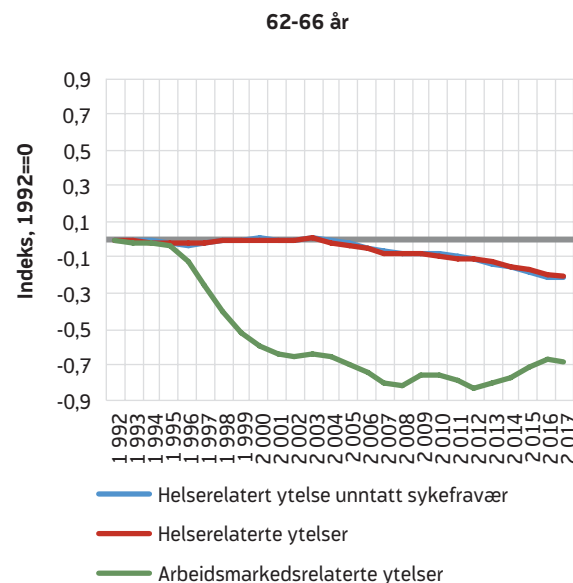
Figur 14. Indeks (1992=0). Endring i andel av befolkningen med ytelser i aldersgruppen 30–49 år, prosent.



Figur 15. Indeks (1992=0). Endring i andel av befolkningen med ytelser i aldersgruppen 50–61 år, prosent.



Figur 16. Indeks (1992=0). Endring i andel av befolkningen med ytelser i aldersgruppen 62–66 år, prosent.



seg. Vi beregner her andelen på helserelaterte ytelser uten å ta med sykepenger.²

Bruken av de helserelaterte ytelsene økte kraftig i alle aldersgrupper i perioden 1992–2003. Men fra 2003/2004 er det redusert eller stabil bruk av helserelaterte ytelser i alle aldersgrupper unntatt for de yngste (som andel av befolkningen i aldersgruppen) (tabell 2, figur 13–16).

For de som har ytelser fra NAV utgjør nå de helserelaterte ytelsene en stadig større andel, fordi dagpengebruken har gått ned i samme periode. Når vi ser bare på de som mottar en NAV-ytelse har det vært en trend med økt medikalisering (mer bruk av helserelaterte ytelser) fra 1992–2003, men etter dette har bruken av helserelaterte ytelser gått tilbake samlet sett, i alle aldersgrupper unntatt for de yngste.

Blant de yngste øker andelen som mottar helserelaterte ytelser både som en følge av at bruken av helserelaterte ytelser øker gjennom hele perioden og at dagpengebruken reduseres. Det siste skyldes dels redusert ledighet, dels at færre unge er sysselsatt og har rett på dagpenger, og dels at varigheten på dagpenger ble redusert. Denne utviklingen mener vi kan forstås som en «medikalisering».

Oppsummering

Det er store endringer i hvilke NAV-ytelser som benyttes mest, men små endringer i andelen av befolkningen som lever av trygd. Om lag 20 prosent av befolkningen har en livsoppholdsytelse fra NAV³, og dette har vært ganske stabilt over tid. I perioden 1994–2017 var det flest som hadde livsoppholdsytelser fra NAV i 2003, og det var også en topp i 2009. Disse topppunktene er hovedsakelig knyttet til lavkonjunkturer i økonomien. Lima (2016) finner en klar økning bruken av arbeidsavklaringspenger når ledigheten øker.

² Dette bl.a. fordi vi ikke har statsansatte fordelt på aldersgrupper, og statsansatte ikke er inkludert i sykefraværstallene før 2000. Det innebærer at sykefraværstallene før 2000 er ikke sammenlignbare med etter 2000 når vi fordeler på alder.

³ Når vi ser bort fra foreldrepenger som er knyttet til antall fødsler

Utviklingen blant de unge er bekymringsfull. Selv om andelen på trygd er stabil, har helserelaterte ytelser overtatt i økende grad. Dette kan enten skyldes redusert helse, eller at inngangsvilkårene til ytelsene knyttet til helse fører til en medikaliseringstrend, der vilkåret for å få inntektssikring knyttes til en diagnose, og slik sett blir de andre problemene ungdommene har, kanskje i mindre grad tatt tak i.

Tiltak for å bremse veksten i helserelaterte utgifter ser ut til å ha hatt stor effekt, men mer for de eldre enn de yngre. Særlig vil vi nevne aktivitetskravet på sykepenger i 2004, som ga kraftig reduksjon i sykefraværet og lavere rekruttering til langvarige helserelaterte ytelser som arbeidsavklaringspenger (og dens forløpere), og uføretrygd. Aktivitetskravet på sykepenger innebar ulemper og kostnader for begge parter uten at hverken arbeidsgiverbetaling økte eller at kompensasjonsgraden på sykepenger ble redusert. Det ligner derfor i intensjon på det som ble foreslått av Sandmanutvalget (NOU 2000, 27), nemlig at arbeidsgiverne må ta større ansvar (tilrettelegging for personer med gradert sykemelding), og arbeidstaker må betale mer (gjennom å arbeide delvis).

Det er samlet sett ikke vekst i bruken av helserelaterte ytelser, men nedgang i bruken av dagpenger og til dels også overgangsstønad til enslige forsørgere bidrar til at det er flere mottakere av helserelaterte ytelser nå enn på 90-tallet. Å redusere dagpengeperioden var et grep for å redusere utgifter og øke insitamentene til å finne seg arbeid. Det har også vært innstramminger i reglene for enslige forsørgere av samme grunn. På den ene siden kan dette tolkes som at det har ført til en uintendert forflytting av brukere over på helserelaterte ytelser, men da skulle andelen på helserelaterte ytelser økt. Det har den ikke gjort siden 2003. Derimot har dagpengebruken har gått ned, og derfor utgjør de med helserelaterte ytelser en større andel av totalen.

Politiske konsekvenser

Sykefraværet en viktig nøkkel

De aktivitetsrettede endringene i sykemeldingsreglene juli 2004 - bl.a. med økt bruk av graderte sykemeldinger - medførte et fall i sykefraværet blant norske arbeidstakere på over 20 prosent (Markussen,

2010). Sammenlignet med reformer der sykelønna kuttet var denne nedgangen i sykefraværet betydelig. Ulike studier av sykelønnsreduksjon sett under ett kan tyde på at en 10 prosent nedgang i sykelønna reduserer sykefraværet med omlag 10 prosent (ibid.). Markussen konkluderer med at innføringen av aktivitetskravet i 2004 ga en reduksjon i sykefraværet tilsvarende det en ville fått ved å kutte sykelønna til 75 prosent av inntekten. Denne endringen har blitt relatert hovedsakelig til endringer i legenes sykemeldingspraksis i forbindelse med aktivitetskravet (se Kann og Brage 2007, Markussen m.fl. 2012).

I forkant av IA-avtalen leverte Sandman-utvalget i 2000 rapporten «Sykefravær og uførepensjonering – Et inkluderende arbeidsliv». Sandman-utvalget foreslo å ansvarliggjøre arbeidstaker og arbeidsgiver mer bl.a. ved å endre sykelønnsordningen slik at arbeidsgiver skal dekke 20 prosent av sykepengene fra dag 16, og på den måten ha incentiver til å ta langtidssyke tilbake i arbeid. De foreslo også å kutte kompensasjonsgraden for sykepengene til 80 prosent de første 16 dagene, slik at arbeidstaker også skulle betale for deler av ulempen med sykefraværet og samtidig redusere misbruk av ordningen til et minimum. Arbeidstakerorganisasjonene var negative til kutt i kompensasjonsnivå, og arbeidsgiverorganisasjonene var negative til forslaget om at arbeidsgiver skulle betale en større andel.

Da sykefraværet fortsatte å vokse 2000–2003 ble det i kjølvannet av midtveisevurderingen i IA-avtalens første avtaleperiode gjennomført drøftinger i partssammensatte arbeidsgrupper som foreslo å innføre aktivitetskrav. Dette ble innført i 2004, og var et kompromiss der arbeidstaker må bidra med sin restarbeidsevne, og arbeidsgiver får en tydeligere plikt til å tilrettelegge for delvis deltakelse på arbeidsplassen. Sykemeldte må snarest mulig, og senest innen 8 uker, være delvis på jobb. Derved gis arbeidsgiver større ansvar og kostnad for tilrettelegging. Disse grepene speiler intensjon av Sandman-utvalget forslag, nemlig at arbeidsgiverne må ta større ansvar (tilrettelegging for personer med gradert sykemelding), og arbeidstaker må betale mer (gjennom å arbeide delvis). Dette innebærer slik sett ulemper og kostnader for begge parter

uten at hverken arbeidsgiverbetaling økte eller sykepengeutbetalingene ble redusert.

Analysene i denne artikkelen og tidligere artikler (Kann m.fl. 2012, Kann m.fl. 2013b, Kann og Lima 2015) viser at sykefraværet har stor betydning for antall nye mottakere til de midlertidige helserelaterte ytelsene. Det vil si at effektive tiltak rettet mot å redusere sykefraværet også vil kunne redusere antall nye mottakere av arbeidsavklaringspenger og således også redusere antallet nye uføretrygdede. Hedmark har gjennomført ulike tiltak som har gitt betydelig reduksjon i sykefraværet og som senere også medførte betydelig reduksjon i antall nye mottakere med arbeidsavklaringspenger (Kann m.fl. 2014 og Kann og Lima 2015). Også når vi ser de helserelaterte ytelsene samlet (Kann 2013b) ser det ut til at fallet i sykefraværet i 2004 har hatt stor innvirkning på utviklingen i antall uføre og antall på arbeidsavklaringspenger (og dens forløpere). Sykefraværet falt som nevnt med 15–20 prosent etter innføringen av aktivitetskravet på sykepenger i 2004 (Kann og Brage 2007, Markussen m.fl. 2010, Markussen m.fl. 2012, Kann m.fl. 2012). Året etter ble antallet som brukte opp sykepengerrettighetene redusert med 22 prosent (Kann m.fl. 2013a). Når antallet som bruker opp sykepenge-rettighetene går ned, blir overgangen til mer langvarige helserelaterte ytelser også redusert. Implikasjonene av dette er at reduksjon av sykefraværet kan være nøkkelen til å redusere antallet som bruker opp sykepengerrettighetene, og dermed få ned antallet som får går over på til arbeidsavklaringspenger.

Helse i befolkningen – Bekymringsfull utvikling blant de unge

Etter veksten i de helserelaterte ytelsene fra 90-tallet og fram til 2003, har antall på helserelaterte ytelser vært stabilt samlet sett. For aldergruppene over 30 år har det vært en nedgang i andelen av befolkningen med helserelaterte ytelser etter 2010. For de unge så vi en svak nedgang i årene etter 2010, men fra 2013 har andelen på helserelaterte ytelser økt blant de yngste. I tillegg, når vi ser bort fra sykepenger, så har antall på de mer varige helserelaterte ytelsene (uføretrygd og arbeidsavklaringspenger (og dens forløpere) økt jevnt siden 90-tallet. Det kan være slik at flere er syke og kvalifiserer til ytelser innenfor lovens inten-

sjon. Ifølge Folkehelseinstituttets folkehelse rapport viser data fra Reseptregisteret og ulike helseundersøkelser en vekst i psykiske plager blant unge (Folkehelseinstituttet 2016). Folkehelseinstituttet mener det ikke er urimelig at en del av den rapporterte økningen i psykiske plager er reell. Noen sikker konklusjon om utviklingen finnes ikke. Det er derfor uklart om utviklingen speiler at ungdom er blitt sykere generelt, eller om det for eksempel også skyldes en økt tendens til å diagnostisere mer generelle mestringsproblemer knyttet til forhold som frafall fra skole, sosial mistilpassning og rus, dvs. en utvikling i retning av en medikalisering?

Forskning har vist et stort innslag av substitusjon mellom arbeidsledighetstrygd og helserelaterte ytelser. Årsaken til at man kommer inn på helserelaterte ytelser er ofte mangel på (passende) arbeid (se for eksempel Black m.fl. 2002, Autor and Duggan 2003, Rege m.fl. 2009, og Bratsberg m.fl. 2013). Dette indikerer at når arbeidsledigheten er på vei opp følger en lang periode med økt tilstrømming til helserelaterte ytelser som uføretrygd og AAP (se Røed 2012). Lima (2016) fant også en kraftig økning i arbeidsavklaringspenger i aldersgruppa 18–29 år da ledigheten økte i Rogaland.

Flere unge tar utdanning

Vi har hentet tall over studenter fra SSB som viser at stadig flere unge er i utdanning. Fra 1992 til 2016 har andelen økt fra 20-35 prosent i aldersgruppen 19-24 og fra 11-16 prosent i aldergruppen 25-29 år, og disse lever da hovedsakelig av studielån.⁴

Er alle hos NAV «utenfor»?

Vi har nå sett på et tverrsnitt av hvor mange som er på NAV-ytelser. Det er mye oppmerksomhet og bekymring knyttet til hvor mange i yrkesaktiv alder som står utenfor arbeidslivet. Å kalle det å få en NAV-ytelse for «utenforskap» gir assosiasjoner til at de som får ytelser er en gruppe mennesker som aldri er i arbeid. Det er feil. De aller fleste som mottar en ytelse gjør det i en begrenset periode og går etter det tilbake til arbeid, eller over på alderpensjon. Å redusere utenforskap handler i stor grad om å redusere *tiden* man har behov for inntektssikring fra NAV. Svært få mottar ytelser gjennom hele livet. Dette ser vi nærmere på i en annen artikkel i dette nummeret av Arbeid og Velferd (Kann og Sutterud 2017).

.....

⁴ NAV har ikke utdanningsdata, så vi vet ikke hvor mange av studentene som samtidig mottar livsoppholdsytelser. De fleste ytelsene kan ikke kombineres med utdanning ifølge regelverket, så antall som kombinerer ytelser med utdanning vil begrense seg til et fåtall som får NAV-støtte nettopp for å ta utdanning.

Vedlegg

Ytelsene vi omtaler i denne artikkelen og artikkelen «Utenforskap og trygdeordningenes rolle: Sikkerhetsnett eller hvilepute?»

Hovedvilkårene for å få dagpenger er at en: har fått redusert arbeidstiden med minst 50 prosent, har fått utbetalt arbeidsinntekt med minst 1,5 G (grunnbeløpet i folketrygden) i forrige kalenderår, eller minst 3 G totalt de siste tre kalenderårene. Foreldrepenger, svangerskapspenge og svangerskapsrelaterte sykepenge blir regnet med i kravet til minsteinntekt. Man må være registrert arbeidssøker og er reell arbeidssøker, og som hovedregel ikke skal skoleelev eller student. Dagpengebeløpet utgjør 62,4 prosent av inntektsgrunnlaget. En kan få dagpenger i 24 måneder med et inntektsgrunnlag på minst 2 G, og i 12 måneder med et inntektsgrunnlag under 2 G.

Viktige regelendringer: 1. januar 2003 ble dagpengeperioden forkortet fra 3 til 2 år for de med inntekt over 2 G og fra ½ til 1 år for de med inntekt mellom 1,5 og 2 G. Det betyr at både varighet og hvilke grupper som hadde rett til dagpenger ble kraftig redusert.

Hovedvilkåret for å få sykepenge er at en er arbeidsufør på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes egen sykdom eller skade, har vært i jobb i minst fire uker umiddelbart før en ble arbeidsufør og har et inntektsgrunnlag som utgjør minst 50 prosent av grunnbeløpet i folketrygden (0,5 G). Denne inntektsgrensen gjelder ikke for sykepenge i arbeidsgiverperioden. Sykepengebeløpet utgjør 100 prosent av inntektsgrunnlaget opptil 6 G. Det er også mange arbeidstakere som får kompensert lønn over 6 G av arbeidsgiver. En kan få sykepenge i 12 måneder. Det er imidlertid alltid mange som allerede har brukt opp deler av sykepenge rettighetene og som med ny sykepengeperiode dermed vil ha kortere rettigheter enn 12 måneder. Hvis sykepenge rettighetene er brukt opp er det i hovedsak tre alternative offentlige inntektssikringskilder; arbeidsavklaringspenge, dagpenger eller økonomisk sosialhjelp. Omtrent 65 prosent av de som bruker opp sykepenge rettighetene får innvilget arbeidsavklaringspenge.

Viktige regelendringer:

2004: Nye regler for sykmelding og for oppfølgingsarbeid. Innføring av aktivitetskrav ved 8 uker og ny sykmeldingsblankett. Gradert sykmelding ble en viktigere del av oppfølgingen. **2007:** 1.mars, Innføring av obligatoriske dialogmøter for arbeidsgiver (etter 12 ukers sykmelding) og for NAV (etter 6 måneders sykmelding).

Arbeidsavklaringspenge skal sikre inntekt til de som har fått nedsatt arbeidsevne med minst halvparten på grunn av sykdom eller skade, og som trenger bistand fra NAV for å komme i arbeid. Bistanden kan være arbeidsrettede tiltak, medisinsk behandling eller annen oppfølging fra NAV. Beløpet utgjør 66 prosent av inntektsgrunnlaget med en øvre inntektsgrense på 6 G. Minstesatsen er på 2 G. Ytelsen kan mottas i inntil 4 år, men med mulighet for ytterligere forlengelse etter en særskilt vurdering.

Viktige regelendringer:

2004: Heving av aldersgrensen for skolegang som attføringstiltak fra 22 til 26 år. Samtidig ble det innført tidsbegrensning for bruk av skolegang som attføringstiltak til 3 år.

2004: Tidsbegrenset uførestønad opprettet. Uførepensjonen ble delt i en tidsbegrenset og varig uføreytelse.

2010: Arbeidsavklaringspenge opprettet. Ordningen erstattet rehabiliteringspenge, attføringspenge og tidsbegrenset uførestønad.

Overgangsstønad ytes til et medlem som på grunn av omsorg for barn er midlertidig ute av stand til å forsørge seg selv ved eget arbeid, eller først etter en tid med omstilling eller utdanning kan få et arbeid. Stønad kan gis til enslig mor eller far som har barn under åtte år. For enslig forsørger som er forhindret fra å arbeide på grunn av omsorg for barn som krever særlig tilsyn, kan det innvilges overgangsstønad inntil barnet fyller 18 år. Stønnen består av faste satser som ikke er knyttet til tidligere inntekt, Årlig overgangsstønad utgjør 2,25 G.

Viktige regelendringer:

Stønnenordningen ble lagt om 1998. Endringene medførte en økning i ytelsene, men samtidig ble stønadsperioden kortet ned. Det ble videre stilt krav om yrkesrettet aktivitet for rett til overgangsstønad fra barnet fyller tre år. Bakgrunnen for omleggingen var et ønske om å bedre den økonomiske situasjonen for enslige mødre/fedre når barna var små, og å stimulere til hel eller delvis selvforsørging. Endringene fikk full effekt fra 1.1.2001 etter en treårig overgangsperiode. Dette forklarer hvorfor tallet på enslige mødre/fedre med overgangsstønad gikk kraftig ned fra 2000 til 2001.

Fra og med 1. januar 2012 ble det innført aktivitetskrav for å motta ytelse som enslig mor eller far fra yngste barn fyller ett år, mot tidligere fylte tre år (fra 1. januar 1998).

Formålet med tiltakspenge er å oppfordre til å delta på, og å sikre inntekt for deltakere i arbeidsmarkedstiltak. Deltakerne på arbeidsmarkedstiltak har krav på tiltakspenge i forbindelse med avklaring, arbeidstrening, oppfølging, opplæring, arbeidsrettet rehabilitering, arbeidsforberedende trening, dersom de ikke har rett på dagpenger. Tiltakspenge gis som fast dagsats, uavhengig av tidligere inntekt. Per september 2016 er lav sats 264 kr, høy sats 365 kr og barnetillegg 44 kr.

Økonomisk sosialhjelp skiller seg klart fra de andre ytelsene fra NAV. Den er subsidær, det vil si at den enkelte må ha utnyttet fullt ut alle reelle muligheter til å forsørge seg selv gjennom arbeid, egne midler, familieforsørgelse, trygde rettigheter eller andre økonomiske rettigheter. Videre er det en behovsprøvd og skjønnsbasert stønad, uten krav til tidligere yrkesinntekt. Departementet gir veiledende retningslinjer, men NAV-kontoret skal fastsette nivået på stønnen gjennom en vurdering av hvilke utgifter som er nødvendige for å sikre mottakeren et forsvarlig livsopphold.

Vi har kun sosialhjelpsdata fra 2010, før 2010 baserer vi oss kun på aggregerte data fra SSB, kombinert med anslag på hvordan sosialhjelp kombineres med andre trygdeytelser i perioden

Viktige regelendringer: 1993, aktivitetskrav innføres. Skjerpet aktivitetskrav fra 2014 for personer under 30 år.

G står for grunnbeløpet i folketrygden. Grunnbeløpet benyttes ved fastsettelse av pensjonspoeng og i fastsettelse av inngangsvilkår til flere ytelser. Grunnbeløpet justeres hvert år og per 1.mai 2016 utgjør det 92 576 kr.

Kort om endringer i befolknings sammensetningen

I figuren nedenfor viser vi befolkningen i årene 1994, 2003 og i 2017 fordelt på alder. Vi ser at det er store endringer i hvor mange det er i de ulike aldersgruppene i befolkningen. Hvor mange personer det er i hver aldersgruppe har stor innvirkning på hvilke type henvendelser NAV får på ulike ytelsesområder.

Størrelsen på fødselskullene er avgjørende for alderssammensetningen

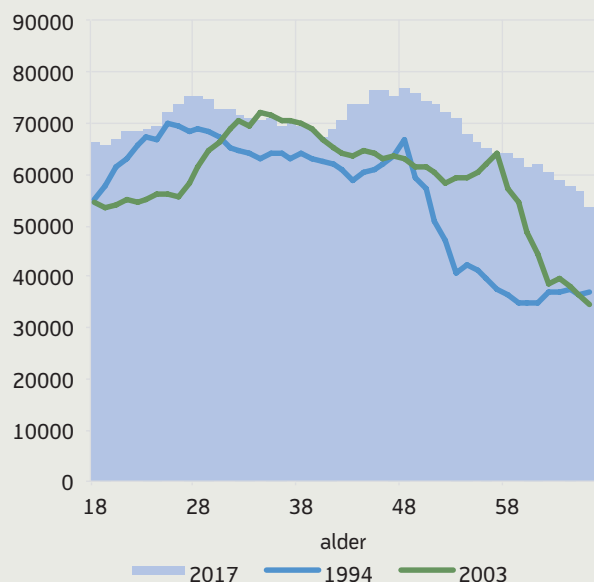
De viktigste faktorene som påvirker hvordan alderssammensetningen i befolkningen er selvsagt størrelsen på fødselskullene. Det har de siste 10 årene vært om lag 60 000 som blir født årlig (figur 20). Men på slutten av 70 tallet og til midten av 1980 tal-

let ble det bare rundt 50 000 i året. Disse kullene er mellom 30 og 40 år i dag, og gir oss en relativt liten populasjon mellom på 30-40. 1946 var et år med svært mange fødte, men disse er over 67 nå, og vi kan se i figur 19 hvordan denne toppen flytter seg fra 2001 til 2008 og til 2017 hvor den ikke lenger er med i bildet. Også fra 1965 til 1971 var fødselskullene store, noe vi ser som en pukkel som forflytter seg mot høyre i figuren.

Innvandring

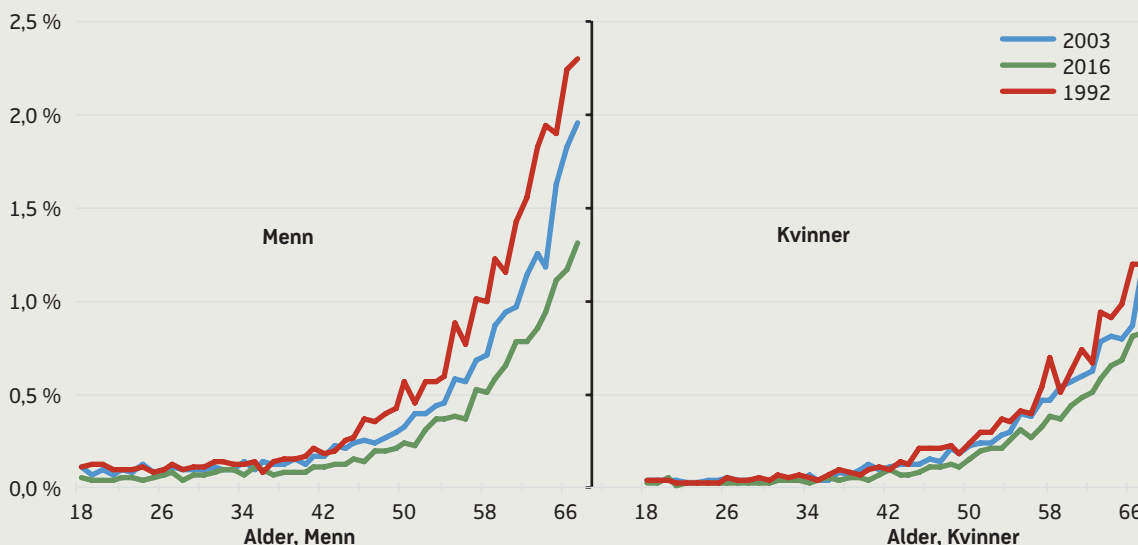
Den andre viktige faktoren for å forstå endringene i befolknings sammensetning er innvandringen. Den utgjør i 2017 om lag 20 prosent av befolkningen i aldersgruppen 18-66 år. Vi definerer

Figur 19. Antall personer bosatt i Norge etter alder i 2017 (areal), 1994 og 2003 (linjer)



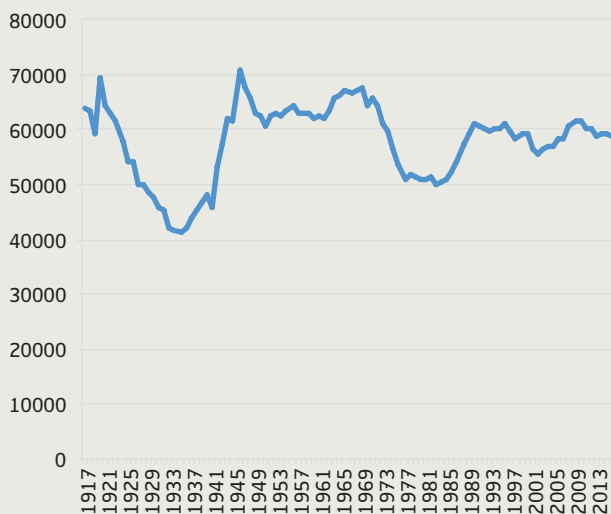
Kilde NAV

Figur 21. Dødelighet 1992, 2003 og 2016, etter alder og kjønn



Kilde SSB

Figur 20. Antall levendefødte 1917-2016



Kilde SSB

innvandrere som at man er født i utlandet. Utvandringen er også betydelig, og i 2016 var det 40 000 som utvandret.

Innvandrere har imidlertid en helt annen alderssammensetning enn de som er født i Norge. Den er også langt mindre forutsigbar og stabil, fordi om lag halvparten av de som kommer reiser ut igjen. De fleste som utvandrer reiser hjem til fødelandet (SSB 2015). I 2016 var utvandringen fra Norge rekordhøy. De fleste innvandrer er unge. Noen år kommer det flere kvinner enn menn, andre år er det motsatt. Det utvan-

drer flest menn, men kjønnsbalansen varierer over tid og mellom aldersgrupper blant innvandrere.

Redusert dødelighet, særlig blant menn over 50

En annen endring som påvirker alderssammensetningen i befolkningen er endring i dødelighet. Vi lever lenger enn før og reduksjonene i dødelighet har vært særlig stor blant menn over 50. Det medfører at det nå like mange menn som kvinner over 50 år (se figur 21).

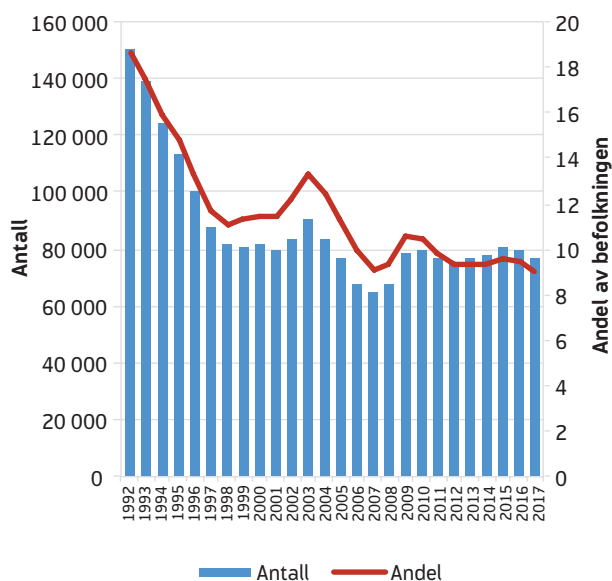
Skyldes nedgangen i antall mottakere under 30 år økt innvandring?

De to siste tiårene har befolkningen i arbeidsdyktig alder gjennomgått store demografiske endringer. De store fødselskullene etter krigen har bidratt til at gjennomsnittsalderen for personer mellom 18 og 66 år har steget. En aldrende befolkning gir naturlig nok økt behov for helserelatert inntektssikring, og vi har derfor i artikkelen presentert tidsserier for utviklingen i andelen trygdemottakere i flere aldersgrupper. Samtidig har EU-utvidelsene etter 2003 medført en kraftig vekst i arbeidsinnvandringen og dermed i befolkningen. Denne veksten har i hovedsak kommet i aldersgruppene under 45 år, og det er en overvekt av menn. Den sterke befolkningsveksten knyttet til arbeidsinn-

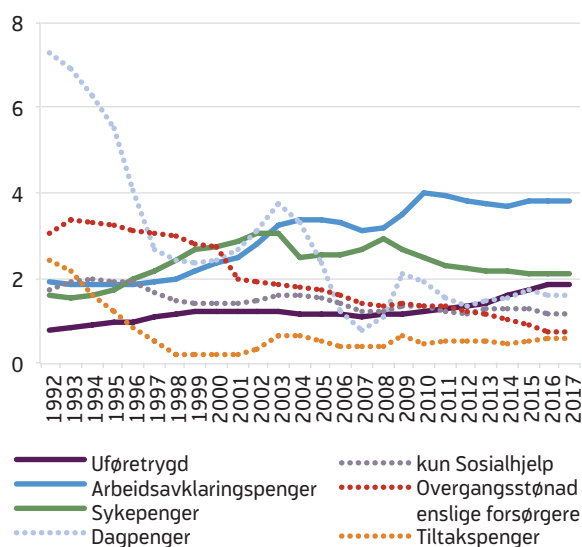
vandring de siste årene har bidratt til en nedgang i andelen med trygd siden arbeidsinnvandrerne i mindre grad enn sine jevnaldrende i befolkningen for øvrig mottar slike ytelser (for grundigere omtale av dette, se Kann m.fl.2013b). For aldersgruppen under 30 år, har vi sett en betydelig reduksjon i bruk av ytelser. For å se om dette kan skyldes innvandring, sammenligner vi derfor befolkningen trygdebruk henholdsvis med og uten utenlandske statsborgere.

Vi finner da det samme mønsteret som når vi ser på hele befolkningen, men det er også tydelig at de norskfødte i større grad enn innvandrere har arbeidsavklaringspenger og uføretrygd, og i mindre grad sosialhjelp og dagpenger (figur 17 og 18).

Figur 17. Antall (venstre akse) og andel (høyre akse) av befolkningen født i Norge. 18–29 år med livsoppholdsytelser



Figur 18. Andel av befolkningen født i Norge i alderen 18–29 år som mottar livsoppholdsytelser. Fordelt på ytelser. Prosent



Referanser

- Autor, David H. og Duggan, Mark G. (2003). «The rise in disability rolls and the decline in unemployment». *The Quarterly Journal of Economics*. 1-118, s.157–206.
- Barth, Erling; Moene, Karl Ove & Pedersen, Axel West (2015). «Trygd og sysselsetting i et internasjonalt perspektiv», I: Ann-Helén Bay; Anniken Hagelund & Aksel Hatland (red.), *For mange på trygd? Velferdspolitiske spenninger*. Cappelen Damm Akademisk. ISBN 978-82-02-49470-4. Kapittel 7. s 153–170.
- Bay, Ann-Helén; Anniken Hagelund & Aksel Hatland (2015). «Trygdepolitiske dilemmaer: Effektivitet versus fordeling» I: Ann-Helén Bay; Anniken Hagelund & Aksel Hatland (red.), *For mange på trygd?: Velferdspolitiske spenninger*. Cappelen Damm Akademisk. ISBN 978-82-02-49470-4. Kapittel 1, s. 11–37.
- Bjørnstad, Atle Fremming (2013) «Utbetalingene av trygdeytelser siste 10 år». *Arbeid og velferd*, 3/2013, 13-23.
- Bjørnstad, Atle Fremming (2015). «Økt sysselsetting blant mottakere av overgangsstonad». *Arbeid og velferd*, 2/2015, 95–104.
- Black, Dan; Kermit Daniel og Seth Sanders «The Impact of Economic Conditions on Participation in Disability Programs: Evidence from the Coal Boom and Bust» *American Economic Review* vol. 92, no. 1, March 2002 (pp. 27–50).
- Bratsberg, Bernt, Elisabeth Fevang og Knut Røed (2013) «Job loss and disability insurance». *Labour Economics* 24: 137–150.
- Falch, Nina Skrove, Inés Hardoy og Knut Røed (2012). «Analyse av en dagpengereform, Effekter av forkortet dagpengeperiode». *Søkelys på arbeidsmarkedet*. Nr. 3. 2012, 181–197.
- Folkehelseinstituttet (2016). «Folkehelse rapporten». <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>
- Kann, Inger Cathrine; Søren Brage (2007) «Rask friskmelding øker sjansen for å forbli i arbeidslivet». *Arbeid og velferd*, 3-2007, 36–41.
- Kann, Inger Cathrine, Søren Brage, Arne Kolstad, Jon Petter Nossen og Ola Thune (2012) «Har gradert sykmelding effekt på sykefraværet?». *Arbeid og velferd*, 2-2012, 60-70.
- Kann, Inger Cathrine, Ola Thune og Anders Mølster Galaasen (2013a) «Gir lavere sykefravær færre på langtidsytelser?». *Arbeid og velferd*, 3/2013, 39–48.
- Kann, Inger Cathrine, Torunn Bragstad og Ola Thune (2013b) «Stadig flere på trygd?». *Arbeid og velferd*, 3/2013, 24–38.
- Kann, Inger Cathrine, Ivar Andreas Åsland Lima og Per Kristoffersen (2014) «Håndheving av aktivitetskravet i Hedmark har redusert sykefraværet». *Arbeid og velferd*, 3/2014, 14–33.
- Kann, Inger Cathrine og Per Kristoffersen (2015) «Arbeidsavklaringspenger – helt forskjellig fra forløperne?». *Arbeid og velferd*, 3/2015, 105–122.
- Kann, Inger Cathrine og Ivar Andreas Åsland Lima (2015) «Tiltak i NAV Hedmark ga færre nye mottakere av arbeidsavklaringspenger». *Arbeid og velferd*, 2/2015, 77–94.
- Kann, Inger Cathrine og Lars Sutterud (2017) «Utenforskap og trygdeordningenes rolle: Sikkerhetsnett eller hvilepute?». *Arbeid og velferd*, 3/2017, 59–79.
- Lande, Sigrid (2014) «Arbeidsavklaringspenger: Mottakere overført fra tidligere ordninger». *Arbeid og velferd*, 2/2014, 89–100.
- Lima, Ivar Andreas Åsland (2016), «Hvordan har økt ledighet påvirket bruken av helseytelser og økonomisk sosialhjelp?». *Arbeid og velferd*, 3/2016, 131–150.
- Markussen, Simen. (2010). «Da sykefraværet falt som en stein». *Samfunnsøkonomen*, Nr.3, 18-23.

Markussen, Simen, Arnstein Mykletun og Knut Røed (2012). «The case for presenteeism – Evidence from Norway's sickness insurance program», *Journal of Public Economics*, vol 96, issue 11, s. 959–972.

NOU 2000: 27 Sykefravær og uførepensjonering – Et inkluderende arbeidsliv Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 9. april 1999. Avgitt til Sosial- og helsedepartementet 15. september 2000. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2000-27/id143251/>

OECD (2017). *How does Norway compare*. <http://www.oecd.org/norway/Employment-Outlook-Norway-EN.pdf>

Strand, Anne Hege og Roy A. Nielsen (2015) «Veier inn i, gjennom og ut av arbeidsavklaringspenger. Hvor langt unna arbeidslivet står mottakerne?» Fafo-rapport 2015-29, Oslo.

Rege, Mari, Kjetil Telle og Mark Votruba (2009) «The Effect of Plant Downsizing on Disability Pension Utilization.» *Journal of the European Economic Association*, Volume 7, Issue 4, 1 June 2009, Pages 754–785.

Røed, Knut. og Westlie, L. (2012) «Unemployment Insurance in Welfare States: The Impacts of Soft Duration Constraints». *Journal of the European Economic Association*, Vol. 10, No. 3, 518–554.

Skjerpen, Terje; Lasse Sigbjørn Stambøl og Marianne Tønnessen (2015). Innvandrere som utvandrer igjen. *Økonomiske analyser* 2/2015. SSB. Side 34–39.

Terum, Lars Inge og Hatland, Aksel (2014). «Sysselsetting og trygd under arbeidslinja». *Søkelys på arbeidslivet* 1–2 2014, s. 3–22.