

Rapport 2015:5

Tidsgränserna i
sjukförsäkringen

isf

Rapport 2015:5

Tidsgränserna i sjukförsäkringen

En rapport från Inspektionen för socialförsäkringen

Stockholm 2015

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har till uppgift att genom systemtillsyn och effektivitetsgranskning värna rättssäkerheten och effektiviteten inom socialförsäkringsområdet.

Systemtillsyn innebär att granska om regelverket tillämpas korrekt och enhetligt. Effektivitetsgranskning innebär att granska om en verksamhet fungerar effektivt med utgångspunkt i det statliga åtagandet.

Rapporten kan beställas från Inspektionen för socialförsäkringen.

Beställningsadress:

Inspektionen för socialförsäkringen

Box 202

101 24 Stockholm

Telefon: 08-58 00 15 00

E-post: registrator@inspsf.se

Rapporten kan laddas ner från

www.inspsf.se

© Inspektionen för socialförsäkringen

Tryckt av Elanders Sverige AB

Stockholm 2015

ISBN: 978-91-88098-04-7

Innehåll

Generaldirektörens förord	5
Sammanfattning	7
Summary	11
1 Inledning	15
2 Tidsgränserna i sjukförsäkringen	17
2.1 Rehabiliteringskedjan	17
2.2 Försäkringskassans genomförande av 90- och 180- dagarsprövningen	18
3 Vad säger forskningen om tidsgränser och kontroll?	21
4 Sjukskrivningstidernas utveckling	25
4.1 Utvecklingen över tid	25
4.2 Avslut vid tidsgränserna i sjukförsäkringen	27
5 Rehabiliteringskedjans långsiktiga effekter för individen	35
5.1 Analytisk ansats	35
5.2 Effekterna på sjukfrånvaro och inskrivning vid Arbetsförmedlingen	39
5.3 Effekterna på sysselsättning och inkomster	41
5.4 Effekterna på hälsa	42
5.5 Känslighetsanalys	43
6 Avslutande diskussion	45
Referenser	47
Bilaga 1 – Data	49
Bilaga 2 – Tabellbilaga	51
Bilaga 3 – De empiriska modellerna	55

Generaldirektörens förord

Föreliggande rapport, som är svar på ett regeringsuppdrag, behandlar två frågor i anslutning till de tidsgränser i sjukförsäkringen som infördes 2008. Den första gäller tidsgränsernas effekt på sjukskrivningarnas längd, den andra de eventuella långsiktiga effekterna av förändrade sjukskrivningstider.

I en tidigare rapport (2010:1) visades tidsgränserna ha haft en begränsad men dock synlig effekt på sjukskrivningstidernas längd. Denna effekt förstärkte den då nedåtgående trenden i sjukskrivningarna. Sedan 2011 har sjukskrivningarna ökat, vilket reser frågor både om orsakerna till den nya utvecklingen och om tidsgränsernas effekt. I rapporten visas att respekten för tidsgränserna i Försäkringskassans handläggning nådde sitt maximum under 2011, och att en växande andel av de långa ärendena därefter inte prövas i tid. Mot bakgrund av den befintliga forskningen om effekten av tidsgränser och kontroller bedömer ISF att det här föreligger ett samband.

Beträffande de långsiktiga effekterna av sjukskrivning har olika hypoteser framförts. Å ena sidan finns farhågor om att tidsgränserna har lett till för tidig återgång i arbetet för vissa försäkrade, med åtföljande långsiktiga komplikationer, å den andra att sjukskrivning i sig kan leda till att den försäkrade befästs i en sjukroll, med andra negativa konsekvenser. I rapporten analyseras effekterna på sjukfrånvaro, sysselsättning och hälsa upp till 3½ år efter det att tidsgränserna på 90 och 180 dagar infördes. Inte för något av utfallsmåtten registreras några långsiktiga effekter för individen.

Rapporten har skrivits av Pathric Hägglund och Niklas Österlund.
Viktiga bidrag har lämnats också av Per Johansson, Simon Bjurström
och Markus Larsson.

Stockholm i maj 2015

Per Molander

Sammanfattning

Tidsgränserna i sjukförsäkringen infördes 2008 och bidrog till att ytterligare förstärka en redan pågående nedgång av sjukfrånvaron. Sedan 2010 har sjukfrånvaron emellertid åter vänt uppåt. Rapporten, som är ett svar på ett regeringsuppdrag, har två syften. Det första är att studera hur de senaste årens ökning av sjukfrånvaron är relaterad till sjukskrivningarnas varaktighet. I synnerhet analyseras sannolikheten att sjukskrivningarna avslutas i anslutning till att tidsgränserna inom sjukförsäkringen nås. Det andra syftet är att analysera de långsiktiga individeffekterna av tidsgränserna upp till 180 dagar med avseende på framtida sjukfrånvaro, sysselsättning och hälsa.

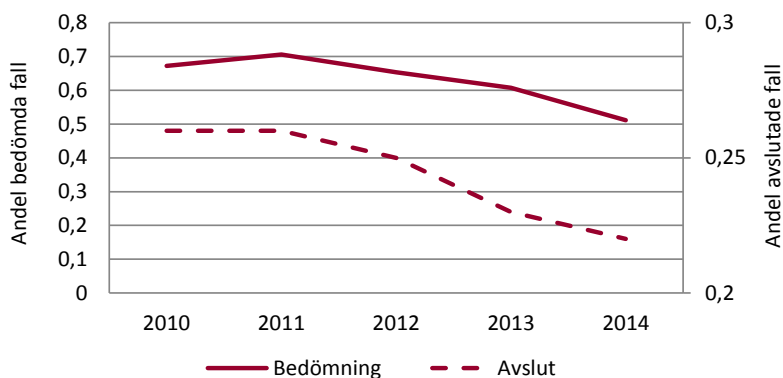
Sjukskrivningarnas varaktighet

I rapporten konstateras att andelen sjukskrivningar som avslutas i samband med att tidsgränserna nås ökade fram till och med 2011, men att den därefter har minskat. Med andra ord blev sjukskrivningarna först kortare för att därefter, under senare år, bli allt längre. Förlängningen av sjukskrivningstiderna är generell och omfattar såväl män som kvinnor som är sjukskrivna med olika diagnoser. Vidare konstateras att Försäkringskassan under senare år i allt mindre utsträckning prövar rätten till ersättning vid dag 90 respektive 180 i sjukskrivningen i tid. Av figur 1 nedan framgår att Försäkringskassan i drygt sju fall av tio genomförde 90-dagarsprövningen i tid under 2011. Under andra halvan av 2014 genomfördes samma prövningar i tid i mindre än fem fall av tio. I figur 2 kan konstateras en liknande utveckling för prövningen vid 180 dagar.

Av figuren framgår också att utvecklingen av andelen avslutade sjukskrivningar vid tidsgränserna tydligt sammanfaller tidsmässigt med andelen prövningar som genomfördes i tid. Detta är i sig inte tillräckliga belägg för att hävda att det är den lägre prövningsfrekvensen som har orsakat de längre sjukskrivningarna. Forskning inom både sjuk-

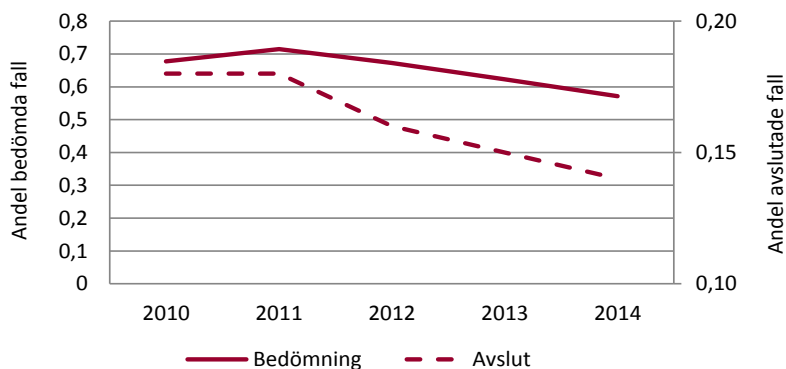
försäkringen och den angränsande arbetslöshetsförsäkringen visar emellertid att tidsgränser och kontroll i olika former har betydelse för användningen av försäkringen: ju mer kontroll, desto kortare blir ersättningsperioderna i genomsnitt. Det är därmed sannolikt att den försämrade regeltillämpningen är en delförklaring till de allt längre sjukskrivningarna och den högre sjukfrånvaron under de senaste åren. Det är också möjligt att den försvagade kontroll som en lägre prövningsfrekvens innebär har lett till att fler sjukskrivningar än annars har påbörjats, eftersom den ökade sjukfrånvaron i sig kan ha skickat signaler om att det har blivit enklare att beviljas ersättning.

Figur 1. Andel avslutade sjukskrivningar i anslutning till dag 90 i rehabiliteringskedjan (höger axel), samt andelen genomförda 90-dagarsprövningar i tid (vänster axel), per år



Källa: Försäkringskassan, ISF:s bearbetningar.

Figur 2. Andel avslutade sjukskrivningar i anslutning till dag 180 i rehabiliteringskedjan (höger axel), samt andelen genomförda 180-dagarsprövningar i tid (vänster axel), per år



Källa: Försäkringskassan, ISF:s bearbetningar.

Tidsgränsernas långsiktiga effekter för individen

Till skillnad från tidsgränsernas betydelse för ersättningsperiodernas längd och återgången i arbete är de långsiktiga effekterna i olika avseenden ett i det närmaste outforskat område. Det är inte självklart att kortare ersättningsperioder ger bestående effekter på till exempel hälsan. I sammanhanget bör det ha betydelse hur sjukförsäkrings-systemet i stort är utformat, exempelvis när det gäller ersättnings-nivåer och kontroll. Är kompensationen låg och graden av kontroll hög, kan sjukfrånvaron förväntas vara lägre och hälsan bland de sjukskrivna sämre jämfört med om kompensationen i stället är hög och kontrollen svag. Ju bättre hälsan bland de sjukskrivna är i genom-snitt, desto större är sannolikheten att de som påverkas av tidsgrän-serna så småningom hade återgått i arbetslivet i alla fall, det vill säga även i frånvaro av tidsgränsen. Om tidsgränsen främst har en på-skyndande inverkan på återgången i arbete, är sannolikheten för bestående och långsiktiga effekter mindre än om tidsgränsen i stället är avgörande för om individen alls ska återgå i arbete. I Sverige är den samlade kompensationen vid sjukfrånvaro relativt hög. Samtidigt var graden av kontroll i sjukförsäkringen innan tidsgränsernas in-förande 2008 relativt låg. Detta gör det mindre sannolikt att några långsiktiga effekter skulle ha uppstått av de tidsgränser som studeras inom ramen för denna rapport, nämligen de upp till 180 dagars sjuk-skrivning

I rapporten analyseras de långsiktiga effekterna av tidsgränserna för gruppen utlandsfödda som påbörjade en sjukskrivning under den första veckan i juli 2008. Anledningen till att analysen har avgränsats till utlandsfödda är att en förhållandevis hög andel av dessa ökade återgången i arbete när tidsgränserna infördes. En tydlig effekt på kort sikt är en förutsättning för att en eventuellt långsiktig effekt ska uppstå. Analyser av orsakerna till att utlandsfödda påverkades relativt mycket av tidsgränsernas införande faller utanför ramen för denna rapport.

För att analysera effekterna används den experimentliknande situation som uppstod i samband med att tidsgränserna infördes den 1 juli 2008, då redan sjukskrivna undantogs från de nya reglerna till och med den 1 januari 2009. Det innebär att personer som påbörjade en sjukskrivning i stort sett samtidigt – under den första veckan i juli (behandlingsgrupp) respektive den sista veckan i juni (jämförelsegrupp) – omfattades respektive inte omfattades av de nya reglerna under en övergångsperiod. En tidigare studie (Hägglund, 2012) konstaterar att tidsgränserna, och i synnerhet den vid 180 dagar, hade förväntade effekter och ökade återgången i arbete.

I rapporten analyseras effekterna för individerna med avseende på sjukfrånvaro, sysselsättning och hälsa upp till 3,5 år efter det att tidsgränserna infördes. Resultaten ger inget stöd för att tidsgränserna upp till 180 dagar i rehabiliteringskedjan skulle ha haft några långsiktiga effekter för individen beträffande något av de studerade utfallen. En förklaring som har stöd i analysen är att tidsgränserna påskyndade återgången i arbete för sjukskrivna som ändå hade återgått i arbete så småningom.

Det är viktigt att notera att frånvaron av långsiktiga effekter för individen inte ska tolkas som att tidsgränserna inte har haft några långsiktiga effekter på sjukfrånvaron och samhället i stort. Redan tidigare har det konstaterats att tidsgränserna har bidragit till att tidigare lägga återgången i arbetslivet samt till att minska antalet individer med flera år av sammanhängande sjukfrånvaro.

Summary

The time Limits of the Sickness Insurance Programme

The Swedish Social Insurance Inspectorate (Inspektionen för socialförsäkringen, ISF) is an independent supervisory agency for the Swedish social insurance system. The objectives of the agency are to strengthen compliance with legislation and other statutes, and to improve the efficiency of the social insurance system through system supervision and efficiency analysis and evaluation.

The ISF's work is mainly conducted on a project basis and is commissioned by the Government or initiated autonomously by the agency. This report has been commissioned by the Government.

Background

The time limits for eligibility checks within the Swedish sickness insurance scheme were introduced in 2008 and contributed to further decrease the sickness absence level. Since 2010 however, sickness absence in Sweden has increased. The report has two objectives. The first is to study the development of sickness absence durations in recent years. Especially the probability of ending a sick spell in conjunction with the time limits of 90, 180, and 365 days is analysed. The second purpose is to analyse the long-term effects of the time limits at 90 and 180 days for sick-reported individuals as regards sickness absence, employment, and health.

Sickness absence duration

The results show that the proportion of sick spells ending in conjunction with the time limits at 90 and 180 days increased up until 2011. After that, the proportion has decreased. The decrease concerns both men and women and individuals with different diagnoses. Also, since 2011, the Sickness Insurance Agency has, to a lesser extent, performed the legislated eligibility checks at the time limits of 90 and 180 days. In 2011, more than 70 percent of the 90-day eligibility checks were performed on time. In 2014, the corresponding figure was less than 50 percent. A similar development can be seen for the 180-day eligibility check.

Although the drop in eligibility checks performed on time strongly correlates over time with the drop of sick spells ending near the time limits, the analyses do not allow any causal interpretation. However, research from both the sickness insurance and the unemployment insurance suggest that time limits and monitoring of benefit entitlement shortens benefit duration and increases the return to work. Therefore, it is very likely that the drop in performed eligibility checks in recent years has contributed to the longer sick spells and the higher sickness absence.

Long-term effects of the time limits

In the second part of the report, the long-term individual effects from the time limits at 90 and 180 days are analysed. It is not obvious that short-term effects, in terms of an increased return to work, should translate into long-term effects regarding, for instance, health and sickness absence. In Sweden, where the compensation level for those on sick leave is high and where the degree of monitoring before the introduction of the time limits was low, it is likely that most individuals had returned to work at some point even without the time limits. This makes it less likely for long-term effects to arise.

The analysis is based on the same population and analytical approach as in Hägglund (2012), who takes advantage of the semi-experimental situation arising when the time limits were introduced on 1 July 2008. Then, those already on sick leave were exempted from the time limits until 1 January 2009. Using a difference-in-difference technique comparing individuals starting a sick-leave episode in the last week of June and the first week of July, in 2008 and 2007 respectively, the

impact on the return-to-work rate is analysed. The results showed that the return to work increased at the time of the time limits, and especially among those reaching the 180-day eligibility check.

Studying the long-term effects, the analysis is restricted to those who are foreign born, a group that increased return to work relatively more due to the time limits. Studying this sub-population, the probability of identifying any long-term effects should be relatively good compared to analysing the total population. The reason why foreign born people increased return to work relatively more is not known and not further investigated in the report.

The results show no signs of any long-term effects as regards sickness absence, employment or health. It is important to note that the absence of long-term effects at the individual level should not be interpreted as the introduced time limits having no effect on the long-term sickness absence level. On the contrary, from previous research it has been concluded that the time limits in the Swedish sickness insurance have increased return to work among those on sickness absence and reduced the number of long-term sick absent individuals.

1 Inledning

Den 1 juli 2008 infördes den så kallade *rehabiliteringskedjan* i sjukskrivningsprocessen. Den innebär att bedömningen av rätten till sjukpenning ska prövas gentemot olika arbetsuppgifter, beroende på hur länge arbetsförmågan har varit nedsatt. Rehabiliteringskedjan infördes under en period då sjukfrånvaron sedan en tid var på nedåtgående, både vad gäller antalet påbörjade sjukskrivningar och sjukskrivningarnas varaktighet. Hägglund (2012) visade att prövningarna inom rehabiliteringskedjan, och i synnerhet den vid 180 dagar, ytterligare bidrog till att förkorta sjukskrivningstiderna och minska antalet långa sjukskrivningar. Resultatet var förväntat utifrån tidigare forskning som har visat att prövningar av rätten till ersättning och andra typer av kontroller i sjukförsäkringen har en dämpande inverkan på sjukfrånvaron.

Sedan 2010 har sjukfrånvaron åter vänt uppåt. Ökningen avser både antalet påbörjade sjukskrivningar som sjukskrivningarnas varaktighet. Syftet med rapportens första del är att analysera hur denna ökning är relaterad till hur sjukskrivningarna avslutas i anslutning till tidsgränserna vid 90, 180 och 365 dagar, samt vid den borte tidsgränsen på 2,5 år.¹ Utvecklingen sätts i relation till hur Försäkringskassan har genomfört sitt uppdrag att pröva individens rätt till ersättning vid tidsgränserna 90 och 180 dagar.

Syftet med rapportens andra del är att studera tidsgränserna vid 90 och 180 dagar och deras långsiktiga effekter för individen beträffande sjukfrånvaro, sysselsättning och hälsa. Analysen avser samma population som i Hägglund (2012), det vill säga den första gruppen av sjukskrivna som omfattades av rehabiliteringskedjans tidsgränser

¹ Rapporten är ett svar på ett regeringsuppdrag.

under hösten 2008. Ett särskilt intresse riktas mot gruppen utlandsfödda, en grupp där förhållandevis många återgick i arbete tidigare som ett resultat av tidsgränsernas införande. Orsaken till detta studeras emellertid inte närmare inom ramen för denna rapport.

Rapporten är upplagd enligt följande. I kapitel 2 beskrivs rehabiliteringskedjans tidsgränser och de kriterier som måste vara uppfyllda för att individen ska ha rätt till ersättning vid olika varaktighet på sjukskrivningen. Därutöver redovisas siffror för i vilken utsträckning Försäkringskassan har genomfört prövningarna av rätten till ersättning vid 90 och 180 dagar i tid mellan år 2008 och 2014. I kapitel 3 diskuteras vad den empiriska forskningen säger om effekterna av kontrollinsatser och tidsgränser inom sjukförsäkringen och den angränsande arbetslöshetsförsäkringen. I kapitel 4 analyseras sjukskrivningstidernas utveckling och andelen sjukskrivningar som avslutas i samband med tidsgränserna. I kapitel 5 analyseras sedan de långsiktiga individeffekterna av tidsgränserna vid 90 och 180 dagar med avseende på framtida sjukfrånvaro, sysselsättning och hälsa. Kapitel 6 sammanfattar avslutningsvis rapportens viktigaste resultat och de tolkningar som kan göras utifrån dem.

2 Tidsgränserna i sjukförsäkringen

I detta kapitel redogörs inledningsvis för de tidsgränser som finns i sjukförsäkringen, och därefter för statistik som visar i vilken utsträckning Försäkringskassan fullgör sitt åtagande.

2.1 Rehabiliteringskedjan

Rehabiliteringskedjan innebär att bedömningen av rätten till sjukpenning ska prövas gentemot olika arbetsuppgifter beroende på hur länge arbetsförmågan har varit nedsatt. Under de första 90 dagarna ska arbetsförmågan för anställda bedömas i förhållande till personens vanliga arbete eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren kan erbjuda tillfälligt. Efter dag 90 ska det även bedömas om personen kan försörja sig genom något annat arbete hos arbetsgivaren. När arbetsförmågan har varit nedsatt i 180 dagar ska det dessutom bedömas om individen kan utföra ett arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för personen, om det inte finns särskilda skäl mot det eller att det i annat fall bedöms oskäligt. Efter 365 dagar ska bedömningen alltid göras gentemot normalt förekommande arbete, om det inte kan anses oskäligt.² Från och med dag 366 i rehabiliteringskedjan kan alltså Försäkringskassan inte beakta särskilda skäl vid bedömningen av arbetsförmågan. Vid beräkning av hur lång tid arbetsförmågan har varit nedsatt ska dagar i sjukperioder läggas samman om det har förflutit färre än 90 dagar mellan sjukperioderna.³ Det går därmed inte att börja om på dag ett i rehabiliteringskedjan genom kortare uppehåll.

² 27 kap. 46–49 §§ socialförsäkringsbalken.

³ 27 kap. 51 § socialförsäkringsbalken. Enligt tidigare lydelse gällde att sjukperioder skulle läggas samman om den försäkrade förvärvat arbetat mindre än 90 dagar mellan två sjukperioder, men den ändrades den 1 januari 2014 (SFS 2013:747).

En annan tidsgräns i sjukförsäkringen, som hänger nära samman med tidsgränsen vid dag 365 i rehabiliteringskedjan, är tiden då ersättningsnivån i normalfallet sänks från 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten (normalnivå) till 75 procent (fortsättningsnivå).⁴ Det sker efter att 364 dagar med sjukpenning på normalnivå har betalats ut under en ramtid på 450 dagar.⁵ I normalfallet sammanfaller den tidpunkten med dag 365 i rehabiliteringskedjan. Sjukpenning på fortsättningsnivå kan med några undantag, exempelvis en godkänd arbetsskada, ges som längst i 550 dagar.⁶ För den som bedöms ha nedsatt arbetsförmåga på grund av en allvarlig sjukdom finns ingen borte gräns för sjukpenning på normalnivå.⁷ För de allra flesta kan alltså sjukpenning som längst ges i cirka 2,5 år. Den som når den borte tidsgränsen erbjuds att delta i Arbetsförmedlingens program om arbetslivsintroduktion under tre månader.⁸ Om arbetsförmågan fortfarande är nedsatt, är det därefter möjligt att ansöka om en ny period med sjukpenning.⁹

När tidsgränserna i sjukförsäkringen infördes gällde vissa övergångsregler. För dem som påbörjade ett sjukfall före den 1 juli 2008 gällde äldre bestämmelser till och med den 31 december 2008.¹⁰ Övergångsreglerna gällde dock inte sjukpenning på fortsättningsnivå. Personer med ett pågående sjukfall den 1 juli 2008 som hade haft sjukpenning i mer än 364 dagar under de senaste 450 dagarna övergick till sjukpenning på fortsättningsnivå, om inte undantagen kunde tillämpas. De första som hade sjukpenning på fortsättningsnivå alla 550 dagar nådde den borte tidsgränsen den 1 januari 2010.

2.2 Försäkringskassans genomförande av 90- och 180-dagarsprövningen

Försäkringskassan har till uppgift att genomföra de prövningar som följer av reglerna om rehabiliteringskedjan. Figur 3 anger i hur stor andel av ärendena där prövningarna har genomförts i tid mellan september 2008 och oktober 2014. Av figuren framgår att andelen

⁴ I praktiken är ersättningen lägre än så, eftersom den sjukpenninggrundande inkomsten multipliceras med 0,97 (27 kap. 7 § socialförsäkringsbalken).

⁵ 27 kap. 21 § socialförsäkringsbalken.

⁶ 27 kap. 24 § socialförsäkringsbalken. Undantag regleras i 27 kap. 24 a § socialförsäkringsbalken.

⁷ 27 kap. 23 § socialförsäkringsbalken.

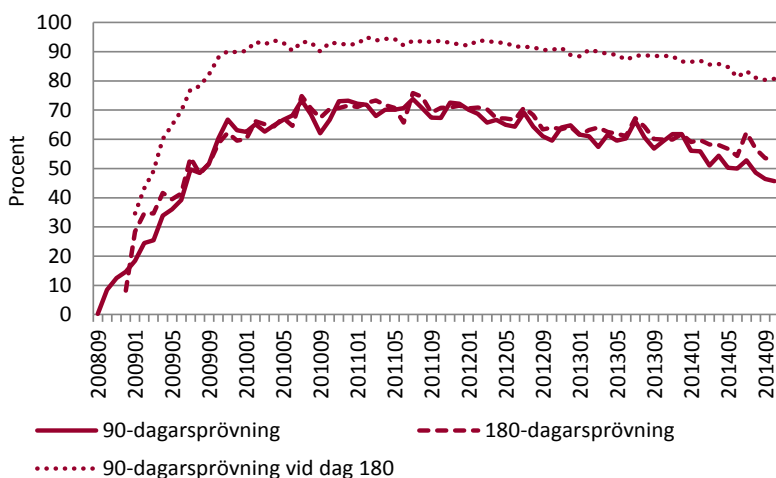
⁸ 30 b § förordning (2000:634) om arbetsmarknadspolitiska program.

⁹ 27 kap. 21 och 51 §§ socialförsäkringsbalken.

¹⁰ SFS 2008:480.

ökade kraftigt mellan slutet på 2008 och slutet på 2009. Därefter skedde en svagare ökning fram till toppnoteringen i november 2011, då 90- respektive 180-dagarsprövningen genomfördes i rätt tid i 74 respektive 76 procent av de pågående ärendena. Därefter kan en trendmässig nedgång konstateras fram till slutet på 2014 (slutpunkten för dataserien) då andelen 90- och 180-dagarsprövningar som genomfördes i tid var nere i 44 respektive 52 procent. Noterbart är alltså att Försäkringskassans arbete med att genomföra prövningarna inom ramen för rehabiliteringskedjans tidsgränser tydligt har försämrats under senare år. Noterbart är också att andelen genomförda 90-dagarsprövning bland dem som når 180 dagars sjukskrivning har sjunkit under perioden, från 91 procent i augusti 2011 till 81 procent i augusti 2014. Cirka två av tio av dem som når 180 dagars sjukskrivning har alltså inte prövats för rätt till ersättning efter dag 90 i rehabiliteringskedjan.

Figur 3. Andelen genomförda prövningar bland sjukskrivningar som passerar 90 respektive 180 dagar



Källa: Försäkringskassan, ISF:s bearbetningar.

3 Vad säger forskningen om tidsgränser och kontroll?

Effekter av tidsgränser, provningar av rätten till ersättning, och kontroll i en vidare bemärkelse, i sjukförsäkringen och i den angränsande arbetslöshetsförsäkringen, är ett relativt väl utforskat område. I likhet med forskningen kring ersättningsnivåns betydelse och de ekonomiska incitamenten är en generell slutsats att generösa regler – i form av höga ersättningsnivåer och en låg grad av kontroll - ökar användningen av försäkringen medan mindre generösa regler, tvärtom minskar användningen. Detta ska tolkas som att försäkringens utformning och individens drivkrafter har betydelse för hur många som är sjukskrivna och arbetslösa.

Såväl Försäkringskassan som Arbetsförmedlingen har till uppgift att pröva eller kontrollera individens rätt till ersättning. Denna kontrollfunktion kan uppfyllas på flera sätt. Inom sjukförsäkringen sker den främst genom kravet på det läkarintyg som ska beskriva på vilket sätt arbetsförmågan är nedsatt och hur länge den kan förväntas vara det, samt genom de återkommande provningarna av rätten till ersättning som ska göras inom ramen för rehabiliteringskedjan. Inom arbetslöshetsförsäkringen genomförs kontroller av de arbetslösas sökaktivitet genom kontakter med både de arbetslösa och arbetsgivarna. Inom både sjuk- och arbetslöshetsförsäkringen inkluderar kontrollen även deltagande i olika möten, utredningar och insatser eftersom rätten till ersättning är villkorad på deltagande i dessa aktiviteter.

Inom den svenska sjukförsäkringen har tidsgränserna vid 90 och 180 dagar i rehabiliteringskedjan utvärderats. Hägglund (2012) finner effekter i form av en ökad återgång i arbete, i synnerhet i anslutning till 180-dagarsprovningen. Hesselius med flera (2013) undersöker via ett omfattande experiment i två regioner (Göteborg och Jämtlands län) 1988 hur sjukfrånvaron påverkas av hur lång den sjukintygsfria perioden är. Hälften av de sjukskrivna i försöket skulle kunna uppvisa

ett läkarintyg från och med den åttonde dagen i sjukskrivningen, medan den andra hälften behövde ett läkarintyg från och med dag 15. Effekterna var tydliga såtillvida att sjukskrivningarna i genomsnitt blev längre för gruppen med längre sjukintygsfri period.

Johansson och Lindahl (2012) studerar effekterna av en informations-åtgärd där sjukskrivna med en svag anknytning till arbetsmarknaden kallades till ett informationsmöte i grupp där de skulle informeras om sina rättigheter och skyldigheter inom sjukförsäkringen. Resultaten visar att åtgärden förkortade sjukskrivningarna med i genomsnitt 20 procent. Ett lågt deltagande på själva mötet gör att författarna tolkar resultatet som att själva kallelsen i stor utsträckning låg bakom denna effekt.

Resultaten i Johansson och Lindahl (2012) visar att obligatoriska möten och aktiva insatser kan ha en motivationshöjande inverkan på individen. Detta beror på att insatsen eller aktiviteten anses ansträngande eller tidskrävande och att ersättningen kan dras in helt eller delvis om individen inte deltar.¹¹ Beteendet kan förstås och förutses i en sökteoretisk modell där en arbetslös individ får jobberbjudanden men bara accepterar det erbjudande som är tillräckligt bra.¹² Ju närmare individen kommer slutet på ersättningsperioden, som alltså kan motsvaras av antingen en bortre parentes eller starten på en insats eller aktivitet, desto lägre krav ställs på det erbjudna arbetet vilket ökar sannolikheten att ersättningsperioden avslutas.

Noterbart är alltså att den teoretiska modellens förutsägelse om avslutade ersättningsperioder inte med nödvändighet gör skillnad mellan starten av ett program eller en bortre parentes. I praktiken kan emellertid programmets innehåll förväntas ha betydelse i sammanhanget. Om individen bedömer att avkastningen av deltagandet är lågt och att aktiviteterna snarast har karaktären av kontroll, kan effekten förväntas bli större än om programmet är skraddarsytt för individen (exempelvis ett rehabiliterings- eller utbildningsprogram) och kan förväntas ge god avkastning.¹³ På motsvarande sätt kan den sysselsättning och försörjning som väntar efter en bortre parentes förväntas ha betydelse för hur stor effekt tidsgränsen har för benägenheten att söka en alternativ försörjning innan ersättningsdagarna tar slut.

¹¹ I den empiriska litteraturen refereras till "disincentive effects", "motivation effects", eller "pre-program effects", och på svenska till "förbehandlings effekter" eller "anvisnings effekter".

¹² Mortensen (1977).

¹³ Boone och van Ours (2006) drar slutsatsen att om graden av kontroll är hög kan avskräckningseffekten vara mycket stor.

Inom arbetslöshetsförsäkringen har flera studier i olika länder analyserat effekterna av såväl bortre tidsgränser som tidsgränser i form av aktiva interventioner. I USA och Kanada, som tillämpar en fast bortre tidsgräns där ersättningen antingen reduceras eller upphör helt, konstaterar exempelvis Ham och Rea (1987), Meyer (1990) och Katz och Meyer (1990) en ökning av sannolikheten att avbryta ersättningsperioden före den bortre tidsgränsen. Även i Europa, där mjukare tidsgränser traditionellt har tillämpats i så måtto att deltagande i en arbetsmarknadspolitisk åtgärd har kvalificerat för ytterligare ersättningsperioder, har liknande effekter konstaterats av Carling med flera (1996), Thoursie (1998), Roed med flera (2002) och Lalive med flera (2000). Detta har tolkats som att arbetslösa, hellre än att delta i åtgärden, blir mer benägna att hitta alternativ försörjning.

Vidare har det i experiment som har genomförts i USA (Black med flera, 2003), England (Dolton och O'Neill, 1996) och Sverige (Hägglund, 2014), konstaterats anvisnings- eller förbehandlings-effekter även under ersättningsperioden. Arbetslösa som har blivit anvisade till olika typer av insatser, exempelvis jobbsökaraktiviteter, har i större utsträckning än andra avslutat sina ersättningsperioder i perioden mellan anvisningen och programstarten. Resultaten från studier av effekterna av krav på sökaktivitet är emellertid mer blandade (se exempelvis Ashenfelter med flera, 2005, och Meyer, 1995).

Om kontroll och tidsgränzers betydelse för ersättningsperiodernas längd och återgång i arbetslivet är ett relativt väl studerat område, är studier av de långsiktiga effekterna mer ovanliga. Hesselius med flera (2013) analyserar sannolikheten att påbörja en ny sjukskrivning inom ett halvår för dem som hade en sjukintygsfri period på 7 respektive 14 dagar. Den hypotes de vill testa var om gruppen med den längre sjukintygsfria perioden, som därmed i mindre utsträckning sattes under tidig press att återgå i arbete, också var mindre benägen att påbörja en ny sjukskrivning. Några sådana skillnader mellan grupperna kunde emellertid inte konstateras.

Sammanfattningsvis visar forskningen att kontrollinsatser av olika slag, inklusive tidsgränser, minskar användningen av försäkringen både direkt via kontrollerna i sig och indirekt, via drivkrafter att inte vilja bli kontrollerad. Hur stor effekten av en kontrollåtgärd blir förväntas bero på hur sjukförsäkringssystemet i stort är utformat beträffande exempelvis kompensationsnivåer och graden av kontroll.

Är kompensationsgraden hög, kontrollen svag och en bortre tidsgräns saknas, kan sjukfrånvaron förväntas vara högre och effekten av en kontrollinsats eller tidsgräns bli större än om kompensationsgraden tvärtom är låg, kontrollen stark och det finns en bortre tidsgräns. På motsvarande sätt kan sjukförsäkringens generositet förväntas ha betydelse för de långsiktiga effekterna. Är försäkringen generös (hög kompensation och låg grad av kontroll), kan hälsan bland de sjuk-skrivna förväntas vara bättre i genomsnitt än om generositeten tvärtom är låg (låg kompensation och hög grad av kontroll). Ju bättre hälsan är bland de sjukskrivna, desto fler av dem som påverkas av tidsgränserna hade förväntats kunna återgå i arbete så småningom i alla fall. Om tidsgränsen främst tidigarelägger återgången i arbete, är sannolikheten för att bestående och långsiktiga effekter ska uppstå mindre än om tidsgränsen haft en mer avgörande inverkan på den sjukskrivnes återgång i arbete.

4 Sjukskrivningstidernas utveckling

I det här kapitlet analyseras sjukskrivningstidernas utveckling över tid. För detta syfte används registerdata från Försäkringskassan. I det inledande avsnittet studeras sannolikheten att sjukskrivningen avslutas vid olika sjukskrivningstider under de senaste tio åren. I de följande avsnitten görs en mer ingående analys av hur sannolikheten att avsluta sjukskrivningen i anslutning till tidsgränserna i sjukförsäkringen har utvecklats. Syftet med kapitlet är beskrivande. Några direkta kopplingar mellan utvecklingen av sjukskrivningstiderna och tidsgränserna inom rehabiliteringskedjan kan inte göras på basis av dessa analyser. Analysen avgränsas till att omfatta endast anställda mellan 20 och 64 år med sjukfall som varar längre än 14 dagar. För övriga personer innebar införandet av rehabiliteringskedjan inte någon förändring i jämförelse med tidigare. Personer som har återvänt till sjukförsäkringen efter att tidigare ha uppnått maximal tid med sjukpenning på fortsättningsnivå eller tidsbegränsad sjukersättning, så kallade återvändare, ingår inte heller i analysen. Analysen blir på så vis mer oberoende av andra regeländringar i sjukförsäkringen.¹⁴

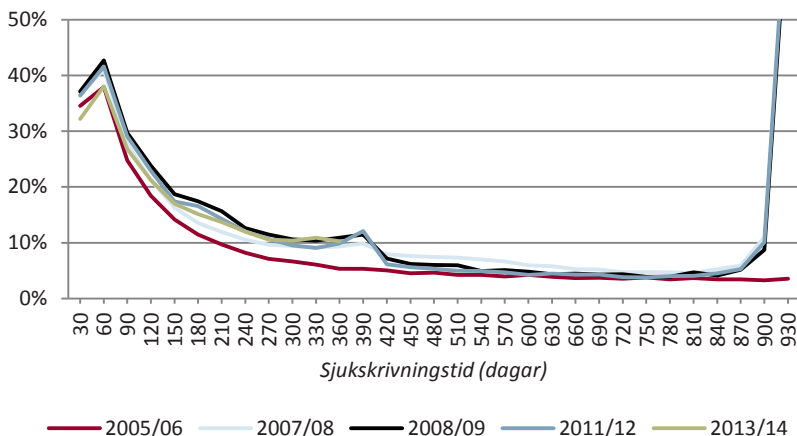
4.1 Utvecklingen över tid

I figur 4 illustreras sannolikheten att en sjukskrivning avslutas vid en viss tidpunkt i sjukskrivningen, under förutsättning att sjukskrivningen pågått fram till dess, för olika år. Med anledning av att tidsgränserna infördes i ett halvårsskifte (den 1 juli 2008) studeras sjukskrivningar i tolv månadersintervallet juli–juni. I figuren framgår exempel

¹⁴ För utförligare beskrivning, se bilaga 1.

vis att av de sjukskrivna som påbörjade en sjukskrivning under 2005/06, och som då var sjukskrivna i minst en månad (30 dagar), så avslutade cirka 40 procent sjukskrivningen inom de nästkommande 30 dagarna.

Figur 4. Sannolikheten att avsluta sjukskrivning vid olika sjuk-skrivningstider givet att sjukskrivningen fortfarande pågår vid periodens början, fördelat på startår



Anm.: Sjukskrivningar som avslutas till följd av övergång till sjukersättning eller tidsbegränsad sjukersättning kategoriseras inte som avslutade sjukskrivningar. Samtliga år avser perioden juli – juni efterföljande år. Avslutssannolikheten för den första månaden är lägre till följd av att sjukskrivningar kortare än 15 dagar inte ingår i analysen. Den höga avslutssannolikheten mellan dag 900 och 930 sedan år 2007/08 uppstår till följd av den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen. Avslutssannolikheter större än 50 procent redovisas inte.

Källa: Försäkringskassan (Midas), ISF:s bearbetningar.

Figuren visar också att sannolikheten att avsluta en sjukskrivning under det första året är klart högre efter rehabiliteringskedjans införande 2008/09. Det innebär att sjukskrivningarna i genomsnitt har blivit kortare.¹⁵ Eftersom sjukskrivningstiderna var på väg nedåt

¹⁵ Skillnaden är inte lika stor om en jämförelse i stället görs med år 2007/08, det vill säga året innan ikraftträdandet. År 2007/08 avviker dock något från övriga år med anledning av de övergångsregler som gällde vid införandet av tidsgränserna (se avsnitt 2.1). En del av de sjukskrivningar som avslutas från och med månad 7 bedöms enligt de nya bedömningskriterierna från dag 181 i rehabiliteringskedjan. Det har sannolikt bidragit till en flackare kurva efter dag 180 för sjukskrivningar som påbörjades år 2007/08 i jämförelse med efterföljande år. En flackare kurva är synonymt med kortare sjukskrivningar.

även före 2008, går det sannolikt inte att koppla hela nedgången till rehabiliteringskedjans införande. Hågglund (2012) konstaterade emellertid att tidsgränserna har bidragit till nedgången.¹⁶

4.2 Avslut vid tidsgränserna i sjukförsäkringen

I de följande avsnitten beskrivs hur sannolikheten att avsluta en sjukskrivning i anslutning till de olika tidsgränserna i sjukförsäkringen har utvecklats sedan de trädde i kraft den 1 juli 2008. Mer specifikt studeras sannolikheten att avsluta sjukskrivningen inom en vecka före och tre veckor efter respektive tidsgräns. De sjukfall som har avslutats tidigare än så ingår alltså inte i respektive analys. Med anledning av övergångsreglerna studeras inte de sjukfall som påbörjades före den 1 juli 2008 vid analys av tidsgränserna i rehabiliteringskedjan. De ingår däremot vid analys av sjukpenning på normalnivå och den bortre tidsgränsen.

Dag 90 i rehabiliteringskedjan

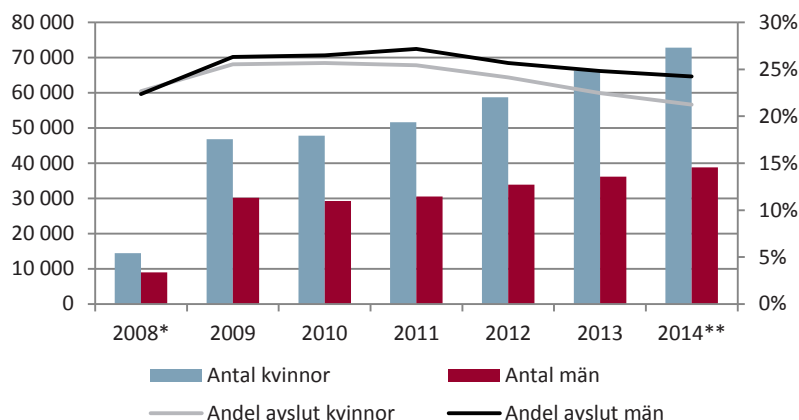
I figur 5 redovisas antalet anställda som under ett år närmar sig tidsgränsen vid dag 90 i rehabiliteringskedjan, samt andelen av dessa personer som avslutar sjukfallet senast tre veckor efter dag 90.¹⁷ Figuren visar att antalet personer som närmar sig dag 90 i rehabiliteringskedjan har ökat kraftigt de senaste åren. Ökningen är procentuellt sett dubbelt så hög bland kvinnor som bland män, cirka 60 procent i jämförelse med cirka 30 procent. Uppskattningsvis dryga hälften av ökningen bland både kvinnor och män förklaras av att sjukskrivningarna har blivit längre de senaste åren, det vill säga att en större andel av de sjukskrivningar som passerar 14 dagar når dag 90.¹⁸ Förutom att sjukskrivningarna i genomsnitt har blivit längre, har också antalet påbörjade sjukskrivningar ökat.

¹⁶ Andra samtida regelförändringar i sjukförsäkringen, borttagandet av möjligheten att beviljas tidsbegränsad sjukersättning och ändrade kriterier för att beviljas sjukersättning, har tvärtom haft motsatt effekt på antalet långa sjukfall. Regeländringarna har medfört att färre övergår till sjukersättning och därmed att fler blir kvar med sjukpenning, vilket också var en avsedd konsekvens av reformen per den 1 juli 2008 (se prop. 2007/08:136, s. 82).

¹⁷ I analysen ingår de personer som under ett år beräknas nå dag 84 i rehabiliteringskedjan. Hur beräkningen har gjorts framgår av bilaga 1. Enstaka personer kan förekomma mer än en gång under ett år till följd av att de har flera långa sjukfall med minst 90 dagars mellanrum.

¹⁸ Har uppskattats genom att på aggregerad nivå tillämpa 2010 års avslutssannolikhet på befintligt inflöde.

Figur 5. Antalet som närmar sig dag 90 i rehabiliteringskedjan (vänster axel) och andelen som avslutas i anslutning till tidsgränsen (höger axel), per år



Anm.: * År 2008 har färre antal sjukfall till följd av att de första som nådde dag 90 inträffade i oktober. ** Avser perioden september 2013 – augusti 2014.

Källa: Försäkringskassan (Midas), ISF:s bearbetningar.

Av de sjukskrivningar som närmar sig dag 90 avslutas i genomsnitt var fjärde sjukskrivning i anslutning till tidsgränsen. Andelen har varit något högre bland män än bland kvinnor, och har sedan år 2011 sjunkit något. Nedgången är tydlig oavsett kön, diagnos, yrke med mera (se tabell B1 i bilaga 2).

Merparten av dem som avslutar en sjukskrivning i anslutning till 90 dagar kan antas återgå till tidigare anställning (se tabell B2 i bilaga 2). Knappt var tionde person som avslutar sjukskrivningen vid tidsgränsen påbörjar en ny sjukskrivning inom 90 dagar. Den andelen har legat förhållandevis konstant under den studerade perioden.

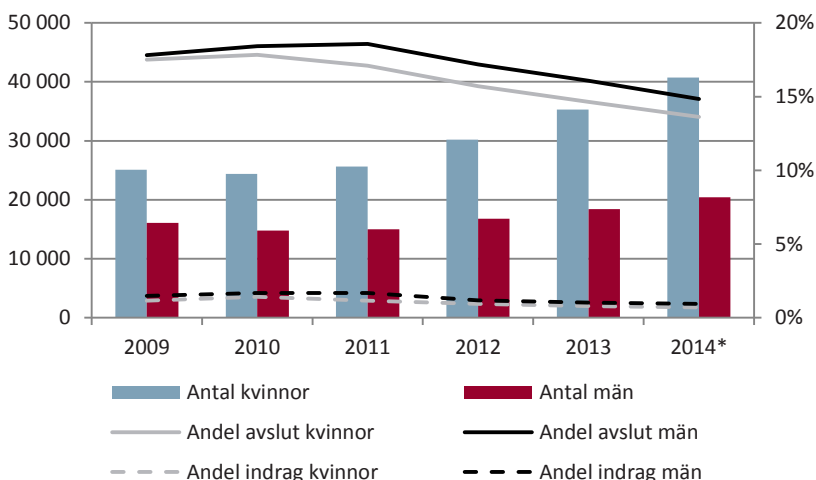
Dag 180 i rehabiliteringskedjan

I figur 6 redovisas antalet sjukskrivna anställda som under ett år närmar sig tidsgränsen vid dag 180 i rehabiliteringskedjan, samt andelen av dessa som i samband med det antingen får sjukpenningen indragen eller avslutar ersättningsperioden av annat skäl.¹⁹ Antalet personer som närmar sig dag 180 har, liksom runt dag 90, ökat under

¹⁹ I analysen ingår de personer som under ett år beräknas nå dag 174 i rehabiliteringskedjan.

de senaste åren. Cirka två tredjedelar av ökningen sedan år 2010 kan förklaras av att sjukfallen har blivit längre. Resten av ökningen kan alltså kopplas till att antalet påbörjade sjukskrivningar har blivit fler.

Figur 6. Antalet som närmar sig dag 180 i rehabiliteringskedjan (vänster axel) och andelen som avslutas i anslutning till tidsgränsen (höger axel), per år



Anm.: Andelen indrag är en delmängd av andelen avslut. Sjukskrivningar som pågår den 1 januari 2009 och som påbörjades innan den 1 juli 2008 inkluderas inte i analysen. * Avser perioden september 2013 – augusti 2014.

Källa: Försäkringskassan (Midas), ISF:s bearbetningar.

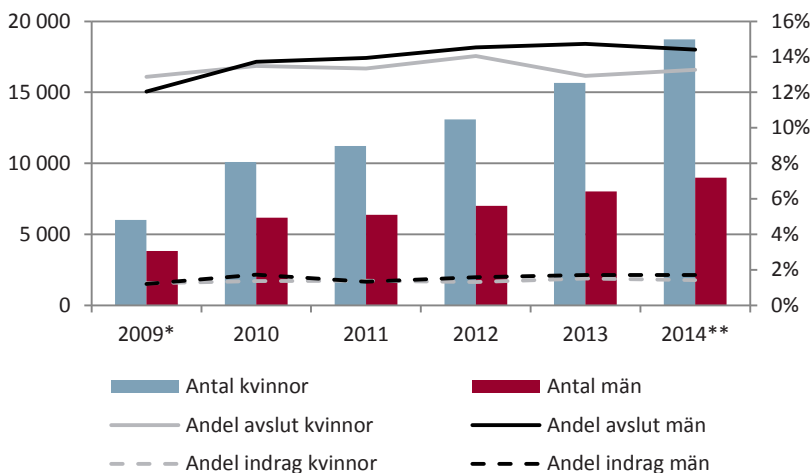
Andelen som avslutar en sjukskrivning i anslutning till tidsgränsen minskade från omkring 18 procent år 2010 till omkring 14 procent år 2014. Även denna nedgång är genomgående för alla typer av sjukskrivningar, det vill säga oberoende av individens kön, diagnos, yrke med mera (se tabell B1 i bilaga 2). En liten del av minskningen kan förklaras av att något färre får sjukpenningen indragen till följd av att personen i fråga inte längre bedöms uppfylla kraven för rätten till ersättning (se streckade linjer i figur 6).

Merparten av dem som avslutar en sjukskrivning vid dag 180 i rehabiliteringskedjan kan antas återgå till sin tidigare anställning. Några av dem som får sjukpenningen indragen eller avslutar sjukskrivningen av annat skäl skrivs in som arbetssökande vid Arbetsförmedlingen. Den andelen är något högre för män än för kvinnor, och har minskat bland både kvinnor och män de senaste åren (se tabell B2 i bilaga 2).

Dag 365 i rehabiliteringskedjan

I figur 7 redovisas antalet sjukskrivna anställda som under ett år närmar sig tidsgränsen vid dag 365 i rehabiliteringskedjan, liksom andelen av dessa som avslutar sjukskrivningen i samband med det.²⁰ Antalet kvinnor som närmar sig denna tidsgräns har fördubblats sedan år 2010. Bland både kvinnor och män förklaras ungefär tre fjärdedelar av ökningen av att sjukfallen har blivit längre under perioden. Restande del kan alltså förklaras av antalet påbörjade sjukskrivningar har ökat.

Figur 7. Antalet som närmar sig dag 365 i rehabiliteringskedjan (vänster axel) och andelen som avslutas i anslutning till tidsgränsen (höger axel), per år



Anm.: Andelen indrag är en delmängd av andelen avslut. * År 2009 har färre antal sjukfall till följd av att de första som nådde dag 365 i rehabiliteringskedjan inträffade i juli. ** Avser perioden september 2013 – augusti 2014.

Källa: Försäkringskassan (Midas), ISF:s bearbetningar.

Andelen av dem som når ett års sjukskrivning och som i samband med det avslutar ersättningsperioden har legat förhållandevis konstant under den studerade perioden (se figur 7). Det gäller även andelen som får sjukpenningen indragen på grund av att arbetsförmågan inte bedöms vara tillräckligt nedsatt. De flesta som avslutar sjukskrivningen vid tidsgränsen kan antas återgå i arbete. Några övergår till sjukersättning om arbetsförmågan bedöms vara stadigvarande nedsatt,

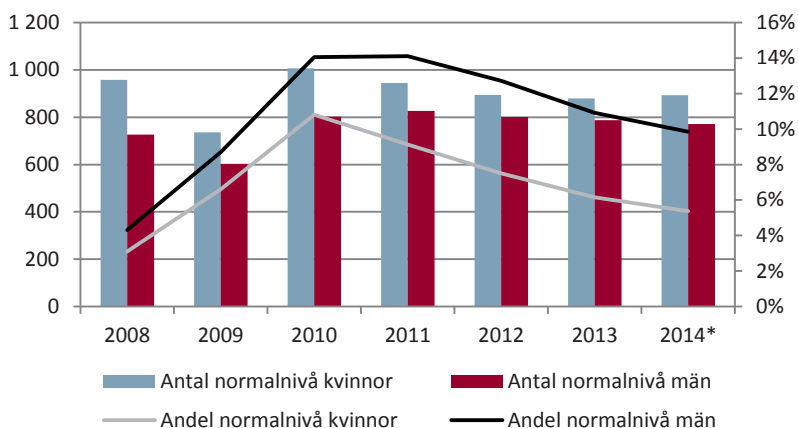
²⁰ I analysen ingår de personer som under ett år beräknas nå dag 359 i rehabiliteringskedjan.

men den andelen har minskat under den studerade perioden. Andelen som skrivs in som arbetssökande hos Arbetsförmedlingen har legat förhållandevis konstant (se tabell B2 i bilaga 2).

Sjukpenning på normalnivå efter 364 dagar

När sjukpenningdagarna på normalnivå har förbrukats efter 364 dagar, sänks ersättningen i normalfallet från 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten (normalnivå) till 75 procent (fortsättningsnivå). Undantag kan göras om den sjukskrivne har en allvarlig sjukdom. Det undantaget tillämpas i knappt var tionde sjukskrivning som passerar dag 364 (se figur 8). Andelen har sjunkit sedan år 2010 och har genomgående varit högre för män än för kvinnor. Mätt som antal är emellertid skillnaden mellan könen små. Antalet personer som beviljas fler dagar med sjukpenning på normalnivå har legat på en stabil nivå, men motsvarande andel har sjunkit sedan år 2010 med anledning av att antalet långtidssjukskrivningar ökat sedan dess.

Figur 8. Antalet som beviljas fler dagar med sjukpenning på normalnivå (vänster axel), och deras andel av samtliga som beviljas fler dagar (höger axel), per år



Anm.: * Avser perioden september 2013 – augusti 2014.

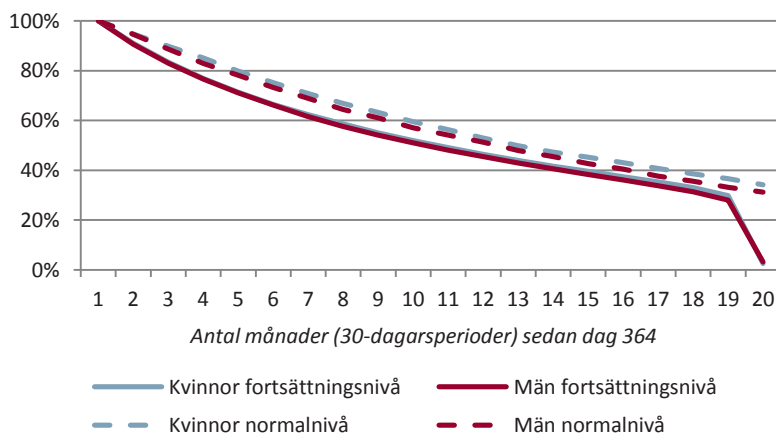
Källa: Försäkringskassan (Midas), ISF:s bearbetningar.

De flesta som beviljas fler dagar med sjukpenning på normalnivå har någon form av cancer. De utgör drygt hälften av alla män och drygt sex av tio kvinnor (se de vänstra kolumnerna i tabell B3 i bilaga 2). Av dem med en cancerdiagnos är emellertid andelen som beviljas ytterligare ersättningsdagar på normalnivå högre bland män än bland kvinnor (se de högra kolumnerna i tabell B3 i bilaga 2).

Den bortre tidsgränsen

Sjukpenning på fortsättningsnivå kan, med vissa undantag, ges under som längst 550 dagar. De allra flesta som beviljas sjukpenning på fortsättningsnivå avslutar dock sjukskrivningen innan den bortre tidsgränsen nås, och drygt hälften avslutar sjukskrivningen inom ett år. Detta framgår av figur 9 som visar hur stor andel som är kvar med ersättning månad för månad efter det första året som sjukskriven. Drygt en fjärdedel avslutar sjukskrivningen efter 550 dagar med sjukpenning på fortsättningsnivå (se månad 20 i figur 9).²¹ Drygt två tredjedelar av dem som avslutar sjukfallet före dag 550 kan antas återgå i arbete, och omkring en tiondel övergår till sjukersättning.

Figur 9. Andel pågående sjukskrivningar månad för månad bland sjukskrivningar som har pågått i minst ett år 2009–2013, fördelad efter ersättningsnivå vid dag 365



Källa: Försäkringskassan (Midas), ISF:s bearbetningar.

²¹ En majoritet, knappt tre av fyra, av dem som sedan februari 2010 når den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen beräknas göra det vid dag 915 i det aktuella sjukfallet.

För dem som beviljas ytterligare dagar med sjukpenning på normalnivå finns ingen borte tidsgräns. Sjukskrivna som beviljas denna ersättning avslutar också sina sjukskrivningar i lägre grad vid olika sjukskrivningstider än de sjukskrivna som har beviljats sjukpenning på fortsättningsnivå (se figur 9). Detta är förväntat mot bakgrund av att den högre ersättningen (på normalnivå) beviljas på grund av att sjukdomen bedömts som särskilt allvarlig. Av dem som avslutar sjukskrivningen beviljas ungefär var sjätte sjukersättning, vilket är en högre andel än motsvarande andel för dem med sjukpenning på fortsättningsnivå. Den vanligaste avslutsorsaken för sjukskrivna med fler dagar med sjukpenning på normalnivå är att personen avlider. Dessa utgör drygt hälften av samtliga avslut i denna grupp.

5 Rehabiliteringskedjans långsiktiga effekter för individen

I den här delen av rapporten ska studeras om rehabiliteringskedjans tidsgränser upp till 180 dagar har några långsiktiga effekter för individen beträffande sjukfrånvaro, sysselsättning och hälsa. I analysen används samma population som i Hägglund (2012), där särskilt fokus ägnas åt gruppen utlandsfödda.

5.1 Analytisk ansats

För att analysera effekterna av tidsgränserna vid 90 och 180 dagar utnyttjar Hägglund (2012) det faktum att de som påbörjade en sjukskrivning innan den 1 juli 2008 undantogs från de nya reglerna till och med den 1 januari 2009. I stället handlades deras ärenden enligt det gamla regelverket. Därmed uppstod en experimentliknande situation där personer som påbörjade en sjukskrivning i stort sett samtidigt – under den första veckan i juli (behandlingsgrupp) respektive den sista veckan i juni (jämförelsegrupp) – omfattades respektive inte omfattades av de nya reglerna under en övergångsperiod. För att ta hänsyn till potentiella skillnader i sjukfrånvaro som beror på vilken vecka i månaden sjukskrivningen påbörjades, analyserades effekterna genom en relativ jämförelse med sjukskrivningar som påbörjades under motsvarande två veckor under 2007.²² Trots att de tidsbestämda prövningarna utfördes endast i begränsad utsträckning under 2008 (se figur 3), påträffades effekter i form av en ökad återgång, i synnerhet bland dem som fortfarande var sjukskrivna efter fem månader.

²² I utvärderingslitteraturen kallas studiedesignen ”skillnad i skillnad-analys”.

Långsiktiga effekter av tidsgränser är ett i det närmaste outforskat område, vilket har konstaterats tidigare. Förekomsten av långsiktiga effekter bör vara avhängiga av tidsgränsernas effekter på kort sikt. Om tidsgränsen har inneburit att relativt få har tidigarelagt återgången i arbete relativt lite, kan de långsiktiga effekterna förväntas vara mindre än om relativt många har tidigarelagt arbetsåtergången relativt mycket.

För att studera de långsiktiga effekterna fokuserar analysen på gruppen utlandsfödda, en grupp där en förhållandevis hög andel påskyndade återgången i arbete som en konsekvens av rehabiliteringskedjans införande. Anledningen till att rehabiliteringskedjan och tidsgränserna har haft en jämförelsevis stor inverkan för just utlandsfödda är oklar. En jämförelse mellan utlandsfödda och svenskfödda sjukskrivna visar att grupperna är förhållandevis lika i de flesta avseenden (tabell 1). En skillnad är emellertid att utlandsfödda i väsentligt högre grad är bosatta i Stockholms län: 36 procent i jämförelse med 19 procent bland svenskfödda. Hägglund (2012) konstaterar att rehabiliteringskedjan förefaller ha haft en mer positiv effekt på återgången i arbete i storstadsområden än i mer glest befolkade områden. En orsak kan vara att den större arbetsmarknaden erbjuder fler och bättre alternativ till att vara sjukskriven. Den större andelen boende i Stockholms län kan alltså ha bidragit till de utlandsföddas relativt större återgång i arbete i anslutning till tidsgränserna.

En annan bidragande orsak kan vara att utlandsfödda överlag löper en större risk än svenskfödda att nekas sjukpenning. I Försäkringskassan (2014) konstateras att utlandsfödda får avslag på ansökningar om sjukpenning i dubbelt så hög utsträckning som svenskfödda och dessutom i högre grad får sjukpenningen indragen. Någon förklaring till detta har inte presenterats. Om det är skillnader i sannolikheten att få sjukpenningen nekad som ligger bakom skillnaderna i återgång i arbete mellan svensk- och utlandsfödda i denna rapport har emellertid inte undersökts.

Tabell 1. Beskrivning av urvalet

	<i>Svenskfödda</i>	<i>Utlandsfödda</i>
Man	0,43	0,42
Ålder	44,5 (12,7)	44,0 (11,4)
Högutbildad	0,27	0,29
Stockholms län	0,19	0,36
<i>Diagnos</i>		
Psykiatrisk	0,18	0,17
Muskuloskeletal	0,25	0,33
Skador/förgiftningar	0,16	0,12
Övriga	0,40	0,39
Antal tidigare sjukskrivningsdagar*	290 (480)	267 (446)
<i>Antal observationer</i>		
Juni 2007	4 688	750
Juli 2007	3 882	690
Juni 2008	4 059	683
Juli 2008	3 608	604
Totalt	16 237	2 727

Anm.: Avser sjukskrivningar som har påbörjats av anställda under sista veckan i juni och första veckan i juli 2007 och 2008. *: Räknat sedan 1994. Standardavvikelse inom parentes.

Tabell 2 redovisar effekterna av rehabiliteringskedjan för sjukskrivningar som har pågått olika länge för gruppen utlandsfödda.²³ Värden över ett indikerar att tidsgränserna har inverkat positivt på återgången i arbete under tidsperioden medan värden under 1 indikerar motsatsen. Resultaten visar att tidsgränserna genomgående tenderar att ha ökat återgången i arbete, i synnerhet i anslutning till 180-dagarsprövningen. Effekten är statistiskt säkerställd i tidsintervallet 101–150

²³ För en beskrivning av den empiriska modellen hänvisas till bilaga 3.

(svagt), samt i intervallet 151–196.²⁴ Sett som ett genomsnitt för sjukskrivningar som pågick upp till som mest drygt sex månader (196 dagar) var ökningen av återgången i arbete statistiskt säkerställd.²⁵

Tabell 2. Effekten av rehabiliteringskedjan på återgång i arbete, utlandsfödda

<i>Dagar i sjukskrivningen</i>	<i>Hasardkvot</i>	
–50	1,128	(0,090)
51–100	1,173	(0,129)
101–150	1,452*	(0,208)
150–196	1,738**	(0,266)

Anm.: Resultat från skattning av en Cox proportional hazard-modell för sannolikheten att avsluta en sjukskrivning i olika tidsintervall. I skattningarna har kontrollerats för startvecka och startår för sjukskrivningen, sjukskrivningens första dag i veckan, sjukskrivningens omfattning vid start, kön, ålder, utbildningsnivå, gift (ja/nej), barn under 18 (ja/nej), diagnos, bruttolön de senaste fem åren, ersättningsnivå, sjukskrivningshistorik, bransch och län. Antal observationer: 2 727. Standardfel inom parentes. */**/** angiver statistisk signifikans på 10-, 5-, respektive 1-procentsnivån.

I följande avsnitt studeras de långsiktiga individeffekterna av tidsgränserna upp till 180 dagar med avseende på framtida, i) sjukfrånvaro, ii) inskrivning vid Arbetsförmedlingen, iii) sysselsättning, iv) arbetsinkomster och v) hälsa. Hälsa mäts som antalet besök hos läkare inom den del av öppenvården som inte är primärvården, samt antalet förskrivna dygnsdoser av läkemedel. För att möjliggöra analyserna har data inhämtats från Försäkringskassans registerdatabas (samtliga utfallsmått utom hälsa) samt Socialstyrelsen (hälsa). Effekterna redovisas kvartalsvis 2009–2011 med avseende på sjukfrånvaro, inskrivning vid Arbetsförmedlingen och hälsa, samt årsvis beträffande sysselsättning och arbetsinkomster 2009–2011. Analyserna har genomförts med hjälp av antingen linjär eller logistisk regression. De skattade modellerna presenteras i bilaga 3.

²⁴ Vid skattning av effekterna av en hypotetisk reform (en placebo-reform) som infördes vid samma tidpunkt året innan, det vill säga den 1 juli 2007, hittas inte motsvarande effekter. Detta stärker trovärdigheten i resultaten.

²⁵ P-värdet för effekten av rehabiliteringskedjan på arbetsåtergång inom 196 dagar är 0,013. Motsvarande analys för hela populationen i Hägglund (2012) ger inga statistiskt säkerställda effekter.

5.2 Effekterna på sjukfrånvaro och inskrivning vid Arbetsförmedlingen

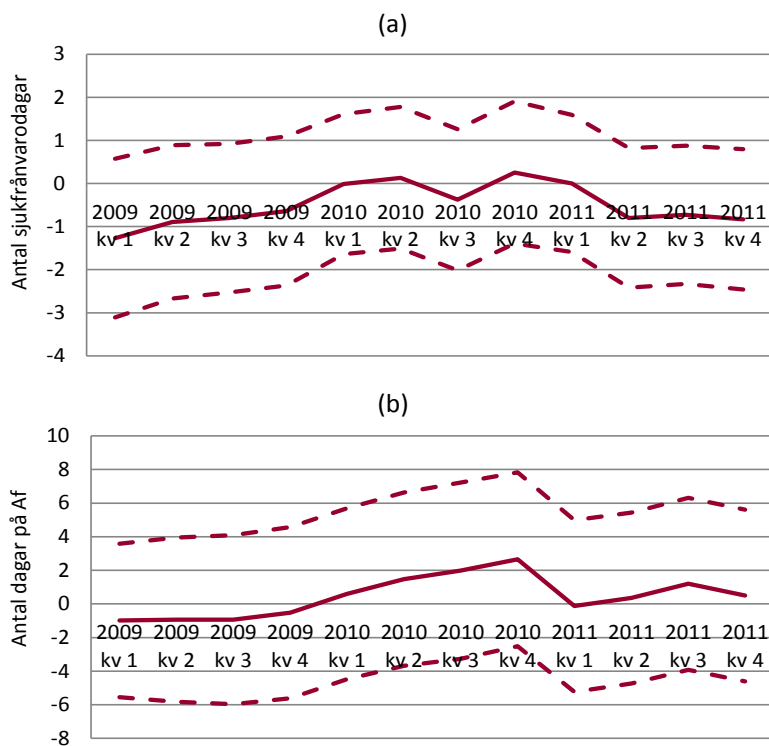
Figur 10a-b redovisar effekterna av de införda tidsgränserna upp till 180 dagar på individernas sjukfrånvaro 2009–2011. Effekterna presenteras kvartalsvis och avser antal dagar som mottagare av antingen sjukpenning (eller motsvarande) eller sjuk- och aktivitetsersättning.²⁶ Effekter på en framtida sjukfrånvaro skulle kunna uppstå om tidsgränserna har tidigarelagt återgången i arbete för individen, med effekter på hälsan som följd. Effekter på inskrivning vid Arbetsförmedlingen skulle kunna uppstå om den tidigare återgången i arbete har inneburit förändrade möjligheter på arbetsmarknaden.

Inga statistiskt säkerställda effekter finns beträffande sjukfrånvaro under de tre år som studeras (figur 10a). Resultaten antyder en viss positiv effekt i form av lägre sjukfrånvaro under de första kvartalen 2009, troligtvis som en kvardröjande effekt av att fler återgick i arbete bland dem som omfattades av tidsgränserna under hösten 2008. Effekterna är emellertid inte statistiskt säkerställda och avtar under 2010.

I figur 10b redovisas effekterna av rehabiliteringskedjan upp till 180 dagar på antalet dagar som inskriven vid Arbetsförmedlingen 2009–2011. Att vara inskriven vid Arbetsförmedlingen innebär i de flesta fall att personen antingen är öppet arbetslös eller deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program, men det kan också innebära att personen arbetar men söker ett annat arbete. Resultaten visar att det inte heller i detta avseende finns några skillnader mellan dem som omfattades respektive inte omfattades av att tidsgränserna infördes.

²⁶ De studerade måtten beaktar alltså både benägenheten att påbörja en sjukskrivning och sjukskrivningsperiodens varaktighet.

Figur 10. Effekter på antalet sjukfrånvarodagar (a), respektive dagar som inskriven vid Arbetsförmedlingen (b), 2009–2011



Anm.: Resultat från kvartalsvisa linjära regressionsskattningar av antalet sjukfrånvarodagar respektive dagar som inskriven vid Arbetsförmedlingen (heldragna linjer). Som sjukfrånvaro räknas dagar med antingen sjukpenning (eller motsvarande) eller sjuk- och aktivitetsersättning. I skattningarna har kontrollerats för startvecka och startår för sjukskrivningen, sjukskrivningens första dag i veckan, sjukskrivningens omfattning vid start, kön, ålder, utbildningsnivå, gift (ja/nej), barn under 18 (ja/nej), diagnos, bruttolön de senaste fem åren, ersättningsnivå, sjukskrivningshistorik, bransch och län. Antal observationer: 2 727. Streckade linjer utgör övre respektive nedre konfidensintervall.

Källa: Försäkringskassan, ISF:s bearbetningar.

5.3 Effekterna på sysselsättning och inkomster

I tabell 3 redovisas effekterna av tidsgränserna på sysselsättningsstatus och arbetsinkomster 2009–2011. Sysselsättning avser här att ett förvärvsarbete ska ha utförts under minst en timme under en mätvecka i november månad respektive år. På samma sätt som effekter på sannolikheten att vara inskriven vid Arbetsförmedlingen, skulle effekter på sysselsättningsstatus och arbetsinkomster kunna uppstå om en förkortad ersättningsperiod hade långsiktiga effekter för möjligheterna på arbetsmarknaden.

Effekterna på sysselsättningsstatus redovisas i form av oddskvoter där värden över ett signalerar en förhöjd sannolikhet att vara förvärvsarbetande medan ett värde under ett signalerar motsatsen. Arbetsinkomster avser den samlade bruttolönen under året.

I likhet med resultaten för sjukfrånvaro och inskrivning vid Arbetsförmedlingen syns i tabell 3 inga tecken på att tidsgränserna upp till 180 dagar skulle ha haft några effekter på framtida sysselsättning och arbetsinkomster. Ingen av de redovisade effekterna för något av åren är statistiskt säkerställda.

Tabell 3. Effekter på sysselsättning (oddskvot) och arbetsinkomster

	<i>Anställd</i>	<i>(oddskvot)</i>	<i>Arbetsinkomst</i>	<i>(kronor)</i>
2009	0,85	(0,21)	−4 423	(8 447)
2010	0,90	(0,20)	−7 126	(9 615)
2011	0,93	(0,20)	−3 365	(10 194)

Anm.: Resultat från logistiska regressionsskattningar av sysselsättnings-status (förvärvsarbetande eller ej i november), samt linjära regressions-skattningar av arbetsinkomster (kontant bruttolön). I skattningarna har kontrollerats för startvecka och startår för sjukskrivningen, sjukskrivningens första dag i veckan, sjukskrivningens omfattning vid start, kön, ålder, utbildningsnivå, gift (ja/nej), barn under 18 (ja/nej), diagnos, bruttolön de senaste fem åren, ersättningsnivå, sjukskrivningshistorik, bransch och län. Antal observationer: 2 727. Standardfel inom parentes.

5.4 Effekterna på hälsa

För att studera om rehabiliteringskedjans tidsgränser har haft några effekter på de sjukskrivnas hälsa används två mått; antalet vårdbesök respektive antalet förskrivna dygnsdoser av läkemedel. Bland vårdbesöken räknas endast de där patienten har behandlats av en läkare i den öppna vården som inte är primärvården. Långsiktiga effekter, positiva eller negativa, på vård- och läkemedelskonsumtion skulle kunna uppstå om en påskyndad återgång i arbete har fått återverkningar på hälsan.

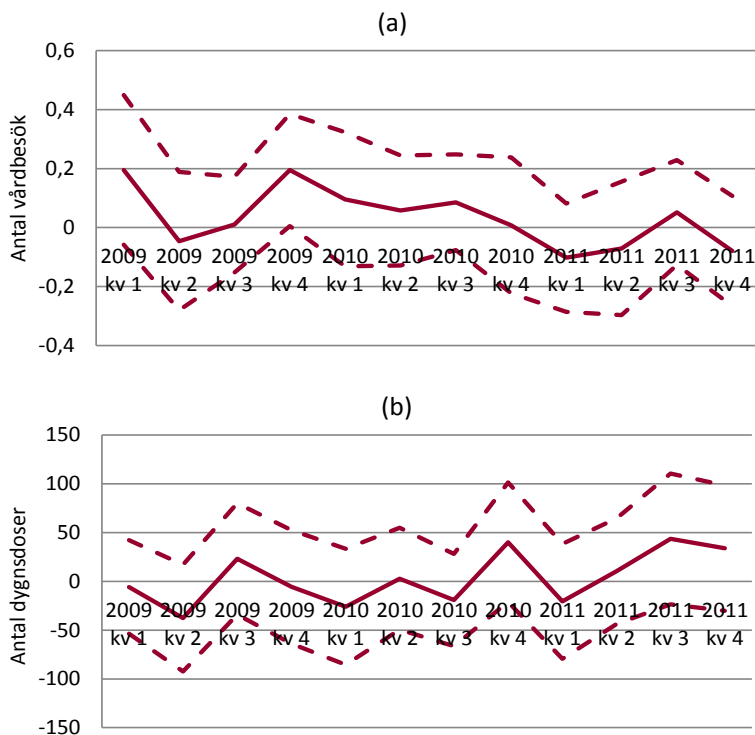
Noterbart är att inget av de studerade måtten kan anses ge en objektiv eller fullständig bild av en persons hälsotillstånd. Hälsa är en subjektiv upplevelse, som liksom benägenheten att uppsöka vård formas av en social kontext, preferenser och tillgänglighet till vård.²⁷

Resultaten i figur 11a–b ger ingen antydning om att införandet av tidsgränserna skulle ha haft någon inverkan på hälsan. Kompletterande analyser av effekterna med avseende mortalitet, det vill säga sannolikheten att avlida under ett visst år, samt dagar som inlagd inom slutenvården, har också genomförts. I jämförelse med antalet vårdbesök och konsumtion av läkemedel kan dessa mått betraktas som mer objektiva mått på hälsa. Inte heller dessa mått ger emellertid någon antydning om att tidsgränserna skulle ha haft någon inverkan på hälsotillståndet.²⁸

²⁷ Se exempelvis Jylhä (2009).

²⁸ Dessa resultat redovisas inte i rapporten men kan på begäran erhållas från författarna.

Figur 11. Effekter på antal läkarbesök (a), respektive antalet förskrivna dygnsdoser (b), 2009–2011



Anm.: Resultat från kvartalsvisa linjära regressionsskattningar av antalet läkarbesök respektive förskrivna dygnsdoser av läkemedel (heldragna linjer). I skattningarna har kontrollerats för startvecka och startår för sjukskrivningen, sjukskrivningens första dag i veckan, sjukskrivningens omfattning vid start, kön, ålder, utbildningsnivå, gift (ja/nej), barn under 18 (ja/nej), diagnos, bruttolön de senaste fem åren, ersättningsnivå, sjukskrivningshistorik, bransch och län. Antal observationer: 2 531. Streckade linjer utgör övre- respektive nedre konfidensintervall. Källa: Försäkringskassan, ISF:s bearbetningar.

5.5 Känslighetsanalys

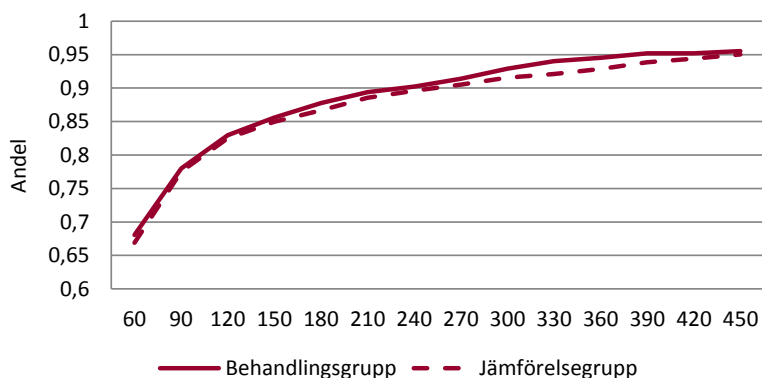
Sammanfattningsvis ger analysen inget stöd för att tidsgränsernas positiva effekter på återgången i arbete skulle ha gett några långsiktiga effekter på de sjukskrivnas användning av sjukförsäkringen, sysselsättning eller hälsa.²⁹ En möjlig förklaring till resultaten är att

²⁹ Motsvarande analys har också genomförts för hela populationen i Hägglund (2012). I likhet med resultaten för utlandsfödda återfinns inga långsiktiga effekter.

de flesta av dem vars återgång i arbete tidigarelades av tidsgränserna så småningom hade återgått i arbete alla fall. Detta skulle i så fall minska sannolikheten för att långsiktiga effekter uppstår. Det som ytterligare kan förstärka en utjämning mellan grupperna är att efter den 1 januari 2009 omfattade tidsgränserna också dem som påbörjade en sjukskrivning före den 1 juli 2008.

I figur 12 redovisas andelen som hade avslutat sjukskrivningen vid olika sjukskrivningstider bland dem som omfattades (behandlingsgrupp), respektive inte omfattades (jämförelsegrupp) av tidsgränserna från och med den 1 juli 2008. Av figuren framgår att en något högre andel av behandlingsgruppen hade avslutat sjukskrivningen vid olika sjukskrivningstider. Skillnaden mellan grupperna är tydlig upp till ungefär ett års sjukskrivning varefter den tydligt avtar. En beräkning visar att det inte längre finns någon statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna från ungefär 420 dagars sjukskrivning och framåt. En fördjupad analys visar att ungefär fem procent i populationen mottog sjuk- och aktivitetsersättning i slutet på 2011, samtidigt som drygt 80 procent hade inkomst från arbete under året. Analysen ger alltså stöd åt hypotesen att tidsgränserna främst bidrog till att förkorta sjukfrånvaron bland individer som annars hade återvänt till arbetslivet.

Figur 12. Andel som avslutat sjukskrivningen vid olika sjukskrivningstider



Källa: Försäkringskassan, ISF:s bearbetningar.

6 Avslutande diskussion

Tidsgränserna i sjukförsäkringen infördes 2008 och bidrog till att ytterligare förstärka en redan pågående nedgång av sjukfrånvaron. Sedan 2010 har emellertid sjukfrånvaron åter vänt uppåt. En delförklaring till det är de nya reglerna inom sjuk- och aktivitetsersättningen (tidigare: förtidspension) som infördes 2008 och som innebär att möjligheterna att beviljas en mer permanent ersättning från sjukförsäkringen kraftigt har begränsats. Detta har i sin tur inneburit att personer i stället går sjukskrivna längre.

I den här rapporten har det konstaterats att andelen sjukskrivningar som avslutas i anslutning till tidsgränserna ökade till och med 2011, men därefter har minskat. Minskningen är generell och omfattar såväl män som kvinnor som var sjukskrivna med olika diagnoser. Vidare konstateras att Försäkringskassan under senare år i allt mindre utsträckning prövar rätten till ersättning vid dag 90 respektive 180 i sjukskrivningen i tid. Under 2011 genomförde Försäkringskassan prövningen vid 90 dagar i tid i drygt sju fall av tio. Denna andel hade till andra halvan av 2014 sjunkit till under fem fall av tio. Under samma period kan en liknande minskning också konstateras för andelen genomförda 180-dagarsprövningar i tid.

Utvecklingen av andelen avslutade sjukskrivningar vid tidsgränserna sammanfaller tidsmässigt med andelen prövningar som har genomförts i tid. Detta är i sig inte ett tillräckligt belägg för att hävda att det är den lägre prövningsfrekvensen som har orsakat de längre sjukskrivningarna. Emellertid visar en omfattande forskning inom både sjukförsäkringen och den angränsande arbetslöshetsförsäkringen att tidsgränser och kontroll i olika former har betydelse för användningen av försäkringen: ju mer kontroll, desto kortare blir ersättningsperioderna i genomsnitt. Det är därmed mycket sannolikt att den försvagade regel tillämpningen är en delförklaring till de allt längre sjukskrivningstiderna och den högre sjukfrånvaron de senaste åren. Det

är också möjligt att den försämrade kontrollen har inneburit att fler sjukskrivningar än annars har påbörjats, eftersom den ökade sjukfrånvaron i sig kan ha skickat signaler om att det har blivit enklare att beviljas ersättning.

I rapporten har också tidsgränserna upp till 180 dagar och deras långsiktiga effekter på individers framtida sjukfrånvaro, sysselsättning och hälsa studerats. Analysen har avgränsats till utlandsfödda, en grupp där många tidigare hade återgången i arbete när tidsgränserna infördes. Därutöver bygger analysen på den första grupp som omfattades av tidsgränserna: de som påbörjade en sjukskrivning under den första veckan i juli 2008.

Resultaten ger inget stöd för att tidsgränserna upp till 180 dagar i rehabiliteringskedjan skulle ha haft några långsiktiga effekter på vare sig sjukfrånvaro, sysselsättning, eller hälsa. Resultaten är förväntade mot bakgrund av att tidsgränserna vid 90 och 180 dagar i första hand kan förväntas ha tidigare lagt återgången i arbete för sjukskrivna som i frånvaro av tidsgränserna ändå hade återgått i arbete så småningom. Detta bekräftas också av analysen.

Det är viktigt att notera att frånvaron av långsiktiga effekter för individen inte ska tolkas som att tidsgränserna inte har haft några långsiktiga effekter på sjukfrånvaron och samhället i stort. Sedan tidigare har det konstaterats att tidsgränserna har bidragit till att tidigare lägga återgången i arbetslivet samt till att minska antalet individer med flera år av sammanhängande sjukfrånvaro.

Referenser

Ashenfelter, O., Ashmore, D. och O. Deschênes (2005): "Do unemployment insurance recipients actively seek work? Evidence from randomized trials in four US states", *Journal of Econometrics*, 125(1–2), s. 53–75.

Black, D. A., Smith, J. A., Berger, M. C. och B. J. Noel (2003): "Is the Threat of Reemployment Services More Effective than the Services Themselves? Evidence from Random Assignment in the UI System." *American Economic Review*, 93(4), s. 1313–1327.

Boone, J. och J. C. van Ours (2006): "Modeling Financial Incentives to Get the Unemployed Back to Work", *Journal of Institutional and Theoretical Economics (JITE)*, vol. 162(2), June, s. 227–252.

Carling, K., Edin, P-A., Harkman, A. och B. Holmlund (1996): "Unemployment Duration, Unemployment Benefits, and Labor Market Programs in Sweden", *Journal of Public Economics*, 59, s. 313-334.

Dolton, P. och D. O'Neill (1996): "Unemployment Duration and the Restart Effect: Some Experience Evidence", *Economic Journal*, 106(435), s. 387–400.

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

Ham, J. C. och Jr Rea (1987): "Unemployment insurance and male unemployment duration in Canada", *Journal of Labor Economics*, s. 325–353.

Hesselius P., Johansson, P. och L. Larsson (2013): "Monitoring Sickness Insurance Claimants: Evidence from a Social Experiment", *Labour Economics*, vol. 20, s. 48–56.

Hägglund, P. (2012): "Do time limits in the sickness insurance system increase return to work?", *Empirical Economics*, August 2012, Volume 45, 1, s. 567–582.

Johansson, P. och E. Lindahl (2012): "Can sickness absence be affected by information meetings? Evidence from a social experiment", *Empirical Economics*, DOI: 10.1007/s00181-012-0593-1 Online first.

Jylhä, M. (2009): "What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model", *Social Science & Medicine*, Vol. 69 (3), s. 307–316.

Katz, L. F. och B. D. Meyer (1990): "The impact of the potential duration of unemployment benefits on the duration of unemployment", *Journal of Public Economics*, vol. 41(1), February, s. 45–72.

Lalive, R., Van Ours, J. C. och J. Zweimüller (2008): "The Impact of Active Labour Market Programmes on The Duration of Unemployment in Switzerland", *Economic Journal*, vol. 118(525), s. 235–257.

Meyer, B.D. (1995): "Lessons from the US unemployment insurance experiments", *Journal of Economic Literature*. 33 (March), s. 91–131.

Meyer, B. D. (1990): "Unemployment Insurance and Unemployment Spells", *Econometrica*, vol. 58(4), July, s. 757–82.

Mortensen, D.T. (1977): "Unemployment insurance and job search decisions", *Industrial and Labor Relations Review*, vol. 30(4), s. 505–517, July.

Røed, K., Jensen, P. och A. Thoursie (2008): "Unemployment duration and unemployment insurance: a comparative analysis based on Scandinavian micro data", *Oxford Economic Papers*, vol. 60(2), April, s. 254–274.

Thoursie, A. (1998): "Studies on Unemployment Duration and on the Gender Wage Gap", Avhandling, Institutet för social forskning.

Bilaga 1 – Data

För att studera sannolikheten att lämna sjukförsäkringen vid tidsgränserna i rehabiliteringskedjan används de *sjukfall* som finns i Försäkringskassans analysdatabas Midas. Ett sjukfall mäter en sammanhängande period med utbetalningar av sjukpenning, förebyggande sjukpenning och rehabiliteringspenning, inklusive karensdagar och sjuklöneperiod för anställda, och ska återspegla en *sjukperiod*³⁰.

Analysen avgränsas till att omfatta endast anställda³¹ mellan 20 och 64 år med sjukfall som varar längre än 14 dagar. Personer som har återvänt till sjukförsäkringen efter att tidigare ha uppnått maximal tid med sjukpenning på fortsättningsnivå eller tidsbegränsad sjukersättning, så kallade återvändare, ingår inte i analysen. Anställda som vid sjukfallets början är inskrivna som arbetssökande hos Arbetsförmedlingen, har sjuk- eller aktivitetsersättning eller får förebyggande sjukpenning har exkluderats från analysen.

Midas saknar uppgift om dag i rehabiliteringskedjan. Den uppgiften har i stället beräknats genom att lägga samman tidigare sjukfall, om antalet dagar utan ett sjukfall uppgår till mindre än 90 dagar.³² I omkring nio av tio sjukfall som ingår i analysen, motsvarar dag i

³⁰ En sjukperiod är den tid då en försäkrad i oavbruten följd antingen lider av sjukdom som kan ge rätt till sjukpenning, eller har rätt till förebyggande sjukpenning eller rehabiliteringspenning (27 kap. 26 § socialförsäkringsbalken). Om en sjukperiod börjar inom fem dagar från det att en tidigare sjukperiod har avslutats är den senare en fortsättning på den tidigare sjukperioden (27 kap. 32 § socialförsäkringsbalken).

³¹ I gruppen anställda ingår både företagare med eget aktiebolag och personer som är både egenföretagare och anställda. Företagare som driver eget aktiebolag ses i socialförsäkringen som anställda i sitt eget företag.

³² Vid sammanläggning av sjukfall har det saknats uppgift om förvärvsarbete har bedrivits mellan sjukfallen. Samtliga uppehåll har därför hanterats som om förvärvsarbete har bedrivits, enligt nu gällande lydelse av 27 kap. 51 § socialförsäkringsbalken. Antalet sjukfall som ska läggas samman, och därmed också dag i rehabiliteringskedjan, kan till följd av detta i enstaka fall har påbörjats före den 1 januari 2014 och ha underskattats i analysen.

sjukfallet dag i rehabiliteringskedjan. Den andelen blir dock lägre ju längre sjukfall som studeras. Till exempel beräknas omkring fyra av fem som närmar sig dag 365 i rehabiliteringskedjan göra det dag 365 i det aktuella sjukfallet.

Tidpunkten då 364 dagar med sjukpenning på normalnivå under ramtiden har förbrukats samt tidpunkten då den bortre tidsgränsen infaller har beräknats genom att veckovis summera antalet dagar med sjukpenning, förbyggande sjukpenning, rehabiliteringspenning och dagar med sjuklön för de sjukfall som når Försäkringskassan under de närmast föregående 450 dagarna.

Bilaga 2 – Tabellbilaga

Tabell B1. Andel avslut vid dag 90 och 180 i rehabiliteringskedjan (%) år 2014 och relativ förändring (%) under perioden 2011–2014

	Dag 90		Dag 180	
	Andel avslut 2014	Förändring 2011–2014	Andel avslut 2014	Förändring 2011–2014
Samtliga	22	–14	14	–20
<i>Huvuddiagnos (ICD–10)</i>				
C00–D48 Tumörer	12	–12	8	–14
F00–F99 Psykiska sjukdomar	16	–15	12	–22
G00–G99 Nervsystemet	23	–5	13	–23
I00–I99 Hjärta och kärl	21	–6	10	–20
M00–M99 Rörelseorganen	24	–13	17	–22
O00–O99 Graviditet	41	–7	43	–12
R00–R99 Symtom och sjukdomstecken	18	–20	13	–20
S00–T98 Skador och förgiftningar	35	–9	19	–17
Övriga sjukdomar	25	–13	15	–11
<i>Kön</i>				
Kvinnor	21	–16	14	–19
Män	24	–10	15	–19
<i>Ålder</i>				
20–29	29	–10	21	–10
30–39	23	–14	16	–19
40–49	20	–18	13	–22
50–59	21	–14	13	–22
60–64	22	–14	13	–23

<i>Födelseland</i>				
Sverigefödd	23	-14	14	-18
Utrikesfödd	22	-12	15	-26
<i>Utbildningsnivå</i>				
Förgymnasial	22	-13	15	-19
Gymnasial	23	-14	15	-21
Eftergymnasial	22	-14	13	-18
<i>Yrke (SSYK1)</i>				
1 Ledningsarbete	21	-16	13	-22
2 Arbete som kräver teoretisk specialistkompetens	21	-12	12	-15
3 Arbete som kräver kortare högskoleutbildning	22	-17	13	-17
4 Kontors- och kundservicearbete	22	-19	14	-24
5 Service-, omsorgs- och försäljningsarbete	22	-13	15	-22
6 Arbete inom jordbruk, trädgård, skogsbruk och fiske	27	2	14	-33
7 Hantverksarbete inom byggverksamhet och tillverkning	25	-13	16	-19
8 Process- och maskinoperatörsarbete, transportarbete m.m.	24	-13	15	-17
9 Arbete utan krav på särskild yrkesutbildning	22	-15	16	-18

Tabell B2. Andelen (%) av dem som närmar sig tidsgränserna som avslutar sjukfallet i anslutning till tidsgränsen, fördelad efter utflödesväg och år då tidsgränsen inföll

År	Kvinnor					Män				
	Af ⁱ	SA ⁱⁱ	Fyller 65/ avlider	Annat	Alla	Af ⁱ	SA ⁱⁱ	Fyller 65/ avlider	Annat	Alla
<i>Dag 90</i>										
2008	0,5	0,0	0,2	22,0	22,6	0,8	0,0	0,3	21,2	22,4
2009	0,6	0,0	0,2	24,7	25,5	1,0	0,0	0,5	24,8	26,3
2010	0,5	0,0	0,3	24,9	25,7	0,7	0,0	0,5	25,2	26,5
2011	0,4	0,0	0,2	24,8	25,4	0,6	0,0	0,4	26,1	27,2
2012	0,4	0,0	0,2	23,5	24,1	0,6	0,0	0,4	24,6	25,7
2013	0,4	0,0	0,2	21,9	22,5	0,6	0,0	0,4	23,8	24,8
2014*	0,4	0,0	0,1	20,7	21,2	0,6	0,0	0,4	23,3	24,2
<i>Dag 180</i>										
2009	0,9	0,1	0,3	16,2	17,5	1,6	0,2	0,6	15,4	17,8
2010	1,1	0,1	0,3	16,4	17,8	1,8	0,1	0,7	15,9	18,4
2011	0,9	0,1	0,2	15,9	17,1	1,5	0,1	0,6	16,4	18,6
2012	0,9	0,0	0,2	14,6	15,7	1,5	0,1	0,5	15,0	17,2
2013	0,6	0,0	0,2	13,8	14,6	1,4	0,1	0,5	14,0	16,1
2014*	0,6	0,1	0,2	12,8	13,6	1,2	0,1	0,5	13,1	14,8
<i>Dag 365</i>										
2009	0,7	0,6	0,5	11,0	12,9	1,4	0,8	0,9	9,0	12,1
2010	0,8	0,4	0,6	11,8	13,5	1,3	0,6	0,9	11,0	13,7
2011	0,7	0,3	0,5	11,9	13,3	1,0	0,3	1,4	11,2	13,9
2012	0,7	0,2	0,5	12,7	14,0	1,3	0,4	1,0	11,9	14,5
2013	0,7	0,2	0,3	11,8	12,9	1,3	0,5	0,7	12,3	14,7
2014*	0,7	0,2	0,3	12,0	13,3	1,0	0,4	0,7	12,2	14,4

Anm.: ⁱ Inskriften hos Arbetsförmedlingen som arbetslös eller deltagare i arbetsmarknads-politiska program. ⁱⁱ Sjuk- och aktivitetsersättning. * Avser perioden september 2013 – augusti 2014.

Källa: Försäkringskassan (Midas), ISF:s bearbetningar.

Tabell B3. Diagnosfördelning (%) bland kvinnor och män med sjukpenning på normalnivå efter dag 364 samt andelen (%) med sjukpenning på normalnivå inom respektive diagnos

<i>Diagnos</i>	<i>Andel av sjukfallen</i>		<i>Andel normalnivå</i>	
	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>
Hjärta och kärl	5	11	9	11
Nervsystemet	5	6	9	16
Psykiska sjukdomar	6	3	1	1
Rörelseorganen	5	4	2	2
Skador och förgiftningar	2	3	3	5
Tumörer	61	53	38	58
Övriga sjukdomar	16	20	10	17
Samtliga	100	100	7	12

Anm.: Diagnos mäts vid sjukfallets start.

Källa: Försäkringskassan (Midas), ISF:s bearbetningar.

Bilaga 3 – De empiriska modellerna

I analysen av rehabiliteringskedjans effekter på återgången i arbete skattas en Cox proportional hazard-modell. En sådan skattar individen i 's sannolikhet att avsluta sjukfallet vid tidpunkten t , givet att sjukfallet har pågått fram till $t-1$, $\theta_i(t)$, enligt följande:

$$\log \theta_i(t) = \alpha(t) + \mathbf{X}_i' \beta + \gamma_{2008} + \delta_{juli} + 2008_i \text{ juli}_i \lambda(t), \quad (1)$$

där $\log \theta_i(t)$ är en funktion av $\alpha(t)$, som fångar det generella utflödet från sjukskrivning under uppföljningsperioden. $\mathbf{X}_i$ är en vektor som beskriver den försäkrade enligt de data som finns tillgängliga, och β anger hur olika egenskaper samvarierar med sannolikheten att avsluta sjukfallet vid olika tidpunkter. "2008" och "juli" är dummyvariabler som anger vilket år ($1=2008$, $0=2007$) och månad ($1=\text{juli}$, $0=\text{juni}$) sjukfallet påbörjades. Notera att månadsvariabeln inte är tidsvarierande men att den generella tidsprofilen innan rehabiliteringskedjans införande fångas av $\alpha(t)$. Detta innebär att "2008" och "juli" fångar upp potentiella skillnader mellan 2007 och 2008 och mellan juni och juli. Effekten av rehabiliteringskedjan fångas som skillnaden i förhållandet mellan juni- och juligruppens sjukskrivningstider efter införandet av rehabiliteringskedjan. Eftersom betydelsen av rehabiliteringskedjan kan förväntas variera med sjukfallslängden, i synnerhet vid prövningarna av sjukpenningen vid 91 och 181 dagar, studeras effekten i fyra veckorsepisoder. Effekten av reformen återges i interaktionstermens koefficient $\lambda(t)$. I skattningen tillämpas Breslows approximation. De estimat som genereras är i stort sett identiska med dem som genereras då mer exakta skattningsmetoder används.

I analyserna av effekterna avseende antal sjukfrånvarodagar, antal inskrivningsdagar vid Arbetsförmedlingen, arbetsinkomst, antal vårdbesök samt antal förskrivna dygnsdoser skattas följande linjära regressionsmodell för varje tidsperiod t :

$$y_i = \mathbf{X}_i' \beta + \gamma_{2008} + \delta_{juli} + 2008_i \text{ juli}_i \lambda, \quad (2)$$

där y_i är en av ovan nämnda utfallsvariabler. $\mathbf{X}_i$ är en vektor som beskriver den sjukskrivne enligt de data som finns tillgängliga, och β anger hur olika egenskaper samvarierar med sannolikheten att avsluta sjukfallet vid olika tidpunkter. "2008" och "juli" är dummyvariabler som anger vilket år (1=2008, 0=2007) och månad (1=juli, 0=juni) sjukfallet påbörjades. Effekten av rehabiliteringskedjan fångas av "2008_i juli_i", som utgör skillnaden i förhållandet mellan juni- och juligruppens utfall efter införandet av rehabiliteringskedjan. Effekten av rehabiliteringskedjan skattas varje kvartal mellan 2009 och 2011, med undantag för inkomster som skattas årsvis.

För att analysera effekterna med avseende på sysselsättningsstatus i november varje år används logistisk regression och modellen:

$$\log(p_i/(1 - p_i)) = \mathbf{X}_i' \beta + \gamma_{2008} + \delta_{juli} + 2008_i \text{ juli}_i \lambda, \quad (3)$$

där log-oddset, $\log(p_i/(1 - p_i))$, av att vara förvärvsarbetande någon gång under mätveckan i november det studerade året skattas som en funktion av samma variabler som i ekvationerna ovan.

