

TILL RIKSDAGEN

DATUM: 2016-12-01

DNR: 3.1.1-2016-0915

RIR 2016:31

Härmed överlämnas enligt 9 § lagen (2002:1022) om revision av statlig verksamhet m.m. följande granskningsrapport över effektivitetsrevisionen:

Är sjukskrivning bra för hälsan?

Riksrevisionen har granskat effekterna av att nekas sjukskrivning med avseende på individens hälsa, sysselsättning och framtida användning av sjukförsäkringen. Resultatet av granskningen redovisas i denna granskningsrapport. Den innehåller slutsatser som avser Försäkringskassan.

Företrädare för Försäkringskassan har fått tillfälle att faktagranska och i övrigt lämna synpunkter på ett utkast till rapporten. Riksrevisionen vill tacka referenspersonerna Caroline Hall, IFAU, och Kjell Torén, Arbets- och miljömedicin, Göteborgs universitet, samt seminariedeltagare på Försäkringskassan, nationalekonomiska institutionen vid Stockholms universitet, och medarbetare vid Riksrevisionen för synpunkter. Dessutom tackas Kristian Persson, ISF, för bidrag till rapporten. Riksrevisionen står dock helt för de slutsatser som dras i rapporten.

Riksrevisor Margareta Åberg har beslutat i detta ärende. Revisionsdirektör Pathric Hägglund har varit föredragande. Ämnessakkunnig Per Johansson och enhetschef Joakim Hussénus har medverkat i den slutliga handläggningen.

Margareta Åberg

Pathric Hägglund

För kännedom:

Regeringen, Socialdepartementet
Försäkringskassan

ÄR SJUKSKRIVNING BRA FÖR HÄLSAN?

RIKSREVISIONEN

Innehåll

Sammanfattning	5
1 Inledning	8
2 Tidigare forskning	10
3 Sjukskrivningsprocessen	12
4 Beskrivning av studiepopulationen	15
4.1 Urval	15
4.2 Vilka fick rätt i omprövningen?	20
5 Analys	22
5.1 Effekter av födelsedatum	22
5.2 Analytisk ansats	24
5.3 Effekter på framtida sjukskrivning och mottagande av SA	25
5.4 Effekter på sysselsättning	27
5.5 Effekter på hälsa	28
5.6 Kompletterande analyser	30
5.7 Effekter för olika delpopulationer	32
5.8 Effekter på de offentliga utgifterna	35
6 Resultatsammanfattning och tolkning	37
Referenslista	38
Bilaga A. Effekter av att vara född tidigt jämfört med sent i månaden på sjukfrånvaro	40
Bilaga B. Arbetsinkomster och hälsa före och efter beslutet i omprövningen	42
Bilaga C. Kompletterande analyser	45

ÄR SJUKSKRIVNING BRA FÖR HÄLSAN?

RIKSREVISIONEN

Sammanfattning

Bakgrund och frågeställning

Sjukfrånvaron i Sverige har ökat sex år i rad och kostnaderna för sjukpenningen har fördubblats sedan 2010.¹ Sjukförsäkringens syfte är att kompensera för inkomstbortfall vid arbetsoförmåga som orsakats av sjukdom, och därmed ge individen möjlighet att tillfriskna i lugn och ro innan återgång i arbetslivet.² Sjukfrånvaro kan emellertid i sig vara riskfylld. Studier har visat att personer som varit långvarigt sjukskrivna löper högre risk än andra att ha en sämre anknytning till arbetsmarknaden, en sämre psykisk hälsa och ett sämre socialt liv.³ Omfattande forskning har också visat att uttaget av sjukpenning kan påverkas av andra faktorer än arbetsoförmåga, exempelvis regelverkets utformning och normer avseende sjukskrivning.⁴ En viktig fråga är därför om sjukförsäkringen används och sjukskrivning sker på ett sådant sätt att individens hälsa och arbetsutbud främjas på lång sikt.

Att studera hälso- och arbetsmarknadseffekter av sjukskrivning är svårt. Inga tidigare studier har på ett trovärdigt sätt kunnat särskilja konsekvensen av sjukskrivningen i sig, från det som orsakade den, exempelvis svag hälsa eller bristande drivkrafter för arbete. Det innebär att kunskapen om vilka konsekvenser sjukskrivningen har för individen i dag är mycket begränsad. Statens beredning för social och medicinsk utvärdering fastslog redan 2003 att *”kunskapsbristen är anmärkningsvärd, också med tanke på de stora ekonomiska kostnaderna i samhället för sjukfrånvaro och förtidspensionering”*.⁵

I denna granskning använder Riksrevisionen ett s.k. naturligt experiment i sjukskrivningsprocessen, som uppstått som en konsekvens av det bedömningsutrymme varje handläggare har i det enskilda fallet. Med hjälp av experimentet kan effekterna av sjukskrivning analyseras med stor tillförlitlighet. Den granskningsfråga som besvaras är: Vilka effekter har ett nekande av sjukpenning för individens hälsa, sysselsättning och framtida användning av sjukförsäkringen? Granskningen är avgränsad till drygt 5 000 sjukskrivna där vissa beviljades en fortsättning med sjukpenning, och andra inte. Eftersom de som beviljades respektive inte beviljades sjukpenning var helt jämförbara, mäts effekten genom en jämförelse av det genomsnittliga utfallet för respektive grupp. Noterbart är således att granskningen inte avser effekter i det enskilda fallet.

¹ Prop. 2016/17:1 och Prop. 2011/12:1.

² 27 kap. 2 § socialförsäkringsbalken (2010:110), SFB.

³ Marklund m.fl. (2005).

⁴ Hägglund och Johansson (2016).

⁵ SBU (2003).

Resultatet av granskningen riktas till Försäkringskassan, som fattar beslut om rätten till sjukpenning. Resultaten torde emellertid också vara av intresse för regeringen, som utformar reglerna i sjukförsäkringen, och läkarna, som utfärdar sjukintyg.

Granskningens resultat

I rapporten konstateras att ett nekande av sjukpenning i ett pågående sjukfall minskar sannolikheten att inom tre år ha lämnat arbetsmarknaden i form av mottagande av sjuk- och aktivitetsersättning (tidigare: förtidspension) med 40 procent. De minskade utbetalningarna av sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning innebar en besparing i sjukförsäkringen på i genomsnitt 140 000 kronor per individ. Effekten är tydligare för kvinnor än för män och återfinns både bland dem med bäst och sämst hälsa.

Vidare konstateras att ett nekande av sjukpenning har positiva effekter för individens arbetsutbud. Arbetsinkomsten ett år efter beslutet var högre bland dem som nekades sjukpenning jämfört med dem som beviljades. Effekten var tydligare för män än för kvinnor, delvis pga. att kvinnor i högre utsträckning än män arbetar deltid.

Inget stöd ges i rapporten för att nekad sjukskrivning, i genomsnitt, skulle påverka individens hälsa. Analyser har genomförts med avseende på vård- och läkemedelskonsumtion, samt mortalitet, och inga skillnader mellan dem som beviljades och inte beviljades sjukpenning kunde konstateras. Resultaten är stabila för olika hälso-mått, över tid och för olika grupper av sjukskrivna.

Sammantaget visar resultaten att en strikt bedömning av rätten till sjukpenning ger upphov till positiva effekter på såväl individ- som samhälls nivå. Kostnaderna i sjukförsäkringen blir lägre till följd av minskade utbetalningar av såväl sjukpenning som sjuk- och aktivitetsersättning. Individens arbetsutbud ökar och risken att slås ut från arbetsmarknaden minskar, och detta utan att negativa bieffekter uppstår i form av försämrad hälsa och ökade kostnader för ohälsa. Resultaten talar också för att en strikt bedömning leder till ett mer jämställt uttag från sjukförsäkringen. Det beror på att kvinnor är sjukskrivna mer än män och på att de vid ett nekande av sjukpenning minskar sin framtida sjukfrånvaro mer än män. Noterbart är att resultaten tyder på att ett jämnare uttag från sjukförsäkringen skulle kunna uppnås utan negativa hälsoeffekter för varken kvinnor eller män. Avslutningsvis bidrar en strikt bedömning av rätten till sjukpenning till att minska den ekonomiska ojämlikheten. Det beror på att sjukförsäkringen relativt oftare används av individer med låga inkomster, och för att nekande av sjukpenning ökar individens inkomster.

Generaliserbarhet och tolkning

Resultaten i denna granskning avser drygt 5 000 sjukskrivna, varav en stor andel var långtidssjukskrivna, vars ärenden sannolikt var att betrakta som svårbedömda. Andelen svårbedömda ärenden bland samtliga sjukskrivningsärenden, dvs. där såväl ett nekande som ett beviljande av sjukpenning hade varit möjligt inom ramen för regelverket, är sannolikt betydande. Anledningen är att bedömningsutrymmet i sjukförsäkringen är omfattande och att osäkerheten i bedömningen av arbetsförmågan många gånger är stor. I rapporten konstateras att den studerade populationen har stora likheter med majoriteten av de sjukskrivna. Dessutom konstateras att de positiva effekterna av ett nekande av sjukpenning i form av minskad sjukskrivning och mottagande av sjuk- och aktivitetsersättning, samt ökad sysselsättning, är högre för dem som varit sjukskrivna relativt kort jämfört med lång tid. Vår bedömning är därför att resultaten i hög utsträckning är relevanta för en betydligt större population än den studerade, även bland dem som inte är sjukskrivna men som ansöker om sjukpenning.

1 Inledning

Syftet med sjukförsäkringen är att kompensera för bortfall av inkomst vid arbetsoförmåga till följd av sjukdom.⁶ Försäkringen ger således möjlighet att låta individen tillfriskna i lugn och ro, vilket torde ha positiva effekter för individens hälsa och framtida möjligheter att delta i arbetslivet. Att vara sjukskriven kan emellertid också innebära risker. Studier har visat att långvarig sjukfrånvaro är förknippad med en sämre anknytning till arbetsmarknaden, en sämre psykisk hälsa och ett sämre socialt liv. Sambanden är till synes starkare för män än för kvinnor.⁷

Inga tidigare studier har på ett trovärdigt sätt kunnat särskilja konsekvensen av sjukfrånvaron från det som orsakade den, exempelvis svag hälsa eller bristande drivkrafter för arbete. Det innebär att kunskapen om vilka konsekvenser sjukfrånvaro har för individen i dag är mycket begränsad. Statens beredning för social och medicinsk utvärdering fastslog redan 2003 att *”kunskapsbristen är anmärkningsvärd, också med tanke på de stora ekonomiska kostnaderna i samhället för sjukfrånvaro och förtidspensionering”*.⁸ Trots detta är kunskapen fortfarande begränsad.

Den fråga som ska besvaras i denna granskning är: Vilka effekter har ett nekande av sjukpenning på individens hälsa, sysselsättning och framtida användning av sjukförsäkringen? Syftet är således att studera om sjukförsäkringen bidrar till att öka individens möjligheter att delta i arbetslivet, och om det finns hälsorisker med att inte sjukskriva. Resultatet av granskningen riktas till Försäkringskassan.

För att mäta effekterna används ett experiment i sjukskrivningsprocessen, där individer som först nekades sjukpenning och som därefter ansökte om omprövning av ärendet, med olika sannolikhet beviljades sjukpenning beroende på när i månaden de var födda. Anledningen var att födelsedatum bestämde var i landet ärendet skulle prövas och att omprövningsenheterna var olika generösa i sina bedömningar. Då vilken dag i månaden man är född är att betrakta som slumpmässig, kan effekten av att nekas sjukpenning på ett tillförlitligt sätt mätas genom en jämförelse mellan dem som nekas, respektive beviljas, sjukpenning.

Med det valda studieupplägget studeras effekterna för dem vars beslut i omprövningen avgjorts av vilken dag i månaden de var födda. Detta är alltså en population vars ärenden sannolikt varit svåra att bedöma. Därutöver fokuseras särskilt på en grupp sjukskrivna som inte beviljades en fortsättning på sjukskrivningen. Separata analyser genomförs för olika delgrupper av sjukskrivna, eftersom konsekvenserna

⁶ 27 kap. 2 § socialförsäkringsbalken (2010:110), SFB.

⁷ Marklund m.fl. (2005).

⁸ SBU (2003).

av att bli nekad sjukpenning kan förväntas variera beroende på exempelvis hälsostatus och möjligheter på arbetsmarknaden,

Sjukfrånvaron i Sverige har de senaste decennierna präglats av tidvis höga nivåer och stora fluktuationer.⁹ Sedan sex år är sjukfrånvaron på uppgång och kostnaden för sjukpenningen beräknas uppgå till 40 miljarder 2016.¹⁰ Detta skulle motsvara en ökning på 100 procent sedan 2010.¹¹ Varken denna eller tidigare uppgångar av sjukfrånvaron har kunnat härledas till motsvarande försämringar av hälsan och arbetsförmågan.¹² I stället pekar allt mot att det är andra faktorer som ligger bakom. Hägglund och Johansson (2016) konstaterar att bristande incitament bland huvudaktörerna i sjukskrivningsprocessen (arbetstagare, arbetsgivare, läkare och handläggare vid Försäkringskassan) att hålla sjukfrånvaron på en låg och stabil nivå är det huvudsakliga skälet. Den *asymmetriska information* som föreligger vid bedömning av arbetsförmågan, där såväl arbetstagare, arbetsgivare som läkare kan förväntas ha mer information om de reella möjligheterna att undvika sjukskrivning än den som fattar beslutet (handläggaren), ställer krav på försäkringens utformning vad gäller aktörernas drivkrafter att inte utnyttja detta informationsövertag på ett felaktigt sätt. Ju generösare försäkringen är, desto större blir betydelsen av motverkande incitament i syfte att undvika överutnyttjande.

Att öka kunskapen om effekterna av sjukskrivning är viktigt inte bara för att uppnå ett mer effektivt användande av samhällsliga resurser, utan också ur ett jämlikhetsperspektiv. En väl fungerande sjukförsäkring fungerar inkomstomfördelande såtillvida att den utnyttjas relativt oftare av individer med låga inkomster och sämre hälsa. Om sjukskrivningen har negativa konsekvenser för hälsan och för utsikterna på arbetsmarknaden, kommer försäkringen tvärtom att öka ojämlikheten. Effekterna av sjukskrivning riskerar också att spilla över till efterkommande generationer. Forskning har visat att barn till föräldrar som i stor utsträckning fått sin försörjning från sjukförsäkringen löper en högre risk att själva nyttja försäkringen än andra.¹³

Rapporten är disponerad enligt följande: I kapitel 2 redogörs för tidigare forskning på området och i kapitel 3 ges en kortfattad beskrivning av den svenska sjukskrivningsprocessen. I kapitel 4 beskrivs den studerade populationen och i vilken utsträckning den dag i månaden individen var född spelade roll för beslutet i omprövningen. Kapitel 5 redovisar genomförda analyser av effekterna av sjukskrivning med avseende på användning av sjukförsäkringen, sysselsättning och hälsa. Kapitel 6 sammanfattar de viktigaste slutsatserna från analyserna.

⁹ Se Hägglund och Skogman Thoursie (2010).

¹⁰ Prop. 2016/17:1.

¹¹ Prop. 2011/12:1.

¹² Försäkringskassan (2014).

¹³ ISF (2012) och Dahl m.fl. (2014).

2 Tidigare forskning

Inga studier finns genomförda av effekterna av att bli nekad sjukskrivning. Studier har emellertid genomförts av hur reformer som påverkat sjukfrånvaron har påverkat hälsa och framtida användning av sjukförsäkringen.

I ett omfattande experiment analyserade Hartman m.fl. (2013) effekterna av en förlängning av den sjukintygsbefriade perioden i början på sjukfallet från 7 till 14 dagar. De konstaterar att sjukskrivningarna i genomsnitt blev längre, främst pga. att sjukfall avslutades dag 14 i stället för dag 7. Eftersom inga långsiktiga effekter på sjukfrånvaro kunde konstateras, tyder resultaten på att den kortsiktigt förlängda sjukfrånvaron inte hade någon inverkan på hälsa på längre sikt.

Liknande resultat konstateras i ISF (2015), där rehabiliteringskedjans 180-dagarsprövning används som utgångspunkt för att analysera hälsa bland dem som omfattades, respektive inte omfattades, av prövningen. Hägglund (2013) konstaterade att de som omfattades av rehabiliteringskedjans tidsgränser återgick i arbete snabbare än vad de annars skulle ha gjort. I ISF (2015) konstateras att den snabbare återgången inte hade några synbara återverkningar på hälsan mätt som vård- och läkemedelskonsumtion och framtida sjukskrivning.

Puhani och Sonderhof (2010) analyserar effekterna av en sänkning av ersättningsnivån från 100 till 80 procent i den tyska sjukförsäkringen. Författarna finner en minskning av antalet sjukskrivningsdagar med i genomsnitt två dagar per år och individ. Denna drivs primärt av en förkortning av långa sjukfallsärenden. Författarna konstaterar också positiva hälsoeffekter av sänkningen, detta i form av färre dagar som inlagd på sjukhus.

Studier har också påvisat risker med sjukfrånvaro, både vad gäller möjligheterna på arbetsmarknaden och hälsan. Eriksson m.fl. (2016) använder sig av en experimentell studiedesign med hypotetiska jobbansökningar för att analysera arbetsgivares rekryteringsbeslut, och konstaterar att arbetsgivare väljer bort individer med omfattande tidigare sjukfrånvaro.

SBU (2003) konstaterar på basis av en genomgång av litteraturen att ytterst få studier behandlar effekterna av sjukskrivning, och att ett problem i denna forskning är att särskilja orsaker till sjukdom från orsaker till sjukfrånvaro. Man konstaterar att beskrivande studier konstaterat samband mellan sjukfrånvaro och faktorer som hög ålder, kvinnligt kön och låg socioekonomisk status.

I en intervjustudie av 100 sjukskrivna kvinnor konstaterar Ockander och Timpka (2001) att sjukskrivning av många till en början sågs som någonting positivt eftersom det gav möjlighet till fysisk vila. Med tiden framträdde emellertid negativa konsekvenser i form av isolering och sysslolöshet som förvärrade känslan av smärta.

Floderus m.fl. (2003) undersöker via en enkät hur långtidssjukskrivna och före detta långtidssjukskrivna upplever att sjukskrivningen förändrat deras livssituation. Både män och kvinnor angav att de negativa konsekvenserna dominerade i form av sämre ekonomi, mindre möjligheter och lust till fritidsaktiviteter, sämre sömn och försämrad psykisk hälsa. Tydliga könsskillnader framkom emellertid då kvinnor oftare rapporterade positiva konsekvenser av sjukskrivningen, främst gällande levnadsvanor och nära relationer.

Marklund m.fl. (2005) studerar sambandet mellan sjukskrivning och utfall beträffande arbetsmarknadsanknytning, sociala relationer och ekonomi åtta år senare. Författarna finner genomgående negativa samband, och extra starka sådana för dem som var sjukskrivna med en psykiatrisk diagnos.

3 Sjukskrivningsprocessen

Sjukförsäkringen ersätter inkomstbortfall orsakad av arbetsförmåga till följd av sjukdom.¹⁴ Om individen är anställd står arbetsgivaren, med undantag för den första sjukdagen (karensdag), för kostnaden under de första 14 dagarna i sjukperioden (sjuklön).¹⁵ Under resterande period betalas sjukpenning ut från den allmänna sjukförsäkringen. Är individen helt eller delvis arbetslös gäller detta redan från dag två i sjukfallet.¹⁶ I praktiken är det upp till individen själv att avgöra om man kan arbeta eller inte under de första 7 dagarna i sjukfallet. Från och med dag 8 krävs emellertid ett sjukintyg för att få rätt till sjukpenning.¹⁷

För att få ersättning från sjukförsäkringen måste en ansökan till Försäkringskassan göras. I den ska bifogas ett läkarintyg som styrker sjukdom och den arbetsförmåga som följer av den. Underlaget ligger sedan till grund för handläggarens bedömning av om rätten till sjukpenning är uppfylld eller inte. Behöver individen vara sjukskriven längre än den pågående sjukskrivningen krävs ett nytt sjukintyg. En ansökan om sjukpenning kan göras såväl under som efter sjukskrivningsperioden.

Om handläggaren gör bedömningen att arbetsförmågan inte är nedsatt i den omfattning som anges, blir individen nekad sjukpenning. Det innebär att individen helt eller delvis blir utan sjukpenning. Om ansökan avser ett nytt ärende om sjukpenning får individen ett beslut om *avslag*. Om ärendet i stället gäller en fortsättning på ett pågående ärenden får individen ett beslut om *indrag*. Vid ett nekande av sjukpenning har individen möjlighet att ansöka om *omprövning* av rätten till sjukpenning. Om individen blir nekad sjukpenning också i omprövningsärendet har denne möjlighet att överklaga beslutet till förvaltningsrätten, kammarrätten och Högsta förvaltningsdomstolen.

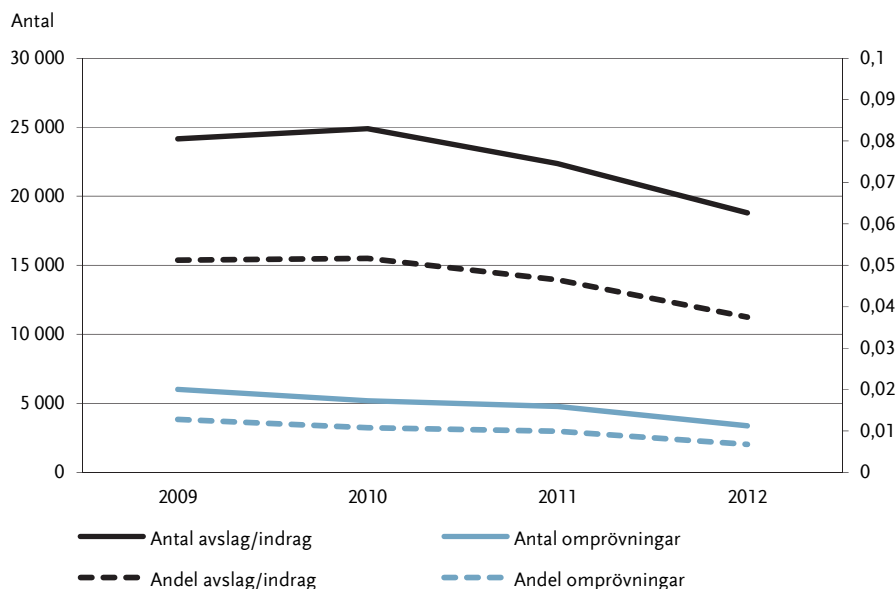
Figur 1 redovisar antalet nekade ansökningar respektive antalet omprövningar 2009–2012 (vänster skala), samt deras andelar av samtliga påbörjade sjukskrivningar under samma period (höger skala). De nekade ansökningarna, varav majoriteten var avslag, uppgick till 20 000–25 000 per år, vilket motsvarar 4–5 procent av alla påbörjade sjukskrivningar. Antalet omprövningar uppgick till ungefär 5 000 per år under perioden, vilket innebär att var fjärde eller femte nekande av sjukpenning ledde till omprövning.

¹⁴ 27 kap. 2 § socialförsäkringsbalken (2010:110), SFB.

¹⁵ 27 kap. 10 § SFB

¹⁶ 28 kap. 6 § SFB

¹⁷ 27 kap. 25 § SFB

Figur 1 Nekanden av sjukpenning respektive omprövningar per år 2009–2012

Källa: Egna bearbetningar av data från Försäkringskassan.

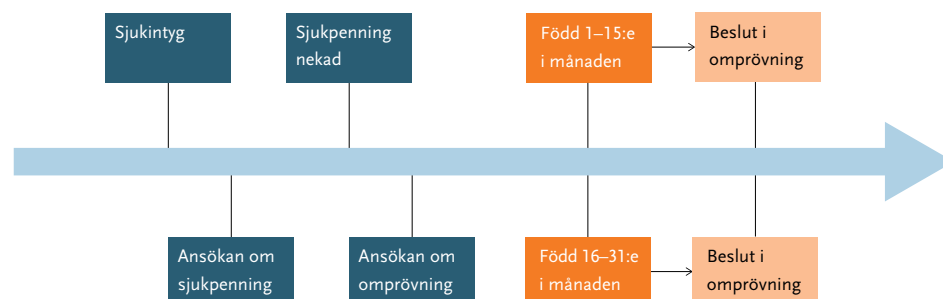
Begäran om omprövning ska vara inkommen till Försäkringskassan inom 60 dagar från den dag individen tagit del av det beslut man inte är nöjd med. I omprövningen görs en ny fullständig prövning av ärendet. Mellan 2009 och 2012 genomfördes omprövningarna på särskilda omprövningsenheter på fyra orter i landet: i Stockholm, Jönköping, Norrköping och i Göteborg. I undantagsfall kunde omprövningarna genomföras av specialister på lokala försäkringscentra på andra orter. Fördelningen av ärenden mellan omprövningsorterna gjordes baserat på vilken dag i månaden individen var född.¹⁸ Om individen var född dag 1–15 i månaden gjordes omprövningen i Stockholm. Om individen var född dag 16–31 i månaden gjordes omprövningen i stället i Jönköping (2009–2010), Norrköping (2010–2012) eller i Göteborg (2011–2012).

I figur 2 sammanfattas sjukskrivnings- och omprövningsprocessen. I det urval som används, och som presenteras närmare i nästa kapitel, gick det i genomsnitt 93 dagar (median: 84) mellan tidpunkten för nekande och till dess att ett beslut i omprövningen tagits. En viktig implikation för analysen är således att besluten till stor del avser retroaktiva sjukskrivningsepisoder - episoder som i många fall var avslutade när beslutet fattades, men som också kunde vara pågående. I analysen används tidpunkten för beslutet i omprövningen som starttidpunkt för mätperioden.

¹⁸ Internt dokument från Försäkringskassan med beslutsdatum 2007-12-10.

ÄR SJUKSKRIVNING BRA FÖR HÄLSAN?

Figur 2 Schema över sjukskrivnings- och omprövningsprocessen



4 Beskrivning av studiepopulationen

I kapitlet beskrivs individerna i urvalet utifrån det som går att utläsa ur befintliga register. Data över perioder som sjukskriven eller som mottagare av sjuk- och aktivitetsersättning (SA), samt episoder som inskriven vid Arbetsförmedlingen, är hämtade från Försäkringskassans registerdatabas. Detsamma gäller uppgifter om ålder, utbildningsnivå inkomster etc. Den hälsorelaterade informationen om vård- och läkemedelskonsumtion har hämtats från Socialstyrelsen.

4.1 Urval

Rapportens analysunderlag består av ett totalurval av omprövningsärenden mellan 2009 och 2012, där frågan har gällt om sjukpenning ska betalas ut eller inte.¹⁹ Endast ett ärende per individ har valts ut. Har individen flera ärenden under perioden har det första använts. I det slutgiltiga urvalet, som uppgår till 17 232 individer och ärenden, har vi exkluderat individer födda dag 1, 10 och 15 i månaden. Detta har vi gjort därför att utrikes födda är överrepresenterade bland dem som är födda dessa datum, vilket riskerar att leda till skevhet i resultaten.²⁰

I tabell 1 framgår hur ärendena fördelades mellan olika omprövningsorter under den aktuella perioden. Av de 7 752 ärenden som enligt direktiven skulle ha prövats i Stockholm, prövades 7 074 (91 %) där och resterande andel på övriga orter. Av de 9 480 ärenden som skulle ha prövats i antingen Jönköping, Norrköping eller Göteborg, prövades nästan alla, 9 444, där. En viss överflyttning av ärenden mellan omprövningskontoren har alltså skett. Detta kan ha berott på tillfälligt hög belastning på någon av orterna eller på misstag i fördelningen av ärendena. Som ett resultat av denna överflyttning kommer i rapporten fortsättningsvis göras en uppdelning mellan individer födda tidigt (1–15) och sent (16–31) i månaden, snarare än mellan individer som får sitt ärende omprövat på olika orter.

¹⁹ En avgränsning har alltså gjorts från omprövningsärenden som har att göra med sjukpenningens storlek.

²⁰ Analyser som inte redovisas i rapporten visar att inkluderande av födda dessa datum endast leder till försumbara skillnader jämfört med huvudresultaten.

Tabell 1 Omprövningsärenden fördelade på omprövningsort och födelsedatum (andel i procent inom parentes)

	Född 1–15	Född 16–31	Totalt
Stockholm	7 074 (91,2)	36 (0,4)	7 110
Jönköping/Norrköping/Göteborg	678 (8,8)	9 444 (99,6)	10 122
Totalt	7 752 (100,0)	9 480 (100,0)	17 232

Källa: Egna bearbetningar av data från Försäkringskassan.

En jämförelse mellan individer som ansökt om omprövning och samtliga som påbörjat en sjukskrivning visar på överlag stora likheter, men även vissa olikheter (tabell 2). Likheter finns beträffande utbildningsnivå och i viss mån ålder. Olikheterna består i en överrepresentation av kvinnor, utrikesfödda, arbetslösa och sjukskrivna med en muskuloskeletal diagnos bland dem som ansökte om omprövning. En annan tydlig skillnad syns vad gäller förekomsten av tidigare sjukskrivning. De som ansökte om omprövning hade i genomsnitt ungefär dubbelt så många tidigare dagar som sjukskriven sedan år 2000, 593 jämfört med 271 dagar. De hade i genomsnitt också varit inskrivna något längre vid Arbetsförmedlingen.

Tabell 2 Beskrivning (medelvärden) av individer som påbörjade en sjukskrivning respektive ansökte om omprövning 2009–2012, standardavvikelse inom parentes

	Påbörjade sjukskrivningar	Omprövningar
Man	0,40	0,33
Ålder	44,6 (12,4)	47,2 (11,3)
Barn under 18	0,42	0,41
Utrikesfödd	0,16	0,24
Utbildningsnivå		
- Förgymnasial utbild./ uppgift saknas	0,16	0,18
- Gymnasial utbildning	0,53	0,54
- Eftergymnasial utbildning	0,32	0,28
Historik (dagar), sedan 2000		
- Tidigare sjukskrivning	271 (487)	593 (689)
- Tidigare arbetslöshet	414 (669)	578 (770)
Antal observationer	1 190 085	17 232
BARA INDRAG		
Sysselsättning		
- Arbete	0,85	0,80
- Arbetslös	0,08	0,16
- Övrigt	0,06	0,04
Diagnos		
- Psykiatrisk	0,19	0,19
- Muskuloskeletal	0,22	0,44
- Övrig	0,59	0,37
Antal observationer	1 190 085	5 117

Anm: Födda dag 1,10 och 15 i månaden har exkluderats från urvalet. Källa: Egna bearbetningar av data från Försäkringskassan.

I tabell 3 på nästa sida har omprövningsärendena delats in efter huruvida omprövningen gällde ett avslag eller ett indrag. Avslagen utgjorde ungefär 2/3 av alla omprövningar. Dessutom har en uppdelning gjorts mellan dem som är födda dag 1–15 i månaden, respektive dag 16–31.

En jämförelse mellan avslags- och indragsärenden visar att andelen män är högre bland dem som fått sjukpenning indragen. Omvänt är de som har fått avslag i genomsnitt något yngre, högre utbildade och i högre grad födda i Sverige.

Av tabellen framgår att individer med olika egenskaper och erfarenheter är jämnt fördelade med avseende på när i månaden de är födda. Det finns inga statistiskt säkerställda skillnader mellan dem som är födda dag 1–15 i månaden jämfört med dem som är födda dag 16–31. Emellertid återfinns en betydande skillnad mellan grupperna beträffande hur stor andel som fick rätt i omprövningen, och alltså beviljades sjukpenning. Denna andel är 17 och 12 procent för avslags- respektive indragsärenden för dem som är födda dag 16–31 i månaden, och bara 8 respektive 7 procent för dem som är födda dag 1–15 i månaden. Med andra ord finns en systematisk skillnad i bedömningarna mellan omprövningsarterna: Man är betydligt striktare i sin bedömning i Stockholm än vad man är i Jönköping, Norrköping och Göteborg. Skillnaden är något större i avslags- än i indragsärenden. Att omprövningsenheterna gör olika bedömningar i likartade ärenden ska ses mot bakgrund av att lagstiftaren lämnar över ett stort bedömningsutrymme till Försäkringskassan och rättstillämpningen. Detta öppnar upp för olikheter. I denna rapport görs ingen bedömning av huruvida enskilda beslut var rätt eller fel ur ett rättsligt perspektiv.

Tabell 3 Beskrivning av individerna som ansökte om omprövning 2009–2012

	AVSLAG			INDRAG		
	1–15*	16–31	t-värde	1–15*	16–31	t-värde
Man	0,32	0,32	-0,35	0,37	0,37	-0,20
Ålder	46,1 (11,5)	46,1 (11,4)	0,27	49,6 (10,8)	50,1 (10,4)	-1,63
Barn (u 18, ja/nej)	0,43	0,44	-0,84	0,36	0,34	1,81
Utrikes född	0,24	0,24	1,17	0,27	0,25	1,37
Utbildningsnivå						
- Förgymnasial	0,17	0,17	0,72	0,21	0,19	1,55
- Gymnasial	0,54	0,55	-1,28	0,53	0,55	-1,18
- Eftergymnasial	0,30	0,29	0,90	0,25	0,26	-0,09
Historik (sedan 2000)						
- Tidigare sjukskrivning	573 (695)	590 (707)	-1,38	610 (681)	624 (715)	-0,76
- Tidigare arbetslöshet	601 (789)	620 (807)	-1,30	496 (722)	502 (752)	-0,26
Tid i pågående sjuk-skrivning ^a	-	-		404 (420)	411 (416)	-0,55
Status i början på sjukfallet						
- Arbetslös	-	-		0,16	0,16	-0,15
- Arbetar	-	-		0,80	0,79	0,46
- Annat	-	-		0,04	0,05	-0,63
Diagnos						
- Psykiatrisk	-	-		0,20	0,19	0,62
- Muskuloskeletal	-	-		0,43	0,44	-0,75
- Annan	-	-		0,37	0,37	0,26
Beslut i ompröv. (% ja)	8,0	16,9	-15,15	6,7	11,8	-6,38
Antal observationer	5 484	6 631		2 268	2 849	

Anm: Födda dag 1,10 och 15 i månaden har exkluderats från urvalet. Ett t-värde större än absolutvärdet 1,96 innebär en statistiskt säkerställd skillnad med 5 % risk att så inte är fallet. Källa: Egna bearbetningar av data från Försäkringskassan. ^a Räknat till tidpunkten för indraget.

4.2 Vilka fick rätt i omprövningen?

I tabell 4 på nästa sida redovisas i vilken utsträckning olika grupper av individer fick rätt i omprövningen. I framställningen har avslags- och indragsärenden slagits ihop. Över lag återfinns endast mindre skillnader mellan grupperna, exempelvis hade män och kvinnor nästan exakt samma sannolikhet att få rätt i omprövningen (kolumn 1). Högt utbildade hade dock en något högre sannolikhet att få rätt än lågt utbildade, och svenskfödda en något högre sannolikhet än utrikes födda.

De som var födda tidigt i månaden, och som prövades i Stockholm, hade genomgående en lägre sannolikhet att få rätt i omprövningen jämfört med dem som var födda sent i månaden, och som prövades utanför Stockholm. Emellertid varierar likvärdigheten i bedömningen för olika grupper. Exempelvis var bedömningen mer likvärdig för män än för kvinnor, och för svenskfödda jämfört med utrikesfödda, och för dem med en muskuloskeletal diagnos jämfört med dem med en psykiatrisk.

Tabell 4 Andel (i procent) som får rätt i omprövningen

	Samtliga	1–15*	16–31	t-värde
Samtliga	11,9	7,6	15,4	16,3
Man	12,1	9,1	14,5	6,4
Kvinna	11,8	6,9	15,8	15,5
Födelseland				
- Utrikes född	10,8	6,0	14,9	9,7
- Svenskfödd	12,2	8,2	15,5	13,2
Utbildningsnivå				
- Förgymnasial utbildning	10,6	6,7	14,0	6,8
- Gymnasial utbildning	11,3	7,5	14,4	10,8
- Eftergymnasial utbildning	13,7	8,4	18,1	10,2
Antal obs		7 752	9 480	
BARA INDRAG				
Sysselsättning				
- Arbetslös	9,3	7,3	16,0	7,7
- Arbete	10,2	8,5	16,6	13,5
- Övrigt	9,7	3,5	8,0	4,7
Diagnos				
- Psykiatrisk	10,7	10,2	24,3	11,7
- Muskuloskeletal	7,9	7,0	12,6	6,9
- Övrig	10,8	6,9	13,2	9,6
Antal observationer	17 232	2 268	2 849	

Anm: Födda dag 1, 10 och 15 i månaden har exkluderats från urvalet. Ett t-värde större än absolutvärdet 1,96 innebär en statistiskt säkerställd skillnad med 5 % risk att så inte är fallet. Källa: Egna bearbetningar av data från Försäkringskassan.

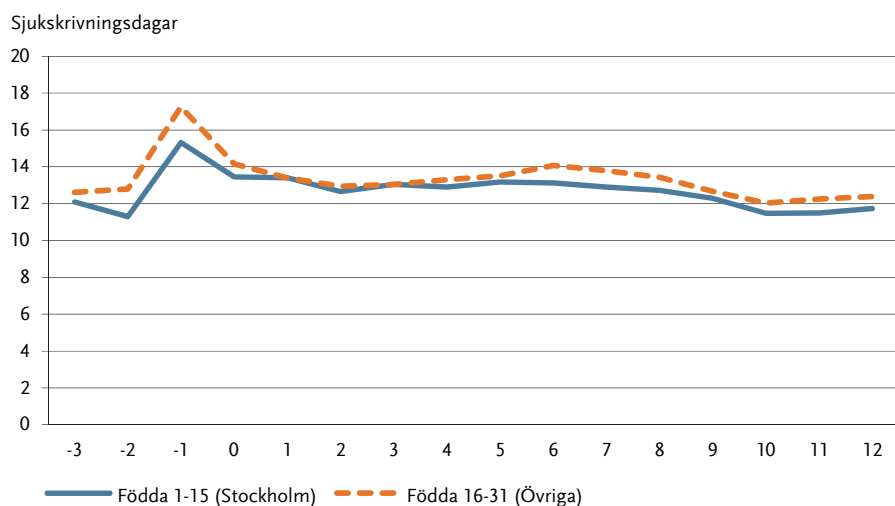
5 Analys

Kapitlet inleds med en beskrivning av mottagande av sjukpenning före och efter beslutet i omprövningen för individer födda tidigt och sent i månaden. Därefter, i avsnitt 5.2, beskrivs det analytiska tillvägagångssätt som används för att mäta effekterna av att bli nekad sjukpenning jämfört med att bli beviljad. I avsnitt 5.3–5.5 presenteras resultaten för, i turordning, i) användning av sjukförsäkringen, ii) arbetsinkomster och inskrivning vid Arbetsförmedlingen och iii) hälsa, mätt som antal besök och dagar inom öppen- respektive slutenvården, samt läkemedelskonsumtion. I avsnitt 5.6 presenteras resultat från kompletterande analyser i syfte att fördjupa förståelsen för huvudresultaten, och i 5.7 redovisas resultaten för olika delpopulationer. Avslutningsvis, i avsnitt 5.8, diskuteras hur en striktare tolkning av reglerna i sjukförsäkringen skulle påverka de offentliga finanserna.

5.1 Effekter av födelsedatum

I figur 3 och 4 redovisas antalet sjukskrivningsdagar före och efter beslutet i omprövningen för individer födda dag 1–15 respektive dag 16–31, i månaden. Den första gruppen fick i huvudsak sina ärenden prövade i Stockholm medan övriga fick sina ärenden prövade på andra orter. Då dagen för när man är född i månaden torde vara slumpmässig med avseende på behovet av att använda sjukförsäkringen, motsvarar skillnaden mellan grupperna effekten av att vara född tidigt eller sent i månaden, och indirekt omprövningsort. Eftersom bedömningen över lag var mer restriktiv i Stockholm kan gruppen födda sent förväntas ha fler rapporterade sjukskrivningsdagar i anslutning till beslutet. Eftersom beslutet om sjukpenning gäller sjukfrånvaroperioder bakåt i tiden kan skillnader mellan grupperna förväntas uppstå redan innan tidpunkten för beslutet. Viktigt att notera är emellertid att dessa skillnader avser retroaktiva utbetalningar av sjukpenning. De ska alltså inte tolkas som att faktiska skillnader i sjukfrånvaro förelegat eftersom individen kan ha varit sjukfrånvarande utan att sjukpenning utbetalats i tidsperioden mellan nekandet och beslutet i omprövningen.

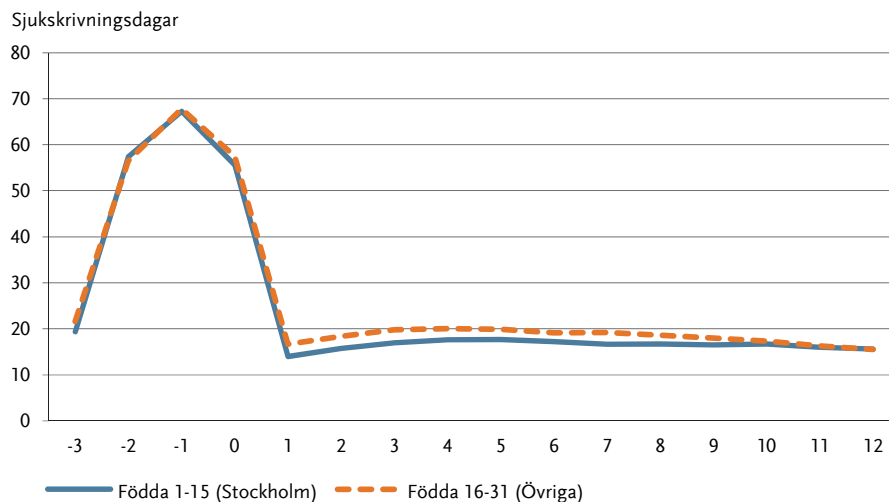
I figur 3 redovisas antalet sjukskrivningsdagar före och efter ett avslagsbeslut. Före beslutet finns en tydlig skillnad såtillvida att de som är födda tidigt i månaden rapporterar färre sjukskrivningsdagar än de som är födda sent. Denna skillnad är statistiskt säkerställd, vilket framgår av figur A1 i bilaga A, och avser alltså retroaktiva utbetalningar av sjukpenning. Efter beslutet syns över lag små skillnader mellan grupperna. Ett undantag är kvartal 6 och 7 efter beslutet, då de som är födda tidigt i månaden rapporterar färre sjukskrivningsdagar. Dessa skillnader är statistiskt säkerställda (figur A1, bilaga A). Med andra ord förefaller de flesta omprövningar av avslag avse sjukskrivningar som, oavsett beslut, hade hunnit avslutas innan beslutet fattades.

Figur 3 Antal sjukskrivningsdagar per kvartal före och efter beslutet i omprövningen, avslag

Källa: Egna bearbetningar av data från Försäkringskassan.

För indragsärenden, som avser redan sjukskrivna, framträder ett annat mönster (figur 4). För dem är antalet sjukskrivningsdagar innan beslutet ungefär detsamma oavsett när i månaden individen är född. Undantaget är kvartalet innan beslutet (kvartal 0), där de som är födda tidigt i månaden, vars ärenden prövades i Stockholm, rapporterar färre dagar som sjukskriven. Efter beslutet kvarstår en statistiskt säkerställd skillnad till och med kvartal 9 efter beslutet (figur A2, bilaga A). Till skillnad från besluten i avslagsärenden förefaller besluten i indragsärenden således få en mer framåtverkande effekt. Effekten kan bestå av två mekanismer, individer som beviljas sjukpenning kan antingen, som en konsekvens av beslutet, vara sjukskrivna längre i en pågående period, och/eller bli mer benägna att ansöka om sjukpenning i framtiden. Detta analyseras närmare i avsnitt 5.6.

Figur 4 Antal sjukskrivningsdagar per kvartal före och efter beslutet i omprövningen, indrag



Källa: Egna bearbetningar av data från Försäkringskassan.

5.2 Analytisk ansats

För att studera effekterna av att nekas sjukpenning utnyttjas för det första att det finns systematiska skillnader i sannolikheten att nekas sjukpenning beroende på när i månaden individen är född. Dessa skillnader beror i sin tur på att omprövningsenheten i Stockholm är mer restriktiv i sina bedömningar än övriga omprövningsenheter. För det andra utnyttjas det faktum att ärendena för dem som är födda tidigt och sent i månaden är helt jämförbara. I praktiken finns därmed tre typer av ärenden.

- **Kategori 1:** Ärenden som, oavsett när i månaden individen är född, kommer att leda till ett nekande.
- **Kategori 2:** Ärenden som, oavsett när i månaden individen är född, kommer att leda till ett beviljande.
- **Kategori 3:** Ärenden som kommer att bedömas olika beroende på när i månaden individen är född. Till denna kategori räknas ärenden som leder till ett nekande om individen är född tidigt i månaden, och därmed prövas i Stockholm, men inte annars.

Det går inte att veta vilken kategori ett enskilt ärende tillhör eftersom det bara prövas vid ett tillfälle och på en ort. Emellertid går det att beräkna storleken på den tredje kategorin. Eftersom de som är födda tidigt och sent i månaden, och som prövas i och utanför Stockholm, är helt jämförbara borde en lika stor andel i respektive grupp beviljas respektive nekas sjukpenning i omprövningen. Som konstaterades i

tabell 3 är så emellertid inte fallet. För avslagsärenden är skillnaden 9 procentenheter och för indragsärenden 5 procentenheter. Det är dessa mellanskillnader som utgör den tredje kategorin av ärenden, de vars beslut alltså påverkats av födelsedatum och därmed av omprövningsort. Och det är för denna *gränspopulation* av ärenden som effekterna av sjukskrivning mäts i denna rapport.

För att illustrera hur effekterna av att nekas sjukpenning beräknas kan som exempel tas beräkningen av effekten av att vara inskriven vid Arbetsförmedlingen ett år efter beslutet i omprövningen. Om $p(1-15)$ och $p(16-31)$ anger sannolikheten att ett år efter omprövningen vara inskriven vid Arbetsförmedlingen för gruppen födda tidigt respektive sent i månaden, kan effekten av att ha blivit nekad sjukpenning beräknas som:

$$\frac{p(1-15) - p(16-31)}{p(\text{Kategori 3})},$$

där $p(\text{Kategori 3})$ utgör gränspopulationens andel av urvalet. Om andelen inskrivna vid Arbetsförmedlingen för respektive grupp är 20 och 22 procent, och gränspopulationens andel 5 procent, är effekten av att bli nekad sjukpenning således -40 procent ($[(0,20 - 0,22)/0,05]$).²¹ Man viktar alltså upp skillnaden mellan de jämförbara grupperna med gränspopulationens storlek.

5.3 Effekter på framtida sjukskrivning och mottagande av SA

I tabell 5 redovisas effekterna av att bli nekad sjukpenning på antalet dagar som sjukskriven respektive sannolikheten att motta sjuk- och aktivitetsersättning (SA), vid olika tidpunkter efter beslutet i omprövningen. De två första kolumnerna avser effekterna i avslagsärenden medan kolumn 3-4 avser effekterna i indragsärenden. I analyserna kontrolleras för en rad bakomliggande faktorer, exempelvis individens utbildningsnivå, födelseland, sysselsättning med mera. Detta är inte nödvändigt med den analytiska ansats som tillämpas, emellertid kan det bidra till att effektskattningarna blir mer precisa. I tabell A1 redovisas resultaten utan kontroll för bakomliggande faktorer. I jämförelse med resultaten i tabell 5 är avvikelserna som väntat mycket små.

²¹ För att den beräknade effekten ska vara valid måste två antaganden vara uppfyllda. För det första får betydelsen av födelsedatum (tidigt/sent i månaden) på utfallet endast ”verka” genom beslutet i omprövningen (”exclusion restriction” i utvärderingslitteraturen). Eftersom födelsedatumet är att betrakta som slumpmässigt och den enda kontakten mellan omprövningshandläggare och individ sker i samband med delgivning av beslutet, är detta antagande med all sannolikhet uppfyllt. Det andra antagandet som måste vara uppfyllt är att samtliga födda tidigt i månaden (dag 1–15) måste löpa en högre risk att bli nekad sjukpenning i omprövningen än dem som är födda sent (”monotonicitetsantagandet”). Detta låter sig omöjligen undersökas eftersom varje individ endast provas på en ort.

Som konstaterades utifrån figur 3 tyder ingenting på att nekande av sjukpenning efter ett avslag skulle ge några tydliga effekter på användningen av sjukförsäkringen från beslutet i omprövningen och framåt. Resultaten i tabellen bekräftar denna bild, inga statistiskt säkerställda effekter under uppföljningsperioden kan konstateras vare sig det gäller sjukskrivning eller mottagande av SA.

För indragen framträder en annan bild. Resultaten visar att de som nekades sjukpenning rapporterade färre sjukskrivningsdagar upp till två år efter beslutet. Effekten uppgår till ungefär 50 dagar per kvartal i genomsnitt under det första året, och något mindre under det andra året.^{22, 23} De stora effekterna ska ses mot bakgrund av att en stor andel av indragen avser individer som varit sjukskrivna under en lång period, i genomsnitt drygt 13 månader (median: 9 månader), och att den kvarvarande tiden som sjukskriven (i händelse av ett positivt besked i omprövningen) sannolikt hade blivit lång.²⁴ Inga statistiskt säkerställda effekter återfinns under det tredje året efter beslutet, vilket sannolikt beror på att det för den studerade populationen fanns en bortre tidsgräns vid 914 dagar (ungefär 2,5 år).²⁵ Individer som nådde denna tidsgräns var tvungna att göra ett uppehåll på minst 87 dagar innan en ny period med sjukpenning (eller motsvarande) kunde påbörjas.²⁶

Inga effekter kan heller konstateras beträffande sannolikheten att motta SA, åtminstone inte under de två första åren. Därefter, år 3, syns en tydligt minskad sannolikhet att motta SA. Effekten uppgår till ca 40 procent och är statistiskt säkerställd. Ett tydligt mönster framträder således såtillvida att individer som först beviljades sjukpenning efter två år i högre utsträckning övergick till SA.

Eftersom inga effekter på sjukfrånvaro kunde konstateras för ärenden som avser avslag, kommer resterande analys enbart att avse indragsärenden.

²² En jämförelse med dem som beviljades sjukpenning ger att effekten innebär en minskning av antalet sjukskrivningsdagar med 75 procent.

²³ I beräkningarna avses bruttodagar som sjukskriven, vilket innebär att eventuella skillnader i sjukskrivningarnas omfattning (hel- eller deltid) inte beaktas i analysen. Om i stället nettodagar används i analysen minskar effekterna på efterföljande sjukfrånvaro med 10–15 procent vid olika uppföljningstider. Exempelvis motsvarar 200 färre bruttodagar som sjukskriven under det första året 175 färre nettodagar.

²⁴ I beräkningen har datumet för indraget jämförts med starttidpunkter för den senaste startade sjukskrivningen.

²⁵ Undantag gjordes för sjukskrivna med en allvarlig sjukdom, som uppbar sjukpenning på normalnivå (27 kap. 23 § socialförsäkringsbalken).

²⁶ 27 kap. 21 § socialförsäkringsbalken.

Tabell 5 Effekter av att nekas sjukpenning på antalet sjukskrivningsdagar och sannolikheten att motta SA, standardfel inom parentes

Kvartal/år	Avslag		Indrag	
	Sjukskriven (dagar)	SA (ja/nej)	Sjukskriven (dagar)	SA (ja/nej)
Kv.1/År 1	1,1 (6,0)	0,03 (0,06)	-52,6*** (16,3)	0,00 (0,09)
Kv.2/År 1	-1,9 (5,9)	0,00 (0,06)	-51,1*** (17,8)	0,02 (0,10)
Kv.3/År 1	1,2 (6,0)	-0,03 (0,06)	-54,0*** (18,7)	-0,04 (0,11)
Kv.4/År 1	-3,2 (6,0)	-0,05 (0,06)	-45,3** (18,7)	-0,02 (0,12)
År 2	-27,9 (22,3)	-0,01 (0,07)	-174,6*** (67,8)	-0,13 (0,15)
År 3	-24,4 (20,5)	-0,07 (0,07)	-62,5 (61,9)	-0,38** (0,1)

Anm: Resultat från instrumentvariabelskattningar av effekten av att nekas sjukpenning på antalet sjukskrivningsdagar respektive på sannolikheten att motta sjuk- och aktivitetsersättning (SA) eller inte. Som instrument används när i månaden individ är född (tidigt/sent). I skattningarna kontrolleras för kön, gift (ja/nej), barn under 18 (ja/nej), utrikes född (ja/nej), pensionsgrundande inkomst föregående år, utbildningsnivå (3 nivåer) och län (21 nivåer). I skattningarna för indrag kontrolleras därutöver för arbetsmarknadsstatus vid sjukskrivningsstart (4 nivåer), diagnos (5 nivåer) och sjukskrivningens omfattning (2 nivåer). */**/** indikerar statistisk signifikans på 10/5/1 procents nivå. Antal observationer, avslag: 12 115, indrag: 5 117.

5.4 Effekter på sysselsättning

Beslutet om rätten till sjukpenning kan få betydelse för individens sysselsättning både på kort och lång sikt. Långvarig sjukfrånvaro ökar exempelvis risken att bli av med anställningen och minskar möjligheterna att hitta en ny. Dessvärre finns ingen tillgänglig registerinformation över exakt när en individ arbetar och inte. På årsbasis finns emellertid information om löneinkomst.²⁷ Det finns också information om när en individ är inskriven vid Arbetsförmedlingen. Tillsammans torde dessa mått kunna ge en uppfattning om huruvida nekandet av sjukpenning haft några effekter på arbetsutbudet.²⁸

²⁷ Löneinkomst är inget perfekt mått på omfattningen av lönearbete eftersom semesterersättning och avgångsvederlag, såväl som sjuklön och kollektivavtalsreglerad ersättning, inkluderas i detta inkomstmått.

²⁸ I figur B1 och B2 (bilaga B) redovisas arbetsinkomst respektive sannolikheten att vara inskriven vid Arbetsförmedlingen före och efter beslutet i omprövningen, för födda tidigt respektive sent i månaden. Resultaten visar att grupperna är helt jämförbara innan beslutet i omprövningen fattats. Därefter uppvisar gruppen som är född tidigt i månaden, och som prövats i Stockholm, en högre genomsnittlig arbetsinkomst och en lägre sannolikhet av att vara inskriven vid Arbetsförmedlingen.

I tabell 6 framgår att nekandet av sjukpenning leder till en positiv och statistiskt säkerställd ökning av arbetsinkomsten under det första året i anslutning till beslutet. Effekten motsvarar en ökning av inkomsten med 108 000, vilket torde vara en underskattning eftersom måttet inte avser ett fullt år.²⁹ Därutöver inkluderar analysen både anställda och arbetslösa. En närmare analys (ej redovisad här) visar att effekten främst kan härledas till dem som var anställda när sjukskrivningen påbörjades.

År 2 och 3 återfinns inga statistiskt säkerställda effekter på arbetsinkomsten. Detta beror sannolikt på att flera av dem som beviljades sjukpenning återgick i arbete i takt med att de närmade sig den bortre tidsgränsen. Emellertid finns indikationer på en lägre sannolikhet att vara inskriven vid Arbetsförmedlingen under båda dessa år. Dessa effekter är svagt statistiskt säkerställda och kan härledas till dem som var arbetslösa vid tidpunkten för beslutet i omprövningen.

En fördjupad analys ger inget stöd för att beslutet i omprövningen skulle ha haft någon inverkan på utbetalningar av ekonomiskt bistånd (analysen redovisas ej i rapporten). Den sammantagna bilden är därmed att nekandet av sjukpenning, och den efterföljande minskade användningen av sjukförsäkringen bland dem som fick sjukpenningen indragen, hade positiva effekter på sysselsättning och löneinkomster.

Tabell 6 Effekter av att nekas sjukpenning på löneinkomst respektive sannolikheten att vara inskriven vid Arbetsförmedlingen, indrag, standardfel inom parentes

	Inkomst från arbete (1 000 kr)	Inskriven vid Af (ja/nej)
1 år	108,4** (48,0)	-0,31 (0,24)
2 år	82,2 (58,3)	-0,57* (0,33)
3 år	52,6 (62,6)	-0,48* (0,26)

Anm: Resultat från instrumentvariabelskattningar av effekterna av att bli nekad sjukpenning på löneinkomst (kontant bruttolön per år), respektive sannolikheten att vara inskriven vid Af, 1–3 år efter beslutet i omprövningen. Som instrument används när i månaden individ är född (tidigt/sent). I skattningarna har kontrollerats för kön, gift (ja/nej), barn under 18 (ja/nej), utrikes född (ja/nej), pensionsgrundande inkomst föregående år, utbildningsnivå (3 nivåer), arbetsmarknadsstatus vid sjukskrivningsstart (4 nivåer), diagnos (5 nivåer), sjukskrivningens omfattning (2 nivåer) och län (21 nivåer). */**/** indikerar statistisk signifikans på 10/5/1 procents nivå. 5 117 observationer.

5.5 Effekter på hälsa

En individs hälsa kan mätas på olika sätt. Olika mått kan emellertid i olika grad förväntas fånga individens subjektiva hälsa. Graden av subjektivitet definieras av

²⁹ En jämförelse med dem som beviljades sjukpenning ger att effekten innebär en ökning av arbetsinkomsten med ungefär 100 procent.

O'Donnell (2009) som i vilken utsträckning preferenserna kan få genomslag i måttet. Det mest subjektiva måttet på hälsa är den självskattade hälsan. Läkemedelsförskrivningar, sjukfrånvaro (som kräver sjukintyg) och besök hos läkare eller vårdcentral är också subjektiva mått men i mindre utsträckning eftersom de förutsätter en bedömning av utomstående (läkare, handläggare). De minst subjektiva måtten på hälsa är slutenvårdsbesök, biomarkörer och mortalitet (dödlighet). Detta eftersom de i högre grad ligger utanför individens kontroll.

I avsnittet redovisas effekterna av att få sjukpenningen indragen med avseende på olika hälsoindikatorer. För det första studeras effekterna på antalet besök inom öppenvården, där besök inom primärvården inte ingår. För det andra studeras effekterna på antalet förskrivna dygnsdoser av läkemedel, vilket är ett mått på läkemedelskonsumtion. För det tredje studeras antalet dagar som inlagd inom slutenvården. Måtten kan i stigande ordning förväntas fånga effekterna på den faktiska hälsan hos individerna.³⁰

I tabell 7 redovisas effekterna på dessa hälsoindikatorer upp till olika uppföljningshorisonter, mätt från och med beslutet i omprövningen. Resultaten ger inga belägg för att den indragna sjukpenningen skulle ha gett några effekter på individernas hälsa. Inte något av hälsomåtten uppvisar statistiskt säkerställda resultat för någon av uppföljningshorisonterna. Utöver dessa analyser har även mortalitet studerats, här mätt som sannolikheten att dö inom tre år efter beslutet i omprövningen. Inte heller detta mått ger något stöd för att den nekade sjukpenningen skulle gett några effekter på individens hälsa.

³⁰ I figur B3-B5 (bilaga B) redovisas utfall för hälsoindikatorerna före och efter beslutet i omprövningen, för födda tidigt respektive sent i månaden. Figurerna visar att grupperna är balanserade, dvs. uppvisar samma nivå av vård- och läkemedelskonsumtion, före beslutet och att skillnaderna är små även efter beslutet.

Tabell 7 Effekter av att nekade sjukpenning på hälsa, indrag, standardfel inom parentes

	Antal vårdbesök	Antal dygnsdoser läkemedel per dag	Antal slutenvårdsdagar
< 6 mån	-1,1 (1,2)	2,1 (1,9)	0,8 (1,8)
< 1 år	-1,5 (2,2)	0,5 (1,4)	2,3 (2,8)
< 2 år	-4,6 (3,8)	0,5 (1,1)	9,1 (5,6)
< 3 år	-4,9 (4,9)	-0,6 (0,9)	7,0 (7,3)

Anm: Resultat från instrumentvariabelskattningar av effekten av att bli nekade sjukpenning på olika hälsoindikatorer. Som instrument används när i månaden individ är född (tidigt/sent). I skattningarna kontrolleras för kön, gift (ja/nej), barn under 18 (ja/nej), utrikes född (ja/nej), pensionsgrundande inkomst föregående år, utbildningsnivå (3 nivåer), status vid sjukskrivningsstart (4 nivåer), diagnos (5 nivåer), sjukskrivningens omfattning (2 nivåer), län (21 nivåer). */**/** indikerar statistisk signifikans på 10/5/1 procents nivå. 5 117 observationer.

5.6 Kompletterande analyser

5.6.1 Gränspopulationen – vilka är de?

De studerade effekterna avser, som beskrevs i avsnitt 5.2, en gränspopulation: de som hade blivit nekade sjukpenning i omprövningen om de varit födda tidigt i månaden (och prövats i Stockholm), men tvärtom blivit beviljade sjukpenning om de i stället varit födda sent (och prövats utanför Stockholm). Exakt hur denna population ser ut går inte att veta eftersom ett ärende endast prövas på en ort. Man kan emellertid få en ungefärlig uppfattning om gruppens sammansättning genom att jämföra individer som nekades sjukpenning bland dem som var födda tidigt respektive sent i månaden.

Hade liknande bedömningar gjorts för dem som var födda tidigt och sent i månaden, skulle andelen som nekades sjukpenning varit lika stor i grupperna och de som nekades i respektive grupp varit identiska. I tabell C1 (bilaga C) framgår att skillnaden mellan dem som nekades och var födda tidigt respektive sent i månaden är små, vilket antyder att denna gränspopulation, dvs. de ytterligare som nekades sjukpenning i gruppen födda tidigt pga. att de prövades i Stockholm, inte i någon större utsträckning avviker från övriga nekade.³¹ Med andra ord förefaller de ha egenskaper och erfarenheter som påminner om de andra som nekades sjukpenning i omprövningen, åtminstone om man utgår från det som framkommer i register.

³¹ Notera att tabell 3 och tabell C1 skiljer sig åt såtillvida att beskrivningen i tabell 3 avser både de som beviljades och nekades sjukpenning i omprövningen.

Skillnader kan emellertid finnas beträffande andra mer svårångade faktorer, exempelvis relaterade till individens arbetsförmåga, arbetsplats och arbetsuppgifter.

Vidare visar en jämförelse mellan sjukskrivna som nekades respektive beviljades sjukpenning på över lag små skillnader. De som beviljades sjukpenning (kolumn 4) var något högre utbildade i genomsnitt och en lägre andel var sjukskrivna med en muskuloskeletal diagnos. De hade i genomsnitt också varit sjukskrivna en något kortare period än de som nekades sjukpenning.

5.6.2 Beteendeeffekter

Att bli beviljad sjukpenning i omprövningen kan förväntas påverka eventuellt efterföljande sjukfrånvaro på två sätt jämfört med att bli nekad. För det första kan det tänkas förlänga en vid beslutet pågående sjukskrivning, det gäller inte minst om den pågående perioden är den som beslutet avser. För det andra kan ett beviljande öka benägenheten att bli sjukskriven i framtiden. Det beror på att uppfattningen om vad som krävs för att få sjukpenning från sjukförsäkringen torde påverkas av beslut man själv blir föremål för. Notera att detta även gäller beslut om retroaktiva sjukskrivningar. Att bli mer benägen att bli sjukskriven kan betraktas om en *beteendeeffekt* av beslutet i omprövningen.

I tabell C2 (bilaga C), kolumn 2, redovisas effekterna av att bli nekad sjukpenning på framtida sjukfrånvaro med hänsyn tagen till om individen var sjukskriven vid tidpunkten för beslutet eller inte. Med andra ord neutraliseras den ena av de två ovanstående effekterna, den som avser en eventuellt pågående period, och beteendeeffekten kan renodlas. Resultaten visar att det under de 6 första kvartalen efter beslutet, med visst undantag för kvartal 3, inte finns några tecken på beteendeeffekter av att bli nekad sjukpenning. Med andra ord drivs den konstaterade effekten i form av färre sjukskrivningsdagar fram till dess (kolumn 1) av att vid beslutet pågående sjukfall blir kortare än vad de annars hade blivit. För kvartal 7 och 8 konstateras emellertid starkt respektive svagt statistiskt säkerställda beteendeeffekter. Resultaten ger således stöd för att det finns beteendeeffekter av att bli nekad sjukpenning, och att dessa med tiden är de som driver effekterna på sjukfrånvaro i denna studie.³²

5.6.3 Betydelsen av inskrivningstid

Hur länge man varit sjukskriven vid nekandet av sjukpenning kan ha betydelse för möjligheterna att återgå i arbete, sannolikheten att så småningom övergå till SA och kanske också hälsa. I tabell C3 redovisas hur effekterna på sjukskrivning, mottagande av SA, arbetsinkomst och hälsa påverkas av hur länge sjukskrivningen pågått. För att studera hälsa har ett index skapats genom en sammanvägning av individens

³² En analys av ärenden som avser avslag ger inget stöd för att *beteendeeffekter* förekommer. Visserligen går resultaten i samma riktning som för indragsärendena, men de är inte statistiskt säkerställda.

vård- och läkemedelskonsumtion under två år efter beslutet i omprövningen. Ett högt indexvärde signalerar hög vård- och läkemedelskonsumtion, och därmed relativt svag hälsa, medan ett lågt värde tvärtom signalerar relativt god hälsa.

Resultaten visar att den tydligt negativa effekten av att nekas sjukpenning på efterföljande sjukskrivning, är fallande med sjukskrivningens längd. Effekten minskar med en dag per månad och är statistiskt säkerställd. Med andra ord reducerar individer som varit sjukskrivna en förhållandevis kort tid sjukfrånvaron mer än dem som varit sjukskrivna förhållandevis länge. Resultatet ska ses i ljuset av den tidsgräns vid 2,5 år som omfattade individerna i urvalet. Den bidrar till att reducera effekten på sjukfrånvaro för individer som varit sjukskrivna länge vid nekandet.

Vidare framgår av tabell C3 att den positiva effekten på arbetsinkomst året efter nekandet, minskar med drygt 400 kronor per månad som sjukskriven. Individer som blir nekade sjukpenning relativt tidigt under sjukfallet går således tillbaka i arbete i högre utsträckning än dem som blir nekade sent. På motsvarande sätt avtar den minskade risken för SA inom tre år, med sjukskrivningens längd. Beträffande effekterna på hälsa återfinns inget tydligt samband med sjukskrivningens längd. Att bli nekad sjukpenning tidigt i sjukfallet förefaller således inte påverka hälsan annorlunda jämfört med att bli nekad sent. Sammantaget visar resultaten att de positiva effekterna av att nekas sjukpenning i form av minskad användning av sjukförsäkringen och ökad sysselsättning, är lägre ju längre individen varit sjukskriven.

5.7 Effekter för olika delpopulationer

Det är rimligt att anta att nekande av sjukpenning påverkar olika individer, och grupper av individer, olika mycket och på olika sätt. I tabell 8 redovisas effekterna av att få sjukpenningen indragen för olika grupper med avseende på, i) användning av sjukförsäkringen, där perioder med sjukpenning och SA slagits samman, ii) inkomster från arbete och, iii) hälsa, mätt som en sammanvägning (index) av vård- och läkemedelskonsumtion. Uppföljningshorisonten är två år. Effekterna mäts för män och kvinnor separat, för grupper med olika position på arbetsmarknaden, samt för grupper med olika hälsa.

Resultaten visar att kvinnor tydligt reducerar användningen av sjukförsäkringen upp till två år efter nekandet av sjukpenning. I effekten, som motsvarar en reduktion av antalet ersättningsdagar med i genomsnitt 15 månader, ingår en lägre risk att övergå till SA. För män återfinns ingen statistiskt säkerställd effekt. Män påverkades emellertid inte i samma utsträckning som kvinnor av var omprövningen

genomfördes, och man kan därför inte dra slutsatsen att män och kvinnor reagerar olika på att bli nekade sjukpenning.³³

Noterbart är att kvinnors minskade sjukfrånvaro inte genererade några säkerställda effekter beträffande vare sig hälsa eller löneinkomst. Detta medan män, som i mindre utsträckning reducerade sin framtida sjukfrånvaro, förefaller ha ökat sina löneinkomster. Resultatet är emellertid endast svagt statistiskt säkerställt. Skillnaden mellan könen kan åtminstone delvis förklaras av att kvinnor i högre utsträckning än män var sjukskrivna på deltid. En given minskning av sjukfrånvaron bör därför ge mindre utbyte i form av ökat arbete för kvinnor jämfört med män.³⁴ Ytterligare en förklaring kan vara att kvinnor i högre utsträckning än män hittar alternativa försörjningskällor till arbete i händelse av nekad sjukpenning, exempelvis studiemedel eller försörjning via partner.

För att analysera om effekten av nekande av sjukpenning påverkas av vilken förankring individen har på arbetsmarknaden har ett index skapats av tre variabler: utbildningsnivå (tre nivåer), utrikes född (ja/nej) samt sysselsättningsstatus (arbetslös eller inte). Individer med relativt låg utbildning (som högst gymnasienivå), utrikesfödda samt arbetslösa, förväntas i genomsnitt ha en sämre position och sämre förutsättningar på arbetsmarknaden än eftergymnasialt utbildade, svenskfödda och anställda. Ett lågt värde på indexet indikerar en gynnsam ställning medan ett högt värde indikerar en svag ställning. Resultaten visar att positionen på arbetsmarknaden har betydelse för hur individen påverkas av ett nekande av sjukpenning. Den minskade användningen av sjukförsäkringen kan främst härledas till en mellangrupp av individer som varken tillhör de mest gynnade eller missgynnade på arbetsmarknaden. Denna grupp både minskar användningen av sjukförsäkringen och ökar arbetsinkomsterna efter att ha blivit nekade sjukpenning.

Avslutningsvis analyseras effekterna av nekande av sjukpenning med avseende på individens förväntade hälsostatus vid omprövningstidpunkten. Ett index har skapats enligt samma princip som beskrevs i avsnitt 5.6.5, men med skillnaden att hälsan avser de senaste sex månaderna. Resultaten visar att gruppen med den relativt bästa hälsan är den som tydligast minskar antalet ersättningsdagar under de två efterkommande åren. Inga statistiskt säkerställda effekter återfinns emellertid beträffande vare sig arbetsinkomst eller hälsa. Detta kan till viss del sannolikt förklaras av att en relativt hög andel var sjukskrivna på deltid vid tidpunkten för omprövningen.

³³ F-värdet i kolumn 1 anger styrkan i skattningen med avseende på skillnaden i andelen som nekades sjukpenning mellan individer födda tidigt och sent i månaden. Värdet under 10 indikerar en relativt liten skillnad vilket försämrar skattningens precision, och därmed möjligheter att utläsa statistiskt säkerställda skillnader mellan dem som nekades sjukpenning och inte.

³⁴ Därutöver kan kvinnor förväntas ha ett lägre faktiskt arbetsutbud, dvs. arbeta mindre än 100 procent. Med "heltid" och deltid" avses i texten sjukskrivning i relation till det faktiska arbetsutbudet.

Intressant att notera är att de med den förväntat sämsta hälsan ökar sina arbetsinkomster åren efter avslaget i omprövningen. Inga statistiskt säkerställda effekter i form av färre antal ersättningsdagar kan dock konstateras, åtminstone inte med två års uppföljningshorisont. En närmare analys visar emellertid en tydlig minskning under det första året efter avslaget, en effekt som sedan avtar under det andra året.

Tabell 8 Effekter av att bli nekad sjukpenning för olika grupper

	F-värde / antal obs.	Sjp och SA, 2 år	Inkomst arbete (2 år, 1 000 kr)	Hälsa ^a
Man	7,6 / 1 903	-351,3 (317,9)	499,6*(299,7)	0,5 (1,7)
Kvinna	37,6 / 3 214	-450,3*** (158,5)	83,7 (92,5)	0,3 (0,6)
Status på arbetsmarkn.^b				
- Grupp 1 (hög status)	16,2 / 849	-384,8*(215,9)	86,2 (164,3)	-0,9 (0,9)
- Grupp 2	12,6 / 3 261	-597,5** (290,9)	447,5** (207,8)	0,9 (1,2)
- Grupp 3 (låg status)	22,1 / 1 007	-235,2 (181,2)	-66,3 (103,1)	0,2 (0,8)
Hälsa^c				
- Grupp 1 (god hälsa)	16,5 / 2 106	-701,9*** (265,0)	140,5 (163,4)	-0,6 (0,6)
- Grupp 2	14,0 / 1 111	-144,8 (252,3)	-6,0 (173,5)	-0,3 (0,8)
- Grupp 3 (svag hälsa)	13,9 / 1 900	-353,6 (236,0)	366,0** (175,9)	1,2 (1,4)

Anm: Resultat från instrumentvariabelskattningar av effekten av att få sjukpenning indragen på, i) användningen av sjukförsäkringen, ii) inkomst från arbete, och iii) hälsa. Som instrument har använts information om när i månaden individen är född (tidigt/sent). Sjp = sjukpenning, SA = sjuk- och aktivitetsersättning. ^a: Hälsa mäts som ett index skapat genom en sammanvägning av information om antal besök inom öppenvården, antalet förskrivna dygnsdoser av läkemedel, samt antalet dagar som inskriven inom slutenvården, inom två år efter beslutet i omprövningen. Ett högt värde signalerar svag hälsa och ett lågt värde det motsatta. ^b: Indelningen i grupp har gjorts genom en sammanvägning av information om sysselsättning vid sjukskrivningens start (i jobb/arbetslös), utrikes född (ja/nej), samt utbildningsnivå. ^c: Hälsa mäts som ett index skapat genom en sammanvägning av information om antal besök inom öppenvården, antalet förskrivna dygnsdoser av läkemedel, samt antalet dagar som inskriven inom slutenvården, upp till sex månader innan beslutet i omprövningen. I skattningarna kontrolleras för kön, gift (ja/nej), barn under 18 (ja/nej), utrikes född (ja/nej), pensionsgrundande inkomst föregående år, utbildningsnivå (3 nivåer), arbetsmarknadsstatus vid sjukskrivningsstart (4 nivåer), diagnos (5 nivåer), sjukskrivningens omfattning (2 nivåer), län (21 nivåer). */**/** indikerar statistisk signifikans på 10/5/1 procents nivå. Antal observationer är 5 117.

5.8 Effekter på de offentliga utgifterna

En beräkning av vilka effekter den striktare bedömningen av rätten till sjukpenning som tillämpades i Stockholm hade för de offentliga utgifterna, väger samman förändringar i användningen av sjukförsäkringen med förändringar av kostnader i sjukvården. Med användning av sjukförsäkringen avses utbetalningar i form av sjukpenning, rehabiliteringspenning och sjuk- och aktivitetsersättning, och med kostnader inom sjukvården avses framför allt kostnader för vårdbesök och för subventioner av läkemedel. Beräkningen ska tolkas försiktigt eftersom uppföljningsperioden är begränsad och eventuella effekter på andra offentliga områden inte beaktas, liksom inte heller eventuella effekter på det allmänna välbefinnandet. Det sistnämnda torde emellertid inte vara någon större brist då inga hälsoeffekter kunde konstateras i analysen. Frånvaron av hälsoeffekter gör också att beräkningen kan avgränsas till skillnader i användningen av sjukförsäkringen.

Med tre års uppföljningshorisont uppgår skillnaden i utbetald ersättning från sjukförsäkringen för respektive grupp i det studerade urvalet till sammanlagt 16,7 miljoner kronor, eller cirka 140 000 kronor per individ i genomsnitt. Den beräknade besparingen avser alltså den gränspopulation vars beslut i omprövningen var avhängig omprövningsort. I avsnitt 5.2 beräknades storleken på denna population till ungefär 5 procent av urvalet. En intressant fråga är i vilken utsträckning resultaten är överförbara till en större population, dvs. till ärenden som inte lett till omprövning. Frågan inrymmer två delfrågor, dels i vilken utsträckning det finns svårbedömda ärenden där läkaren känner tveksamhet inför om sjukskrivning är en lämplig åtgärd eller inte, eller där handläggarens bedömningsutrymme medger både ett positivt och negativt beslut, dels i vilken utsträckning de konstaterade effekterna kan förväntas vara överförbara till denna population.

Vad gäller frågan om andelen svårbedömda ärenden är den av naturliga skäl svår att besvara. Mot bakgrund av hur svårt det kan vara att observera och mäta arbetsförmåga och hur relativt lite vägledning lagstiftningen ger i det enskilda fallet, finns anledning att tro att de är relativt vanliga. Inte minst bland de psykiatriska diagnoserna, som utgör drygt 40 procent av alla pågående sjukskrivningsärenden, kan en stor osäkerhet finnas i bedömningarna både bland läkare och handläggare.³⁵ Jämfört med somatiska diagnoser är arbetsförmågan svårare att fastställa för dessa diagnoser, och kunskap om vad som är betrakta som en optimal sjukskrivningstid saknas i stor utsträckning. Studier har också visat att handläggare upplever ärenden med psykiatriska diagnoser som särskilt komplicerade och tidskrävande, de leder också i högre grad än andra till att handläggaren initierar en utredning.³⁶

³⁵ Aktuell statistik från Försäkringskassan 2015-12-17.

³⁶ ISF (2014).

ÄR SJUKSKRIVNING BRA FÖR HÄLSAN?

Vad gäller den andra frågan om resultatens överförbarhet, visar en jämförelse mellan den studerade populationen och samtliga som påbörjade en sjukskrivning 2009–2012 på tydliga likheter i många avseenden. Faktum är att drygt 50 procent av de sjukskrivna hade egenskaper, erfarenheter och förutsättningar som i stor utsträckning påminde om dem som senare ansökte om omprövning. Detta talar alltså för att resultaten i hög utsträckning skulle vara relevanta för en population större än den som studerats här.

6 Resultatsammanfattning och tolkning

I rapporten har analyserats hur nekande av sjukpenning påverkar hälsa, sysselsättning och framtida användning av sjukförsäkringen. Urvalet består av individer som nekats sjukpenning 2009–2012, och som därefter ansökt om omprövning av ärendet. Analysen avser främst drygt 5 000 sjukskrivna, varav en stor andel var långtids-sjukskrivna, vars ärenden sannolikt var att betrakta som svårbedömda.

Resultaten visar att nekandet av sjukpenning i ett pågående sjukfall kraftigt reducerade den efterföljande sjukfrånvaron, och också sannolikheten att inom tre år motta SA. Effekten är tydligare för kvinnor än för män och återfinns både bland dem med bäst och sämst hälsa. De minskade utbetalningarna av sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning innebar en besparing i sjukförsäkringen på i genomsnitt 140 000 kronor per individ.

Vidare konstateras att nekandet av sjukpenning ökade individens arbetsinkomst. Med andra ord återgick sjukskrivna som inte fick fortsatt sjukpenning i hög grad i arbete. Effekten var tydligast för en grupp som varken kan förväntas ha bäst eller sämst chanser på arbetsmarknaden. Effekten var också tydligare för män än för kvinnor, vars ökning av arbetsinkomsten inte var statistiskt säkerställd. En delförklaring till resultatet är att en högre andel av kvinnorna arbetar deltid.

Inget stöd ges i resultaten för att nekandet av sjukpenning skulle ha gett några effekter på hälsan. I rapporten har olika hälsoindikatorer (vård- och läkemedelskonsumtion samt mortalitet) analyserats men inga skillnader har kunnat konstateras som ett resultat av nekandet. Resultatet är stabilt för olika hälsomått, över tid och för olika grupper av sjukskrivna.

Sammantaget visar resultaten att en strikt bedömning av rätten till sjukpenning ger upphov till flera positiva effekter. Kostnaderna i sjukförsäkringen minskar, till följd av minskade utbetalningar av såväl sjukpenning som sjuk- och aktivitetsersättning, sysselsättningen ökar och detta utan att negativa bieffekter uppstår i form av försämrad hälsa i befolkningen och ökade kostnader för ohälsa. En strikt bedömning gynnar också ett jämställt uttag från sjukförsäkringen. Det beror på att kvinnor är sjukskrivna mer än män och på att de påverkas relativt mer av en strikt bedömning. Avslutningsvis bidrar en strikt bedömning av rätten till ersättning till att minska den ekonomiska ojämlikheten. Det beror på att sjukförsäkringen relativt oftare används av individer med lägre inkomster, och för att nekande av sjukpenning ökar individens inkomst.

Referenslista

Dahl, G. B., Ravndal Kostøl, A. & M. Mogstad (2014). "Family Welfare Cultures", *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 129(4), s. 1711–1752.

Eriksson, S., Johansson, P. och S. Langenskiöld (2016): "What is the right profile for getting a job? A stated choice experiment of the recruitment process". *Empirical Economics*. DOI: 10.1007/s00181-016-1133-1.

Floderus B., Göransson S., Alexanderson K. & G. Aronsson (2003): *Positiv och negativ påverkan på livssituationen vid långtidssjukskrivning*. Arbete och Hälsa 2003:13, Arbetslivsinstitutet.

Försäkringskassan (2014): *Analys av sjukfrånvarons variation – Väsentliga förklaringar av upp- och nedgångar över tid*. Socialförsäkringsrapport 2014:17.

Hartman, L, Hesselius, P. och P. Johansson (2013): "Effects of eligibility screening in the sickness insurance: Evidence from a field experiment". *Labour Economics*, vol. 20, January, s. 48–56.

Hägglund, P., och P. Johansson (2016): *Sjukskrivningarnas anatomi – en ESO-rapport om drivkrafterna i sjukförsäkringssystemet*, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO), rapport 2016:2.

Hägglund, P., och P. Skogman Thoursie (2010): *De senaste reformerna inom sjukförsäkringen: En diskussion om deras förväntade effekter*, Finanspolitiska rådet, Rapport 2010/5.

Hägglund, P. (2013): "Effects of Introducing Time-limits in the Sickness Insurance System on Return to Work – Evidence from the Swedish Rehabilitation Chain", *Empirical Economics*, Springer, August, vol. 45, Issue 1, s. 567–582.

ISF (2012): *Långtidssjukfrånvaro hos föräldrar och deras barn*. Rapport 2012:7, Inspektionen för socialförsäkringen.

ISF (2014): *Sjukfrånvaro och psykiatriska diagnoser*. Rapport 2014:22, Inspektionen för socialförsäkringen.

ISF (2015): *Tidsgränserna i sjukförsäkringen*. Rapport 2015:5, Inspektionen för socialförsäkringen.

Marklund, S., Bjurvald, M., Hogstedt, C., Palmer, E. och red. T. Theorell (2005): *Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar*. Antologi, Arbetslivsinstitutet.

Ockander, M. & T. Timpka (2001): "A female lay perspective on the establishment of long-term sickness absence". *International Journal of Social Welfare* 10(1), s. 74–79.

O'Donell, O. (2009): "Measuring health inequalities in Europe. Methodological issues in the analysis of survey data". *Eurohealth*, vol. 15(3), s. 10–14.

Puhani och Sonderhof (2010): "The effects of a sick pay reform on absence and on health-related outcomes". *Journal of health Economics*, 29, s. 285–302.

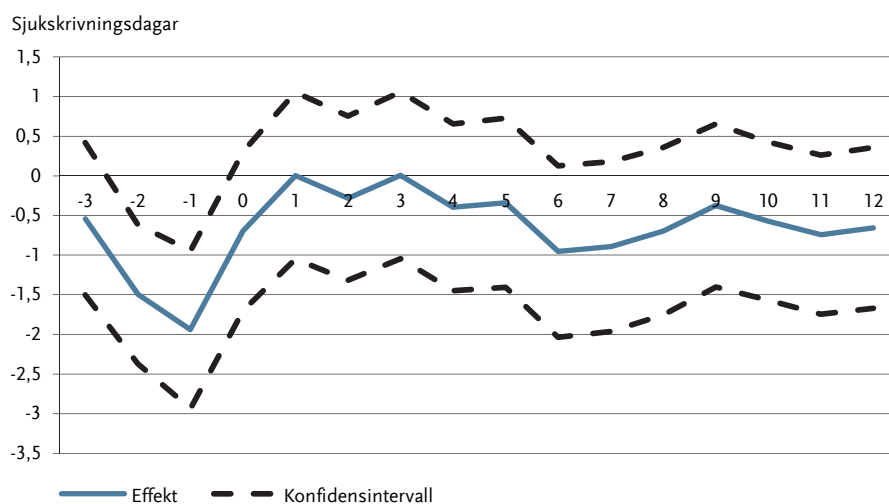
Prop. 2016/17:1. *Budgetproposition för 2017*.

Prop. 2011/12:1. *Budgetproposition för 2012*.

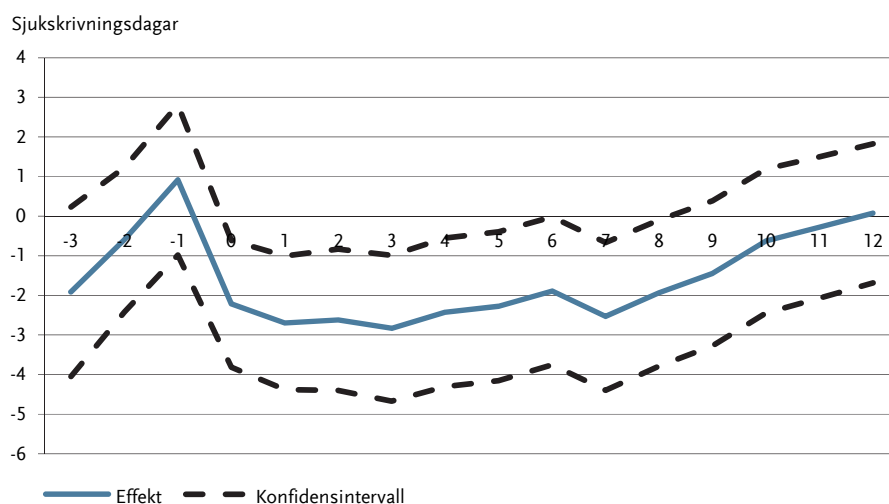
SBU (2003): *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis – En systematisk litteraturöversikt*. Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Bilaga A. Effekter av att vara född tidigt jämfört med sent i månaden på sjukfrånvaro

Figur A1 Effekter av att vara född tidigt (1-15) jämfört med sent (16-31) i månaden på antalet sjukskrivningsdagar per kvartal, avslag



Figur A2 Effekter av att vara född tidigt (1-15) jämfört med sent (16-31) i månaden på antalet sjukskrivningsdagar per kvartal, indrag



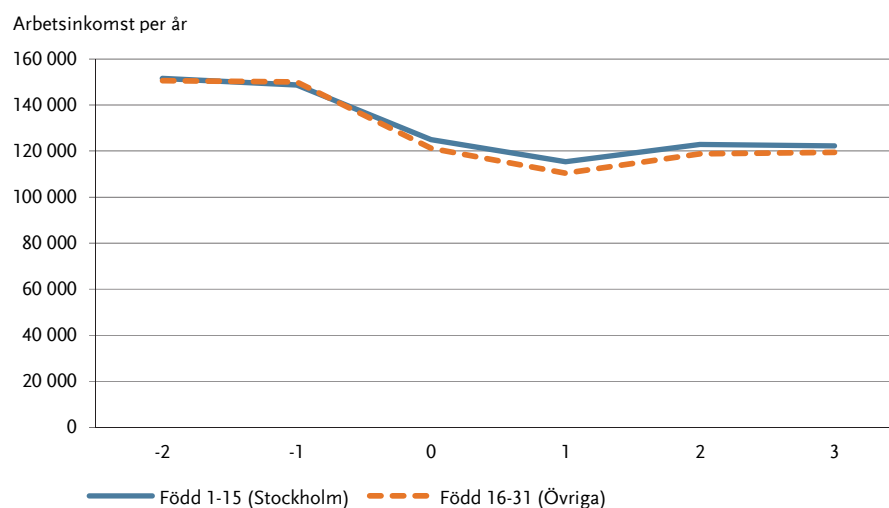
Tabell A1 Effekter av att nekas sjukpenning på antalet sjukskrivningsdagar och sannolikheten att motta SA, ingen kontroll för bakomliggande faktorer, standardfel inom parentes

Kvartal/år	AVSLAG		INDRAG	
	Sjukskriven (dagar)	SA (ja/nej)	Sjukskriven (dagar)	SA (ja/nej)
Kv. 1/År1	0,0 (6,0)	0,02 (0,06)	-52,8*** (17,0)	0,25 (0,17)
Kv. 2/År1	-3,2 (5,9)	-0,00 (0,06)	-51,4*** (18,5)	0,25 (0,18)
Kv. 3/År1	0,0 (6,0)	-0,04 (0,06)	-55,5*** (19,6)	0,20 (0,18)
Kv. 4/År1	-4,5 (6,0)	-0,06 (0,06)	-47,6** (19,7)	0,21 (0,18)
År 2	-32,4 (22,2)	-0,02 (0,07)	-169,1*** (70,8)	0,06 (0,20)
År 3	-26,3 (20,4)	-0,08 (0,07)	-44,7 (64,7)	-0,22 (0,21)

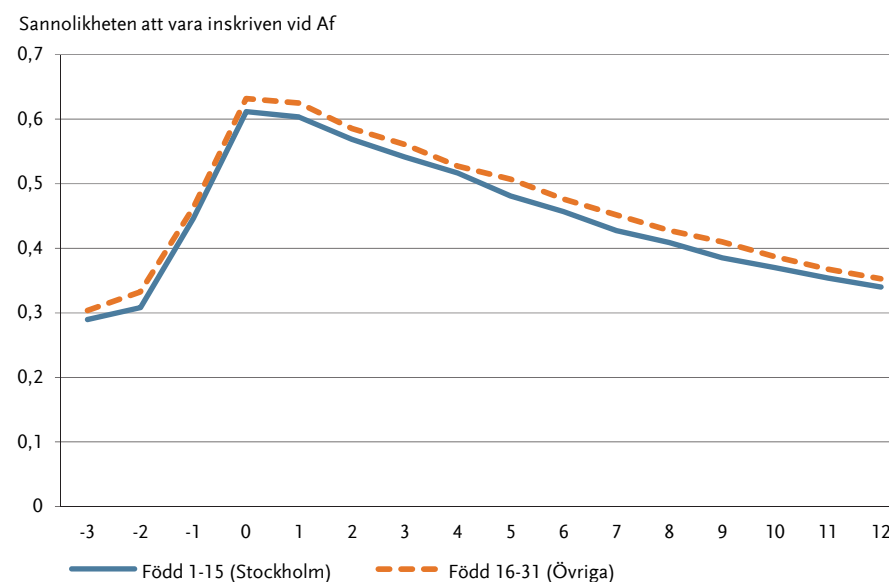
Anm: Resultat från instrumentvariabelskattningar av effekten av att nekas sjukpenning på antalet sjukskrivningsdagar respektive att motta SA eller inte. Som instrument har använts information om när i månaden individen är född (tidigt/sent). */**/*** indikerar statistisk signifikans på 10/5/1 procents nivå. Antal observationer, avslag: 12 115, indrag: 5 117.

Bilaga B. Arbetsinkomster och hälsa före och efter beslutet i omprövningen

Figur B1 Arbetsinkomst per år före och efter beslutet i omprövningen, indrag

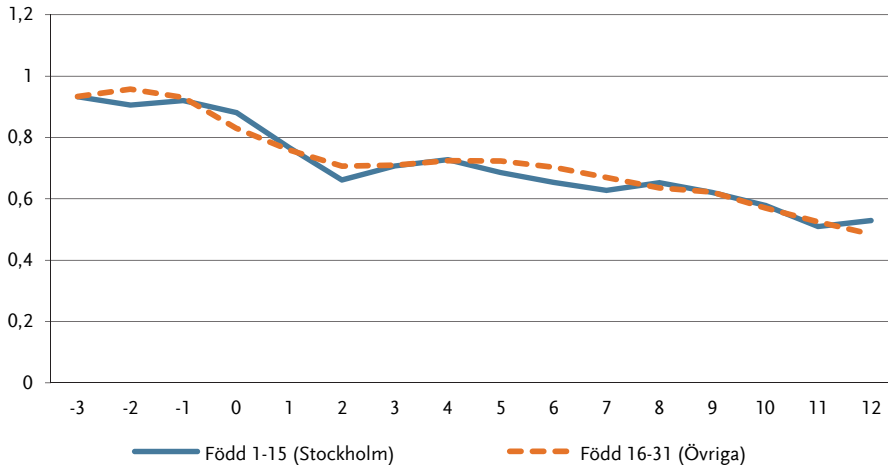


Figur B2 Andel registrerad vid Arbetsförmedlingen per kvartal före och efter beslut i omprövningen, indrag



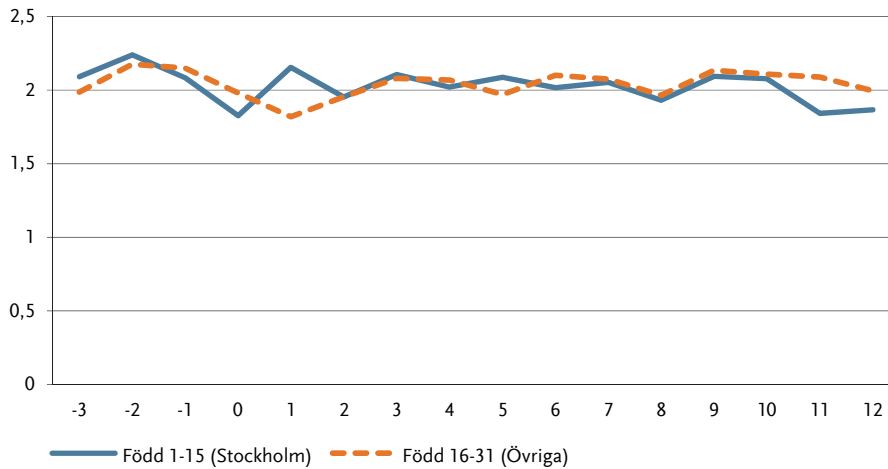
Figur B3 Antal besök inom öppenvården per kvartal före och efter beslut i omprövningen, indrag

Antal besök i öppenvård



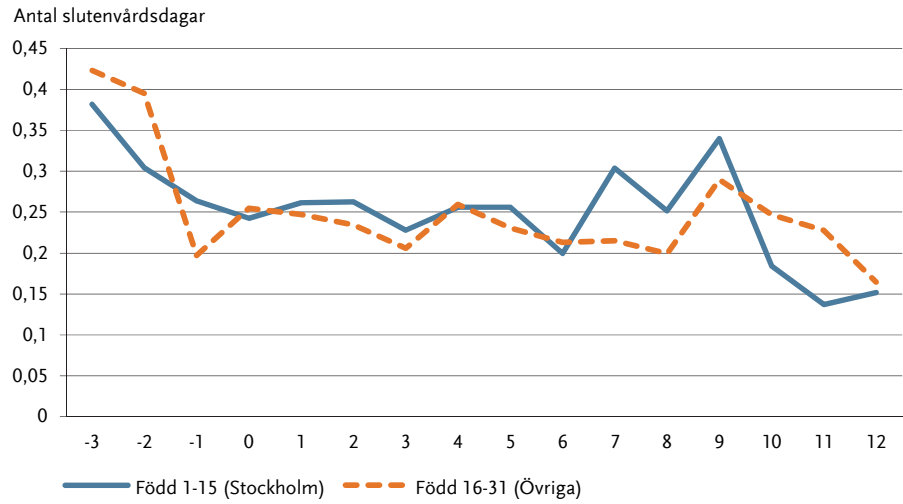
Figur B4 Antal dygnsdoser av läkemedel i genomsnitt per kvartal före och efter beslut i omprövningen, indrag

Antal dygnsdoser



ÄR SJUKSKRIVNING BRA FÖR HÄLSAN?

Figur B5 Antal dagar inom slutenvården per kvartal före och efter beslut i omprövningen, in-
drag



Bilaga C. Kompletterande analyser

Tabell C1 Beskrivning av individer som blev beviljade respektive nekade sjukpenning i omprövningen 2009–2012, indrag, standardavvikelse inom parentes

	Nekade (1–15)	Nekade (16–31)	t-värde	Beviljade
Man	0,37	0,38	-0,63	0,38
Ålder	49,6 (10,8)	50,3 (10,4)	-2,34	49,1 (10,8)
Barn under 18 (ja/nej)	0,36	0,34	1,76	0,36
Utrikesfödd	0,27	0,25	1,40	0,25
Utbildningsnivå				
- Förgymnasial utb./uppgift saknas	0,22	0,20	1,84	0,17
- Gymnasial utbildning	0,53	0,55	-1,58	0,54
- Eftergymnasial utbildning	0,25	0,25	0,14	0,28
Tid i pågående sjukskrivning (vid nekande)	403 (416)	421 (423)	-1,38	361 (394)
Historik (dagar), sedan 2000				
- Tidigare sjukskrivning	611 (679)	627 (692)	-0,77	601 (722)
- Tidigare arbetslöshet	502 (725)	505 (739)	-0,13	458 (681)
Sysselsättning				
- Arbete	0,80	0,80	0,11	0,78
- Arbetslös	0,16	0,16	0,02	0,17
- Övrigt	0,04	0,04	-0,25	0,05
Diagnos				
- Psykiatrisk	0,20	0,18	1,37	0,22
- Muskuloskeletal	0,43	0,45	-1,39	0,36
- Övrig	0,37	0,36	0,31	0,42
Antal obs	2117	2514		486

Anm: Födda dag 1, 10 och 15 i månaden har exkluderats från urvalet. Källa: Egna bearbetningar av data från Försäkringskassan.

Tabell C2 Effekter av att vara född tidigt i månaden, indrag, standardfel inom parentes

	Indrag, huvudresultat	Indrag, kontroll för pågående fall
Kv. 1	-2,79*** (0,87)	-0,44 (0,49)
Kv. 2	-2,72*** (0,92)	-1,10 (0,77)
Kv. 3	-2,87*** (0,95)	-1,59* (0,86)
Kv. 4	-2,40** (0,96)	-1,31 (0,90)
Kv. 5	-2,31** (0,97)	-1,40 (0,91)
Kv. 6	-2,01** (0,95)	-1,23 (0,92)
Kv. 7	-2,75*** (0,96)	-2,04** (0,93)
Kv. 8	-2,20** (0,95)	-1,65* (0,93)

Anm: Resultat från regressionsskattningar av effekten av att vara född tidigt (dag 1–15) jämfört med sent (dag 16–31) i månaden, med avseende på antalet sjukskrivningsdagar. I samtliga skattningar har kontrollerats för kön, gift (ja/nej), barn under 18 (ja/nej), utrikes född (ja/nej), pensionsgrundande inkomst föregående år, utbildningsnivå (3 nivåer), län (21 nivåer), arbetsmarknadsstatus vid sjukskrivningsstart (4 nivåer), diagnos (5 nivåer) och sjukskrivningens omfattning (2 nivåer). 5 117 observationer.

Tabell C3 Effekter av att bli nekad sjukpenning på sjukskrivning, inkomst, mottagande av SA och hälsa, per 30 dagar som sjukskriven, standardfel inom parentes

Antal dagar som sjukskriven år 1	1,0*** (0,2)
Inkomst från arbete år 1	-423*** (158)
Mottagande av SA år 3	0,03*** (0,01)
Hälsa ^a < 2 år	0,01 (0,02)

Anm: Resultat från instrumentvariabelskattningar av effekten av att få sjukpenning indragen per 30 dagar som sjukskriven, där född tidigt/sent i månaden fungerat som instrument. ^a: Hälsa mäts som ett index skapat genom en sammanvägning av information om antal besök inom öppenvården, antalet förskrivna dygnsdoser av läkemedel, samt antalet dagar som inskriven inom slutenvården, inom två år efter beslutet i omprövningen. Ett högt värde signalerar svag hälsa och ett lågt värde det motsatta. I skattningarna kontrolleras för kön, gift (ja/nej), barn under 18 (ja/nej), utrikes född (ja/nej), pensionsgrundande inkomst föregående år, utbildningsnivå (3 nivåer), arbetsmarknadsstatus vid sjukskrivningsstart (4 nivåer), diagnos (5 nivåer), sjukskrivningens omfattning (2 nivåer), län (21 nivåer). */**/** indikerar statistisk signifikans på 10/5/1 procents nivå. Antal observationer är 5 093.