

Delayed Retirement: Effects on Health and Health Care Utilization by Anne Katrine Borgbjerg et al.

Maja W. Grøtting

Pensjonsforum

May 22, 2024

- 1 Kort oppsummering
- 2 Tolkning av resultatene
- 3 Helseregisterdata og pensjonering
- 4 Implikasjoner for politikkutforming

- Artikkelen studerer hvordan helse og bruk av helsetjenester påvirkes av at aldersgrensen for tidligpensjons heves
- Aldersgrensen ble hevet med et halvt år av gangen fra 60 år til 62 år i perioden 2014-2017
- Sammenligner helseutfall for grupper som opplever ulik aldersgrense, men som vi kan anta at ellers er “like”
- De finner at økningen i aldersgrensen:
 - 1 Økte arbeidstilbudet, men også bruken av andre sosiale overføringer
 - 2 Indikasjoner på redusert helsetjenestebruk og økt bruk av reseptbelagte legemidler
- Gjør også en rekke interessante tilleggsanalyser
- Lite variasjon i effektene på tvers av grupper med ulik sosiodemografisk profil
- De som går over på andre ytelser, er karakterisert av dårlig helse/høyere bruk av helsetjenester

- Dette er en omfattende og grundig artikkel
- Empiriske strategien er solid
- Veldig interessant at dere finner at de som har dårlig helse, går over på andre ordninger når pensjonsalderen øker
- og at det er de som har lav SES, som påvirkes mest til økt arbeidstilbud
- Ser på umiddelbare effekter (opptil 6 måneder etter pensjonering) – diskusjon rundt hva man kan forvente av effekter ilt en så kort tidsperiode

Tolkning av resultatene del 1

- Varierer gjennom artikkelen hvordan dere omtaler resultatene; noen steder skriver dere store effekter, andre steder skriver dere små effekter
- Den prosentvise endringen ligger på 10-20% for noen av utfallene (ganske store effekter)
- Koeffisienter med negativt og positivt fortegn, kun antidep DDD er signifikant forskjellig fra null i hht. til konvensjonelle grenseverdier
- For usikre effekter til at vi kan konkludere med at heving av pensjonsalderen har medført endringer i helsetjeneste- og legemiddelbruk?
 - Også antidep varierer mye samt skifter fortegn når du ser på de andre aldersterskelene – også et litt støyete utfall?

- “Nullfunn” er alltid vanskelige å formidle
- Har dere sett på hvor store effekter dere evt. kan utelukke?
- Dere måler mange utfall - justerer dere for multiple hypothesis testing?
 - Kan vi være sikre på at den signifikante effekten på anitdep ikke er spuriøs?
 - Den gjelder feks bare for økningen fra 60.5 til 61 og ikke for de andre alderstersklene
- I Norge er det stor kalendervarisjon i helsetjenestebruk over året
 - I deres design er vel identifying assumption at det ikke er en tidseffekt?
 - Kan være en idé å ta med en figur som viser helsetjenestebruk over tid
 - Differences in discontinuities er mer robust mot denne antakelsen (noen utfall skiftet fortegn med den spesifikasjonen)

Måle helse og pensjonering med registerdata

- Pensjonering reduserer alternativkostnaden av tid, mao. folk har bedre tid til å gå til lege (reduisert sannsynlighet)
 - Særlig når man er veldig tett på pensjonsalder kan man velge å utsette en utredning til man får bedre tid etter pensjonering
- Behovet for sykemelding bortfaller når man er pensjonert (økt sannsynlighet)
- Arbeidet kan også gjøre at man lettere legger merke til helsetilstander som redusert kognisjon eller smerter i kroppen sammenlignet med pensjonisttilværelse (økt sannsynlighet)
- Dilemmaer som angår alle som studerer pensjonering og helse ved hjelp av ulike datakilder, men særlig registerdata
- Dersom man studerer helsetjenestebruk i seg selv, kommer man unna en del av disse problemene, men for diagnoser, tilstander og morbiditetsindekser vil det nesten alltid være problematisk

- Økt pensjonsalder gir økt sannsynlighet for bruk av dagpenger og andre overføringer - ikke sykepenger
 - Hvordan kompenseres disse sammenlignet med pensjon?
 - I og med at flere faktisk jobber, selv om noen går over til andre ytelser, kan man argumentere for at det er en fornuftig justering av aldersgrensen?
 - Ettersom folk ikke går over til sykepenger, kan man da argumentere i retning av at helsen ikke står i veien for å øke aldersgrensen langs disse dimensjonene?
- Detbatten om sliterne:
 - Ingen betydelige forskjeller mellom ulike sosiodemografiske grupper
 - men “compliers” er de som har lav SES
 - Never-takers har dårligere helse; dere argumenterer for at “strengere” reformer kan bidra til at vi får sterkere helseeffekter. Har dere snakket noe om hva eksempler på strengere reformer kan være?