

I rapporten fra Beskæftigelsesministeriet pointeres det, at der ikke findes statistiske oplysninger om, hvad de sygemeldte fejler (1). Der eksisterer altså et videnshul, hvilket dette projekt helt centralt skal være med til at afdække.

I rapporten arbejdes med en hypotese om, at sygedagpengemodtageres forbrug af sundhedsydelse er øget i forhold til den generelle befolknings forbrug af sundhedsydelse. Rapporten analyserer sygedagpengemodtageres forbrug af sundhedsydelse og sammenhængen mellem forbruget af sundhedsydelse og længden af sygefravær. Fokus har været på at kortlægge, hvilke sundhedsydelser sygedagpengemodtagerne anvender, og hvordan det indvirker på sygefraværets længde.

1.1 Godkendelser/anmeldelser

Analysen er anmeldt til Datatilsynet pr. 17. juni 2009; successivt godkendt pr. 23. juni 2009 med journalnummer 2009-41-3632.

Analysen er anmeldt til Sundhedsstyrelsen pr. 23. juni 2009; successivt godkendt pr. 15. juli 2009 med journalnummer 7-505-29-1243/1/FSE.

Anvendelse af forskningsregisteret, Det Centrale Psykiatriske Forskningsregister, er anmeldt til Datatilsynet pr. 2. juli 2009 (via Sundhedsstyrelsen); successivt godkendt pr. 20. august 2009 med journalnummer 2009-331-0274.

2. Formål

Analysens formål er at skabe ny viden om sygedagpengemodtageres forbrug af sundhedsydelse og sammenhængen mellem forbruget af sundhedsydelse og længden af sygefravær.

Ønsket er at besvare, hvilke sundhedsydelse sygedagpengemodtagerne anvender, hvor meget de forbruger i sundhedsvæsenet, og hvordan det indvirker på længden af sygefraværet.

Desuden er formålet at undersøge, hvilke faktorer der influerer på sygedagpengeperiodens længde.

Datamaterialet er omfangsrigt, og det er nødvendigt at arbejde ud fra en række arbejdshypoteser i analysefasen. Følgende arbejdshypoteser er derfor fremstillet:

- ◆ Sygedagpengemodtagernes forbrug af sundhedsydelse er større end blandt den almindelige befolkning.
- ◆ Forbruget af sundhedsydelse stiger med længden af sygedagpengeperioden.
- ◆ Forbruget af sundhedsudgifter og længden af sygedagpengeperioden er afhængig af årsagen til sygemeldingen.
- ◆ Forbruget af sundhedsydelse og længden af sygedagpengeperioden er afhængig af socio-demografiske faktorer.
- ◆ Forbruget af sundhedsydelse og længden af sygedagpengeperioden er afhængig af geografisk tilknytning.
- ◆ Behandling sent i forløbet er forbundet med længere sygedagpengeperiode og et højere forbrug i sundhedsvæsenet.

2.1 Definitioner og afgrænsninger

Vi definerer og afgrænser i denne rapport 'forbrug af sundhedsydelse' til at omfatte forbrug af somatiske og psykiatriske sygehusydelse, medicinforbrug, ydelse leveret via sygesikringen samt genoptræning der udføres på hospitalerne eller i kommunerne.

Fælles for sundhedsydelse er, at de er registreret i et af analysens anvendte registre, jf. afsnit 3. Vi afgrænser os dermed til ikke at inddrage ydelse leveret i den kommunale plejesektor, herunder sygepleje leveret i hjemmet, på sygeplejeklinikker, plejecentre eller sundhedscentre, ekstra tilskud eller overførselsindkomster bevilliget som følge af sygdom og tilsvarende udgiftskomponenter. I rapporten er dog medtaget registrerede ydelse vedrørende genoptræning.

I opgørelserne i denne rapport indgår kun det sygefravær, hvor der udbetales sygedagpenge fra det offentlige, dvs. typisk for det længerevarende sygefravær over to uger. Dog får personer i støttet beskæftigelse, eksempelvis fleksjob, sygedagpenge fra 1. sygedag på jobbet, hvorfor de vil indgå også med kortere sygefraværperioder. Der vil dog blive kontrolleret for dette forhold i de statistiske analyser. Til denne rapport er der benyttet udtræk fra DREAM-databasen. For en beskrivelse af denne database henvises til bilag 1. Undersøgelsesens metode og materiale vil blive beskrevet nærmere i følgende afsnit.

Det var desuden en arbejdshypotese at belyse, hvorvidt deltidssygemelding fører til kortere sygedagpengeforløb og/eller færre omkostninger i sundhedsvæsenet. Det viste sig dog, at det på nuværende tidspunkt ikke er muligt at undersøge dette med udgangspunkt i DREAM-databasen, da al tidligere sygemelding registreres som deltidssygemelding, hvis personen på et tidspunkt i forløbet er deltidssygemeldt.

3. Metode og materiale

Undersøgelsen benytter følgende registre i analyserne: Arbejdsmarkedsstyrelsens DREAM-database, Landspatientregistret, Lægemedelregistret, Det Psykiatriske Centrale forskningsregister, Sygesikringsregistret og Sundhedsstyrelsens elektroniske indberetningssystem.

Observationerne i undersøgelsen er identificeret i Arbejdsmarkedsstyrelsens DREAM-database. Der er taget udgangspunkt i personer, der har modtaget sygedagpenge på minimum et tidspunkt i perioden 2007-2008. CPR-numrene på disse personer er udtrukket i de øvrige registre for videre analyse.

Vi har benyttet oplysninger om udgifter fra Landspatientregistret (LPR), Lægemedelregistret (LMR) og Sygesikringsregistret (SSR). Vi har desuden benyttet Psykiatrisk Centralregister til at identificere de sygedagpengemodtagere, der har været indlagt på et psykiatrisk hospital. Desværre indeholder oplysningerne ikke udgifter i forbindelse med indlæggelser på psykiatriske hospitaler, hvorfor vi i omkostningsanalyserne må afgrænse os fra at se på indlæggelser på psykiatriske hospitaler.

Fra LPR er der både oplysninger om ambulante og stationære behandlinger.

I DREAM-databasen blev identificeret 684.993 personer, der havde været på sygedagpenge mindst en dag i 2007 eller 2008. Efter oprensning af data, således at vi har baggrundsoplysninger på alle sygedagpengemodtagerne, indeholder databasen 640.450 sygedagpengemodtagere.

I DREAM-databasen er sygedagpengeperioden angivet i antal uger. Periodens længde er således angivet pr. påbegyndt uge, hvilket vil betyde, at hvis en person har været på sygedagpenge i tre dage, vil personen være registreret, som om han/hun har været på sygedagpenge i én uge. Det vil føre til en overestimering af sygedagpengeperiodernes længde.

Nogle sygedagpengemodtagere har mere end ét sygedagpengeforløb over den toårige periode. Fordi det er vanskeligt at matche udgifter fra sundhedsvæsenet med specifikke sygedagpengeperioder, har vi i denne rapport valgt, at hver person kun kan indgå én gang i data, og alle sundhedsydelser, den pågældende person har haft i det toårige forløb, er knyttet til denne observation.

Hvis en sygedagpengemodtager har haft flere afbrudte sygedagpengeforløb, vil det antal uger, som vi i rapporten bruger til at udtrykke længden af sygedagpengeperioden, være det samlede antal uger, personen har været på sygedagpenge i det toårige forløb, uanset at det er afbrudte sygedagpengeperioder. Perioder, hvor personen ikke har været på sygedagpenge, tæller ikke med i denne opgørelse. Dog skal det bemærkes, at data i DREAM-databasen ligger på ugeniveau, og længden af sygedagpengeforløb vil derfor være overestimeret. Jo flere forløb personen har, jo mere vil længden af den samlede sygedagpengeperiode blive overestimeret.

Oplysninger om sygedagpengemodtagernes diagnose er ligeledes udfordret af, at hver sygedagpengemodtager kan have haft flere kontakter med sundhedsvæsenet i den toårige periode. Diagnosen er derfor defineret ved den diagnose, der har trukket flest omkostninger i sundhedsvæsenet i den toårige periode. Diagnoserne for indlæggelser er hentet via LPR og grupperet i hovedgrupperne efter principperne i "Klassifikation af sygdomme – Systematisk del" (4). Diagnoserne for den hoveddiagnose, som er tilknyttet de lægemidler, der er brugt flest udgifter på i den toårige periode, er klassificeret systematisk efter ATC-kodesystemet.

Sygedagpengemodtagerne er inddelt i forskellige kategorier. I de fleste analyser vil kategorierne være slået sammen, men i nogle delanalyser vil de indgå separat. Sygedagpengemodtagerne kan have været i flere af disse kategorier i løbet af deres sygedagpengeperiode. I opdelingerne vil sygedagpenge-

modtagerne blive placeret i den sygedagpengekategori, som de har været i i flest uger. Kategorierne er defineret som følger:

Sygedagpenge: Personer der modtager sygedagpenge.

Sygedagpenge, delvist raske: Personer, der modtager sygedagpenge, samtidig med at de opretholder en erhvervstilknytning. Koden angives for hele sygdomsforløbet, selvom erhvervstilknytningen ikke nødvendigvis har været i hele sygdomsforløbet.

Sygedagpenge fra ledighed: En kode som dannes ud fra et anvendelsessynspunkt. Sygedagpenge klipper således af dagpengeretten, hvis sygdommen opstår i forlængelse af ledighed eller aktivering. Det er dog maksimalt de første seks uger af sygdomsforløbet, der klipper af dagpengeretten.

Sygedagpenge under aktivering: En kode der ligeledes dannes ud fra et anvendelsessynspunkt. Sygedagpenge midt i ét aktiveringstiltag behøver ikke at betyde, at aktiveringstiltaget skal ophøre, hvis sygdommens længde ikke overskrider to uger. Måler man effekter på aktivering, skal kode 894 opfattes som en del af aktiveringen og ikke som en afgang fra aktivering. Endelig er kode 894 en delmængde af kode 893, dvs. måles der dagpengeanciennitet, skal såvel kode 893 som kode 894 medgå som ydelse, der klipper af dagpengeretten.

Sygedagpenge under fleksjob: Ca. 15 % af fleksjobbere i en given uge er samtidig berørt af sygdom. Flexjobbere berørt af sygedagpenge vil være i denne kategori.

4. Resultater

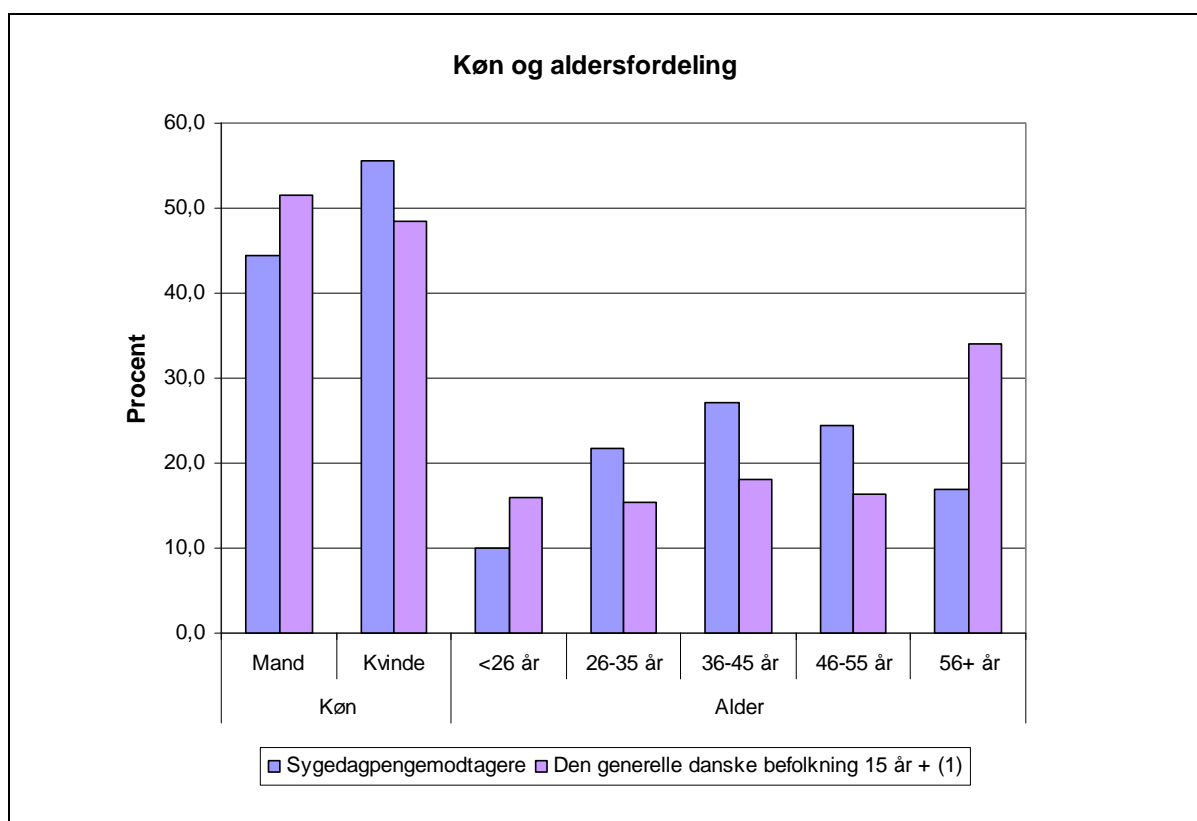
4.1 Generel beskrivelse af sygedagpengemodtagerne

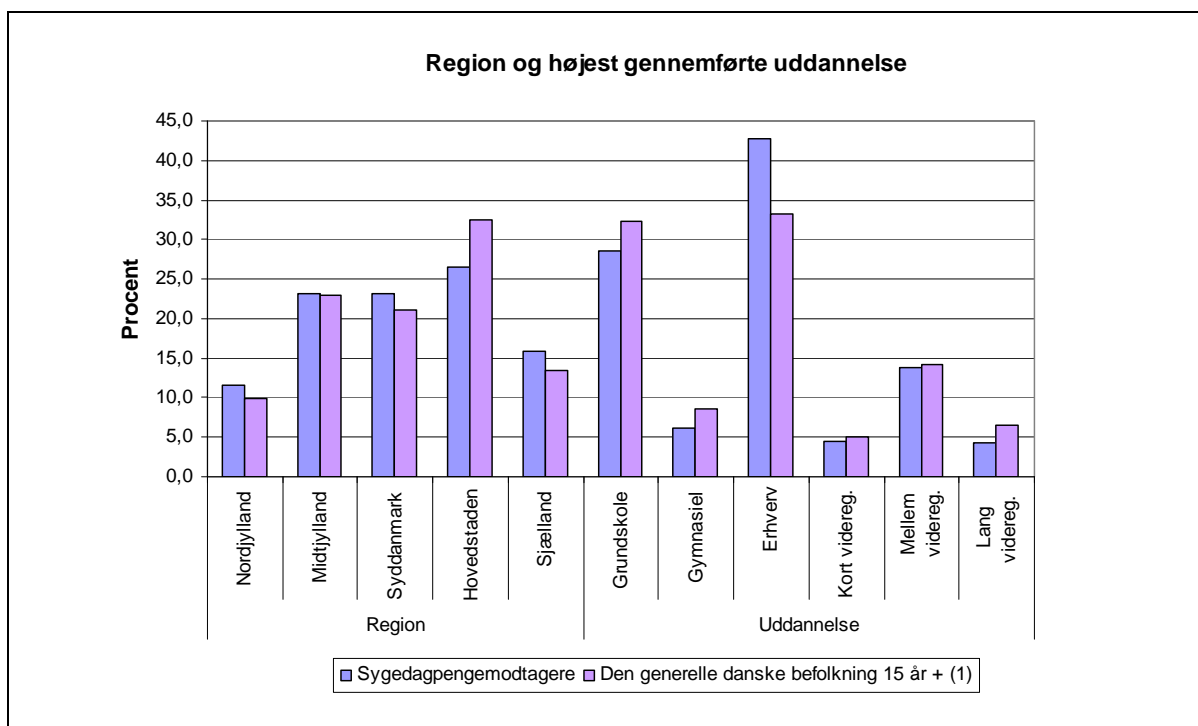
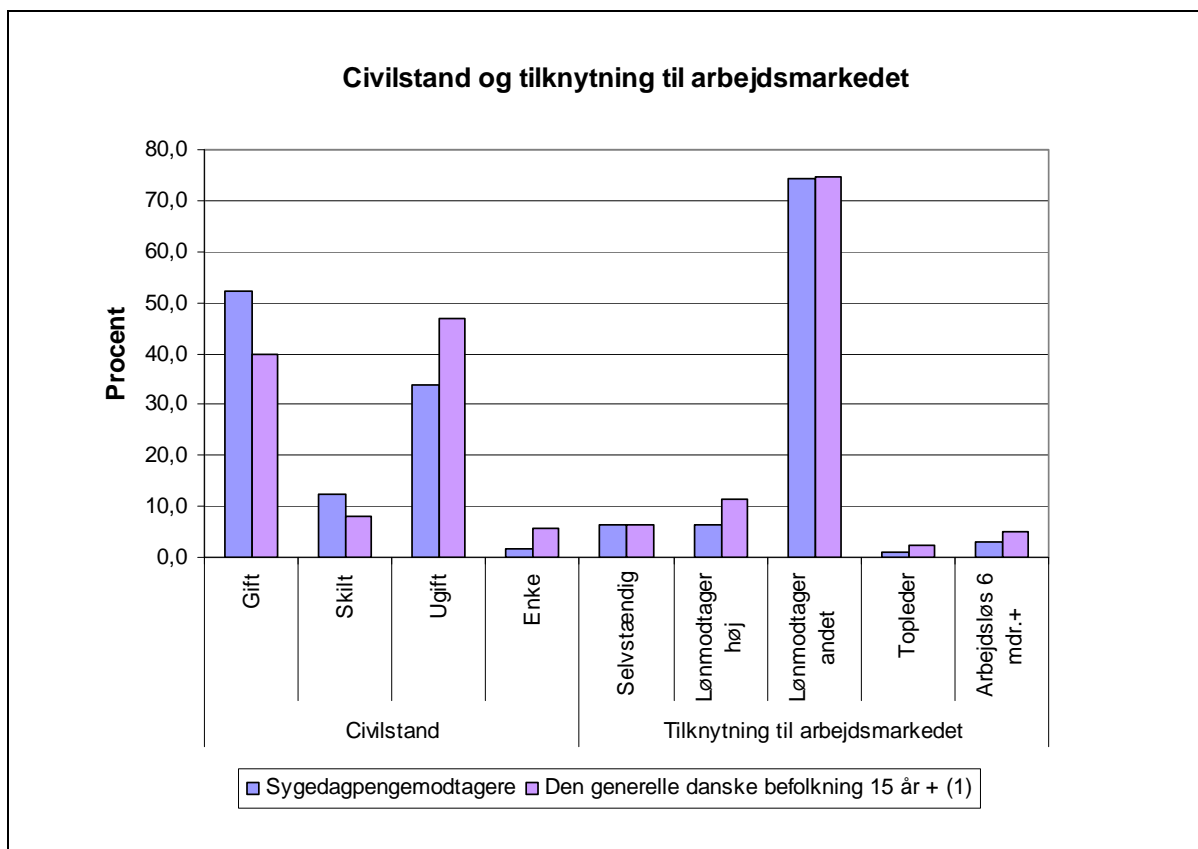
Dette afsnit beskriver kortfattet de personer, der har modtaget sygedagpenge i 2007 eller 2008.

I 2007 og 2008 var der i alt 684.993 personer, der modtog sygedagpenge i minimum ét tilfælde. Samme person kan have flere sygedagpengeforløb over den toårige periode. Som forklaret i afsnit 3 vil analyserne blive baseret på de 640.450 personer, som vi også har baggrundsoplysninger om.

De sociodemografiske oplysninger er fra begyndelsen af 2009 og dermed umiddelbart efter den periode, som oplysningerne om sygedagpenge tager udgangspunkt i. Fordelingen af relevante sociodemografiske karakteristika ses nedenfor. Den generelle befolkning er defineret som befolkningen på 15 år og derover, og informationerne er hentet via statistikbanken.dk. Vedr. tilknytning til arbejdsmarkedet er der kun medtaget de grupper, som er i risiko for at modtage sygedagpenge, således at det er en sammenlignelig gruppe i forhold til sygedagpengemodtagerne. Tallene, der ligger til grund for figuren, kan ses i bilag 2.

Figur 4.1.1 Den procentvise fordeling af relevante sociodemografiske karakteristika blandt sygedagpengemodtagere og den danske befolkning generelt.





(1) Opgørelsen er lavet fra statistikbanken.dk. Aldersgruppen er over 14 år. Opgørelsen er fra januar 2009.

(2) Da de sociodemografiske oplysninger er udtrykket i begyndelsen af 2009, vil sygedagpengekategorien være udtryk for de personer, som i 2007 eller 2008 modtog sygedagpenge og som fortsat i 2009 modtager sygedagpenge.

(3) Opgørelsen over antal på sygedagpenge er ikke specificeret på statistikbanken. Kolonnen summerer ikke op til 100, for at sammenligneligheden med sygedagpengemodtagere er mulig i de forskellige grupper.

Figur 4.1.1 viser, at flere kvinder end mænd har modtaget sygedagpenge i 2007 og 2008.

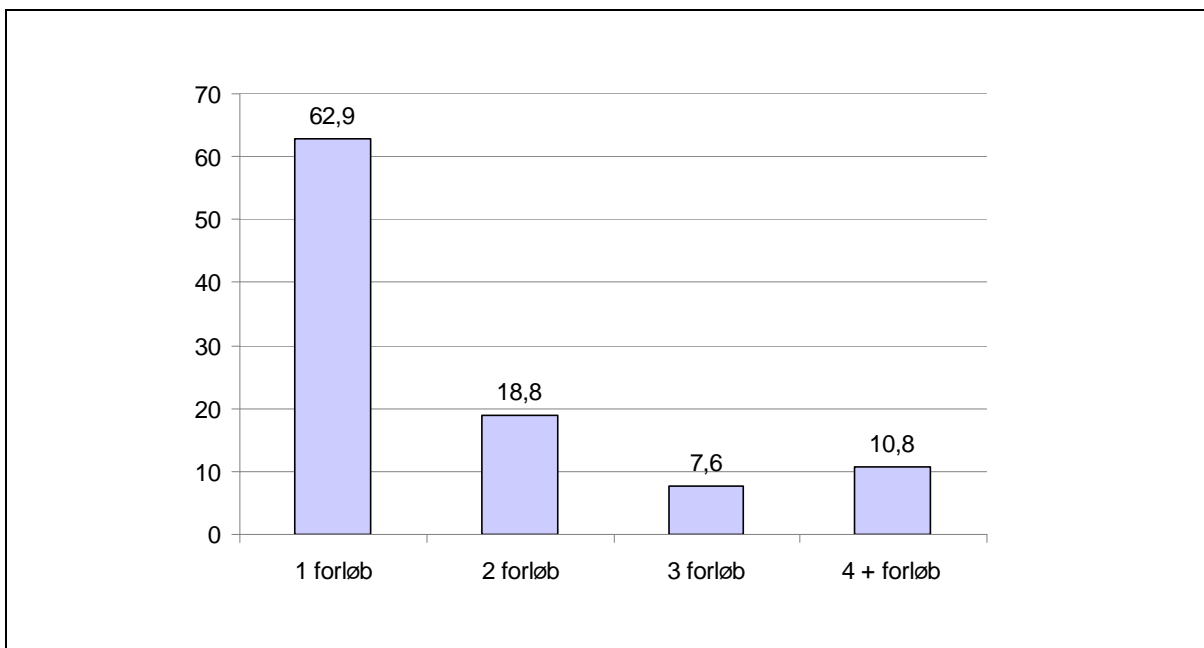
Der er ikke særlig mange unge under 26 år, der er på sygedagpenge, hvilket også skyldes, at mange unge under 26 år endnu ikke er på arbejdsmarkedet.

Med hensyn til civilstand er gifte personer overrepræsenteret blandt sygedagpengemodtagere i forhold til den generelle befolkning. Det skyldes højst sandsynligt, at der er flere, der er gift blandt de ældre alderskategorier, og alderen må formodes at spille ind på alle de øvrige sociodemografiske faktorer. Der henvises til afsnit 4.5, hvor de enkelte sociodemografiske faktorer undersøges, når der tages højde for alder.

I Region Nordjylland er der flere sygedagpengemodtagere i forhold til andelen, der bor i Nordjylland, end i den generelle befolkning. I Region Hovedstaden er der derimod en lavere andel sygedagpengemodtagere. Det kan eksempelvis skyldes, at der i Region Hovedstaden bor flere unge og i Region Nordjylland flere midaldrende. Det kan dog også skyldes andre faktorer, som f.eks. tilknytning til arbejdsmarkedet.

I forhold til den generelle befolkning er det særligt de erhvervsuddannede, der har været på sygedagpenge i 2007 og 2008. Personer på sygedagpenge med en grundskoleuddannelse er underrepræsenteret i forhold til den generelle befolkning. Til gengæld har de oftere lange sygedagpengeforløb.

Figur 4.1.2 Den procentvise fordeling af antal sygedagpengeforløb pr. person.



Ovenstående figur viser, at ca. to tredjedele af sygedagpengemodtagerne kun har haft et sygedagpengeforløb i løbet af 2007 og 2008. Lidt over 10 % af sygedagpengemodtagerne har haft over fire forløb. Medianen for det gennemsnitlige årlige antal uger, sygedagpengemodtagerne har været på sygedagpenge i alt, er 3,5¹.

¹ Det skal dog bemærkes, at sygedagpengeperioden i DREAM databasen er angivet i hele uger, hvorfor personer der har været på sygedagpenge i eksempelvis 16 dage vil indgå som om de havde været på sygedagpenge i 3 uger. Dette betyder, at tiden hvor personer er på sygedagpenge overestimeres.

4.1.1 Opsummering af den generelle beskrivelse af sygedagpengemodtagere

Den generelle beskrivelse af sygedagpengemodtagere viser en tendens til, at andelen af kvinder blandt sygedagpengemodtagere er større end andelen af kvinder i den generelle befolkning på 15 år og derover. Desuden er der flere, der modtager sygedagpenge i aldersgrupperne fra 26 til 55 år i forhold til aldersfordelingen i den generelle befolkning. Det er dog naturligt, da det typisk er i denne aldersgruppe, man er tilknyttet arbejdsmarkedet og dermed har mulighed for at modtage sygedagpenge, hvis man bliver syg.

I forhold til uddannelsesniveau er der flere sygedagpengemodtagere, der har en erhvervsuddannelse i forhold til uddannelsesfordelingen i den generelle befolkning. Det betyder, at når vi ikke tager højde for andre personkarakteristika end uddannelse, er der en større risiko for at være på sygedagpenge, hvis man har en erhvervsuddannelse som højest gennemførte uddannelse i forhold til, hvis man har en anden uddannelse.

I forhold til geografisk tilknytning, er der flere sygedagpengemodtagere i Region Nordjylland i forhold til den geografiske fordeling i den generelle befolkning. Der er færre sygedagpengemodtagere i Region Hovedstaden i forhold til den generelle befolkning.

I denne deskriptive fremstilling er der dog ikke taget højde for, at flere af de demografiske karakteristika er relateret til hinanden. Eksempelvis er civilstand og uddannelsesniveau relateret til alder (det er eksempelvis mere sandsynligt, at man er gift, hvis man er over 35 år i forhold til, hvis man er yngre). Vi tager højde for denne samvariation i multivariate regressionsanalyser præsenteret i afsnit 4.5.

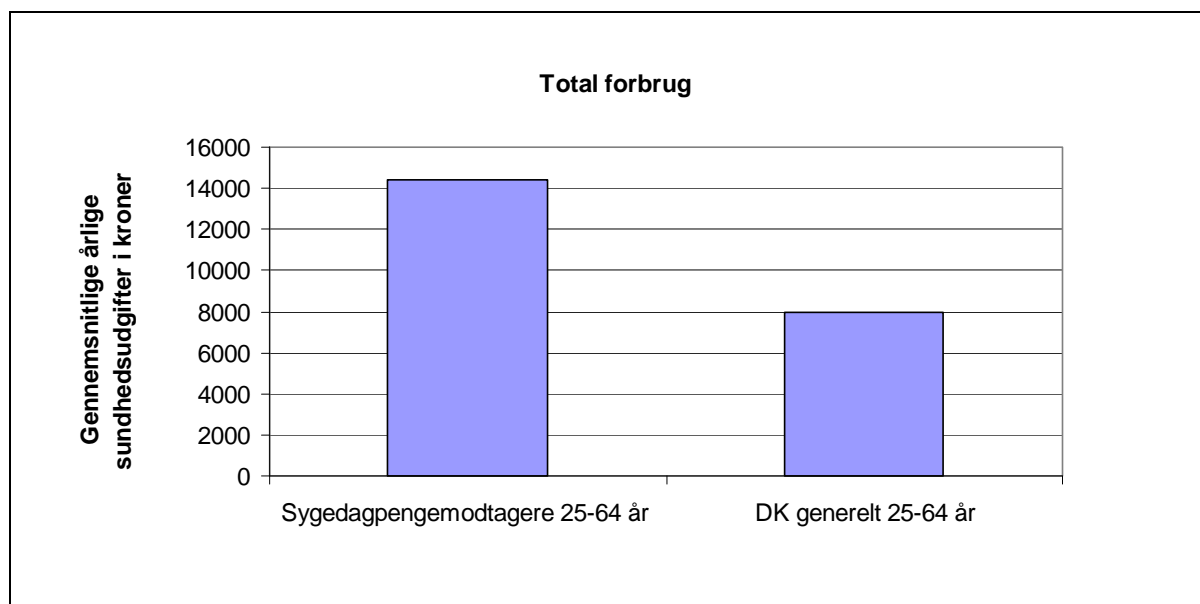
4.2 Sygedagpengemodtagernes forbrug af sundhedsydelse er større end forbruget i den generelle befolkning

Hypotesen, at sygedagpengemodtageres forbrug af sundhedsydelser er større end blandt den generelle befolkning, er undersøgt ved at sammenligne sundhedsudgifterne blandt sygedagpengemodtagere med sundhedsudgifterne fundet for den generelle befolkning i sammenlignelige undersøgelser.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har i 2009 udgivet en rapport om det danske sundhedsvæsen i nationalt perspektiv (5). Denne rapport bliver brugt til at sammenligne udgifterne i den danske befolkning generelt (inkl. sygedagpengemodtagere) med sygedagpengemodtageres brug af sundhedsydelser. Tallene for den generelle befolkning er fra 2007, mens tallene for sygedagpengemodtagerne er et gennemsnit for 2007 og 2008. Tallene skal derfor fortolkes med forsigtighed, og skal bruges til at indikere niveauet af forbrug i sundhedsvæsenet i forhold til i den generelle befolkning. Desuden er det vanskeligt at sammenligne aldersgruppen 0-24 år, da sygedagpengemodtagerne er i den arbejdsdygtige alder (15 år og derover), mens opgørelserne over den danske befolkning generelt også indeholder børn og unge. Ligeledes er det vanskeligt at sammenligne sygedagpengemodtagere over 64 år med den generelle befolkning over 64 år, da de fleste på 64 år og derover ikke er på arbejdsmarkedet, og det er sygedagpengemodtagere. Kun 0,6 % af samtlige sygedagpengemodtagere i 2007 og 2008 er over 64 år (ikke vist i figur).

Derfor illustrerer nedenstående figur det totale sundhedsforbrug hhv. blandt sygedagpengemodtagere mellem 25 og 65 år og den generelle befolkning i samme aldersgruppe. Denne delpopulation er udvalgt for at isolere en gruppe, hvor der er større sandsynlighed for, at den generelle befolkning er i beskæftigelse. Figuren viser, at det totale forbrug i sundhedsvæsenet pr. personår for sygedagpengemodtagere i aldersgruppen er 14.397 kr., mens det i den generelle befolkning i samme aldersgruppe er 7.976 kr. Det svarer til, at en gennemsnitlig sygedagpengemodtager i alderen 25-64 år er forbundet med næsten dobbelt så mange sundhedsudgifter i forhold til en gennemsnitsdansker i alderen 25-64 år (inklusive sygedagpengemodtagere).

Figur 4.2.1 Samlede sundhedsudgifter pr. personår blandt sygedagpengemodtagere i alderen 25-64 år og i den generelle befolkning i alderen 25-64 år. N (sygedagpengemodtagere) = 583.258.

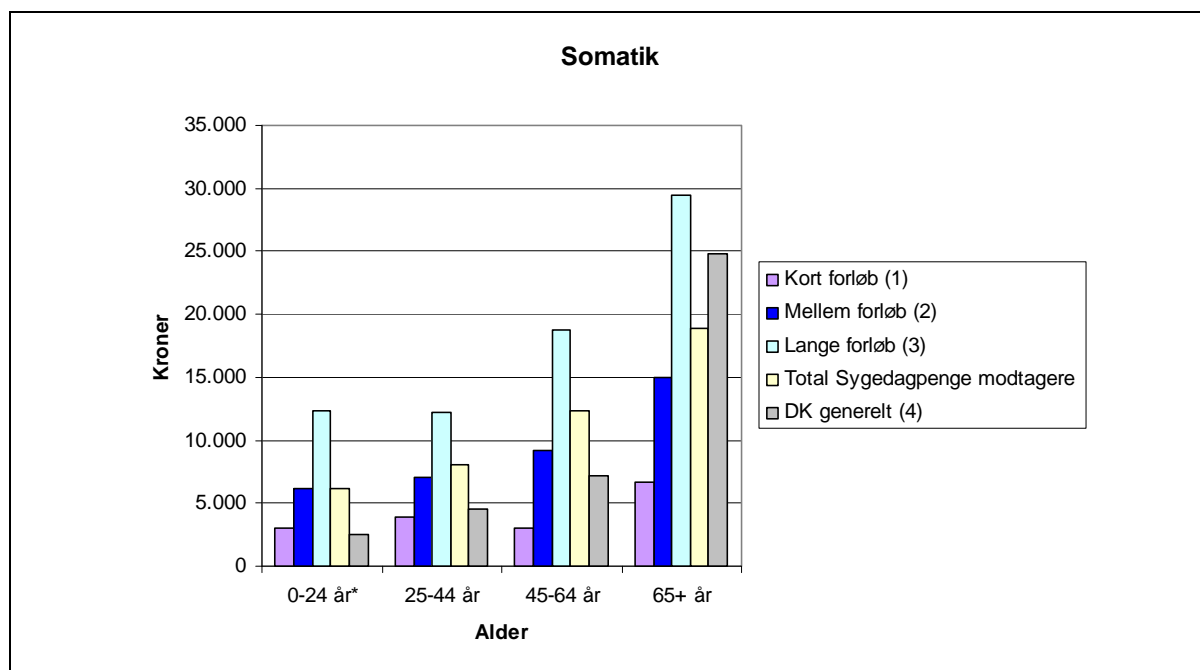


(1) Forbruget for Danmark generelt er udregnet ved brug af oplysninger i rapporten "Det danske sundhedsvæsen i nationalt perspektiv" fra juli 2009. Tallene er en opgørelse fra 2007. Der er udregnet et vægtet gennemsnit ud fra aldersfordelingen i 2007 ifølge dst.dk.

Nedenstående figurer viser sammenligningen mellem forbruget blandt sygedagpengemodtagere og forbruget i den danske befolkning generelt. Da vores hovedhypotese er, at udgifterne i sundhedsvæsenet er associeret med længden af sygedagpengeforløbet, er det gennemsnitlige forbrug vist særskilt for personer med hhv. et kort, mellemlangt og langt sygedagpengeforløb i den toårige periode. Udgifterne er vist særskilt for somatik (indlæggelser og ambulante behandlinger), sygesikringsydelse og receptpligtig medicin.

Fordelingen af udgifterne til de enkelte sundhedsydelse kommenteres under de relevante figurer. Tallene, der ligger til grund for figurerne, kan ses i bilag 3.

Figur 4.2.2 Udgifter pr. personår i forbindelse med indlæggelser og ambulante behandlinger på somatiske sygehuse blandt hhv. sygedagpengemodtagere og den generelle befolkning. N (sygedagpengemodtagere der har været til behandling på somatisk sygehus) = 477.171.



(1) Sammenlagt to uger eller mindre på sygedagpenge i 2007 og 2008.
 (2) Sammenlagt over to uger til tre måneder på sygedagpenge i 2007 og 2008.
 (3) Sammenlagt over tre måneder på sygedagpenge i 2007 og 2008.
 (4) Opgørelsen er fra rapporten "Det danske sundhedsvæsen i nationalt perspektiv" fra juli 2009. Tallene er en opgørelse fra 2007. I rapporten er udgifterne angivet samlet for befolkningen, men til brug i denne rapport er de delt med antal personer i de forskellige aldersgrupper ifølge statistikbanken.dk. For kategorien 0-24 år skal det bemærkes, at opgørelsen for den generelle befolkning inkluderer 0-15-årige, mens tallene for sygedagpengemodtagere kun inkluderer personer på arbejdsmarkedet. Det skal bemærkes, at kun 0,6 % af sygedagpengemodtagerne er over 64 år.

Ovenstående figur viser, at sygedagpengemodtagere under 65 år med et sygedagpengeforløb på over to uger har et højere forbrug på somatiske sygehuse sammenlignet med den generelle befolkning.

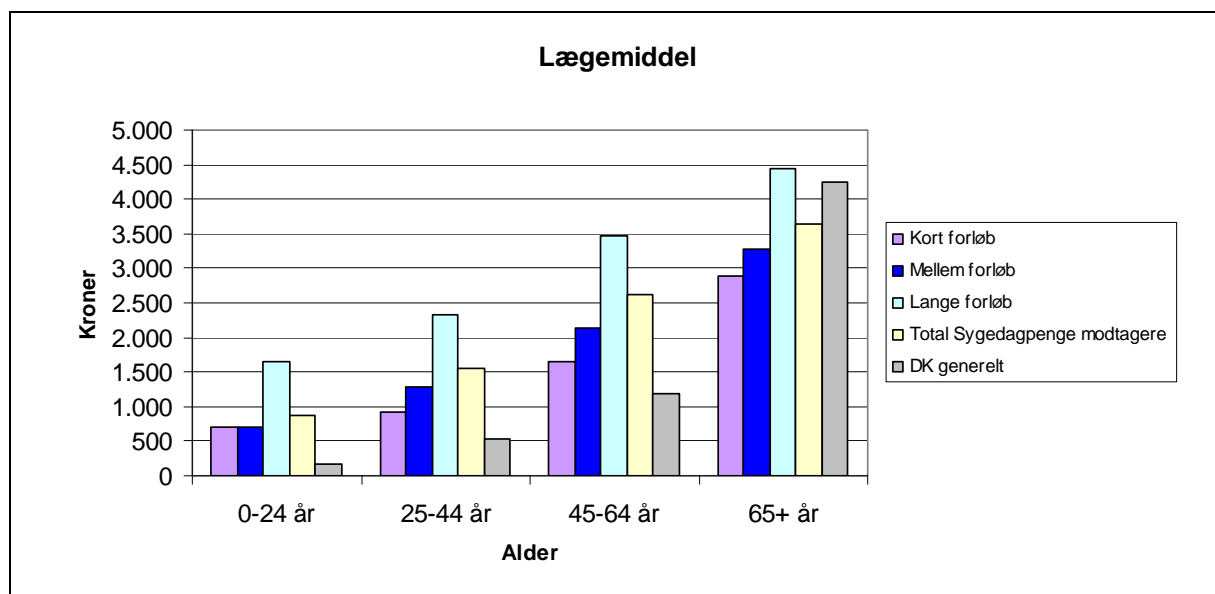
De 45-64-årige sygedagpengemodtagere med et sygedagpengeforløb på to uger til tre måneder har gennemsnitligt et forbrug på 9.244 kr. på somatiske sygehuse pr. personår. Til sammenligning har den generelle befolkning på 45-64 år et forbrug på gennemsnitligt 7.193 kr. pr. personår.

Blandt sygedagpengemodtagere, der har modtaget sygedagpenge i over tre måneder, er der et meget stort merforbrug i forhold til den generelle befolkning. Blandt de 45-64-årige har personer, der har modtaget sygedagpenge i mere end tre måneder et gennemsnitligt forbrug på 18.771 kr. årligt. Det er et merforbrug på 11.578 kr. i forhold til den generelle befolkning.

For den yngste aldersgruppe skal det bemærkes, at opgørelsen for den generelle befolkning også indeholder børn fra 0-15 år, mens opgørelserne for sygedagpengemodtagere kun inkluderer personer på arbejdsmarkedet. Det kan forventes, at børn i højere grad end unge er indlagt på hospitalet eller behandlet ambulant, og merforbruget blandt sygedagpengemodtagere i forhold til den generelle befolkning på arbejdsmarkedet på 15-24 år er derfor sandsynligvis større end illustreret i figuren.

For personer over 64 år gælder det, at kun sygedagpengemodtagere med et sygedagpengeforløb over tre måneder har et højere forbrug på de somatiske sygehuse sammenlignet med den generelle befolkning. Det kan dog hænge sammen med, at kun få personer over 64 år har mulighed for at modtage sygedagpenge, så det er en meget særlig gruppe. Kun 0,6 % af samtlige sygedagpengemodtagere i 2007 og 2008 er over 64 år (ikke vist i figur).

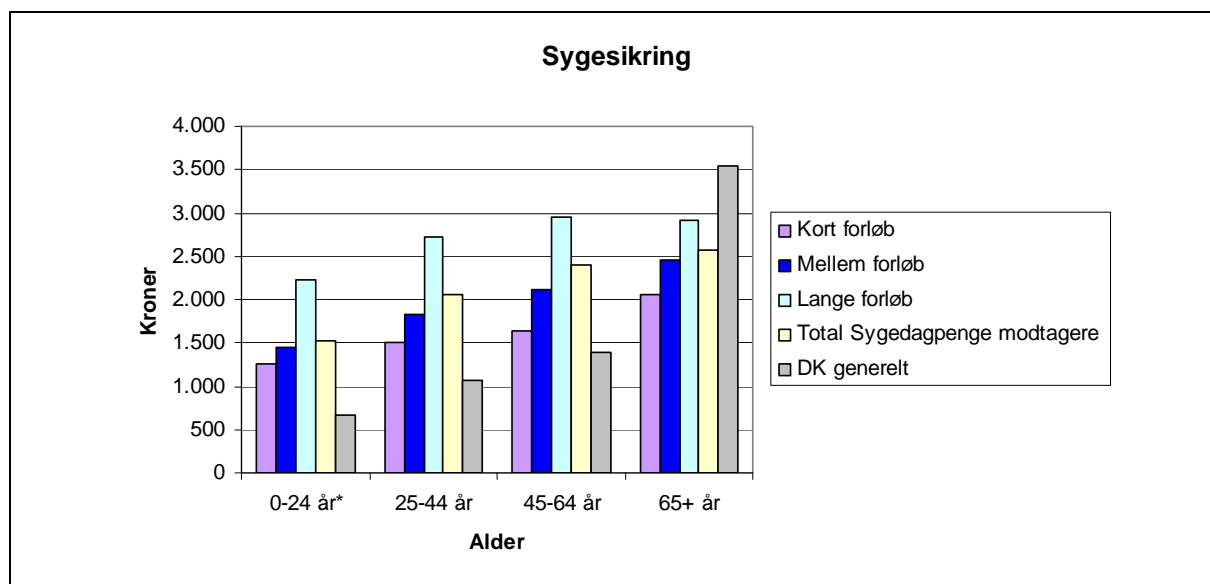
Figur 4.2.3 Offentlige udgifter til receptpligtig medicin pr. personår blandt hhv. sygedagpengemodtagere og den generelle befolkning. N (sygedagpengemodtagere der har haft udgifter til receptpligtig medicin) = 598.652.



- (1) Sammenlagt to uger eller mindre på sygedagpenge i 2007 og 2008.
- (2) Sammenlagt over to uger til tre måneder på sygedagpenge i 2007 og 2008.
- (3) Sammenlagt over tre måneder på sygedagpenge i 2007 og 2008.
- (4) Opgørelsen er fra rapporten "Det danske sundhedsvæsen i nationalt perspektiv" fra juli 2009. Tallene er en opgørelse fra 2007. I rapporten er udgifterne angivet samlet for befolkningen, men til brug i denne rapport er de delt med antal personer i de forskellige aldersgrupper ifølge statistikbanken.dk. For kategorien 0-24 år skal det bemærkes, at opgørelsen for den generelle befolkning inkluderer 0-15-årige, mens tallene for sygedagpengemodtagere kun inkluderer personer på arbejdsmarkedet. Det skal bemærkes, at kun 0,6 % af sygedagpengemodtagerne er over 64 år.

Figur 4.2.3 viser, at sygedagpengemodtagere under 65 år har et højere forbrug af receptpligtig medicin end den generelle befolkning, uanset hvor længe de har været på sygedagpenge. Langt det største merforbrug i forhold til den generelle befolkning ses dog hos sygedagpengemodtagere med en sygedagpengeperiode, der har været over tre måneder i 2007 og 2008. De 45-64-årige der har modtaget sygedagpenge i mere end tre måneder bruger gennemsnitligt 2.271 kr. mere på receptpligtige lægemidler pr. personår i forhold til den generelle befolkning på 45-64 år. Det svarer til lidt under 200 % merforbrug blandt dem, der langvarigt modtager sygedagpenge i forhold til den generelle befolkning. Også når det angår lægemidler, skal det bemærkes, at sygedagpengemodtagere under 65 år, der har modtaget sygedagpenge i under tre måneder, har et lavere forbrug end den generelle befolkning på 65 år og derover. Det kan som beskrevet tidligere skyldes den selektion, der er i forhold til, hvem der er på arbejdsmarkedet, når de er 65 år og derover.

Figur 4.2.4 Sygesikringsudgifter pr. personår blandt hhv. sygedagpengemodtagere og den generelle befolkning. N (sygedagpengemodtagere der har modtaget ydelser fra sygesikringen) = 627.748.



- (1) Sammenlagt to uger eller mindre på sygedagpenge i 2007 og 2008.
- (2) Sammenlagt over to uger til tre måneder på sygedagpenge i 2007 og 2008.
- (3) Sammenlagt over tre måneder på sygedagpenge i 2007 og 2008.
- (4) Opgørelsen er fra rapporten "Det danske sundhedsvæsen i nationalt perspektiv" fra juli 2009. Tallene er en opgørelse fra 2007. I rapporten er udgifterne angivet samlet for befolkningen, men til brug i denne rapport er de delt med antal personer i de forskellige aldersgrupper ifølge statistikbanken.dk. For kategorien 0-24 år skal det bemærkes, at opgørelsen for den generelle befolkning inkluderer 0-15-årige, mens tallene for sygedagpengemodtagere kun inkluderer personer på arbejdsmarkedet. Det skal bemærkes, at kun 0,6 % af sygedagpengemodtagerne er over 64 år.

Ovenstående figur viser, at alle sygedagpengemodtagere under 65 år har et markant højere forbrug af sygesikringsydelser sammenlignet med den generelle befolkning.

Sygedagpengemodtagere mellem 45 og 64 år, der har haft et sygedagpengeforløb på mellem to uger og tre måneder, har et gennemsnitligt årligt forbrug til sygesikringsydelser på 2.944 kr. Til sammenligning har den generelle befolkning på mellem 45 og 64 år et gennemsnitligt årligt forbrug på 1.388 kr. Det svarer til et merforbrug på mere end 100 % for sygedagpengemodtagerne i den pågældende aldersgruppe i forhold til den generelle befolkning. Merforbruget er større i den yngste aldersgruppe, idet merforbruget for sygedagpengemodtagere, der har været på sygedagpenge i mere end tre måneder, er på over 200 %.

Merforbruget for sygedagpengemodtagere i forhold til den generelle befolkning er således ikke lige så udtalt for sygesikringsydelserne i forbindelse med de øvrige sundhedsydelser.

For sygesikringsydelser skiller personer over 64 år sig ud igen, idet den generelle befolkning over 64 år har et større forbrug af sygesikringsydelser sammenlignet med sygedagpengemodtagere over 64 år. Grupperne er dog som tidligere beskrevet ikke sammenlignelige, da gruppen af sygedagpengemodtagere over 64 år alle er tilknyttet arbejdsmarkedet og derfor ikke sammenlignelig med den generelle befolkning over 64 år, hvor det langt fra er alle, der er tilknyttet arbejdsmarkedet.

4.2.1 Opsummering af sygedagpengemodtagernes forbrug i forhold til den generelle befolkning

Det totale forbrug i sundhedsvæsenet pr. personår for sygedagpengemodtagere i aldersgruppen 25-64 år er næsten dobbelt så højt i forhold til det gennemsnitlige forbrug for en gennemsnitsdansker i samme alder.

Generelt viser sammenligningen, at personer under 65 år, der har modtaget sygedagpenge i mere end tre måneder i den toårige periode, har et højere forbrug af sundhedsydelser både ved udgifter til behandling på somatiske sygehuse, sygesikringsydelser og receptpligtig medicin end den danske befolkning generelt. Dog er det ikke nær så udtalt ved udgifter til sygesikringsydelser. Dermed støtter disse resultater vores arbejdshypotese, at sygedagpengemodtagere har et højere forbrug end den generelle befolkning, for personer under 65 år med sygedagpengeperioder over 3 måneder, mens billedet for dem har en kortere periode på sygedagpenge er mindre klart.

Forbrugsmønstret hos sygedagpengemodtagere på 65 år og derover ser noget anderledes ud end for de yngre sygedagpengemodtagere. Dette kan skyldes, at det er en særlig gruppe blandt personer over 64 år, der stadig arbejder, og derfor ser deres forbrug i sundhedsvæsenet anderledes ud end for den generelle befolkning på 65 år og derover. Det skal desuden bemærkes, at sygedagpengemodtagere på 65 år og derover kun udgør 0,6 procent af det samlede antal sygedagpengemodtagere i 2007 og 2008 (ikke vist i figurer).

Den yngste aldersgruppe er vanskelig at sammenligne med den generelle befolkning. De samlede udgifter for den danske befolkning generelt indeholder også udgifter for børn og unge. Da børn ikke kan få udbetalt sygedagpenge, og da børn typisk har et større forbrug af sundhedsydelser end unge mennesker i den arbejdsdygtige alder, er de unge sygedagpengemodtageres overforbrug sandsynligvis større end indikeret i figurerne. Det har dog ikke været muligt at finde opgørelser, hvor kun personer over 15 år indgår.

4.3 Forbruget af sundhedsudgifter er associeret med længden af sygedagpengeperioden

Der er på forhånd fremstillet en hypotese om, at forbruget af sundhedsudgifter stiger med længden af sygedagpengeperioden. Figurerne i foregående afsnit indikerede, at denne sammenhæng er til stede, hvilket også illustreres i nedenstående figurer. Figurerne viser sygedagpengemodtagernes gennemsnitlige forbrug i sundhedsvæsenet pr. personår. Nedenstående figurer præsenterer samme tal som ovenstående afsnit, men er opdelt på køn i stedet for alder.

Det er væsentligt at bemærke, at værdierne udtrykker et gennemsnit for alle sygedagpengemodtagere, også dem der ikke har modtaget den pågældende ydelse. For indlæggelser betyder det eksempelvis, at det kun er ca. 1/3 der har været indlagt, og den 2/3, der ikke har været indlagt, vil trække det samlede gennemsnitlige forbrug mod 0.

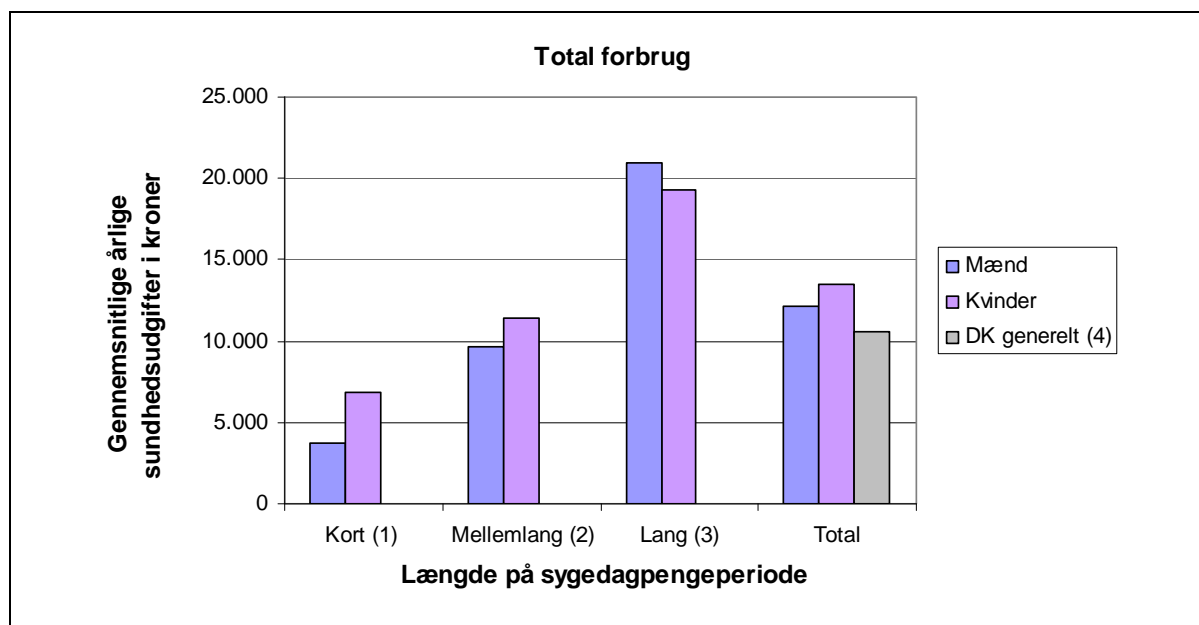
Sammenfattende kan man sige, at de deskriptive figurer tydeliggør, at forbruget i alle typer sundhedsudgifter stiger med længden af sygedagpengeperioden. Forbruget stiger dog mest for indlæggelser og mindst for sygesikringsydelser. Indlæggelser er samtidig den dyreste ydelse. Stigningen i forbruget med længden af sygedagpengeperiode er mest markant for mænd ved alle typer sundhedsudgifter.

Forbrugsmønstrene i forhold til længden af sygedagpengeperioden er i øvrigt forskellig for mænd og kvinder for indlæggelser og receptpligtig medicin.

Figur 4.3.1 viser dog de rå sammenhænge, når der ikke er taget højde for, at andre faktorer kan influere på sammenhængen.

Tallene der ligger til grund for figuren kan ses i bilag 4. Desuden er forbruget for de enkelte typer sundhedsydelser (indlæggelser, ambulant behandling mv.) vist i bilag 4 og viser overordnet den samme tendens som det totale forbrug.

Figur 4.3.1 Sygedagpengemodtageres gennemsnitlige årlige forbrug i kroner i forbindelse med det totale forbrug i sundhedsydelser for indlæggelser, ambulante behandlinger, ydelser i sygesikringsregistret og receptpligtige lægemidler. Figuren inkluderer alle sygedagpengemodtagere (N=640.450) (4).



(1) Sammenlagt 2 uger eller mindre på sygedagpenge i 2007 og 2008.

(2) Sammenlagt over to uger til tre måneder på sygedagpenge i 2007 og 2008.

(3) Sammenlagt over tre måneder på sygedagpenge i 2007 og 2008.

(4) Opgørelsen er fra rapporten "Det danske sundhedsvæsen i nationalt perspektiv" fra juli 2009. Tallene er en opgørelse fra 2007. I rapporten er udgifterne angivet samlet for befolkningen, men til brug i denne rapport er de delt med antal personer i de forskellige aldersgrupper ifølge statistikbanken.dk., og der er udregnet et vægtet gennemsnit. Det skal gøres opmærksom på, at den generelle befolkning også inkluderer yngre personer, der er udenfor arbejdsmarkedet.

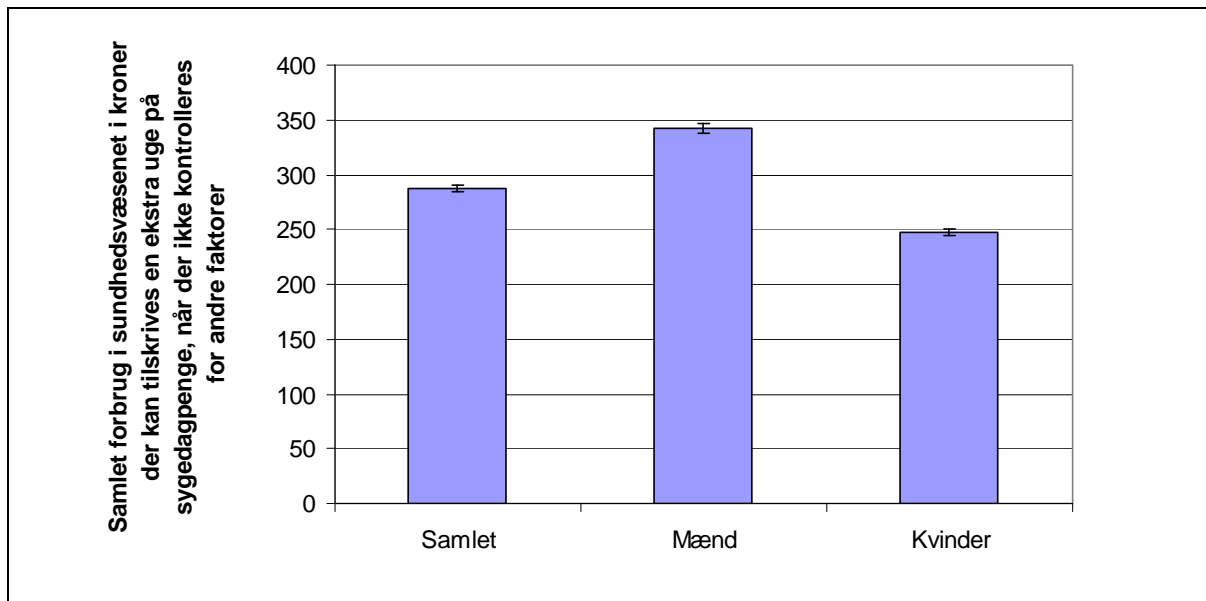
Ovenstående figur viser, at mænd, der er på sygedagpenge i tre måneder eller derover, har et overforbrug i det totale årlige forbrug på 17.211 kroner i forhold til mænd, der er på sygedagpenge i to uger eller derunder. Det svarer til et merforbrug på lidt over 450 %. For kvindernes vedkommende er denne forskel noget mindre, nemlig på 12.453 kr. pr. personår svarende til et merforbrug på lidt under 200 %.

Kvinder, der er på sygedagpenge, har samlet set et lidt højere forbrug i sundhedsvæsenet sammenlignet med mænd, der er på sygedagpenge. Kvinder, der er på sygedagpenge, bruger gennemsnitligt 13.507 kr. årligt i sundhedsvæsenet, mens mænd, der er på sygedagpenge, gennemsnitligt bruger 12.119 kr. Mænd, der er på sygedagpenge i tre måneder eller mere, bruger dog gennemsnitligt flere penge til sundhedsydelser end kvinder med tilsvarende lange sygedagpengeperioder. Mændene med lange sygedagpengeperioder bruger gennemsnitligt 20.938 kr. årligt, mens kvinderne med lange sygedagpengeperioder bruger 19.278 kr. årligt.

Ovenstående figur viser, at der er en positiv sammenhæng mellem sundhedsomkostninger og sygedagpengeperiodens længde. I bilag 4 illustreres det, at tendenserne er de samme for de forskellige typer sundhedsudgifter. Vi har også undersøgt, om denne sammenhæng kan verificeres ud fra statistiske kriterier ved at køre en regressionsmodel, hvor sundhedsomkostninger er den afhængige variabel, og sygedagpengeperiodens længde (i uger) er den potentielle forklarende variabel.

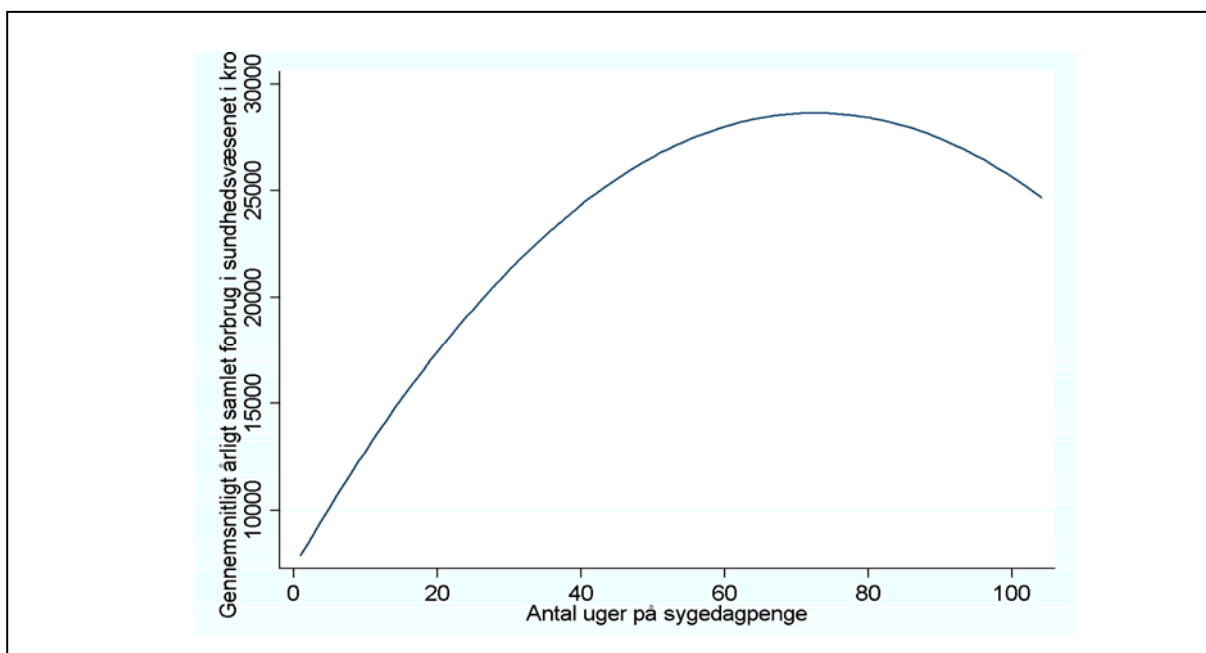
Figur 4.3.2 viser, at i simple analyser (hvor vi ikke kontrollerer for andre forklarende faktorer) er en ekstra uge på sygedagpenge forbundet med 287 kr. i ekstra totale sundhedsomkostninger. For mænd er dette tal 342 kr. og for kvinder er det 248 kr. Figuren viser desuden, at meromkostningen pr. ekstra uge på sygedagpenge er statistisk signifikant på et 95 % konfidensniveau.

Figur 4.3.2 Gennemsnitligt forbrug i samlede omkostninger pr. personår der kan tilskrives en ekstra uge på sygedagpenge, når der ikke kontrolleres for andre betydende faktorer. Opdelt på mænd og kvinder og med et samlet estimat. De lodrette streger i toppen af søjlerne angiver 95 % konfidensintervaller.



Vi har endvidere testet for, om der er et ikke-lineært forhold og har fundet, at dette er tilfældet. Det betyder, at den gennemsnitlige forøgelse af sundhedsudgifter på 287 kr. pr. ekstra uge ikke er et helt præcist udtryk for den egentlige sammenhæng. Derimod er der en større stigning i udgifter for de første uger på sygedagpenge i forhold til ekstra uger for de længere sygedagpengeforløb. Sammenhæng er illustreret i figur 4.3.3.

Figur 4.3.3 Illustration af den tilnærmede sammenhæng mellem det gennemsnitlige årlige forbrug i sundhedsvæsenet og antal uger på sygedagpenge.



Det er forventeligt, at vi finder, at der er en sammenhæng mellem længden på sygedagpengeperioden og udgifterne i sundhedsvæsenet. Det er naturligt, at de, der er mest syge, er dem, der bruger flest sundhedsydelse og samtidig også er dem, der har det største behov for at have perioder væk fra arbejdet. Det er således forventeligt, at den observerede sammenhæng er styret af bagvedliggende årsager, såsom diagnose og muligvis også andre personlige karakteristika såsom alder og tilknytning til arbejdsmarkedet. Det er dog også muligt, at en del af den sammenhæng, vi observerer, er styret af andre forhold. For eksempel kan udbudsforhold gøre sig gældende. Forsinkelse i behandling grundet sen diagnosticering, svær adgang til speciallæger eller ventetid til behandling på sygehuset kunne være drivende årsager til både højere behandlingsomkostninger og længere perioder på sygedagpenge.

Vi har derfor undersøgt, om der rent statistisk kan findes en sammenhæng mellem sundhedsomkostninger og længden af sygedagpengeperioden, når vi har kontrolleret for alle variable, der kan forklare efterspørgslen efter sundhedsydelser og periode på sygedagpenge. Vi er interesserede i at afdække, om der er en variation i sundhedsomkostningerne, der ikke er forklaret ved disse variable, og som muligvis kunne være forklaret ved andre eksterne forhold. Vi finder, at koefficienten for sygedagpengeperiodens længde er positiv og statistisk signifikant, når vi kontrollerer for diagnose og personlige karakteristika. Dog er den lavere, end når vi ikke kontrollerer for disse forhold. Dette indikerer, at noget af sammenhængen kan forklares ved faktorer, der kan siges at styre efterspørgsel (personkarakteristika og diagnose), men at noget af associationen skal forklares ved andre faktorer, end de der styrer efterspørgsel.

Vi har derfor lavet en analyse, hvor vi yderligere kontrollerer for geografisk tilhørsforhold og finder, at geografisk tilhørsforhold har meget begrænset forklaringskraft. Dette betyder, at det tilsyneladende kun i meget begrænset omfang er geografiske forhold, der styrer sundhedsomkostningerne i relation til sygedagpengemodtagerne, når der er taget højde for diagnose og andre faktorer, der kan have indflydelse for behovet for sundhedsydelser. Vi undersøger dette forhold mere detaljeret i afsnit 4.6.

Når vi kontrollerer for alle tilgængelige sociodemografiske forklaringsfaktorer (faktorer der bestemmer efterspørgsel) og geografisk tilhørssted (som indikator for udbudsforhold) – er der stadig en del af sundhedsomkostningerne, der er associeret med længden af perioden på sygedagpenge, som står uforklaret, og denne resterende variation i sundhedsomkostninger og sygedagpenge har en statistisk signifikant sammenhæng.

I kapitel 4.8 analyserer vi, om en bagvedliggende forklarende variabel kan være timing af sundhedsomkostningerne inden for sygedagpengeperioden.

Når vi ser mere detaljeret på sammenhængen mellem forbruget og længden af sygedagpengeperioden (efter kontrol for faktorer der styrer efterspørgsel og udbud), finder vi, at der er en sammenhæng mellem længden af sygedagpengeperioden og udgifter til indlæggelser, ambulante behandlinger, receptpligtige lægemidler og sygesikringsydelser.

4.3.1 Sammenfatning af sammenhængen mellem længden af sygedagpengeperioden og forbruget i sundhedsvæsenet

De deskriptive figurer viste klare tendenser til, at forbruget af sundhedsydelser er højere, når sygedagpengeperioderne er længere. Denne tendens gør sig gældende for alle typer sundhedsudgifter. Det er dog en meget forventelig sammenhæng, da personer med længere sygedagpengeperioder må forventes at være mere syge end personer med kortere sygedagpengeperioder, og derfor må forventes at have større behov for behandling i sundhedsvæsenet. Sammenhængen er noget mere udtalt for mænd i forhold til kvinder, og således er et længere sygedagpengeforløb for mænd forbundet med en større stigning i sundhedsudgifter i forhold til kvinder.

Også når vi analyserer denne sammenhæng ved brug af statistiske modeller, hvor vi kontrollerer for andre betydende faktorer, som både styrer efterspørgsel (sociodemografi) og udbud (geografi), stiger omkostningerne med længden af sygedagpengeperioden. Det gælder for alle typer sundhedsydelser, både i forhold til indlæggelser, ambulant behandling, køb af receptpligtige lægemidler og sygesikringsydelser.

Hypotesen om, at forbruget i sundhedsvæsenet er associeret med længden af sygedagpengeperioden, finder således støtte i vores resultater. Vores resultater indikerer samtidig, at der sandsynligvis er forklarende faktorer, andre end dem vi har kontrolleret for, der skaber sammenhængen mellem sygedagpengeperiodens længde og forbruget af sundhedsydelser.

4.4 Længden af sygedagpengeperioden og forbruget i sundhedsvæsenet er afhængig af årsagen til sygemeldingen

En hypotese er desuden, at længden af sygedagpengeperioden og forbruget i sundhedsvæsenet er afhængig af, hvilken årsag der er til sygemeldingen. I denne rapport kan vi undersøge denne hypotese ved at se på sammenhængen af sygedagpengeperiodens længde og de diagnoser, sygedagpengemodtagerne har ved indlæggelse. Diagnoserne er som beskrevet tidligere et udtryk for den aktionsdiagnose, sygedagpengemodtageren fik i forbindelse med indlæggelse.

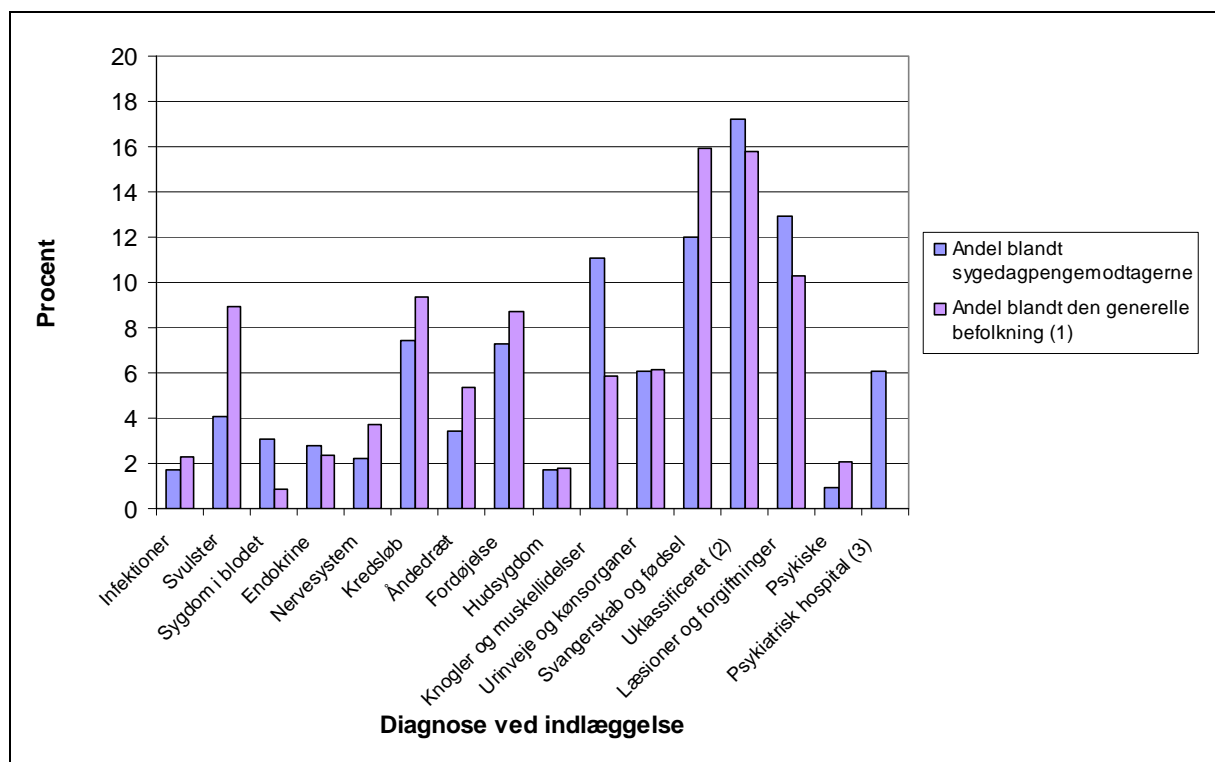
I alt 198.688 af de personer, der har modtaget sygedagpenge i 2007 eller 2008, har været indlagt i samme periode. Det svarer til ca. 1/3 af alle sygedagpengemodtagerne. Resultaterne i dette afsnit vedrører derfor kun den tredjedel, der har været indlagt. Det er derfor vigtigt at understrege, at resultaterne ikke kan generaliseres til samtlige sygedagpengemodtagere. Det vil f.eks. betyde, at psykiske lidelser, som ikke medfører indlæggelse, ikke er inkluderet i analyserne. Årsagen til, at der kun tages udgangspunkt i indlæggelser, er, at diagnosekategorierne er genereret ud fra DRG koderne, som kun gives ved indlæggelser.

Hvis samme sygedagpengemodtager har været indlagt flere gange med forskellige diagnoser, vil den dyreste diagnose fremgå i nedenstående figurer. Dette valg skyldes alene, at hver sygedagpengemodtager kun kan indgå én gang i datamaterialet, og derfor kan de kun have én diagnose tilknyttet. Dermed vil de dyrere diagnoser være overrepræsenterede.

Det er relevant at undersøge, hvordan fordelingen af diagnoser ser ud blandt sygedagpengemodtagere i forhold til den generelle befolkning, for at undersøge om nogle diagnoser er særligt hyppige blandt sygedagpengemodtagere. Nedenstående figur viser fordelingen af diagnoser ved indlæggelser for sygedagpengemodtagere og den generelle befolkning.

Tallene der ligger til grund for figurerne i dette afsnit kan ses i bilag 5.

Figur 4.4.1 Andelen af hhv. sygedagpengemodtagere der har været indlagt, og den generelle befolkning der har været indlagt i forhold til de forskellige diagnoser. N (Sygedagpengemodtagere der har været indlagt) = 198.688.



Andelen summerer til 100 % for hhv. sygedagpengemodtagere og den generelle befolkning.

(1) Oplysninger fra statistikbanken.dk. Aldersinterval fra 15-65 år.

(2) De uklassificerede lidelser dækker over bl.a. abnorme fund i forbindelse med forskellige sygdomskategorier.

(3) Ikke vist på statistikbanken.dk. Tæller ikke med til de 100 % for sygedagpengemodtagere, hvorfor de øvrige diagnoser bliver sammenlignelige med den danske befolkning generelt.

Ovenstående figur viser, at særligt knogle- og muskellidelser er langt mere hyppig blandt sygedagpengemodtagere, der har været indlagt i forhold til den generelle befolkning, der har været indlagt. Sygedagpengemodtagere er sjældnere indlagt i forbindelse med svangerskab og fødsel i forhold til den generelle befolkning. Indlæggelse i forbindelse med svulster er også mere hyppig blandt den generelle befolkning i forhold til blandt sygedagpengemodtagere.

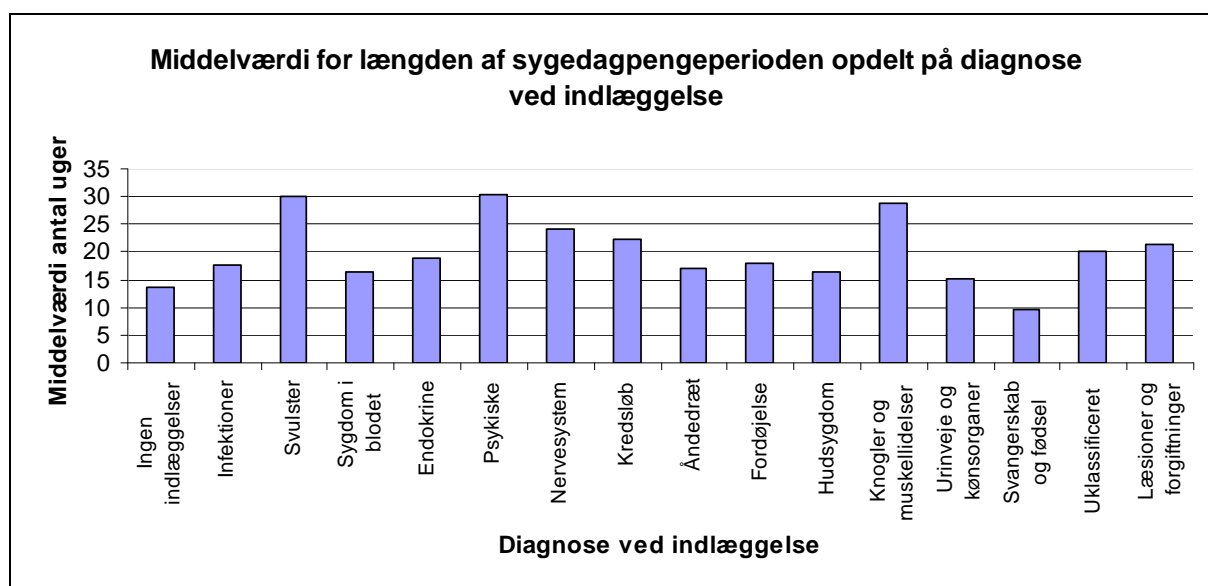
Tallene viser desuden, at sygedagpengemodtagere med psykiske lidelser (samlet for somatiske og psykiatriske hospitaler) udgør 7,0 % af alle sygedagpengemodtagere, der har været indlagt. Figuren viser også, at andelen, der har været indlagt på et somatisk sygehus med en psykiatrisk diagnose, er mindre for sygedagpengemodtagere sammenlignet med den generelle befolkning².

4.4.1 Sammenhæng mellem længden af sygedagpengeperioden og diagnosen ved indlæggelse

Nedenstående figur viser på et deskriptivt niveau, at længden af sygedagpengeperioden varierer med de forskellige diagnoser ved indlæggelse.

² Det er undersøgt i Danmarks Statistik, at deres opgørelse kun indeholder indlæggelser på somatiske sygehuse, og derfor er tallene direkte sammenlignelige.

Figur 4.4.2 Gennemsnitlig længde af sygedagpengeperioden opdelt på diagnose ved indlæggelse. *N* = 198.688.

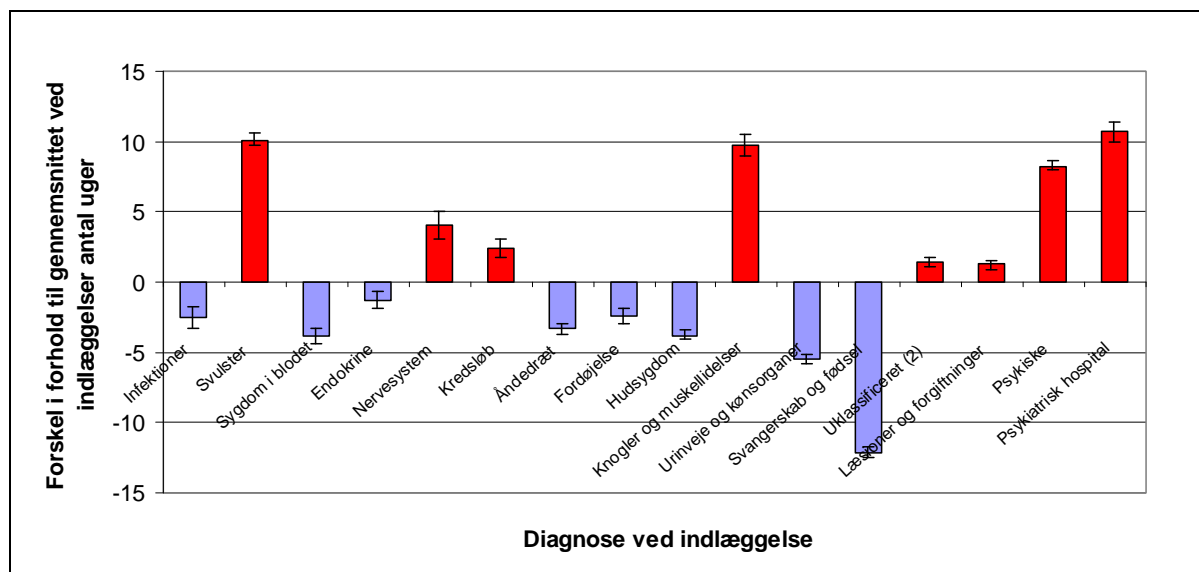


Ovenstående figur viser, at sygedagpengemodtagere, der har været indlagt med diagnoserne svulster, psykiske lidelser (både på somatisk og psykiatrisk hospital) og sygdomme i knogler og muskler, har lange sygedagpengeforløb. Sygdomme i knogler og muskler var samtidig langt mere hyppig blandt sygedagpengemodtagere end blandt den generelle befolkning. Sygedagpengemodtagere, der har været indlagt i forbindelse med svangerskab og fødsler, har gennemsnitligt korte sygedagpengeforløb, så selvom de udgør en stor procentdel af indlæggelserne (12 % som vist i figur 4.4.1), har de korte sygedagpengeforløb.

Nedenstående figur viser længden af sygedagpengeperioden udtrykt som en forskel til gennemsnittet for forskellige diagnoser ved indlæggelse. Denne figur illustrerer, hvilke diagnoser der "koster" de længste sygedagpengeperioder³.

³ I modellen er der ikke kontrolleret for andre faktorer, da diagnoserne også er korreleret med sociodemografiske faktorer, og hvis vi kontrollerer for disse, underestimerer vi effekten af diagnosen.

Figur 4.4.3 Antal ekstra uger på sygedagpenge i forhold til gennemsnittet for indlagte sygedagpengemodtagere i forhold til de forskellige diagnoser. Røde (positive) søjler = Højere omkostninger end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere der har været indlagt. Blå (negative) søjler = Lavere omkostninger end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere der har været indlagt. N (sygedagpengemodtagere der har været indlagt) = 198.688.



De lodrette streger i enderne af søjlerne angiver 95 % konfidensintervaller. Da ingen konfidensintervaller krydser 0, er alle diagnoserne statistisk signifikant forskellige fra gennemsnittet.

Ovenstående figur viser, at diagnoserne svulster, psykiske lidelser både på somatisk og psykiatrisk hospital samt knogle- og muskellidelser er forbundet med meget længere sygedagpengeperioder end gennemsnittet af sygedagpengemodtagere, der har været indlagt⁴.

De lodrette streger i enden af søjlerne angiver 95 % konfidensintervaller. Hvis linjerne havde krydset 0-punktet, ville det betyde, at længden af sygedagpengeperioden for den pågældende diagnose ikke afveg statistisk signifikant fra gennemsnittet blandt sygedagpengemodtagere, der har været indlagt. Figuren viser derfor, at alle diagnoserne afviger statistisk signifikant fra gennemsnittet.

Sygedagpengemodtagere, der har været indlagt på psykiatrisk hospital, har således gennemsnitligt en sygedagpengeperiode, der er næsten 11 uger længere end gennemsnittet for alle andre sygedagpengemodtagere, der har været indlagt. At sygedagpengemodtagere med en psykisk lidelse har lange sygedagpengeperioder stemmer fint overens med en rapport fra det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, der sammenligner mediantider for sygefravær i USA og Sverige. De finder for en af underdiagnoserne for psykiske lidelser, at median tiden for sygedagpengeperioden for sygedagpengemodtagere med denne diagnose er ca. 26 uger i Sverige. Til sammenligning finder vi, at gennemsnittet i antal uger for psykiske indlæggelser på somatisk sygehus er lidt over 30 uger (se figur 4.4.2)⁵. Det viser, at det danske niveau for længden af sygedagpengeperioden er på niveau med det svenske for sygedagpengemodtagere med psykiske diagnoser.

Sygedagpengemodtagere, der har været indlagt i forbindelse med svangerskab og fødsler, har til gengæld nogle meget korte sygedagpengeperioder. Deres sygedagpengeperiode er gennemsnitligt 12 uger kortere end gennemsnittet for alle andre sygedagpengemodtagere, der har været indlagt.

⁴ Forskellene er undersøgt i en lineær regressionsmodel med antal uger på sygedagpenge som afhængig variabel og de enkelte diagnoser som uafhængig variabel i modellen én ad gangen.

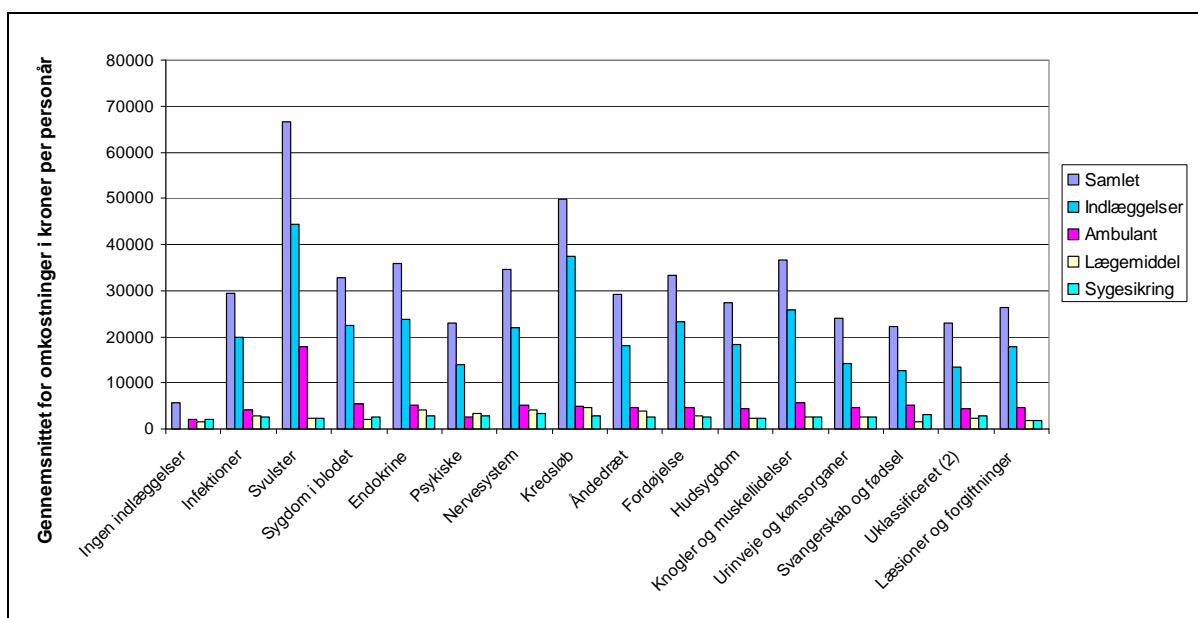
⁵ Vores tal er en smule overestimerede, fordi vi har sygedagpengeperioden opgivet på uge niveau og ikke dags niveau. Se afsnit 3.

4.4.2 Sammenhæng mellem forbruget i sundhedsvæsenet og diagnosen ved indlæggelse

En anden hypotese er, at forbruget af sundhedsudgifter er afhængig af, hvilken diagnose der er den dominerende hos sygedagpengemodtageren. Vi fokuserer stadig alene på sygedagpengemodtagere, der i perioden har været indlagt på sygehuset mindst én gang i observationsperioden og definerer diagnose ud fra den dyreste (mest ressourcetunge) diagnose, personen er blevet indlagt med.

Nedenstående figur viser de gennemsnitlige omkostninger i sundhedsvæsenet pr. personår opdelt på de forskellige diagnoser og typer udgifter for sygedagpengemodtagere, der har været indlagt i perioden 2007-2008. Det er altså ikke kun udgifter i forbindelse med indlæggelsen, der vises. I nedenstående figur er de personer, der ikke har været indlagt, inkluderet til sammenligning. Den første kategori (ingen indlæggelser) indeholder dermed den ca. 2/3 sygedagpengemodtagere der ikke har været indlagt i 2007 og 2008.

Figur 4.4.4 Gennemsnittet for omkostninger pr. personår i sundhedsvæsenet for de forskellige diagnoser ved indlæggelse. Det er de samlede årlige omkostninger, der vises, og ikke kun omkostningerne i forbindelse med indlæggelsen. For de sygedagpengemodtagere, der har været indlagt mere end én gang, vises den dyreste diagnose. N = 640.540.

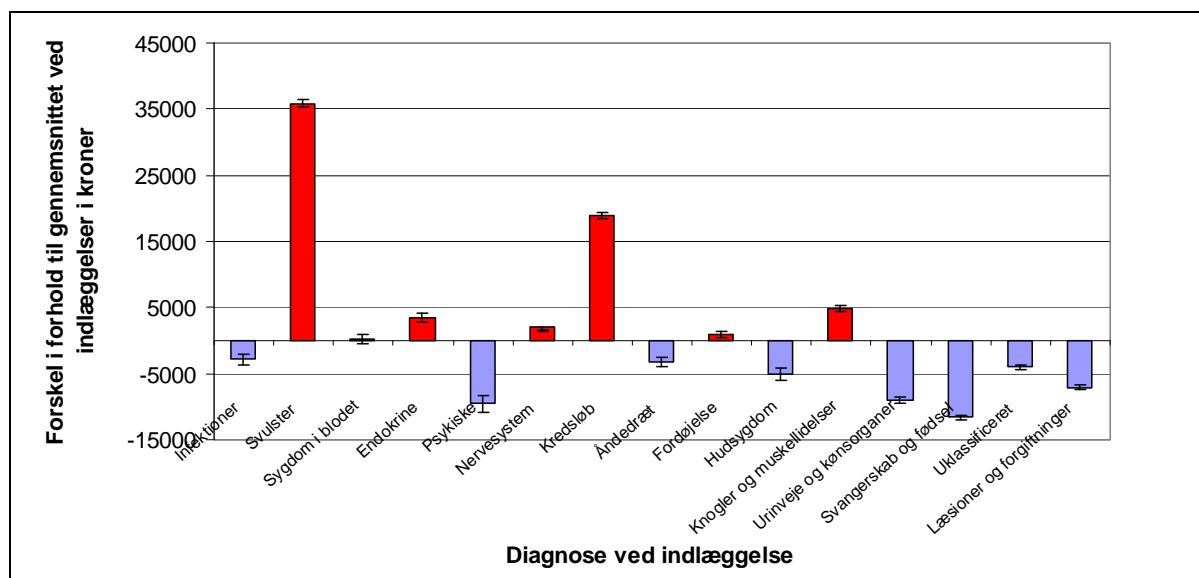


Ovenstående figur viser, at sygedagpengemodtagere indlagt med svulster har langt det største forbrug i sundhedsvæsenet. Til sammenligning vises de totale omkostninger for sygedagpengemodtagere, der ikke har været indlagt, længst til højre. Gennemsnittet for det samlede forbrug er 5.646 kr. pr. personår for sygedagpengemodtagere, der ikke har været indlagt. For sygedagpengemodtagere, der har været indlagt, er gennemsnittet pr. personår på 31.121 kr. Det svarer til et merforbrug til sundhedsydelser på gennemsnitligt ca. 450 %, hvis en sygedagpengemodtager har været indlagt i forhold til, hvis han ikke har været indlagt. Sygedagpengemodtagere, der har været indlagt med aktionsdiagnosen svulst, har derved et merforbrug på gennemsnitligt 35.552 kr. i forhold til andre sygedagpengemodtagere, der har været indlagt, hvilket svarer til lidt over 100 % mere. I forhold til sygedagpengemodtagere der ikke har været indlagt, har personer indlagt for svulster et merforbrug på lidt over 1000 %.

Indlæggelser for psykiske lidelser på somatisk hospital er den billigste diagnose med et totalt forbrug i sundhedsvæsenet på 15.210 kr. pr. personår. Det vil sige, at selvom sygedagpengemodtagere med psykiske lidelser, der har været indlagt på et somatisk sygehus, har et langt sygedagpengeforløb, har

de ikke et særligt stort forbrug i sundhedsvæsenet. Vi har desværre ikke opgørelse over omkostningerne i forbindelse med indlæggelser på psykiatriske hospitaler, så det er kun sygedagpengemodtagere, der har været indlagt med en psykiatrisk diagnose på et somatisk sygehus, der indgår i omkostningsanalyserne.

Figur 4.4.5 Årlige udgifter der kan tilskrives de forskellige sygdomstyper. Røde (positive) søjler = Højere omkostninger end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere der har været indlagt. Blå (negative) søjler = Lavere omkostninger end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere der har været indlagt.



Ovenstående figur viser, at en sygedagpengemodtager, der har været indlagt med en svulst, vil i gennemsnit koste ca. 36.000 kr. mere pr. år i sundhedsvæsenet end den gennemsnitlige sygedagpengemodtager, der har været indlagt med en anden diagnose end svulster⁶. Da mange sociodemografiske faktorer er betydende for forekomsten af de forskellige diagnoser, vil det fjerne noget af den reelle sammenhæng mellem diagnose og sundhedsudgifter at kontrollere for disse faktorer. Der er i denne analyse derfor ikke kontrolleret for andre faktorer.

De lodrette linjer i enden af søjlerne viser 95 % konfidensintervallerne. Derved kan man se, at sygedagpengemodtagere, der har været indlagt med sygdomme i blodet, koster det samme som gennemsnittet af sygedagpengemodtagere, der har været indlagt med en hvilken som helst anden diagnose.

Sygedagpengemodtagere indlagt med diagnoserne svulster, endokrine sygdomme, kredsløb og knogle- og muskellidelser har et højere forbrug i sundhedsvæsenet sammenlignet med den gennemsnitlige sygedagpengemodtager, der har været indlagt. Kun forbruget blandt sygedagpengemodtagere med sygdomme i blodet er ikke statistisk signifikant afvigende fra gennemsnittet blandt indlagte sygedagpengemodtagere.

Det er dog værd at bemærke, at uanset hvilken sygdom man har været indlagt med, er forbruget blandt den 1/3, der har været indlagt, meget højere end blandt de sygedagpengemodtagere, der ikke har været indlagt (se figur 4.4.4).

⁶ Forskellene er undersøgt i en lineær regressionsmodel med årligt forbrug som afhængig variabel og de enkelte diagnoser som uafhængig variabel i modellen én ad gangen.

4.4.3 Opsummering af sammenhængen mellem årsag til sygedagpengemodtagelsen og længden af sygedagpengeperioden samt sundhedsudgifterne

Vi har i dette afsnit vist, at både længden af sygedagpengeperioden og omkostningerne i sundhedsvæsenet afhænger af, hvilken diagnose sygedagpengemodtageren har været indlagt med.

Flere sygedagpengemodtagere, end man kunne forvente i forhold til den generelle befolkning, har været indlagt med knogle- og muskellidelser. Til gengæld er der færre end forventet i forhold til den generelle befolkning, der er på sygedagpenge grundet svangerskab og svulster.

Indlæggelse med svulster, psykiske lidelser samt knogle- og muskellidelser er forbundet med særligt lange sygedagpengeforløb i forhold til at være indlagt med en anden diagnose, når man er på sygedagpenge. En sygedagpengeperiode for en person, der har været indlagt med svulster, er således ca. 11 uger længere end gennemsnittet for de øvrige sygedagpengemodtagere, der har været indlagt. Sygedagpengemodtagere, der har været indlagt i forbindelse med svangerskab/fødsler, har de suverænt korteste sygedagpengeforløb, der er ca. 12 uger kortere end gennemsnittet for andre indlagte sygedagpengemodtagere.

I forhold til forbruget i sundhedsvæsenet, ses der også en sammenhæng med, hvilken diagnose sygedagpengemodtageren har været indlagt med. Sygedagpengemodtagere, der har været indlagt med svulster, har klart det største forbrug i sundhedsvæsenet. De forbruger gennemsnitligt for 35.000 kr. mere i sundhedsvæsenet årligt i forhold til sygedagpengemodtagere, der har været indlagt med andre diagnoser. Sygedagpengemodtagere, der har været indlagt med sygdomme relateret til kredsløbet, har et årligt gennemsnitligt forbrug pr. personår på ca. 18.000 kr. mere i forhold til gennemsnittet for sygedagpengemodtagere, der har været indlagt. Sygedagpengemodtagere, der har været indlagt i forbindelse med svangerskab og fødsler, har et mindre forbrug i sundhedsvæsenet på hhv. ca. 18.000 og 12.000 kr. pr. personår i forhold til sygedagpengemodtagere, der har været indlagt med andre diagnoser.

Således er svulster forbundet med både længere sygedagpengeforløb og flere udgifter i sundhedsvæsenet, hvilket indikerer, at det er en alvorlig og ofte længerevarende sygdom. I analyserne har vi ikke kontrolleret for andre potentielle forklarende faktorer, da mange sociodemografiske faktorer er relateret til udviklingen af de forskellige sygdomme. Derfor ville vi ved kontrol for disse faktorer fjerne noget af den reelle sammenhæng, som vi var interesseret i at undersøge. Det kan selvfølgelig diskuteres, om der var andre relevante, men ikke tilgængelige faktorer, som kan forklare sammenhængen.

4.5 Længden af sygedagpengeperioden og forbruget i sundhedsvæsenet er afhængig af sociodemografiske faktorer

En hypotese er, at forbruget af sundhedsydelse er afhængig af sociodemografiske faktorer, og at det samme kunne gøre sig gældende for længden af sygedagpengeperioden. For at undersøge denne problemstilling fremstiller vi først deskriptivt sammenhængen mellem de sociodemografiske oplysninger og forbruget af sundhedsydelse. Dernæst ser vi på forholdet mellem længden af sygedagpengeperioden og sociodemografi.

Sociodemografiske faktorer, som forventes at være associeret med forbruget af sundhedsydelse, er køn, alder, civilstand, tilknytningen til arbejdsmarkedet og uddannelse. Der kan være andre faktorer, der også er associeret med forbruget af sundhedsanalyser, men som vi ikke har oplysninger om, hvorfor denne analyse ikke er udtømmende.

I de deskriptive fremstillinger vises gennemsnittet og median for sygedagpengelængden og for det samlede forbrug i sundhedsvæsenet. Medianerne er generelt lavere end gennemsnittene, hvilket be-

tyder, at færre end halvdelen har et forbrug, der er højere end gennemsnittet, men deres forbrug er så meget højere, at det trækker gennemsnittet op. Denne højreskævhed betyder, at over halvdelen af personerne vil have værdier, der ligger under gennemsnittet. Medianerne er ikke vist for de forskellige typer sundhedsydelser. Årsagen til dette er, at f.eks. for indlæggelser vil medianen være 0 i alle kategorier, fordi 2/3 af sygedagpengemodtagerne slet ikke har været indlagt, og derfor har et forbrug i forbindelse med indlæggelser på 0.

I de deskriptive fremstillinger er det vigtigt at bemærke, at fordi der ikke er kontrolleret for andre eventuelle betydende faktorer, kan den viste sammenhæng muligvis skyldes andre faktorer, end den vi undersøger for. Et eksempel er, at hvis der er en reel sammenhæng mellem længden af sygedagpengeperioden eller forbruget og alder, vil denne alderseffekt kunne indvirke på sammenhængen mellem andre sociodemografiske faktorer og sygedagpengeperiodens længde eller forbruget i sundhedsvæsenet. Eksempelvis kunne det betyde, at vi i de deskriptive figurer kunne se, at det at være gift var associeret med længden af sygedagpengeperioden. Denne sammenhæng kunne dog skyldes, at personer, der er gift, også oftere er ældre. Denne *korrelation* er gældende for flere af de demografiske variable, hvorfor de tabeller, hvor der ikke er kontrolleret for øvrige faktorer, skal tolkes med forsigtighed. De deskriptive analyser viser således de givne forhold, men tallene bør ikke fortolkes som udtryk for en kausal sammenhæng. De givne forhold kan dog være interessante i sig selv i en forståelse af sygedagpengemodtagernes forbrug af sundhedsydelser.

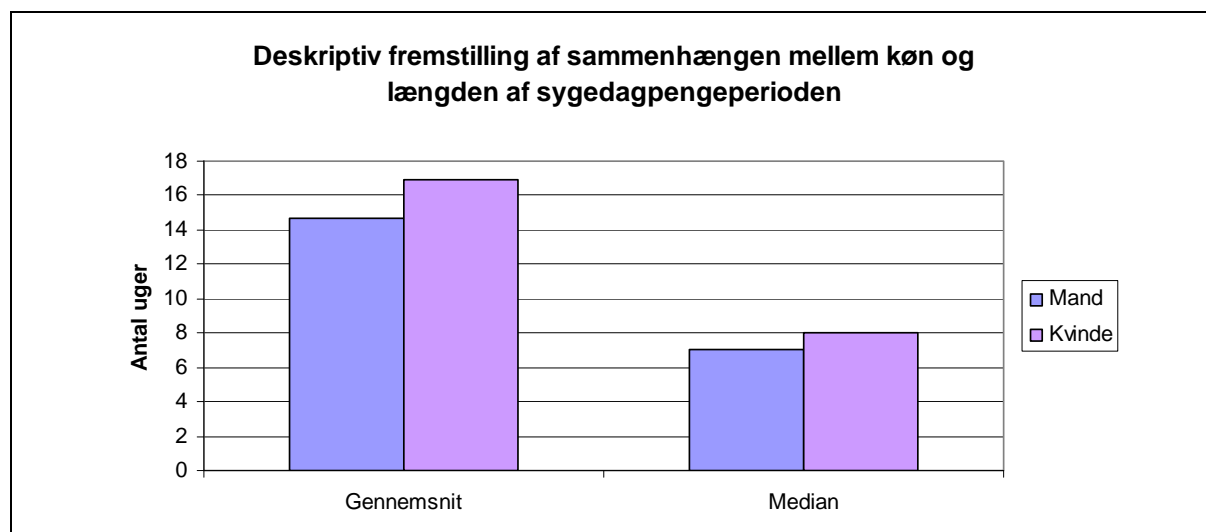
Tallene der ligger til grund for figurerne i dette afsnit ses i bilag 6.

4.5.1 Sammenhængen mellem længden af sygedagpengeperioden og sociodemografiske faktorer

I en afdækning af om der er sammenhæng mellem længden af sygedagpengeperioden og sociodemografiske faktorer, har vi først undersøgt problemstillingen på et deskriptivt og siden på et analytisk niveau. Nedenstående figurer støtter hypotesen og længden af sygedagpengeperioden varierer med mange af de sociodemografiske faktorer.

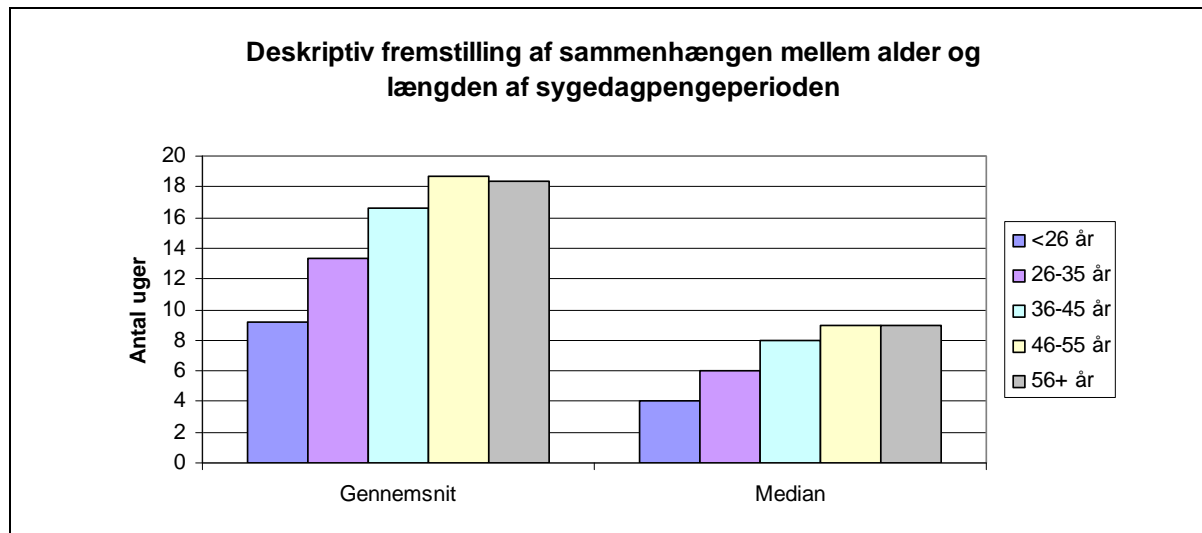
Nedenstående deskriptive figurer viser, at sygedagpengeforløbet gennemsnitligt er længere for kvinder end for mænd, når der ikke kontrolleres for andre faktorer. Kvinder har gennemsnitlig været på sygedagpengeperiode i næsten 17 uger over den toårige periode, mens mænd gennemsnitligt har været på sygedagpenge i næsten 15 uger i den toårige periode. I afsnit 4.1 så vi desuden, at kvinder er overrepræsenteret blandt sygedagpengemodtagere i forhold til den generelle befolkning.

Figur 4.5.1 Median og gennemsnit for antal uger på sygedagpenge opdelt på hhv. køn.



Nedenstående figurer viser, at længden af sygedagpengeperioden stiger med alderen, når der ikke tages hensyn til andre personkarakteristika. Sygedagpengemodtagere på nul år har gennemsnitligt en sygedagpengeperiode på over 18 uger, mens de unge under 26 år gennemsnitligt har en sygedagpengeperiode på ca. ni uger.

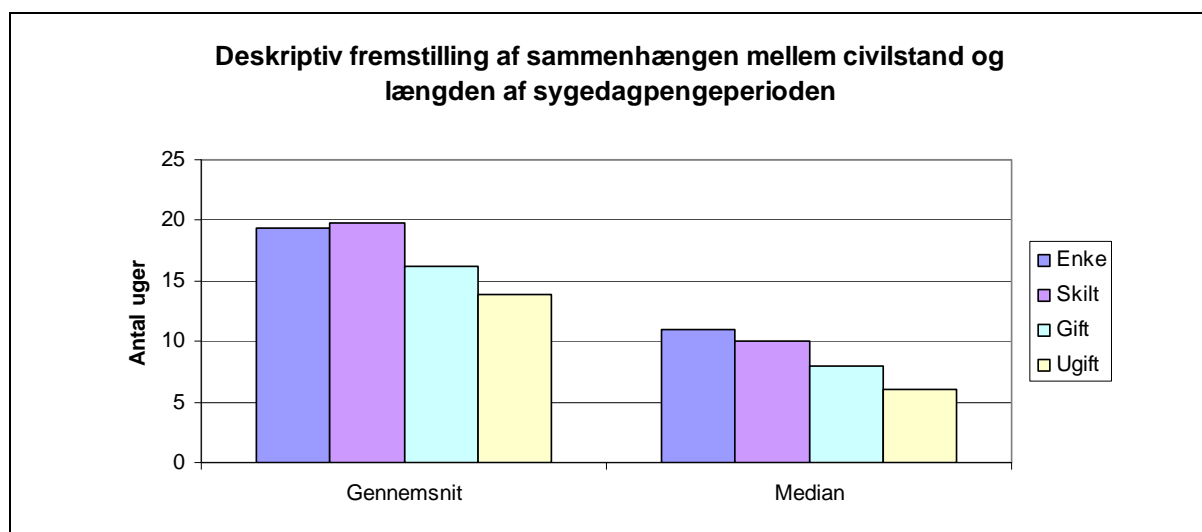
Figur 4.5.2 Median og gennemsnit for antal uger på sygedagpenge opdelt på alderskategorier.



Nedenstående figurer illustrerer, at længden af sygedagpengeperioden varierer med civilstand, når der ikke kontrolleres for andre faktorer. En del af denne variation skyldes formentlig, at civilstand også er associeret med alder, og når længde på sygedagpenge og forbrug varierer med alderen, betyder det, at længden af sygedagpengeforløbet også varierer med civilstanden.

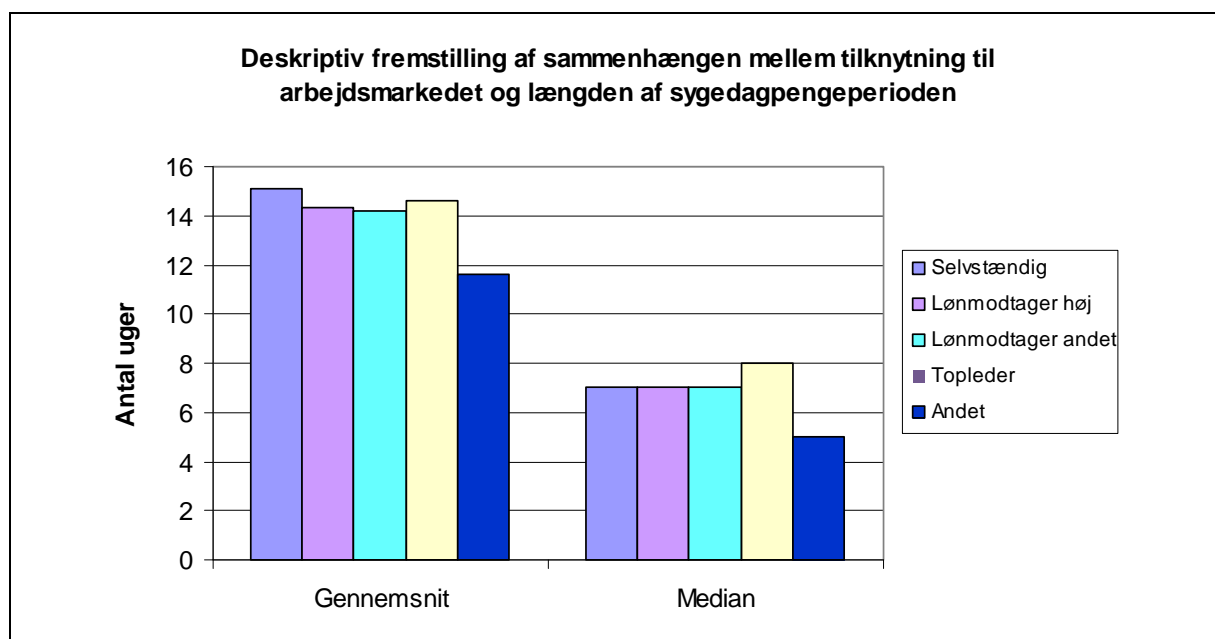
Vi kan således konstatere, at længden af sygedagpengeperioden er højere for sygedagpengemodtagere, der enten er enke eller er skilt i forhold til de sygedagpengemodtagere, der er gift eller ugift, men vi kan ikke sige om denne sammenhæng skyldes andre faktorer.

Figur 4.5.3 Median og gennemsnit for antal uger på sygedagpenge opdelt på civilstand.



Nedenstående figurer viser, at der ikke er nævneværdig forskel på antallet af uger, som sygedagpengemodtagerne har været på sygedagpenge i 2007 og 2008 i forhold til tilknytningen til arbejdsmarkedet.

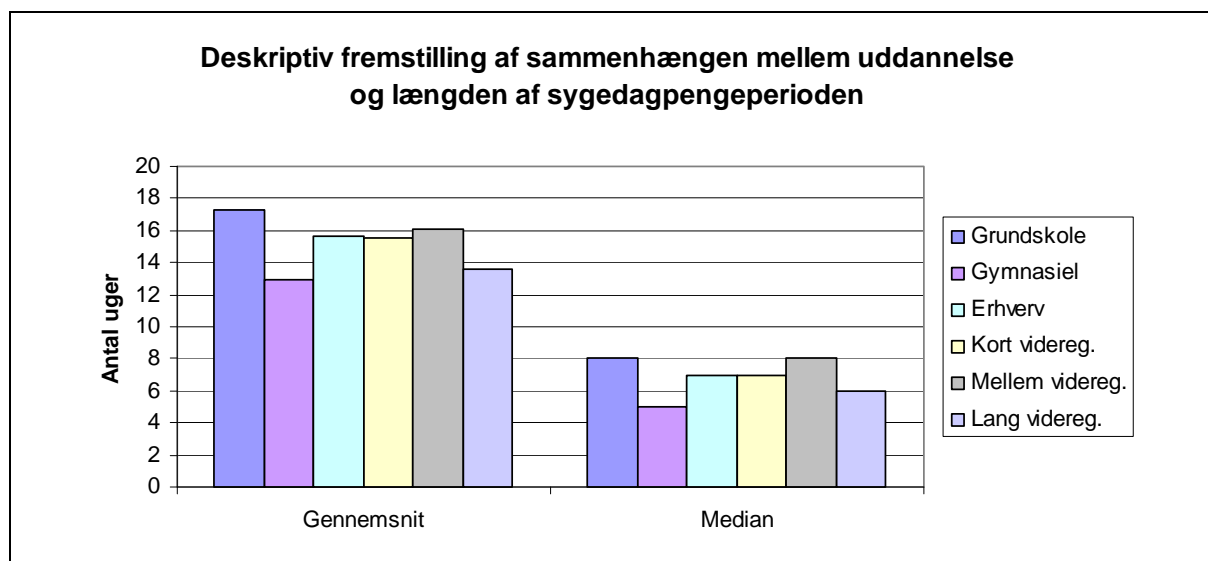
Figur 4.5.4 Median og gennemsnit for antal uger på sygedagpenge opdelt på tilknytning til arbejdsmarkedet.



Nedenstående figurer viser en tendens til, at antal uger på sygedagpenge i 2007 og 2008 hænger sammen med uddannelsesniveaueu, når der ikke tages højde for andre faktorer.

Nedenstående figur viser en tendens til, at sygedagpengemodtagere, der enten har en gymnasial eller lang videregående uddannelse, er dem, der har færrest uger på sygedagpenge. Sygedagpengemodtagere med en gymnasial uddannelse som den højest fuldførte har gennemsnitligt været på sygedagpenge i næsten 13 uger i 2007 og 2008. Sygedagpengemodtagere, der har grundskole som højest gennemførte uddannelse, er dem, der gennemsnitligt har været flest uger på sygedagpenge, nemlig i alt ca. 17 uger. Denne variation kan ligeledes skyldes andre faktorer, eksempelvis er andelen, der har taget en højere uddannelse end grundskolen, steget, hvorfor de, der har grundskole som højest gennemførte uddannelse, er ældre.

Figur 4.5.5 Median og gennemsnit for antal uger på sygedagpenge opdelt på højest gennemførte uddannelse.



Ovenstående beskrivende analyser viser, at længden af sygedagpengeperioden er associeret med en række sociale og demografiske karakteristika ved sygedagpengemodtageren. Eneste faktor, der tilsyneladende ikke hang sammen med længden af sygedagpengeperioden, var tilknytning til arbejdsmarkedet. Som beskrevet i indledningen til dette kapitel, kan dette billede af en sammenhæng ikke tolkes som en årsagssammenhæng, men udelukkende som sammenhænge der eksisterer, men som kan skyldes øvrige faktorer.

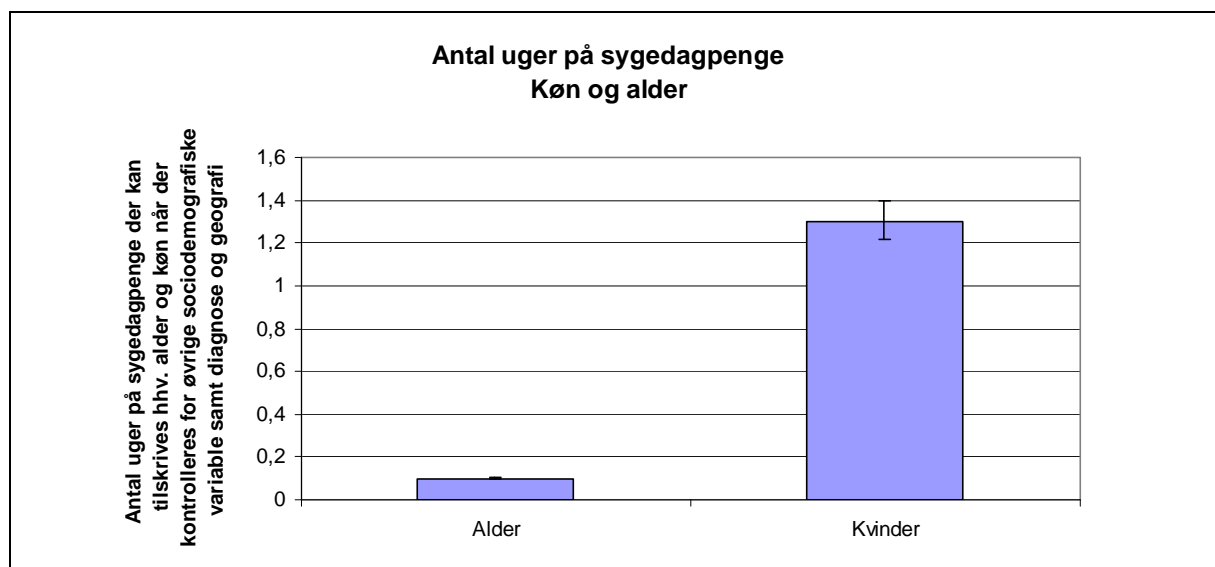
For det første er der ikke kontrolleret for diagnose. Således vil nogle af de underliggende sammenhænge mellem sociodemografi og længde af sygedagpengeperioden ikke kunne forklares ved en årsagssammenhæng. Snarere er der tale om, at personer med visse karakteristika lider af visse sygdomme, som så skaber et behov for sygedagpengeperioden. Endvidere vil der være nogle sociodemografiske faktorer der samvarierer.

For i højere grad at kunne afdække de egentlig sammenhænge mellem længden af sygedagpengeforløbet og de enkelte sociodemografiske variable, har vi gennemført en multivariat regressionsanalyse, hvor den afhængige variabel er sygedagpengeperiodens længde i uger. Som forklarende variable har vi samtlige sociodemografiske variable foruden geografisk tilhørsforhold (region) og diagnose⁷. På denne måde forsøger vi at isolere årsagssammenhængen mellem de enkelte sociodemografiske faktorer og vores afhængige variable ved at holde de andre faktorer konstante. I den udstrækning at der er en høj grad af korrelation mellem nogle af disse variable, er en entydig effekt af de enkelte sociodemografiske variable vanskeliggjort. Vi testede derfor for korrelationen mellem de enkelte variable og har fundet, at kun mellem variabelen alder og civilstand er Pearssons korrelationskoefficient højere end 0,3. Da vi mener, at alder er en primær årsag til behov for sundhedsydelse og sygedagpengeforløb, har vi valgt at fokusere på denne, hvorfor vi udelader civilstand. For de resterende variable vurderer vi, at koefficienten kan fortolkes som den enkelte variables selvstændige bidrag til hhv. sundhedskostninger og sygedagpengeperiode alt andet lige (dvs. når alle andre variable holdes konstante).

Nedenstående figurer udtrykker resultaterne af disse analyser. Resultaterne kan tolkes som det antal uger, sygedagpengeperioden er enten kortere eller længere for personer med det pågældende karakteristikum, når alle andre faktorer er sammenlignelige.

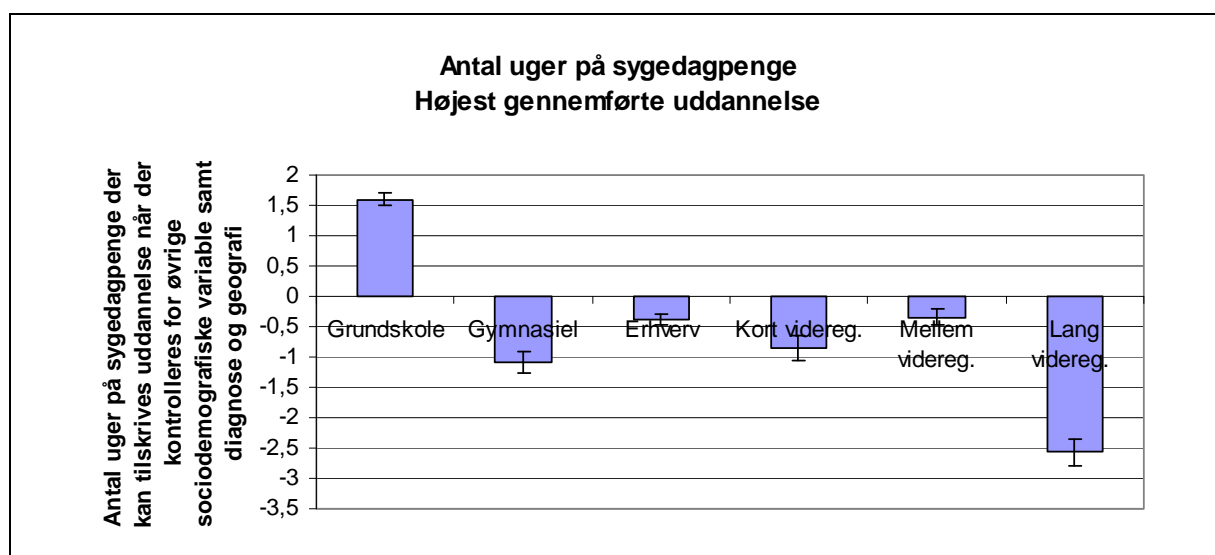
⁷ Af tekniske årsager er der reelt lavet flere multivariate regressionsanalyser, hvor vi har isoleret effekten af de enkelte kategorier i hver forklarende faktor ved at udelukke dem enkeltvis. Dette betyder, at fortolkningen af forklarings effekten af den enkelte kategori kan sammenholdes med gennemsnittet.

Figur 4.5.6 Antal uger på sygedagpenge der kan tilskrives henholdsvis, at sygedagpengemodtageren er et år ældre, og at det er en kvinde i stedet for en mand, når der er kontrolleret for sociodemografiske variable samt diagnose og geografi. N = 640.450.



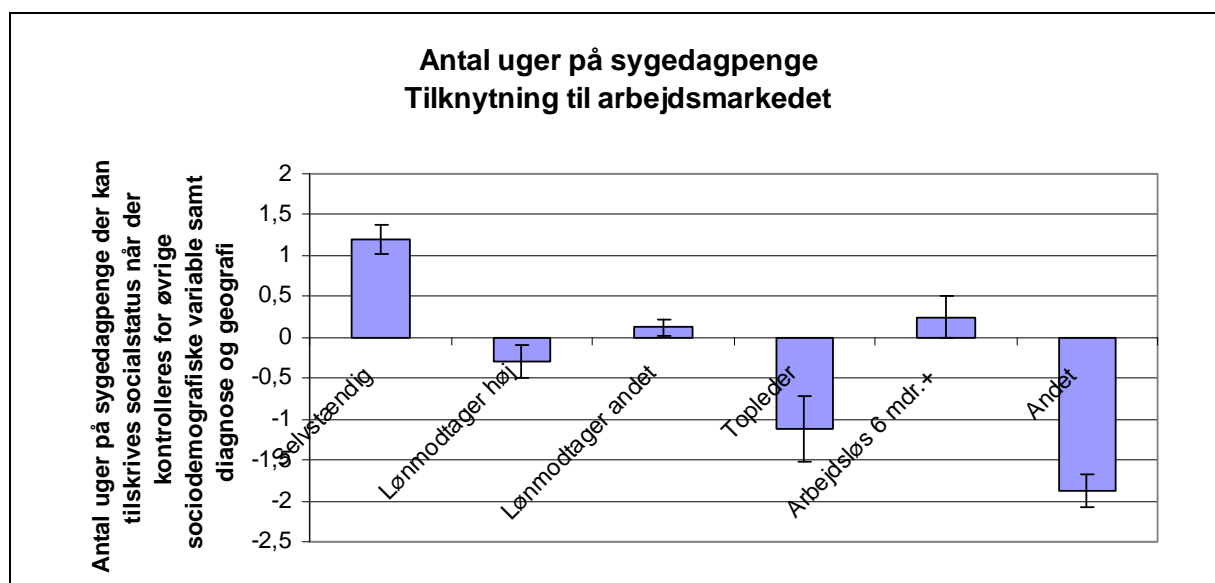
Resultatet i figur 4.5.6 viser, at alder har en væsentlig effekt på antal af uger på sygedagpenge, idet perioden forlænges med ca. en uge for hver 10 år, der lægges til en persons alder (når der er kontrolleret for alle andre faktorer). Dette er den gennemsnitlige effekt for alle aldersgrupper. Dog viser en mere detaljeret analyse, at der er en stigende effekt af alder på sygedagpengeforløbet (resultater ikke vist). Således er effekten på længden af sygedagpengeforløbet større, når forskellen er 10 år blandt de ældre aldersgrupper end blandt de yngre. Vi ser ligeledes, at kvinder i gennemsnit (og når der er kontrolleret for alle andre mulige forklaringer) har et sygedagpengeforløb, der er 1,3 uge længere end mænds sygedagpengeforløb.

Figur 4.5.7 Antal uger på sygedagpenge der kan tilskrives niveauet for højest gennemførte uddannelse, når der er kontrolleret for sociodemografiske variable samt diagnose og geografi. Estimerne udtrykker det antal uger, sygedagpengeperioden er kortere eller længere end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere med et andet uddannelsesniveau, når der er kontrolleret for øvrige faktorer. N = 640.450.



Figur 4.5.7 viser, at der er en markant effekt af uddannelse på varighed af sygedagpengeforløbet, når der er kontrolleret for andre faktorer, herunder andre faktorer der kunne generere behov for at være på sygedagpenge (såsom diagnose, køn og alder). Dette gælder især for dem, der kun har grundskoleuddannelse, hvor forløbet er markant længere, og for dem med lang videregående uddannelse for hvilket sygedagpengeperioden er kortere. Dette resultat indikerer, at de med længere uddannelse bedre formår at forkorte deres sygdomsforløb, når man sammenligner to personer, der i øvrigt har samme tilknytning til arbejdsmarkedet, alder, køn, diagnose og geografisk tilknytning.

Figur 4.5.8 Antal uger på sygedagpenge der kan tilskrives niveauet for tilknytning til arbejdsmarkedet, når der er kontrolleret for sociodemografiske variable samt diagnose og geografi. Estimerne udtrykker det antal uger, sygedagpengeperioden er kortere eller længere end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere med et andet uddannelsesnivea, når der er kontrolleret for øvrige faktorer. $N = 640.450$.



Ovenstående figur viser, at selvstændige har den længste sygedagpengeperiode, når man sammenligner med sygedagpengemodtagere med en anden tilknytning til arbejdsmarkedet, når der er kontrolleret for øvrige faktorer. Selvstændige har gennemsnitligt en sygedagpengeperiode, der er ca. en uge længere end sygedagpengemodtagere med en anden tilknytning til arbejdsmarkedet, når der er kontrolleret for øvrige faktorer. Dette resultat kan skyldes, at selvstændige har mulighed for at tegne en sygeforsikring, der gør, at de vil få sygedagpenge fra første sygedag. Det kan dog også skyldes andre forhold som eksempelvis større incitament til at komme i arbejde igen. Det gælder i øvrigt også for arbejdsløse, at de får sygedagpenge fra første sygedag, så det er ikke denne faktor, der kan forklare hele sammenhængen. Topledere har gennemsnitligt en sygedagpengeperiode, der er ca. en uge kortere end personer med en anden tilknytning til arbejdsmarkedet, når der er kontrolleret for andre faktorer.

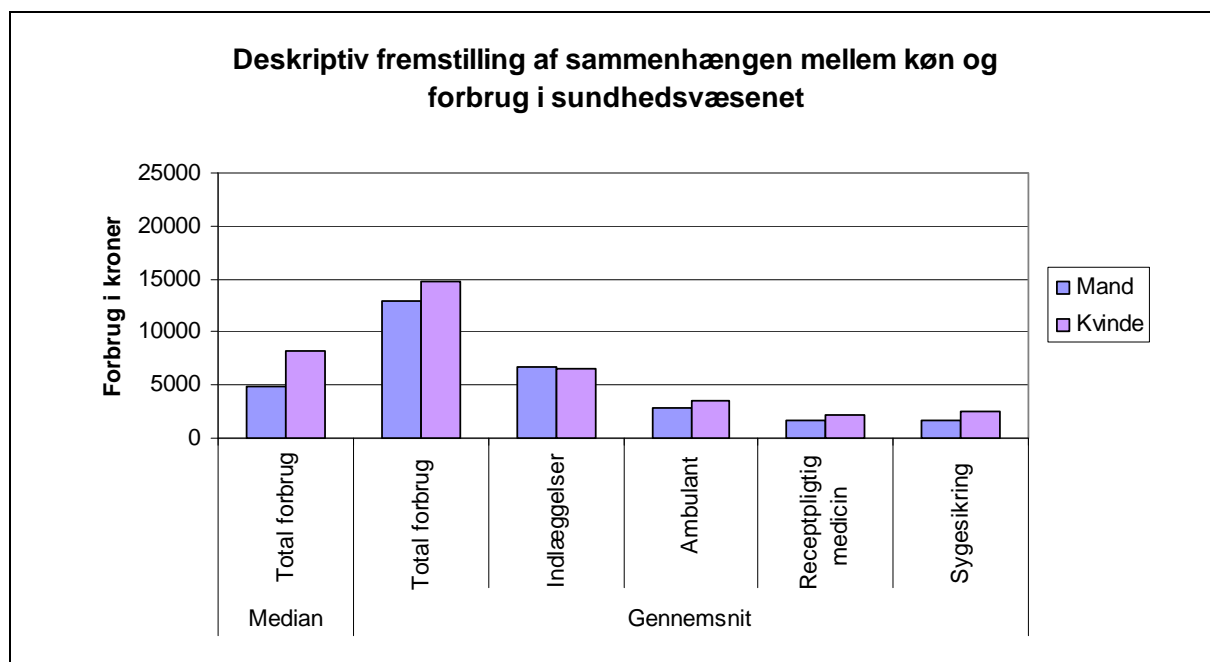
4.5.2 Sammenhængen mellem forbruget af sundhedsydelse og sociodemografiske faktorer

En hypotese var ligeledes, at der er sammenhæng mellem forbruget af sundhedsydelser og sociodemografiske faktorer. Dette afsnit er bygget op efter samme struktur som ovenstående og vil derfor først præsentere de deskriptive fremstillinger af sammenhængen og siden de analytiske. Der gælder de samme forbehold for de deskriptive fremstillinger som i afsnit 4.5.1, og forbeholdene vil ikke blive gentaget i dette afsnit.

Både de deskriptive og analytiske resultater støtter hypotesen, og forbruget af sundhedsydelser blandt sygedagpengemodtagere synes derfor at variere med sociodemografiske faktorer, også når der kontrolleres for øvrige tilgængelige betydende variable.

Nedenstående figur viser den deskriptive fremstilling af sammenhængen mellem køn og forbrug i sundhedsvæsenet både samlet og opdelt på de forskellige typer af ydelser i sundhedsvæsenet.

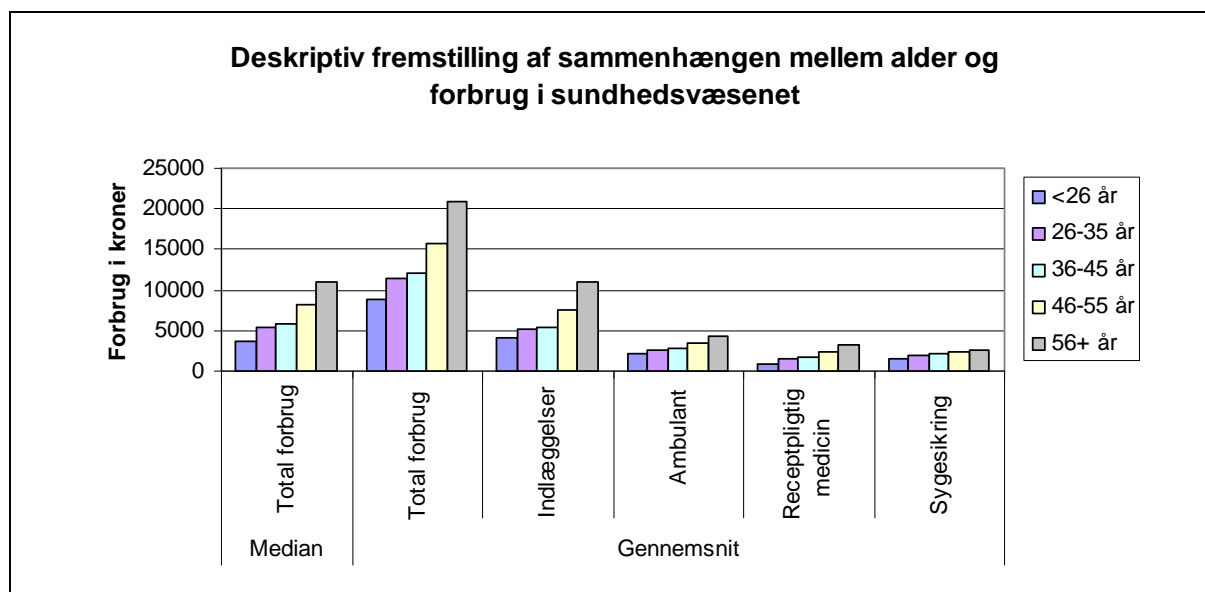
Figur 4.5.9 Gennemsnitligt forbrug for de forskellige ydelser i sundhedsvæsenet opdelt på køn. Desuden median og gennemsnit for det totale forbrug i sundhedsvæsenet opdelt på køn.



Ovenstående figur viser, at det totale forbrug er lidt højere for kvinder i forhold til mænd. Opdelingen på de enkelte sundhedsydelser viser, at det gælder for ambulant behandling, køb af receptpligtig medicin samt sygesikringsydelser. For indlæggelser er forbruget næsten ens for mænd og kvinder.

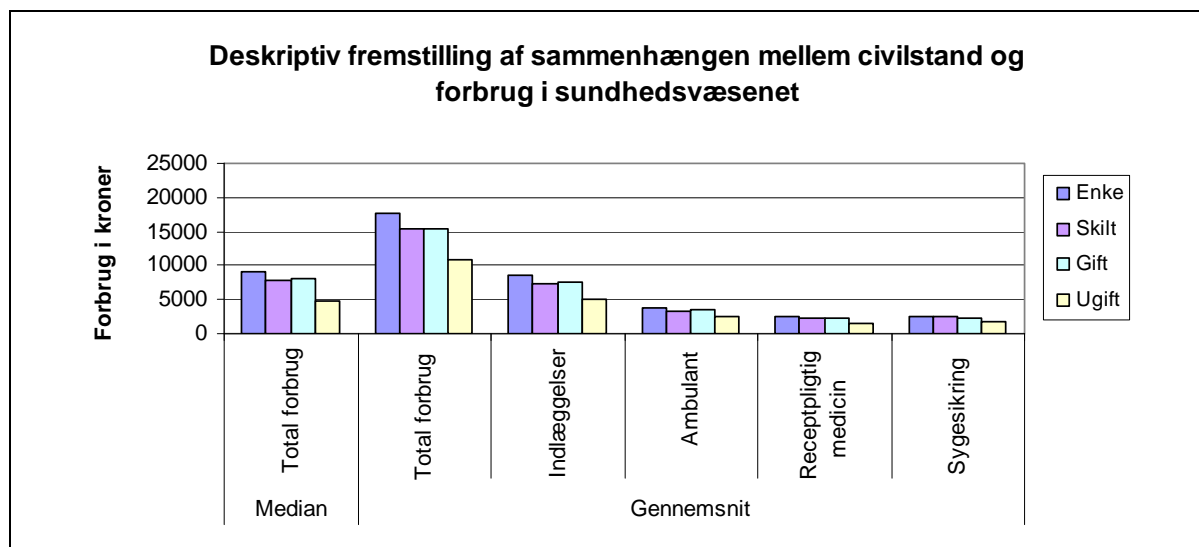
Nedenstående figur viser, at det gennemsnitlige forbrug er højere for de ældre sygedagpengemodtagere i forhold til de yngre for alle typer sundhedsydelser. Det samlede forbrug i sundhedsvæsenet er gennemsnitligt på næsten 21.000 kr. pr. personår for sygedagpengemodtagere over 55 år, mens det for sygedagpengemodtagere under 26 år er på under 9.000 kr. pr. personår. Samme tendens ses for alle typer af sundhedsydelser.

Figur 4.5.10 Gennemsnitligt forbrug for de forskellige ydelser i sundhedsvæsenet opdelt på alderskategorier. Desuden median og gennemsnit for det totale forbrug i sundhedsvæsenet opdelt på alderskategorier.



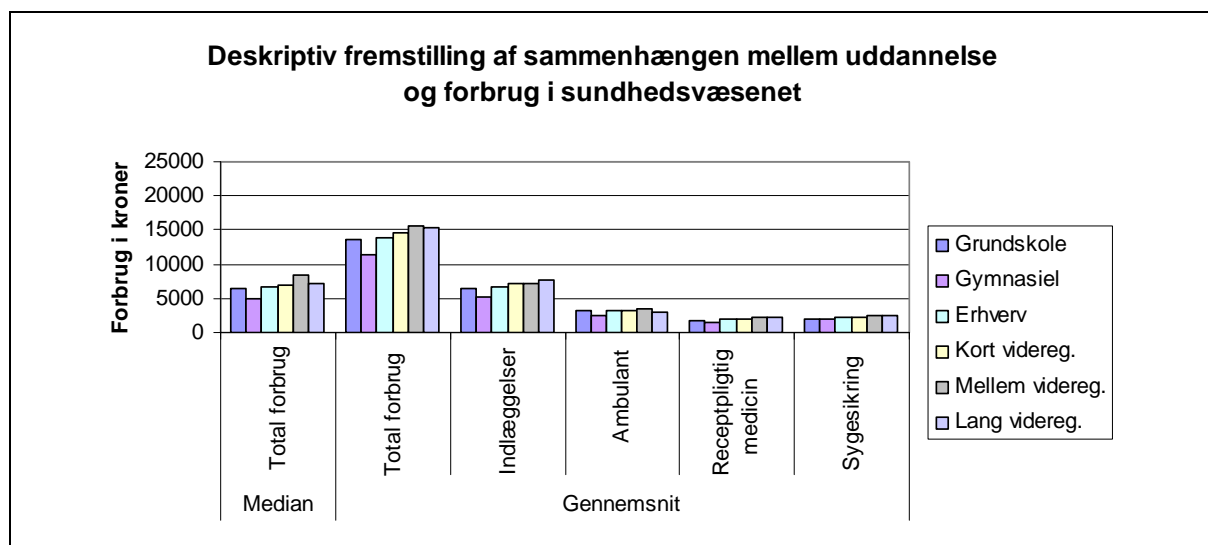
Nedenstående figur illustrerer, at det samlede forbrug for sygedagpengemodtagere, der er enker, er på ca. 17.500 kr. pr. personår, mens det samlede forbrug for ugifte er på lige under 11.000 kr. pr. personår, når der ikke tages højde for andre faktorer. Forbruget for de øvrige sygedagpengemodtagere ligger herimellem. Der ses stort set samme tendens for alle typer af sundhedsydelser.

Figur 4.5.11 Gennemsnitligt forbrug for de forskellige ydelser i sundhedsvæsenet opdelt på civilstand. Desuden median og gennemsnit for det totale forbrug i sundhedsvæsenet opdelt på civilstand.



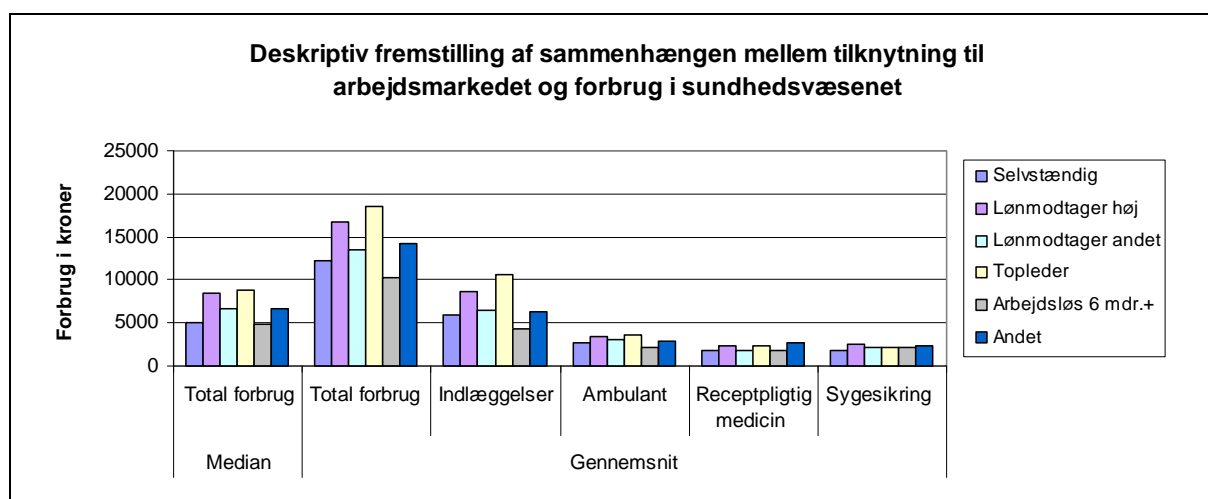
Nedenstående figur viser, at sygedagpengemodtagere med en gymnasial uddannelse som den højest fuldførte har det laveste forbrug i samlede årlige omkostninger i sundhedsvæsenet. De har et gennemsnitligt årligt forbrug på ca. 11.400 kr., mens sygedagpengemodtagere med en mellemlang videregående uddannelse har det højeste gennemsnitligt samlede årlige forbrug på ca. 15.600 kr.

Figur 4.5.12 Gennemsnitligt forbrug for de forskellige ydelser i sundhedsvæsenet opdelt på uddannelsesniveau. Desuden median og gennemsnit for det totale forbrug i sundhedsvæsenet opdelt på uddannelsesniveau.



Nedenstående figur viser, at personer med lange sygedagpengeforløb udtrykt ved, at de fortsat er sygedagpengemodtagere i 2009, har et højt forbrug af sundhedsydelser. Derudover viser figuren, at sygedagpengemodtagere med en tilknytning til arbejdsmarkedet, der indikerer en højere socialstatus i form af at være højere lønmodtager eller topleder, har et højere forbrug af sundhedsydelser i forhold til både selvstændige, andre lønmodtagere og arbejdsløse. Det gennemsnitlige årlige samlede forbrug i sundhedsvæsenet for en topleder er således på ca. 18.500 kr., mens det for en almindelig lønmodtager er på ca. 13.500 og endnu lavere for de arbejdsløse (ca. 10.300). Igen skal det pointeres, at der ikke er kontrolleret for andre faktorer, og hvis toplederne f.eks. er gennemsnitligt ældre end de andre grupper, kan dette også forklare en del af sammenhængen.

Figur 4.5.13 Gennemsnitligt forbrug for de forskellige ydelser i sundhedsvæsenet opdelt på tilknytning til arbejdsmarkedet. Desuden median og gennemsnit for det totale forbrug i sundhedsvæsenet opdelt på tilknytning til arbejdsmarkedet.



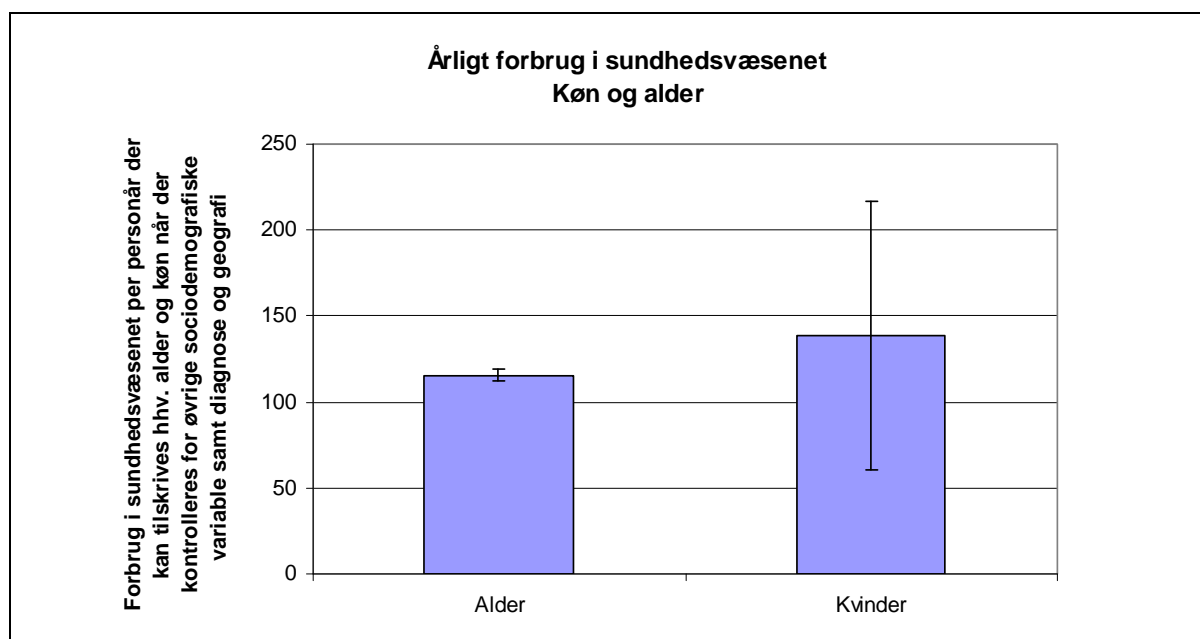
Nedenfor er angivet, hvor meget den enkelte sociodemografiske variabel kan forklare i relation til variation i sundhedsomkostninger, når alle andre variable holdes konstante.

Analyserne svarer til dem, der er lavet i analyserne af sammenhængen mellem sociodemografiske faktorer og længden af sygedagpengeforløbet. For en forklaring af den analytiske tilgang henvises til foregående afsnit. Analyserne er kun lavet for det samlede forbrug, da de deskriptive fremstillinger generelt viste det samme billede for de forskellige typer sundhedsydelser.

Figur 4.5.14 viser, at kvinder gennemsnitligt forbruger for ca. 150 kr. årligt i sundhedsvæsenet i forhold til mænd, når alle andre faktorer holdes konstant. Figuren viser et relativt bredt konfidensinterval, hvilket betyder, at resultatet med 95 % sikkerhed vil svinge på et niveau mellem ca. 50 kr. og 200 kr. årligt. Selv om forskellen mellem mænd og kvinder er statistisk signifikant, er den relativt lille, og det kan derfor konstateres, at køn betyder relativt lidt for udgifterne i sundhedsvæsenet for sygedagpengemodtagere, når der også kontrolleres for øvrige faktorer.

Figuren viser også, at alder har en væsentlig effekt på det årlige forbrug i sundhedsvæsenet. Vi ser, at for hvert år, der kan lægges til en persons alder, øges forbruget af sundhedsydelser pr. år blandt sygedagpengemodtagere med over 100 kr. (efter at der er kontrolleret for andre forklaringer). Dette betyder, at en person, der er 10 år ældre, alene på grund af sin alder vil forbruge for 1000 kr. mere i sundhedsydelser. Dette er den gennemsnitlige effekt for alle aldersgrupper. Dog viser en mere detaljeret analyse, at der er en stigende effekt af alder på forbruget af sundhedsydelser. Således er effekten på forbruget større end de 1000 kr., når forskellen er 10 år blandt de ældre aldersgrupper end blandt de yngre. Denne tendens er forventet, da den har en naturlig forklaring i form af større sygdom hos ældre, og også gælder for den generelle befolkning, som vist i afsnit 4.1.

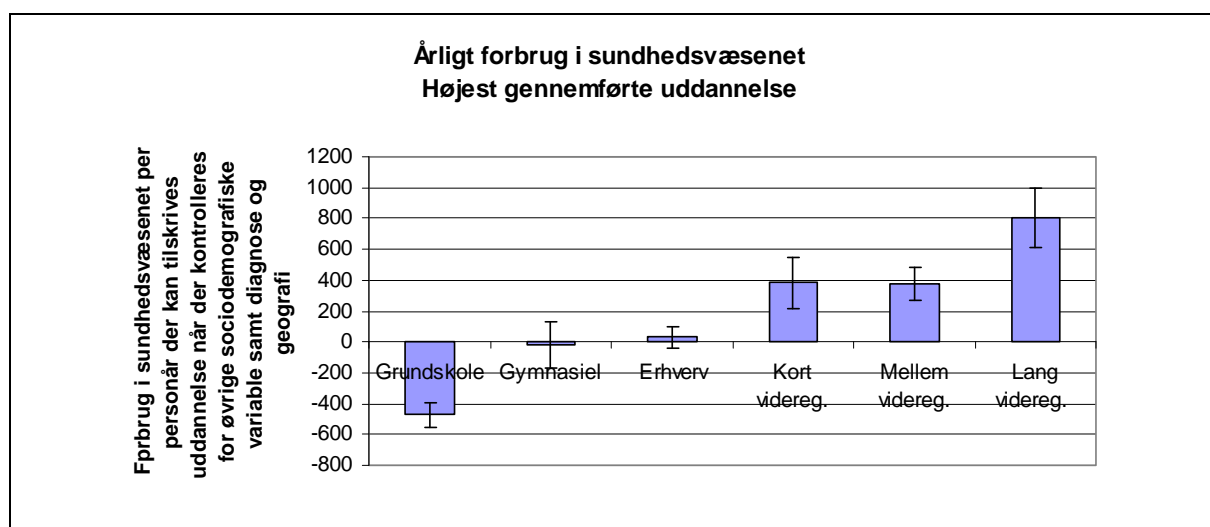
Figur 4.5.14 Det gennemsnitlige samlede årlige forbrug i sundhedsvæsenet der kan tilskrives henholdsvis, at sygedagpengemodtageren er et år ældre, og at det er en kvinde i stedet for en mand, når der er kontrolleret for sociodemografiske variable samt diagnose og geografi. N = 640.450.



Nedenstående figur viser, at sygedagpengemodtagere med grundskole som den højest gennemførte uddannelse, har det laveste forbrug i sundhedsvæsenet, når der er kontrolleret for andre faktorer. De bruger gennemsnitligt ca. 400 kr. mindre årligt i sundhedsvæsenet, når man sammenligner med sygedagpengemodtagere med et andet uddannelsesniveau. Det vil altså sige, at selvom sygedagpengemodtagere, for hvem den højeste uddannelse er grundskole, generelt er ældre end gennemsnittet, er det ikke denne effekt, der forårsager sammenhængen. I modellen er nemlig kontrolleret for alder og andre forklarende variable, og man sammenligner personer med samme profil.

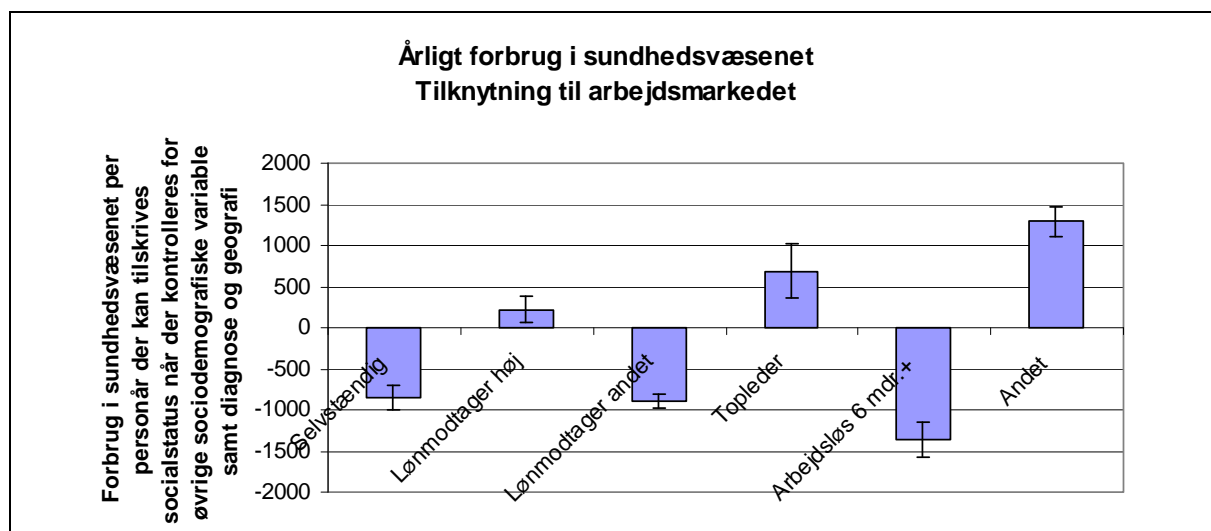
Sygedagpengemodtagere med en videregående uddannelse har et større årligt forbrug i sundhedsvæsenet, når der sammenlignes med sygedagpengemodtagere med øvrige uddannelser som den højest gennemførte, når der er kontrolleret for andre faktorer. Særligt sygedagpengemodtagere med en lang videregående uddannelse har et højere forbrug i sundhedsvæsenet. De forbruger for ca. 800 kr. mere i årlige samlede sundhedsudgifter end gennemsnittet. Sammenstilles dette resultat med, at vi i figur 4.5.7 så, at det at have højere uddannelse genererer en kortere sygedagpengeperiode, så kunne en hypotese være, at de med højere uddannelse i højere grad formår at initiere en behandling i sundhedsvæsenet, der gør, at de hurtigere kan returnere til arbejdsmarkedet.

Figur 4.5.15 Det gennemsnitlige samlede årlige forbrug i sundhedsvæsenet der kan tilskrives sygedagpengemodtagernes højest gennemførte uddannelsesnivea, når der er kontrolleret for sociodemografiske variable samt diagnose og geografi. N = 640.450.



Figur 4.5.16 viser, at sygedagpengemodtagere, der har været arbejdsløse i over seks måneder, har det laveste forbrug i sundhedsvæsenet, når der kontrolleres for andre faktorer. Gennemsnitligt bruger de for ca. 1.400 kr. mindre i sundhedsvæsenet årligt sammenlignet med sygedagpengemodtagere med en anden tilknytning til arbejdsmarkedet. Dette kan være forklaret ved, at ledige kan få sygedagpenge fra 1. sygedag. Sygedagpengemodtagere med en tilknytning til arbejdsmarkedet, som vi desværre ikke har nærmere oplysninger på (kategorien andet), har det højeste forbrug i sundhedsvæsenet. Desuden har topledere et relativt højt forbrug i sundhedsvæsenet på ca. 600 kr. mere end gennemsnittet, når der er kontrolleret for andre faktorer. Topledere havde desuden gennemsnitligt en lidt kortere sygedagpengeperiode end gennemsnittet, hvilket tyder på, at topleder også initierer et forbrug i sundhedsvæsenet, der gør, at deres sygedagpengeperiode bliver kortere end gennemsnittet. Det er væsentligt at bemærke, at der er kontrolleret for uddannelsesniveau, så sammenhængen kan ikke forklares ved topleders uddannelsesniveau.

Figur 4.5.16 Det gennemsnitlige samlede årlige forbrug i sundhedsvæsenet der kan tilskrives sygedagpengemodtagernes tilknytning til arbejdsmarkedet, når der er kontrolleret for sociodemografiske variable samt diagnose og geografi. N = 640.450.



4.5.3 Opsummering af sammenhængen mellem sygedagpengeperioden samt forbruget i sundhedsvæsenet og sociodemografiske faktorer

Dette afsnit har præsenteret resultater der i vid udstrækning støtter hypotesen, at både længden af sygedagpengeperioden og forbruget i sundhedsvæsenet er associeret med sociodemografiske faktorer. I de deskriptive afsnit så vi tendenser til en forskel i både længde af sygedagpengeperioden og forbruget af sundhedsydelse i forhold til de forskellige sociodemografiske karakteristika.

I analyserne, hvor tendenserne blev undersøgt nærmere, idet der blev kontrolleret for både andre sociodemografiske faktorer, diagnose og geografisk tilknytning, var det fortsat tydeligt, at både længden af sygedagpengeperioden og forbruget i sundhedsvæsenet varierer med en række forskellige sociodemografiske karakteristika. Det er en hypotese, at de sociodemografiske karakteristika er knyttet til efterspørgslen efter sundhedsydelse, selv når personernes situation er helt ens, hvad angår diagnose og bopæl. Nogle personer vil være bedre til at sætte sig igennem og dermed potentielt få mere opmærksomhed i sundhedsvæsenet. Denne hypotese blev på nogen vis sandsynliggjort, eksemplificeret ved at sygedagpengemodtagere med en lang videregående uddannelse gennemsnitligt havde et højere forbrug i sundhedsvæsenet på 800 kr. årligt. Samtidig var deres sygedagpengeperioder gennemsnitligt 2,5 uger kortere end andre sygedagpengemodtagere. I afsnittet har vi foreslået, at dette kan betyde, at personer med en lang videregående uddannelse i højere grad efterspørger sundhedsydelse og muligvis af denne grund hurtigere vender tilbage på arbejdsmarkedet igen. Vi ser også, at sygedagpengemodtagere med grundskole som højeste uddannelse gennemsnitligt har en 1,5 uge længere sygedagpengeperiode, og et forbrug der er ca. 400 kr. mindre i sundhedsvæsenet. Der er altså i høj grad en substitutionseffekt, hvor et højere forbrug i sundhedsvæsenet for nogle personprofiler er sammenhængende med et lavere forbrug til sygedagpenge.

Af yderligere sammenhænge fandt vi, at kvinder har længere sygedagpengeperioder og forbruger flere sundhedsydelser. Alderen betyder, at for hvert 10-år sygedagpengemodtagerne er ældre, bliver sygedagpengeperioden gennemsnitligt en uge længere og udgifterne til sundhedsydelser ca. 1000 kr. dyrere. Både længden af sygedagpengeperioden og forbruget af sundhedsydelser stiger mere i de ældre end de yngre aldersgrupper. Desuden har sygedagpengemodtagere, der har været arbejdsløse i mere end seks måneder, et forbrug, der er 1400 kr. lavere end gennemsnittet. Dette kan skyldes, at

arbejdsløse modtager sygedagpenge tidligere i sygeforløbet i forhold til personer, der er tilknyttet arbejdsmarkedet, og selvom der er kontrolleret for diagnose, kan forskellen skyldes sygdommens alvorlighed.

4.6 Længden af sygedagpengeperioden og forbruget i sundhedsvæsenet er afhængig af geografisk tilknytning

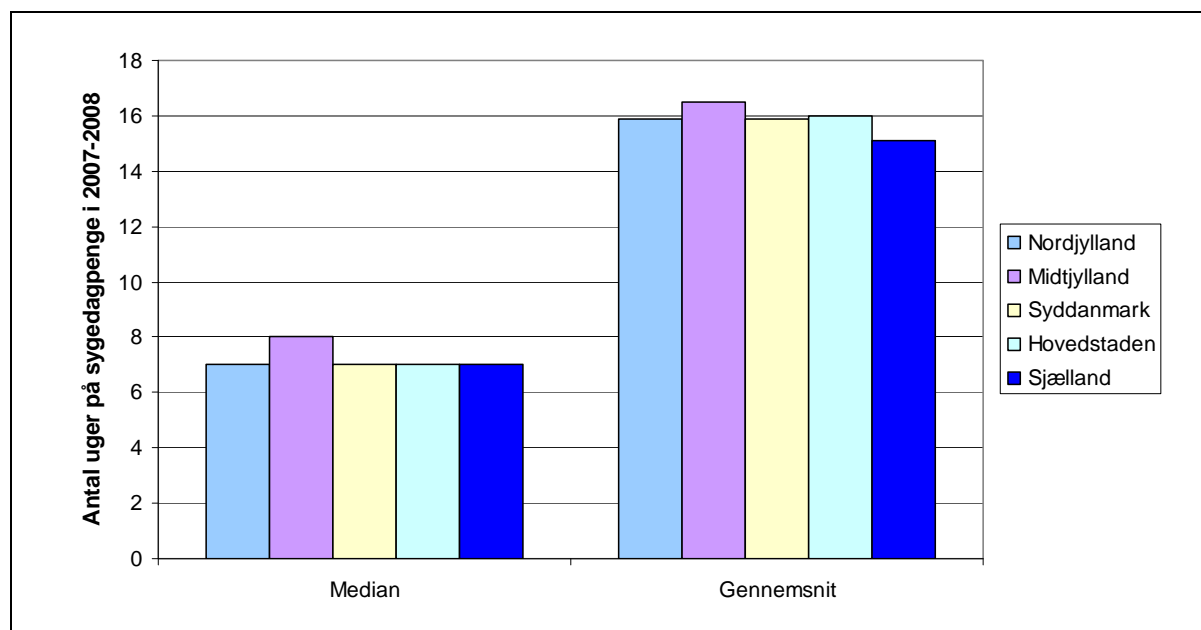
En af hypoteserne var, at både længden af sygedagpengeperioden og forbruget af sundhedsydelser varierer mellem kommuner og regioner, også når man kontrollerer for andre betydende faktorer.

Tallene, der ligger til grund for figurene i dette afsnit, kan ses i bilag 7 og 8.

4.6.1 Sammenhængen mellem længden af sygedagpengeperioden og geografisk tilknytning

Nedenstående figur illustrerer problemstillingen på et deskriptivt niveau, hvor der ikke er kontrolleret for andre betydende faktorer. Figuren illustrerer, at der overordnet ikke er stor forskel på længden af sygedagpengeperioden i de forskellige regioner. Dog ses en tendens til, at sygedagpengemodtagerne i Region Sjælland gennemsnitligt har lidt kortere sygedagpengeforløb, mens sygedagpengemodtagerne i Region Midtjylland har lidt længere sygedagpengeforløb.

Figur 4.6.1 Medianværdi og gennemsnit for antal uger på sygedagpenge opdelt på de fem regioner.



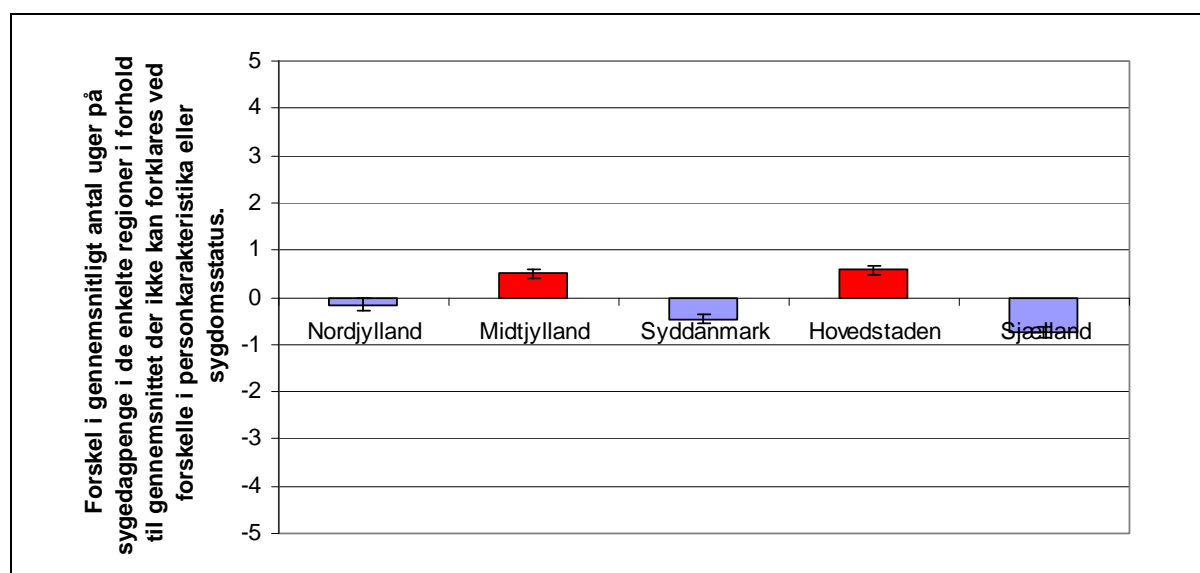
Ovenstående figur er imidlertid kun en beskrivelse af den umiddelbare association. Hvis faktorer, der har betydning for længden på sygedagpengeperioden, varierer mellem regionerne, kan dette dog influere på den umiddelbare sammenhæng, hvorfor vi i en multivariat regressionsanalyse har kontrolleret for andre relevante faktorer i form af sociodemografiske karakteristika og diagnose.

Der kan dog være forskellige behov for sundhedsydelser på tværs af regionerne.

Hvis vi kontrollerer for faktorer, der kan påvirke efterspørgslen, er det muligt, at der vil være forskelle i det betingede forbrug af sundhedsydelser. For at analysere dette, har vi i en multivariat regressionsanalyse kontrolleret for diagnose og relevante sociodemografiske faktorer.

Nedenstående figur viser, at længden af sygedagpengeperioden er statistisk signifikant afhængig af, hvilken region sygedagpengemodtageren bor i, når der kontrolleres for relevante sociodemografiske faktorer. Forskellene i længden af sygedagpengeperioden er dog relativt små og varierer med lidt over én uge fra Midtjylland til Sjælland. I Region Nordjylland, Syddanmark og Sjælland har sygedagpengemodtagerne et statistisk signifikant kortere sygedagpengeforløb sammenlignet med gennemsnittet. I Region Midtjylland og i Region Hovedstaden er sygedagpengeforløbene til gengæld statistisk signifikant længere, når der sammenlignes med sygedagpengemodtagere med samme profil i de andre regioner. Det skal dog understreges, at forskellen på længden af sygedagpengeperioden mellem regionerne er meget lille i forhold til, hvordan nogle af de andre faktorer påvirker længden af sygedagpengeperioden.

Figur 4.6.2 Antal uger på sygedagpenge der kan tilskrives, hvilken region sygedagpengemodtageren kommer fra, når der kontrolleres for øvrige relevante faktorer¹. Røde (positive) søjler= Længere sygedagpengeperioder end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere. Blå (Negative) søjler= Kortere sygedagpengeperioder end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere. Med angivelse af 95 % konfidensintervaller. N = 640.450.



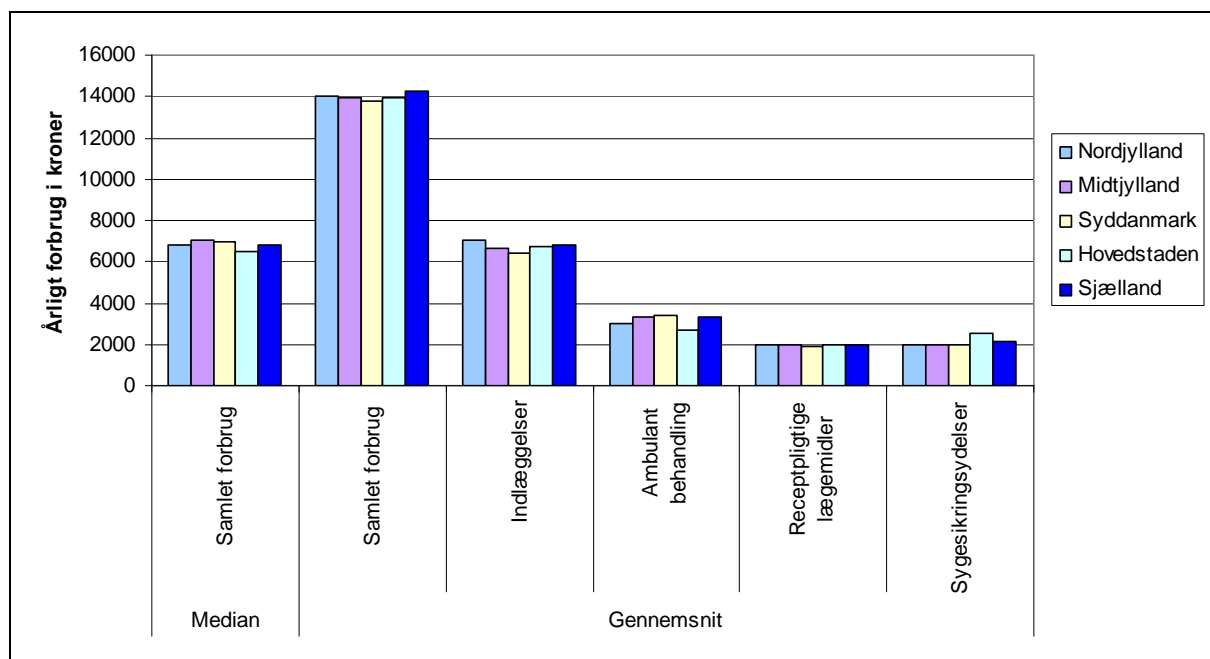
¹ I modellen er kontrolleret for alder, køn, civilstand, tilknytning til arbejdsmarkedet, uddannelsesniveau, sygedagpengetype, status for behandling i de forskellige dele af sundhedsvæsenet og diagnose fra både indlæggelser og receptpligtig lægemiddel.

4.6.2 Sammenhængen mellem forbruget i sundhedsvæsenet og geografisk tilknytning

En hypotese var desuden, at forbruget af sundhedsydelse blandt sygedagpengemodtagere varierer med geografisk tilknytning som et udtryk for udbuddet af sundhedsydelse.

Nedenstående afsnit illustrerer problemstillingen på et deskriptivt niveau, hvor der ikke er kontrolleret for andre betydende faktorer. Figurene illustrerer, at der overordnet ikke er stor forskel på forbruget af sundhedsydelse i de forskellige regioner. Dog ses en tendens til et lidt højere gennemsnitligt forbrug i Region Sjælland.

Figur 4.6.3 Årligt gennemsnitligt forbrug i kroner opdelt på de fem regioner og de forskellige typer sundhedsudgifter. Desuden vises medianen og gennemsnittet for forbruget, når der ikke opdeles på de forskellige typer forbrug.



Medianerne er meget lave i forhold til gennemsnittet i ovenstående figur, når vi ser på det samlede forbrug. Årsagen til dette er, at over halvdelen af sygedagpengemodtagerne har et forbrug, der ligger under gennemsnittet, men den mindre andel, der har et forbrug, der ligger over gennemsnittet, har så højt et forbrug, at det trækker gennemsnittet op.

Nedenstående figur viser forskellen i forbruget i sundhedsudgifter, når man sammenligner to personer med samme profil, og det eneste, der varierer, er, hvilken region de bor i.

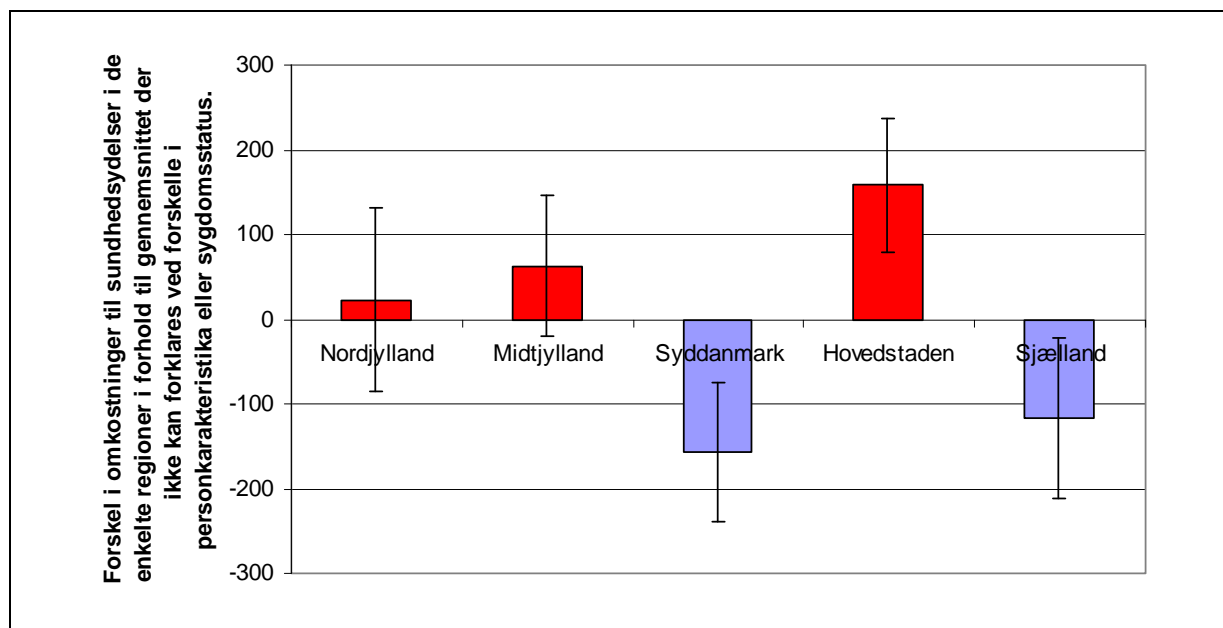
Når man sammenligner to personer med samme profil, vil en person fra Region Syddanmark gennemsnitligt have brugt 158 kr. mindre i sundhedsvæsenet årligt i forhold til gennemsnittet for sygedagpengemodtagere i de andre regioner. Samme profil betyder, at dem, vi sammenligner, har samme køn, alder, status for behandling i de forskellige dele af sundhedsvæsenet, social- og civilstatus, uddannelsesniveau og sygedagpengekategori⁸.

Sygedagpengemodtagere, der har samme alder, køn, uddannelse osv. i Region Hovedstaden, har statistisk signifikant flere udgifter i sundhedsvæsenet i forhold til sygedagpengemodtagere i de øvrige regioner, men forskellene er små og varierer højst med 300 kr. mellem Region Hovedstaden (fleste sundhedsudgifter) og Region Syddanmark (færrest sundhedsudgifter).

Overordnet kan vi konkludere, at der er statistisk signifikante forskelle i forbruget af sundhedsudgifter blandt sygedagpengemodtagere på tværs af nogle regioner. Samtidig må vi også sige, at de absolutte forskelle er relativt små, idet vi taler om forskelle på +/- under 200 kr. årligt svarende til mindre end 1,5 % af det samlede forbrug.

⁸ Kategorierne er knyttet til, hvilken arbejdsstatus personerne har eller havde. De er opdelt i sygedagpenge fra job, sygedagpenge delvist raskmeldt, sygedagpenge fra ledighed, sygedagpenge under aktivering og sygedagpenge fra et fleksjob.

Figur 4.6.4 Årlige sundhedsudgifter der kan tilskrives, hvilken region sygedagpengemodtageren kommer fra, når der kontrolleres for øvrige relevante faktorer¹. Røde (positive) søjler= Højere omkostninger end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere. Blå (Negative) søjler= Lavere omkostninger end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere. Med angivelse af 95 % konfidensintervaller. N = 640.450.



¹ I modellen er kontrolleret for alder, køn, civilstand, tilknytning til arbejdsmarkedet, uddannelsesniveau, sygedagpengetype, status for behandling i de forskellige dele af sundhedsvæsenet og diagnose fra både indlæggelser og receptpligtig lægemiddel.

4.6.3 Sammenhængen mellem længden af sygedagpengeperioden samt forbruget i sundhedsvæsenet og kommune

På baggrund af ovenstående figurer har vi ved brug af multivariate regressionsmodeller undersøgt, om hhv. længden af sygedagpengeperioden og forbruget i sundhedsvæsenet varierer mellem kommunerne. Resultaterne kan ses i bilag 8, hvor fremstillingen af de enkelte kommuner er opdelt på regionalt niveau, mens gennemsnittet, der sammenlignes med, er samtlige øvrige regioner.

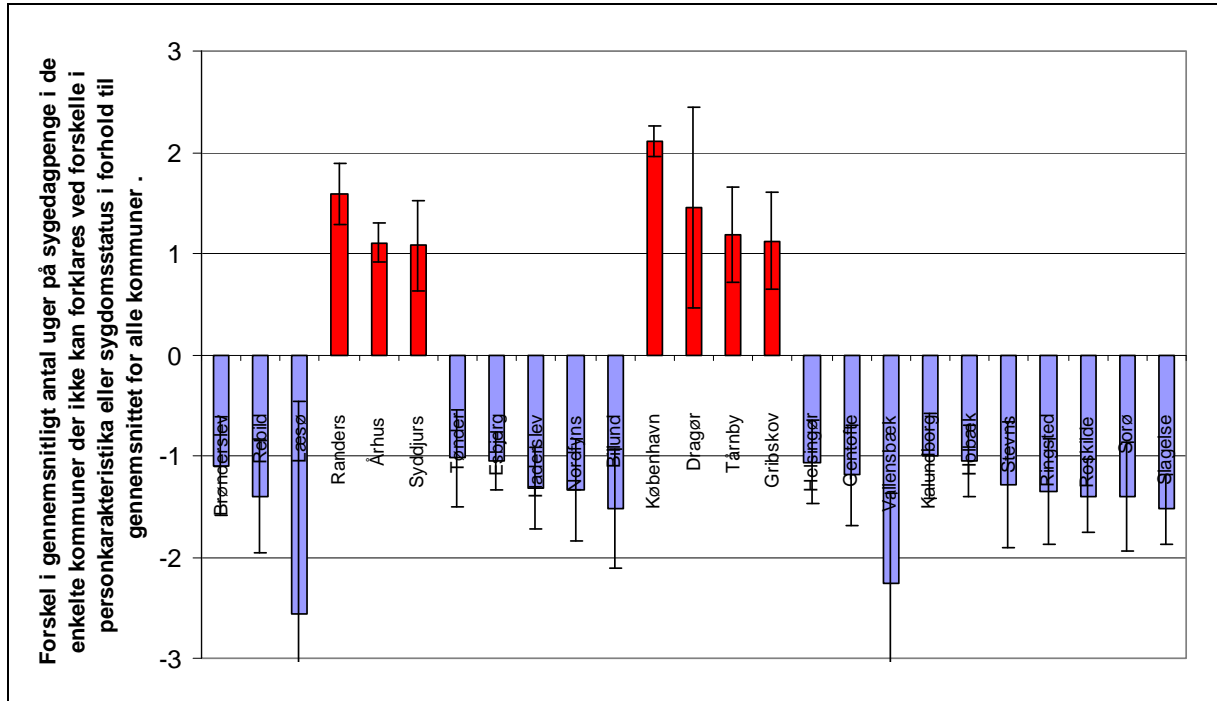
Herunder vises de kommuner, der afviger mere end en uge fra gennemsnittet i længden af sygedagpengeperioden og mere end 500 kr. i udgifterne. Resultaterne er placeret efter deres regionale tilhørsforhold. Resultaterne for de øvrige kommuner ses i bilag 8.

Overordnet viser figurene, at heller ikke på kommunalt niveau er der de store udsving i længden af sygedagpengeperioden eller sundhedsudgifterne. Estimerne svinger dog lidt mere, end vi så på regionalt niveau, men grundet mindre populationer er konfidensintervallerne bredere, og det er derfor ikke muligt med 95 % sandsynlighed at sige, at variationerne er større på kommunalt i forhold til på regionalt niveau.

Figur 4.6.5 viser, at Læsø og Vallensbæk Kommuner har de korteste sygedagpengeforløb, med et gennemsnit ca. 2,5 og 2 uger kortere sammenlignet med øvrige kommuner. Det skal dog nævnes, at Læsø er en meget lille kommune, og derfor kan resultatet inden for 95 % sandsynlighed variere meget, men forbliver dog statistisk signifikant forskelligt fra gennemsnittet.

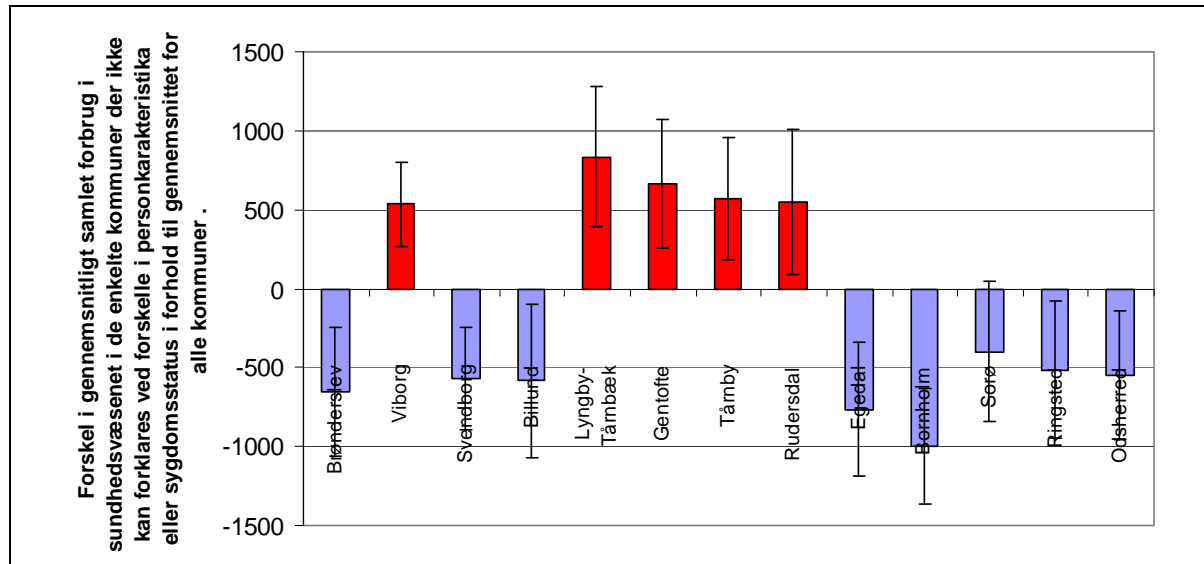
København og Randers har de længste sygedagpengeforløb, når der er kontrolleret for øvrige relevante faktorer på hhv. ca. 2 og 1,5 uge længere end gennemsnittet for de øvrige kommuner.

Figur 4.6.5 Antal uger på sygedagpenge der kan tilskrives, hvilken kommune sygedagpengemodtageren kommer fra, når der kontrolleres for øvrige relevante faktorer¹. Kun kommuner, hvor længden af sygedagpengeperioden varierer statistisk signifikant med mere end en uge fra gennemsnittet, vises. Røde (positive) søjler= Længere sygedagpengeperioder end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere. Blå (Negative) søjler= Kortere sygedagpengeperioder end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere. Med angivelse af 95 % konfidensintervaller. N = 640.450.



Nedenstående figur viser, at sygedagpengemodtagerne fra Lyngby-Tårnbæk gennemsnitligt har sundhedsudgifter der er 750 kr. dyrere årligt i forhold til sygedagpengemodtagere fra andre kommuner. På Bornholm bruger de gennemsnitligt færrest sundhedsudgifter årligt og ligger ca. 1000 kr. under gennemsnittet for de øvrige kommuner.

Figur 4.6.6 Årlige sundhedsudgifter der kan tilskrives, hvilken kommune sygedagpengemodtageren kommer fra, når der kontrolleres for øvrige relevante faktorer¹. Kun kommuner, hvor forbruget varierer statistisk signifikant med mere end 500 kr. fra gennemsnittet, vises. Røde (positive) søjler= Højere omkostninger end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere. Blå (Negative) søjler= Lavere omkostninger end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere. Med angivelse af 95 % konfidensintervaller. N = 640.450.



4.6.4 Opsummering af sammenhængen mellem længden af sygedagpengeperioden samt forbruget i sundhedsvæsenet og geografisk tilknytning

Generelt må det konkluderes, at både længden af sygedagpengeperioden samt forbruget i sundhedsvæsenet varierer statistisk signifikant fra gennemsnittet i flere tilfælde, både når vi sammenligner på kommunalt og regionalt niveau. Det gælder dog, at udsvingene er relativt små, og geografisk tilknytning ser ikke ud til at være lige så stærkt associeret med hverken længden af sygedagpengeperioden eller forbruget i sundhedsvæsenet som forholdene knyttet til efterspørgslen (de sociodemografiske variable).

Når der er kontrolleret for relevante faktorer, har sygedagpengemodtagere fra Region Hovedstaden eller Region Midtjylland gennemsnitlige sygedagpengeperioder, der er ca. 0,5 uger længere end gennemsnittet svarende til ca. 3 % af den samlede længde. Ved analyse på kommunalt niveau fandt vi, at de længste gennemsnitlige sygedagpengeperioder fandtes i de to regioner. I København er gennemsnittet ca. 2 uger længere end for de øvrige kommuner, mens det i Randers er ca. 1,5 uge længere end gennemsnittet svarende til 10-13 % af den samlede gennemsnitlige længde på sygedagpengeperioden. Sygedagpengemodtagerne i Region Sjælland har de korteste gennemsnitlige sygedagpengeperioder på 0,7 uger kortere end de øvrige kommuner. De korteste sygedagpengeperioder fandtes i Vallensbæk og Læsø, hvor sikkerheden på estimatet dog er mindre end for de øvrige kommuner, fordi der er meget få indbyggere.

Det gennemsnitlige største forbrug i sundhedsvæsenet var blandt sygedagpengemodtagere fra Region Hovedstaden, hvor forbruget er ca. 150 kr. højere end i de øvrige regioner svarende til ca. 1 %. Det laveste forbrug fandtes i Region Syddanmark (-150 kr.), og Region Sjælland (-100 kr.). På kommunalt niveau var både det højeste og laveste forbrug i en kommune fra Region Hovedstaden. Lyngby-Tårnbæk har et merforbrug på 750 kr. årligt i forhold til gennemsnittet i de øvrige kommuner, mens syge-

dagpengemodtagerne på Bornholm bruger ca. 1000 kr. mindre årligt på sundhedsydelse i forhold til sygedagpengemodtagere i de øvrige kommuner svarende til mellem 5 % og 7 %.

4.7 Længden af sygedagpengeperioden og forbruget i sundhedsvæsenet er associeret med forsinkelse i behandlingen

Vi arbejder med en hypotese om, at den tidsmæssige placering af sundhedsydelse kan have indflydelse på længden af sygedagpengeperioden såvel som på det samlede forbrug af sundhedsydelse. Vi er således interesserede i at afdække, om timing af sundhedsydelse er en faktor, der kan forklare den association, vi finder mellem sundhedsomkostninger og sygedagpengeperiodens længde.

I disse analyser har vi, for at gøre analyserne mere valide, valgt at afgrænse analysen til kun at inkludere individer, der har ét sygedagpengeforløb i perioden 2007 og 2008. Vi har endvidere valgt at afgrænse analysen således, at vi kun fokuserer på forbruget af sundhedsydelse inden for sygedagpengeperioden og dermed også kun på de sygedagpengemodtagere, der har et forbrug i sundhedsvæsenet i sygedagpengeperioden. Begrundelsen herfor er, at vi på denne måde i højere grad kan være sikre på, at der er en mulig kausal sammenhæng mellem timing af sundhedsydelse og det totale forbrug af disse ydelser. Vi afgrænser os også til at se på de sygedagpengemodtagere, der har haft et sygedagpengeforløb på mere end to uger. Årsagen til dette er, at der næppe kan fremkomme en forsinkelse i forbruget i sundhedsvæsenet i en periode der er kortere end to uger. Endelig har vi kun fået leveret sygesikringsdata fra 2007, hvorfor der ikke indgår sygesikringsydelse i nærværende analyser – heller ikke når vi analyserer de samlede udgifter.

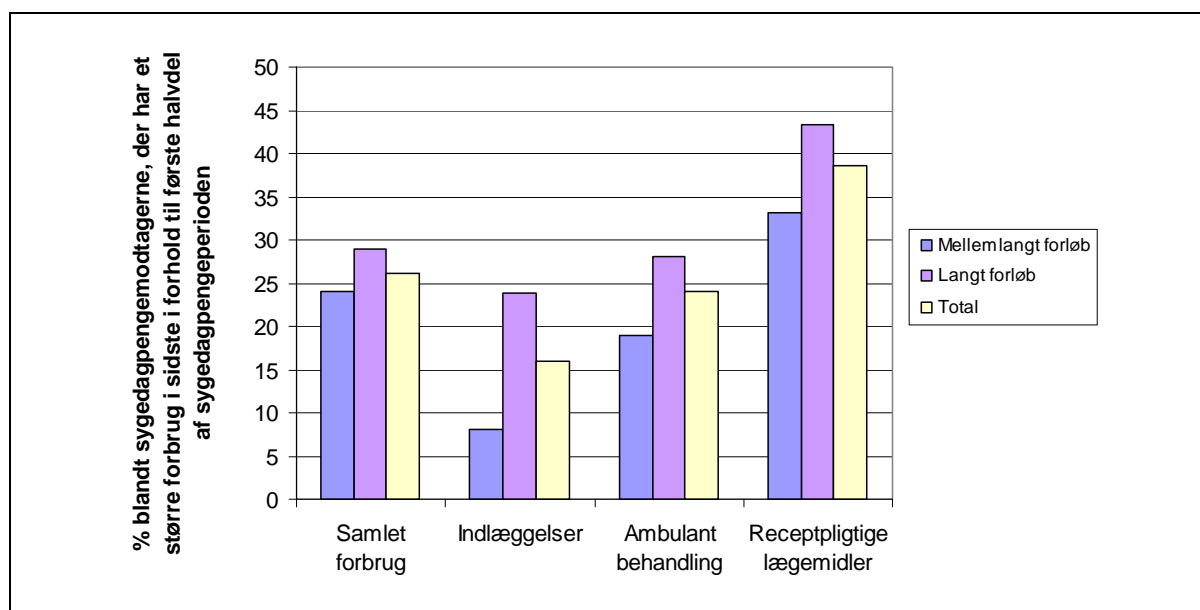
Det er derfor en selekteret gruppe, vi arbejder med, men det er denne gruppe, problemstillingen er særlig interessant for.

Tallene, der ligger til grund for figurerne i dette afsnit, kan ses i bilag 9.

Det generelle billede er, at langt de største omkostninger ligger i første kvartil af sygedagpengeperioden. Således er det samlede forbrug i sundhedsvæsenet på gennemsnitlig 12.031 kr. i første kvartil og 1.644 kr. i sidste kvartil af sygedagpengeperioden.

Der er dog undtagelser. For nogle patienter gælder det, at forbruget er størst i sidste halvdel af perioden. Se nedenstående figur der illustrerer, hvor stor en andel af forbruget, der ligger i sidste halvdel af sygedagpengeperioden.

Figur 4.7.1 Andelen af sygedagpengemodtagere, der har et større forbrug i sidste i forhold til første halvdel af sygedagpengeperioden.

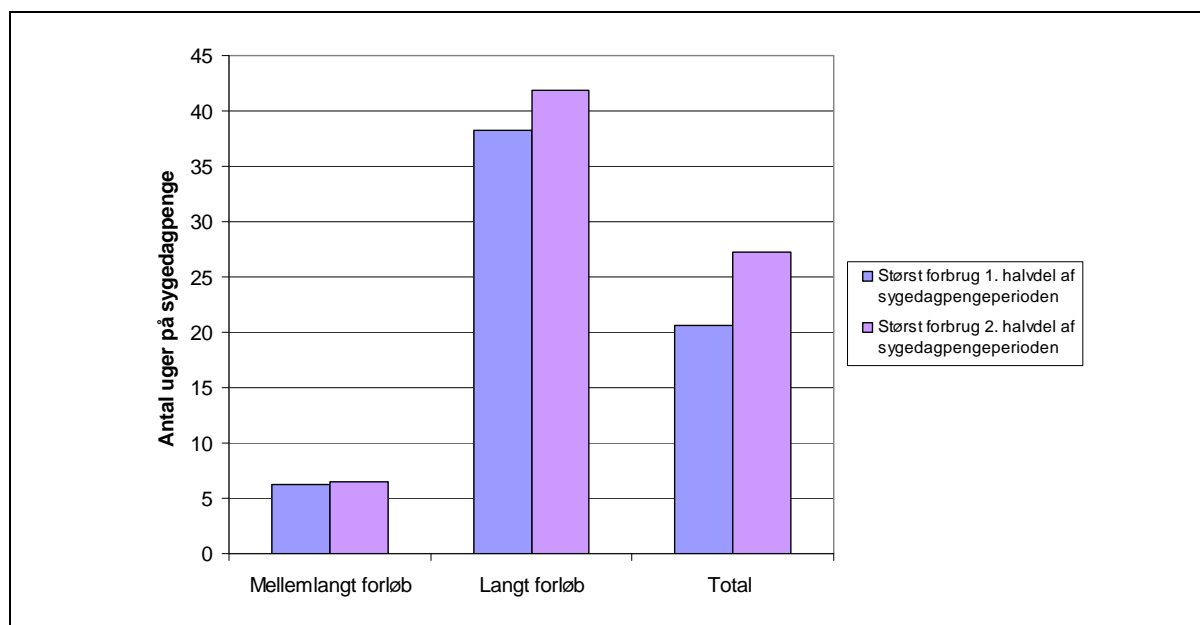


Figur 4.7.1 viser, at for ca. 25 % af sygedagpengemodtagerne falder den største andel af de sundhedsomkostninger, der genereres i sygedagpengeperioden, i den sidste halvdel af denne periode. Andelen er større for lange sygedagpengeperioder. Dette billede er mest markant for omkostninger relateret til receptpligtige lægemidler og ambulant behandling og mindst for indlæggelser.

4.7.1 Sammenhængen mellem længden af sygedagpengeperioden og forsinkelse i behandlingen

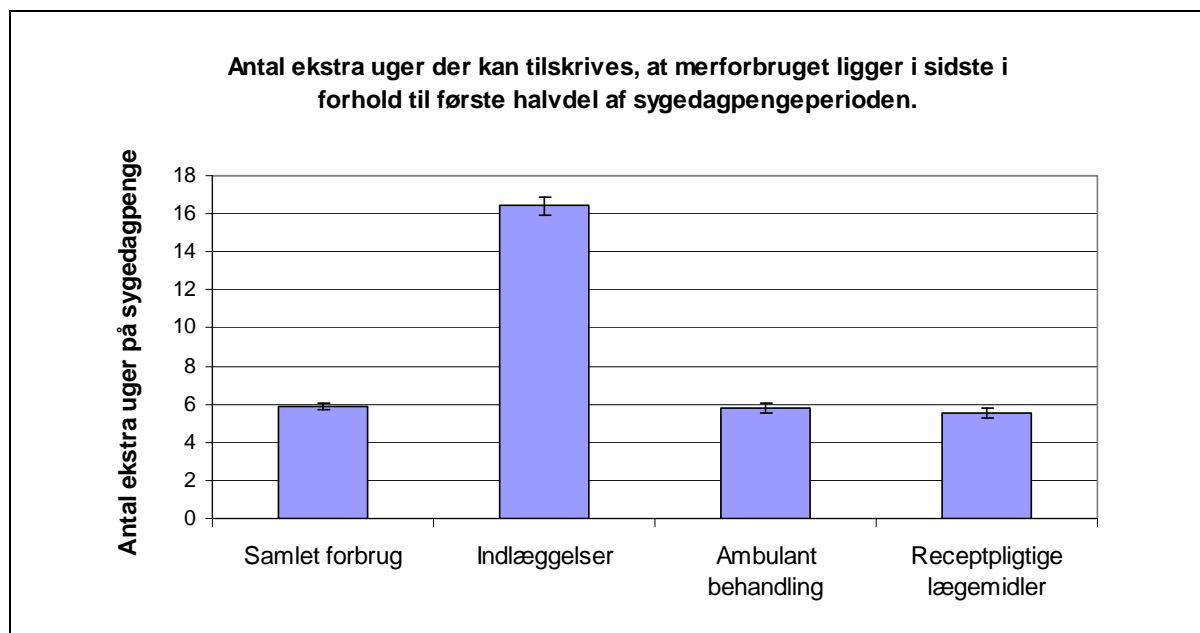
Ser vi på sammenhængen mellem sygedagpengeforløb og et forsinket forbrug af sundhedsydelser, fremgår det af figur 4.7.2 at et større forbrug i 2. halvdel af sygedagpengeperioden, synes at betyde at sygedagpengeperioden forlænges.

Figur 4.7.2 Antal uger på sygedagpenge opdelt på hvorvidt størstedelen af forbruget har ligget i første eller sidste halvdel af sygedagpengeperioden.



For at teste om timing af sundhedsydelse har en statistisk signifikant effekt på sygedagpengeperiodens længde, har vi gennemført en regressionsanalyse, hvor den afhængige variabel er sygedagpengeperiodens længde. Herudover er kontrolleret for diagnose.

Figur 4.7.3 Antal uger på sygedagpengemodtagere der kan tilskrives, at deres forbrug ligger i sidste i forhold til første halvdel af sygedagpengeperioden, når der kontrolleres for diagnose. Med angivelse af 95 % konfidensinterval.

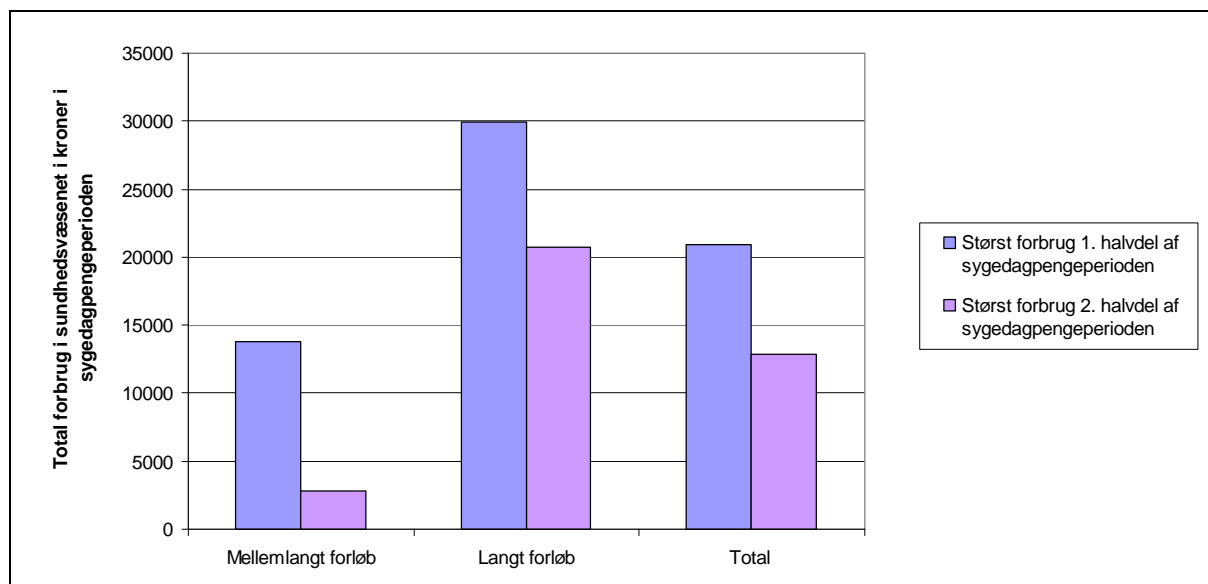


Effekten af et forsinket forbrug af sundhedsydelser er forbundet med længere sygedagpengeperioder, uanset hvilken type sundhedsydelser det forsinkede forbrug er relateret til. Hvis størstedelen af sundhedsudgifterne ligger i sidste halvdel af sygedagpengeperioden set på tværs af de forskellige typer af sundhedsydelser, er sygedagpengeperioden gennemsnitligt seks uger længere, end hvis størstedelen af forbruget ligger i første halvdel af sygedagpengeperioden. Forsinkelse i forbrug af sygehusydelser (indlæggelser) er forbundet med en markant forlængelse af sygedagpengeperioden på i gennemsnit 16 uger. Sent forbrug af ambulante ydelser og receptpligtig medicin giver i gennemsnit en forøgelse af sygedagpengeperioden på knap seks uger.

4.7.2 Sammenhængen mellem forbruget i sundhedsvæsenet og forsinkelse i behandlingen

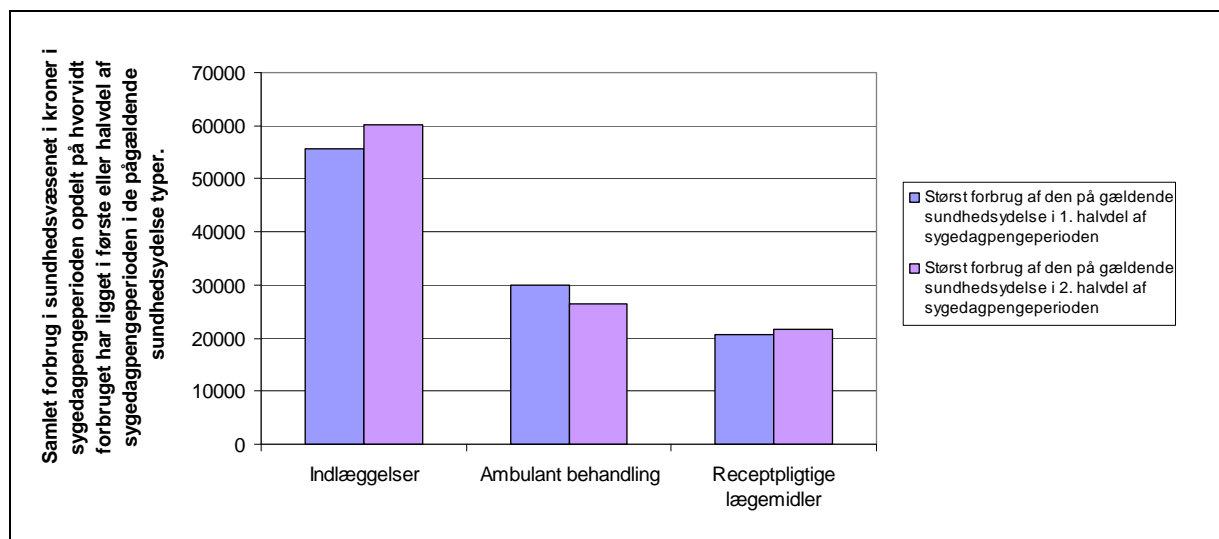
I nedenstående figurer (4.7.4 og 4.7.5) ser vi, at der synes at være en sammenhæng mellem årlige totalomkostninger og en tidsmæssig forsinkelse af forbruget. Denne sammenhæng ser dog tilsyneladende ud til at gå i modsatte retning i forhold til vores hypotese. De sygedagpengemodtagere, der har det største forbrug i 1. halvdel af sygedagpengeperioden, har det største totale forbrug til sundhedsudgifter i sygedagpengeperioden.

Figur 4.7.4 Årligt total forbrug i sundhedsvæsenet opdelt på længde af sygedagpengeperioden og hvorvidt størstedelen af forbruget i sygedagpengeperioden har ligget i første eller sidste halvdel.



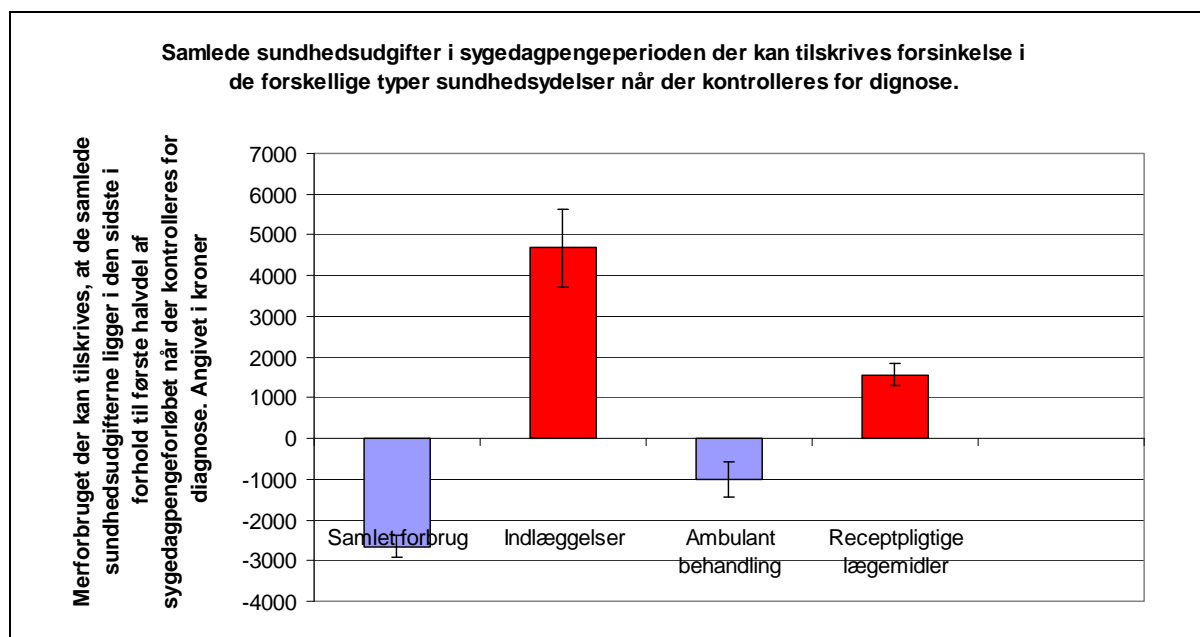
I figur 4.7.5 ser vi mere detaljeret på effekten på de samlede omkostninger af forsinkelser i relation til forskellige typer af ydelser. Det ses, at sene indlæggelsesomkostninger er forbundet med større samlede omkostninger. Det samme gælder for receptpligtige lægemidler. Et sent forbrug af ambulante ydelser betyder derimod en samlet besparelse i sundhedsomkostninger.

Figur 4.7.5 Total forbrug i sundhedsvæsenet i sygedagpengeperioden opdelt på hvorvidt størstedelen af forbruget af de forskellige typer sundhedsydelser har ligget i første eller sidste halvdel af sygedagpengeperioden. Der er kun inkluderet de sygedagpengemodtagere, der har haft et forbrug i de respektive sundhedsydelser.



Som nedenstående figur viser, er de samlede sundhedsudgifter ca. 2500 kr. lavere for sygedagpengemodtagere, der har det største forbrug i sidste i forhold til første halvdel af sygedagpengeperioden. Ved at se på forsinkelse i de forskellige typer behandlinger ses det dog, at det kun er i forbindelse med sen ambulant behandling, at det samlede forbrug er lavere i sygedagpengeperioden. I det tilfælde at indlæggelsesomkostninger eller omkostninger til receptpligtige lægemidler primært ligger sidst i sygedagpengeperioden øges de samlede omkostninger derimod.

Figur 4.7.6 Forbruget i sundhedsvæsenet i kr. pr. personår der kan tilskrives, at forbruget ligger i sidste i forhold til første halvdel af sygedagpengeperioden, når der kontrolleres for diagnose. Med angivelse af 95 % konfidensinterval.



Figur 4.7.6 viser, at et merforbrug af sundhedsydelse i sidste halvdel af sygedagpengeperioden i forhold til første betyder, at sygedagpengeforløbet gennemsnitligt er seks uger længere, når der kontrolleres for diagnose. Figuren viser, at hvis den største andel af forbruget i alle typer af sundhedsydelse ligger i den sidste halvdel af sygedagpengeperioden, er sygedagpengeperioden gennemsnitligt længere. Særligt hvis forbruget i form af en indlæggelse på et hospital er i den sidste halvdel af sygedagpengeperioden i forhold til den første, er sygedagpengeforløbet gennemsnitligt længere.

Billedet tegner sig således forskelligt, når der er tale om sene omkostninger af forskellige typer af ydelser. At ambulante undersøgelser sent i et dagpengeforløb medfører en samlet reduktion i behandlingsomkostninger må skyldes, at de patienter, der kommer til ambulant behandling sent i forløbet, i mindre grad modtager sundhedsydelse før den ambulante kontakt. Det samme gør sig tilsyneladende ikke gældende for indlæggelser og medicin. For sene indlæggelser kan der være tale om sen diagnosticering og/eller ventetid til elektiv behandling. Og ventetiden synes at være forbundet med ekstra sundhedsomkostninger. Ved forsinket medicinsk behandling er der tilsyneladende tale om et merforbrug af andre typer af sundhedsydelse, hvilket kunne være kontakter til læge og speciallæge. Det har ikke været muligt indenfor dette studies tidsramme at gå nærmere ind i de underliggende forklaringer, ej heller at analysere mere detaljeret hvorfor sen ambulant behandling udmærker sig ved at være forbundet med ressourcebesparelser.

4.7.3 Opsummering af sammenhængen mellem længden af sygedagpengeperioden samt forbruget i sundhedsvæsenet og forsinkelse i behandlingen

Vores resultater viser, at sygedagpengemodtagere, der kun har en grundskoleuddannelse, har 5 % større sandsynlighed end andre for at have et forsinket forbrug. Dette er en forholdsvis lille, men statistisk signifikant effekt. Arbejdsløse har 20 % større sandsynlighed end andre for at være blandt dem, der primært forbruger sundhedsydelse sidst i dagpengeperioden. Alder synes ikke at have nævneværdig betydning. Vi ser nogle regionale forskelle. Region Hovedstaden og Region Sjælland har et øget antal af sygedagpengemodtagere med et større sundhedsforbrug sidst i sygedagpengeperioden.

Overordnet kan vi således konkludere, at der er en tendens til, at et sent forbrug af sundhedsydelse i sygedagpengeperioden forlænger sygedagpengeperioden. Samtidig kan vi se, at et forsinket forbrug i gennemsnit mindsker de totale sundhedsomkostninger. Forsinkelse i indlæggelser og forbrug af receptpligtig medicin er dog forbundet med en forøgelse af det samlede forbrug af sundhedsydelse. Vi ser endvidere, at forsinkelse i forbruget af sundhedsydelse inden for sygedagpengeperioden er knyttet til visse sociodemografiske karakteristika såsom lav uddannelse og arbejdsløshed.

4.8 Ideer til fortsatte analyser

1. Det vil være muligt at lave en registerbaseret sundheds- og samfundsøkonomisk analyse af hele omkostningsforløbet med udgangspunkt i de givne registertrækninger. Hermed vil også omkostningerne til udbetaling af sygedagpenge blive inkluderet.
2. Analyser med brug af en kontrolgruppe: Det vil være muligt at undersøge omkostningsforskellene for ikke-sygedagpengemodtagere og sygedagpengemodtagere.
3. Finansiell fordelingsanalyse: Det finansielle incitament afdækkes i form af en finansiell fordelingsanalyse, hvor udgifterne i henhold til ovenstående sundhedsøkonomiske analyse fordeles mellem region/stat, kommune og virksomheder. Analysen foretages med baggrund i gældende politiske og økonomiske takster, netto efter mellemoffentlige overførsler. En finansiell fordelingsanalyse synliggør således interessenternes reelle finansielle incitament til en optimeret indsats.
4. Workshop eller interviewrunde, hvor resultaterne af de kvantitative analyser præsenteres for relevante repræsentanter for hhv. sundhedspersonale og/eller sygedagpengemodtagere for at få mere indsigt i sammenhængen imellem analysevariablerne og herigennem trække på disse personers erfaringer og viden om forklaringer på sygefravær.

Workshop/interviews kan endvidere anvendes i fortolkning af en "in difference" analyse af forskellige kommuners indsatser, hvor der er forskelle i ventetiden på tværs af kommunerne.

5. Diskussion

Vi har i denne rapport arbejdet med en række arbejdshypoteser for 1) at søge at beskrive sygedagpengemodtagere og deres sundhedsforbrug rent deskriptivt, samt 2) analysere forskellige årsags-sammenhænge relateret til sygedagpengemodtageres forbrug af sundhedsydelse og længden af sygedagpengeperioden. Vi vil nedenfor gennemgå resultaterne og drage konklusioner på tværs af de mest interessante resultater.

Vores analyser baserer sig på de godt 600.000 individer, som modtog sygedagpenge i mindst et tilfælde i perioden 2007-2008, og som vi har baggrundsoplysninger på. Knap 63 % af disse havde kun ét forløb, mens knap 11 % havde mere end tre sygedagpengeforløb over de to år. Da flere sygedagpengemodtagere har haft både flere sygedagpengeforløb og flere kontakter med sundhedsvæsenet, har det derfor været nødvendigt at simplificere data. Vi har fortolket et sygedagpengeforløb som bestående af flere forløb i de tilfælde, hvor individerne har haft flere forløb i løbet af 2007 og 2008. Dette har været praktisk, idet det er særdeles vanskeligt at afgrænse de sundhedsydelser, der er associeret med en given sygedagpengeepisode, idet sundhedsydelser, der er forbundet med et givet sygdomsforløb, kan ligge både før og efter det enkelte sygedagpengeforløb. Endvidere er der en vis sandsynlighed for, at hvad der synes at være uafhængige sygedagpengeforløb faktisk er forbundet med samme sygdomsepisode. Den strategi, vi har valgt, er ikke uproblematisk, men strategien vurderes som den mest hensigtsmæssige.

Det skal understreges, at analyserne og de konklusioner, der drages, er begrænset, af at vi kun har kunnet kontrollere for mulige forklarende faktorer, det har været muligt at få oplysninger om. Det kan derfor ikke udelukkes, at en række – for os uobserverede variable – kan forklare nogle af de sammenhænge, vi observerer. Det er f.eks. muligt, at vi ikke i tilstrækkelig grad har kontrolleret for sygdommens alvorlighed grundet utilstrækkelig detaljeringsgrad i de data, vi havde til rådighed. I den udstrækning dette er tilfældet, kan den uforklarede sammenhæng mellem sygedagpengeperiodens længde og sundhedsforbrug muligvis forklares herved. Derfor skal man på basis af de data, som analysen baserer sig på, være forsigtig med at konkludere, at der er en direkte sammenhæng mellem sygedagpengeperiodens længde og sundhedsforbruget, blot fordi der er uforklaret samvariation mellem disse. Det er i stedet sandsynligt, at der eksisterer yderligere forklarende variable, der udgør årsagen til sygedagpengeperiodens længde såvel som sundhedsforbruget.

5.1 Karakteristika ved sygedagpengemodtagere og sygedagpengeperiodernes sammenhæng med de forskellige diagnoser og sundhedsydelser

Vi forventede, at sygedagpengemodtagernes forbrug af sundhedsydelser ville være større end blandt den generelle befolkning. Dette blev for sygedagpengemodtagere under 65 år generelt bekræftet i afsnit 4.2. Forbruget af sygesikringsydelser og lægemidler er markant højere blandt sygedagpengemodtagere i forhold til den generelle befolkning. Dette gælder uanset længden af sygedagpengeforløbet. For somatiske indlæggelser er dette sandt for modtagere af sygedagpenge med mellemlangt eller langt forløb. De, der har et kort sygedagpengeforløb, synes dog at have brug for færre somatiske hospitalsydelser end den generelle befolkning.

Vi forventede endvidere, at forbruget af sundhedsydelser stiger med længden af sygedagpengeperioden, og dette blev bekræftet (afsnit 4.3). De sygedagpengemodtagere, der har et længere sygedagpengeforløb, forbruger flere sundhedsydelser, og dette gælder for alle typer af sundhedsydelser. For-

bruget af sundhedsydelse stiger dog mest markant med længden af sygedagpengeperioden for mænd. En ekstra uge på sygedagpenge er forbundet med gennemsnitligt ekstra 342 kr. for mænd og 248 kr. for kvinder. Sammenhængen er ikke lineær, og der er en større stigning i udgifter for de første uger på sygedagpenge i forhold til ekstra uger for de længere sygedagpengeforløb.

Specielt i relation til afdækning af deciderede årsagssammenhænge er det nødvendigt at træde varsomt, idet både forbrug af sundhedsydelse og sygedagpengeperiodens længde er knyttet til bagvedliggende faktorer, der reflekterer et behov for både sundheds- og sociale ydelser. At der kan ses en sammenhæng mellem forbrug af sundhedsydelse og forbrug af sygedagpenge, skal derfor ikke umiddelbart fortolkes som værende udtryk for en kausal sammenhæng. En vigtig årsag er den bagvedliggende diagnose, der initierer behov for ydelser. Vi forventer således, at både forbruget af sundhedsydelse og længden af sygedagpengeperioden er afhængig af, hvilken diagnose patienten har taget kontakt til sundhedsvæsenet med (hvilket blev undersøgt i afsnit 4.4). Når frekvensen af somatiske indlæggelser grundet forskellige diagnoser blandt sygedagpengemodtagere sammenholdes med den danske befolkning, finder vi, at nogle diagnoser er underrepræsenterede, mens andre er overrepræsenterede (figur 4.4.1, afsnit 4.4). Svulster er således i mindre grad end forventet en årsag til modtagelse af sygedagpenge. Derimod ser vi, at en relativ stor andel af dem, der har knogle- og muskellidelse, kommer i sygedagpengeforløb. Vi ser endvidere, at der er markante forskelle i den gennemsnitlige længde af sygedagpengeforløb inden for de forskellige typer af indlæggelsesdiagnoser. Læsioner og forgiftninger er forbundet med meget kortere sygedagpengeforløb end gennemsnittet, mens svulster, psykisk sygdom, samt knogle- og muskellidelse har meget lange forløb i forhold til gennemsnittet. Knogle- og muskellidelse udmærker sig således ved at være forbundet med høj sandsynlighed for at indgå i et sygedagpengeforløb, og dette forløb er samtidig relativt langt. Derimod er denne sygdomsgruppe ikke den dyreste i relation til forbrug af sundhedsydelse. Svulster og kredsløbssygdomme initierer markant højere samlede sundhedsmkostninger. Når vi ser på forskellige diagnoser, er der således ikke et sammenfald mellem de sygdomme, som er ressourcetunge for sundhedsvæsenet, og de diagnoser, som er forbundet med produktionstab og udgifter til sygedagpenge.

5.2 Efterspørgsels- og udbuds faktorer i relation til sygedagpengeperioden og sundhedsydelse

Behov og efterspørgsel efter både sundhedsydelse og sygedagpenge er ikke alene bestemt af diagnose, men også af andre personlige karakteristika såsom sociale forhold og alder. Forskellige personlige karakteristika kan influere på, hvor gennemslagskraftig man er som person i sin efterspørgsel af sundhedsydelse, og den sygemelding der berettiger til sygedagpenge.

Vi forventer således, at både forbruget af sundhedsydelse og længden af sygedagpengeperioden vil være forbundet med personlige karakteristika. Vi finder (i afsnit 4.5), når vi kontrollerer for diagnose og geografisk tilhørssted, at alle sociodemografiske faktorer, vi har oplysninger om, har betydning for både længde af sygedagpengeforløb og det samlede forbrug i sundhedsvæsenet.

Vi finder, at uddannelse (når der kontrolleres for alle andre mulige forklarende variable) er bestemmende for både niveauet af sundhedsudgifter og længden af sygedagpengeforløb. Sammenhængen mellem højere uddannelse og større forbrug af sundhedsydelse, når vi kontrollerer for andre variable, der kunne indikere behov for sundhedsydelse (diagnose, køn og alder), er interessant. Under antagelse af at højere uddannelse ikke i sig selv kan generere et øget behov for sundhedsydelse, tyder dette resultat på, at de personer på sygedagpenge, der har højere uddannelse, i højere grad formår at efterspørge de sundhedsydelse, de har behov for. Højere uddannelse kan fortolkes som en indikator for, at en person har større viden om egne behov for sundhedsydelse og/eller har bedre kommunikationsevner. Det er således sandsynligt, at adgang til og opnåelse af sundhedsydelse i en vis udstræk-

ning er bestemt ved disse evner. At længen af sygedagpengeperioden samtidig mindskes ved længere uddannelse (når der er kontrolleret for andre faktorer) tyder på, at der kunne være en sammenhæng mellem evnen til at opnå flere sundhedsydelse og evnen til hurtigere at returnere til arbejdsmarkedet. Om der er en kausal sammenhæng mellem et større forbrug af sundhedsydelse og kortere sygedagpengeforløb kan ikke endeligt bevises ved dette resultat, men det er dog sandsynliggjort.

Den effektuerede efterspørgsel efter sundhedsydelse og det observerede sygedagpengeforløb er dog ikke nødvendigvis alene bestemt af efterspørgselsfaktorer, men også udbuds faktorer. Vi har derfor, ud fra en hypotese om at forbruget af sundhedsydelse og længden af sygedagpengeforløbet også kunne være associeret med geografisk tilhørssted, analyseret i hvilken grad variationen i forbruget af sundhedsudgifter og sygedagpengeforløb kan forklares ved geografisk bopæl, når der kontrolleres for forventet efterspørgsel (afsnit 4.6). Vi finder, at geografisk tilhørssted synes at forklare en meget lille del af variationen. På regionalt niveau finder vi, at tre regioner har en mindre afvigelse fra både det forventede forbrug af sundhedsydelse og den forventede gennemsnitlige længde af sygedagpengeforløbet. Interessant nok gælder det, at de regioner, der har et lidt højere forbrug af sundhedsydelse end forventet, også har et lidt længere sygedagpengeforløb en forventet og omvendt. Bag dette mønster kan der ligge geografiske karakteristika, der forklarer både de længere/kortere sygedagpengeforløb og de øgede/mindskede sundhedsomkostninger, men det kan ligeså vel være, at vi ikke i tilstrækkelig grad har kontrolleret for faktorer, der er bestemmende for behov for ydelse. Der kan derfor ikke trækkes nogen entydig forklaring ud af denne sammenhæng.

5.3 Policy-instrumenter i forbindelse med sygedagpenge og sundhedsydelse

Vi har i vores analyse konstateret, at det i høj grad er faktorer, der er knyttet til efterspørgsel (diagnose og sociodemografi), der er bestemmende for forbruget af sundhedsydelse såvel som længden af sygedagpengeforløbet. Hertil har vi kunnet se, at generelle udbuds faktorer, der er knyttet til bestemte geografiske områder, kun forklarer en lille andel af variationen i omkostninger og forløbslængde. Vi kan dog konstatere, at der, når vi ser på sammenhængen mellem totale sundhedsomkostninger og længden af sygedagpengeforløbet og samtidig kontrollerer for både efterspørgsels- og udbuds faktor, stadig finder en uforklaret statistisk signifikant sammenhæng mellem sundhedsomkostninger og sygedagpengeforløb. Dette tyder på, at der er andre årsager end de ovenfor nævnte, som kan forklare både forbruget af sundhedsydelse og længden af sygedagpengeforløbet. Der er således grund til analysere, om der er yderligere forklaringsfaktorer. Vi vælger at fokusere på, om der findes en sammenhæng mellem "forsinket" forbrug (defineret ved at forbruget i sidste halvdel af sygedagpengeperioden er større end i første halvdel) og størrelsen af det samlede forbrug af sundhedsydelse i sygedagpengeperioden samt sygedagpengeperiodens længde (dette analyseres i afsnit 4.7).

Vi finder, at for det typiske behandlingsforløb ligger størsteparten af omkostningerne i første halvdel af sygedagpengeforløbet, men at for knap 25 % af sygedagpengemodtagerne er forbruget størst i sidste halvdel af forløbet. Disse sygedagpengemodtagere er først og fremmest at finde blandt dem, der har lange sygedagpengeforløb. Vi analyserer, om der er en sammenhæng mellem forsinkelse i forbruget og størrelsen af det samlede forbrug, idet vi samtidig kontrollerer for diagnose. Vi finder, at de samlede sundhedsudgifter er ca. 2500 kr. lavere for sygedagpengemodtagere, der har det største forbrug i sidste i forhold til første halvdel af sygedagpengeperioden. Vores hypotese om, at forsinket behandling betyder øget behandling på grund af et øget behov, bekræftes således ikke, når der fokuseres på det overordnede billede. For sygedagpengemodtagere med sene omkostninger til indlæggelse og forbrug af medicin ser vi dog et øget samlet sundhedsforbrug, hvilket er i tråd med vores forventning. At der tegner sig et nuanceret billede, når vi ser på sammenhængen mellem timing af forbrug og samlet forbrug af sundhedsydelse, er ikke så overraskende, idet forsinkelse i behandling kan have forskellige

konsekvenser for forbrugsmønstret. Et forsinket forbrug kan betyde, at et behov, der var til stede i starten af sygedagpengeperioden, aldrig blev dækket, men uden at det havde konsekvenser for behandlingsforløbet, når først det blev initieret. I dette tilfælde vil det samlede totale forbrug af sundhedsydelser mindskes. Et forsinket forbrug af sundhedsydelser kan dog i nogle tilfælde have den konsekvens, at et udækket behov for sundhedsydelser først i sygedagpengeforløbet betyder, at behandlingsforløbet efterfølgende ændres. En forsinkelse i behandling kan betyde en forværring af sundhedstilstanden og et større behov for sundhedsydelser (og måske dyrere sundhedsydelser). I dette tilfælde kan konsekvensen være, at de samlede omkostninger øges.

Effekten af et forsinket forbrug af sundhedsydelser på længden af sygedagpengeperioden er derimod meget klar. Forsinkelse i forbrug af sygehusydelser (indlæggelser) er forbundet med en markant forlængelse af sygedagpengeperioden på i gennemsnit 16 uger. Sent forbrug af ambulante ydelser og receptpligtig medicin giver i gennemsnit en forøgelse af sygedagpengeperioden på knap seks uger.

Dette er et markant resultat og kunne indikere, at for en kvartdel af sygedagpengepopulationen er leveringen af sundhedsydelser ikke hensigtsmæssigt tilrettelagt, hvilket kan afstedkomme et øget produktionstab og udgifter til sygedagpenge (og i nogle tilfælde øgede sundhedsomkostninger). Man skal nødvendigvis være forsigtig med at overfortolke et sådant resultat. Vi foretager derfor yderligere undersøgelser, hvor vi analyserer, hvilke faktorer der er bestemmende for, om en person falder blandt de 25 %, der får forsinket ydelse. I den udstrækning at den forsinkede ydelse kan forklares ved observerede forhold, der relaterer sig til enten efterspørgslen eller udbuddet af sundhedsydelser, kan det sandsynliggøres, at forsinkelsen ikke er tilfældig eller bestemt af uobserverede forhold, men muligvis bestemt af adgangsforhold eller patientens evne til at udtrykke behov og dermed efterspørge en ydelse.

Vores resultater viser, at sygedagpengemodtagere, der kun har en grundskoleuddannelse, og arbejdsløse har en noget højere sandsynlighed for at være blandt sygedagpengemodtagere, der har større sundhedsforbrug i sidste halvdel af sygedagpengeperioden. Vi ser også nogle regionale forskelle. Region Hovedstaden og Region Sjælland har et øget antal af sygedagpengemodtagere med et større sundhedsforbrug sidst i sygedagpengeperioden. Der er tale om moderate effekter. Men resultaterne indikerer dog, at der kunne være en vis ulighed i adgang til sundhedsydelser blandt sygedagpengemodtagere, og denne ulighed kan blandt andre årsager afstedkomme forsinkelser i sundhedsforbruget. Vores resultater tyder på, at en sådan forsinkelse kan betyde markante forlængelser af sygedagpengeforløbet, men samtidig tyder vores resultater også på, at en sådan forsinkelse muligvis kan afværges. En mere målrettet indsats med henblik på tidligt i sygedagpengeforløbet at afdække behovet for sundhedsydelser kunne muligvis betyde en væsentlig forkortelse af sygedagpengeperioden blandt nogle sygedagpengemodtagere.

6. Konklusion

I afsnit 2 fremlagde vi en række hypoteser, som vi igennem rapporten har søgt svar på. Nedenfor ses en kortfattet opsummering af resultaterne i forhold til de opstillede hypoteser.

- ◆ Sygedagpengemodtagernes forbrug af sundhedsydelse er større end blandt den almindelige befolkning.
 - Vores resultater støtter denne hypotese. Det totale forbrug i sundhedsvæsenet pr. personår for sygedagpengemodtagere i aldersgruppen 25-64 år er næsten dobbelt så højt i forhold til det gennemsnitlige forbrug for en gennemsnitsdansker i samme alder.
- ◆ Forbruget af sundhedsydelse stiger med længden af sygedagpengeperioden.
 - Resultaterne viser, at sammenhængen i høj grad kan forklares ved bagvedliggende faktorer som diagnose og sociodemografi. Men der er også en sammenhæng mellem forbruget af sundhedsydelse og længden af sygedagpengeperioden, der umiddelbart er uforklaret.
- ◆ Forbruget af sundhedsudgifter og længden af sygedagpengeperioden er afhængig af årsagen til sygemeldingen.
 - I resultaterne fandt vi en sammenhæng mellem diagnose ved indlæggelse og hhv. længden af sygedagpengeperioden og sundhedsudgifter. Nogle diagnoser giver lange sygedagpengeperioder, mens andre diagnoser er forbundet med et højt forbrug af sundhedsydelse. Sammenhængen er derfor ikke entydig.
- ◆ Forbruget af sundhedsydelse og længden af sygedagpengeperioden er afhængig af socio-demografiske faktorer.
 - Resultaterne viser en sammenhæng mellem alle sociodemografiske variable og både længden på sygedagpengeperioden og forbruget i sundhedsvæsenet. Lav uddannelse udmærker sig ved at være forbundet med længere sygedagpengeperioder og lavere forbrug af sundhedsydelse.
- ◆ Forbruget af sundhedsydelse og længden af sygedagpengeperioden er afhængig af geografisk tilknytning.
 - Resultaterne støttede i nogen grad denne hypotese, men det er i højere grad personkarakteristika, der forklarer variationen.
- ◆ Behandling sent i forløbet er forbundet med længere sygedagpengeperiode og et højere forbrug i sundhedsvæsenet.
 - Behandling sent i forløbet er forbundet med betydelig forlængelse af sygedagpengeperioden. For sundhedsforbruget kan det samme entydige billede ikke påvises.

Vi fremhæver herunder de mest policy-relevante konklusioner, vi kan drage på basis af de mange analyser, der er lavet. For det første finder vi, at nogle diagnoser er forbundet med høje sundhedskostninger, mens andre diagnoser er forbundet med store produktionstab og sygedagpengeudbetalinger. Der er således ikke nødvendigvis samstemmende interesse for at fokusere på en mere effektiv

indsats over for visse sygdomsgrupper på tværs af offentlige instanser, idet de dyre diagnoser ikke er de samme på tværs af de offentlige budgetter.

Resultaterne viser, at noget variation i sundhedsmkostninger og længden af sygedagpenge kunne forbindes med geografisk tilhørsforhold. Dog var den samlede forklaringsgrad lille, og konklusionen må være, at det ikke er forhold knyttet til region eller kommune, som primært er afgørende for sygedagpengemodtagernes sundhedsmkostninger og længden af deres forløb. Dette er relevant, da geografisk tilhørsforhold er tilknyttet udbudssiden, og konklusionen er dermed, at der ikke er den store forskel i udbuddet.

Derimod finder vi, at sociodemografiske faktorer i høj grad er bestemmende for både sygedagpengeperiodens længde og for, hvor mange sundhedsydelse der forbruges. Vi konstaterer, at et højt uddannelsesniveau på samme tid betyder et øget forbrug af sundhedsydelse og et forkortet sygedagpengeforløb (når der kontrolleres for andre forklarende faktorer). Dette kunne tyde på, at sociodemografiske faktorer er relateret til efterspørgslen i både sundhedsvæsenet og sygedagpengesystemet, og dermed at ressourcestærke personer i højere grad formår at organisere den behandling, der er behov for, for at returnere til arbejdsmarkedet. Det tyder altså på en substitutionseffekt, der betyder, at nogle personprofilers sygedagpengeforløb medfører større offentlige udgifter til sundhedsvæsenet, men derimod mindre offentlige udgifter til sygedagpenge.

Resultaterne viser samtidig, at forsinkelse i forbruget af sundhedsydelse blandt sygedagpengemodtagere er associeret med et markant længere sygedagpengeforløb. At sygedagpengemodtagere med et relativt højt forbrug i den sidste halvdel af deres sygedagpengeforløb i nogen grad er overrepræsenteret af folk med lav uddannelse samt arbejdsløse peger i retning af, at udgifter til sygedagpenge kan mindskes, hvis der initieres en større indsats for rettidigt at afdække behovet for sundhedsydelse blandt sygedagpengemodtagere generelt og blandt disse befolkningsgrupper specifikt. Det er ikke lige så entydigt, hvad forsinket behandling betyder for sundhedsmkostningerne, og det vil være relevant at undersøge dette nærmere.

Litteratur

- 1) Beskæftigelsesministeriet. Analyse af sygefraværet. København: Beskæftigelsesministeriet; 2008.
- 2) Høgelund J, Boll J, Skou M, Jensen S. Effekter af ændringerne i sygedagpengeloven. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2008.
- 3) Beskæftigelsesministeriet. LOV nr. 389 af 27/05/2008 (Gældende). København: Beskæftigelsesministeriet; 2008.
- 4) Østergaard Nielsen A. Rapport om langvarige sygedagpengeforløb. Århus: Sociologisk Analyse; 2001.
- 5) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Det danske sundhedsvæsen i nationalt perspektiv. 2009.

Bilag 1: DREAM-databasen

DREAM er en forløbsdatabase baseret på data fra Beskæftigelses-, Velfærds-, Undervisningsministeriet og Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration.

Datasættet omfatter samtlige personer, der har modtaget visse offentlige overførselsindkomster fra medio 1991 og frem. Arten af ydelse angives ugevis for hver enkelt person. Basen ajourføres kvartalsvis tre måneder forskudt.

Den ugentlige ydelsesoplysning angiver f.eks., om personen har været ledig, på orlov, på efterløn, syg, på bistandshjælp, været på SU-berettiget uddannelse eller i aktivering. For at kunne analysere personernes afgangsmønstre er registret yderligere suppleret med oplysninger om overgang til førtidspension samt folkepension eller dødsfald før folkepensionsalderen.

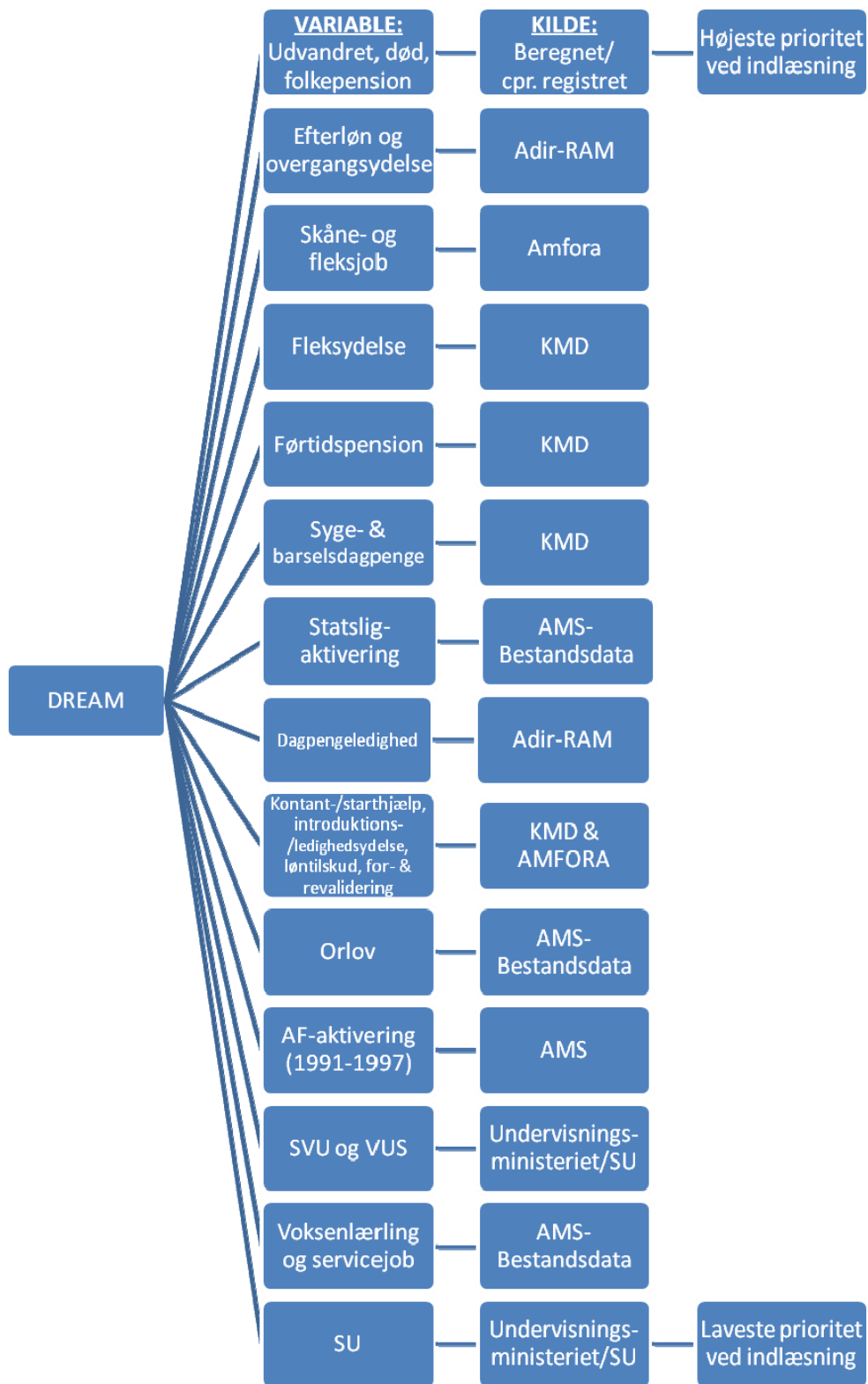
Endelig vedhæftes der en række andre analysevariable. Det drejer sig om oplysninger som etnisk baggrund, civilstand, bopælskommune og a-kasse-tilhørsforhold.

DREAM omfatter i alt ca. 3,8 mio. personer.

Den ugentlige ydelsesoplysning dannes, blot personen har været én dag på en ydelse. Da der imidlertid kun kan registreres én ugentlig ydelsesoplysning, foretages der i nogle tilfælde en overskrivning af koder ved dannelsen af registret. Således har ledighedsoplysninger højere prioritet end kontanthjælpsdata. Derimod har f.eks. sygedagpengedata højere prioritet end aktiveringsoplysninger.

DREAM bør derfor ikke anvendes til bestandsopgørelser, da disse aldrig vil være sammenlignelige med bestandsopgørelser baseret på de oprindelige datakilder.

DREAM er derimod yderst velegnet til forløbsanalyser over tid, hvor der i stedet fokuseres på skift mellem ordninger eller varigheden af givne ydelsesperioder. DREAM anvendes derfor bl.a. til analyser vedrørende marginaliseringsomfanget, effektanalyser, estimering af ledighedsancienniteten etc.



SYGEDAGPENGE

En lønmodtager, der ikke modtager løn under sygdom, vil normalt have ret til sygedagpenge fra arbejdsgiveren i de første 21 kalenderdage af sygefraværet. Det kræver dog, at lønmodtageren på 1. fraværsdag har været ansat uafbrudt i de seneste 8 uger før fraværet hos den pågældende arbejdsgiver og i denne periode har været beskæftiget hos arbejdsgiveren i mindst 74 timer.

Det er funktionærloven, overenskomst eller ansættelsesaftalen, der afgør, om en lønmodtager i stedet har ret til løn under sygdom.

En lønmodtager, der ikke har ret til sygedagpenge fra en arbejdsgiver – enten fordi lønmodtageren er ude over arbejdsgiverperioden på 21 kalenderdage, eller fordi han ikke har ret til sygedagpenge fra arbejdsgiveren, fordi han ikke opfylder beskæftigelseskravet i forhold til denne – har ret til sygedagpenge fra kommunen, hvis lønmodtageren opfylder én af disse betingelser:

- 1) har været tilknyttet arbejdsmarkedet uafbrudt i de seneste 13 uger før sygdommens indtræden og i denne periode har været beskæftiget i mindst 120 timer samt ikke har ret til sygedagpenge fra arbejdsgiveren for samme periode og beskæftigelsesforhold,
- 2) hvis uarbejdsdygtigheden ikke var indtrådt, ville have været berettiget til arbejdsløshedsdagpenge eller en ydelse, der træder i stedet herfor, jf. lov om arbejdsløshedsforsikring mv.,
- 3) inden for den seneste måned har afsluttet en erhvervsmæssig uddannelse af mindst 18 måneders varighed,
- 4) er elev i lønnet praktik i en uddannelse, der er reguleret ved eller i henhold til lov, eller
- 5) er ansat i fleksjob, jf. kapitel 13 i lov om en aktiv beskæftigelsesindsats.

For at kunne modtage sygedagpenge fra kommunen, skal lønmodtageren anmelde sygefraværet senest en uge efter 1. fraværsdag, eller efter at udbetalingen fra kommunen er ophørt.

Hvis man har en langvarig eller kronisk sygdom, der skønnes at medføre et fravær på mindst ti dage inden for et år, kan arbejdsgiveren og lønmodtageren lave en særlig aftale (§ 56-aftalen). Aftalen går ud på, at arbejdsgiveren udbetaler sygedagpenge/løn og får refunderet det sygedagpengebeløb fra kommunen, som lønmodtageren er berettiget til de første 21 dage af sygdommen. Aftalen skal godkendes af kommunen.

Man kan få udbetalt sygedagpenge i højst 52 uger inden for en periode på 18 måneder. Der er dog en række forlængelsesmuligheder.

I DREAM fremgår kun de personer, der har modtaget sygedagpenge fra kommunen. De bliver registreret fra 1. fraværsdag. DREAM viser sygefravær (ikke nødvendigvis den periode man har modtaget sygedagpenge).

Gyldige koder

891 Sygedagpenge: Personer der modtager sygedagpenge.

892 Sygedagpenge, delvist raske: Personer der modtager sygedagpenge, samtidig med at de oprettholder en erhvervstilknytning. Koden angives for hele sygdomsforløbet, selvom erhvervstilknytningen ikke nødvendigvis har været i hele sygdomsforløbet.

893 Sygedagpenge fra ledighed: En kode som dannes ud fra et anvendelsessynspunkt. Sygedagpenge klipper således af dagpengeretten, hvis sygdommen opstår i forlængelse af ledighed eller aktivering. Det er dog maksimalt de første seks uger af sygdomsforløbet, der klipper af dagpengeretten.

894 Sygedagpenge under aktivering: En kode der ligeledes dannes ud fra et anvendelsessynspunkt. Sygedagpenge midt i ét aktiveringstiltag behøver ikke at betyde, at aktiveringstiltaget skal ophøre, hvis sygdommens længde ikke overskrider to uger. Måler man effekter på aktivering, skal kode 894 opfattes som en del af aktiveringen og ikke som en afgang fra aktivering. Endelig er kode 894 en delmængde af kode 893, dvs. måles der dagpengeanciennitet, skal såvel kode 893 som kode 894 medgå som ydelse, der klipper af dagpengeretten.

895 Sygedagpenge under fleksjob: Ca. 15 pct. af fleksjobbere i en given uge er samtidig berørt af sygdom. Det har besværliggjort opgørelser af fleksjobpersoner, at disse personer stod registreret som syge. En kørsel, der vil opgøre antallet af personer på fleksjob, bør derfor indbefatte koden 895.

Bilag 2: Tabeller til afsnit 4.1

Figur 4.1.1 Den procentvise fordeling af relevante sociodemografiske karakteristika blandt sygedagpengemodtagere (opdelt på længde af sygedagpengeforløb) og den danske befolkning generelt.

		Sygedagpenge- modtagere	Den generelle danske befolkning 15 år + (1)
Køn	Mand	44,5	51,5
	Kvinde	55,5	48,5
Alder	< 26 år	10,0	16,0
	26-35 år	21,7	15,4
	36-45 år	27,1	18,2
	46-55 år	24,4	16,4
	56+ år	16,9	34,0
Civilstand	Gift	52,1	39,7
	Skilt	12,5	7,9
	Ugift	33,8	46,7
	Enke	1,7	5,7
Tilknytning til arbejdsmarkedet	Selvstændig	6,5	6,2
	Lønmodtager høj	6,2	11,5
	Lønmodtager andet	74,4	74,7
	Topleder	1,1	2,4
	Arbejdsløs 6 mdr. +	3,0	5,1
Region	Nordjylland	11,6	9,9
	Midtjylland	23,1	23,1
	Syddanmark	23,1	21,0
	Hovedstaden	26,5	32,5
	Sjælland	15,8	13,4
Uddannelse	Grundskole	28,6	32,4
	Gymnasial	6,1	8,6
	Erhverv	42,8	33,3
	Kort videregående	4,5	5,0
	Mellem videregående	13,8	14,3
	Lang videregående	4,3	6,5

Bilag 3: Tabeller til afsnit 4.2

Figur 4.2.2 Udgifter pr. personår i forbindelse med indlæggelser og ambulante behandlinger på somatiske sygehuse blandt hhv. sygedagpengemodtagere og den generelle befolkning. N (sygedagpengemodtagere der har været til behandling på somatisk sygehus) = 477.171.

		Kort forløb (1)	Mellem forløb (2)	Langt forløb (3)	Total, sygedagpenge- modtagere	Danmark generelt (4)
Somatik	0-24 år*	3.011	6.117	12.362	6.176	2.469
	25-44 år	3.940	7.081	12.247	8.057	4.551
	45-64 år	3.050	9.244	18.771	12.381	7.193
	65+ år	6.722	14.929	29.466	18.868	24.811

Figur 4.2.3 Udgifter til receptpligtig medicin pr. personår blandt hhv. sygedagpengemodtagere og den generelle befolkning. N (sygedagpengemodtagere der har haft udgifter til receptpligtig medicin) = 598.652.

		Kort forløb	Mellem forløb	Langt forløb	Total, sygedagpenge- modtagere	Danmark generelt
Sygesikring	0-24 år*	1.251	1.442	2.223	1.520	660
	25-44 år	1.508	1.836	2.728	2.055	1.074
	45-64 år	1.640	2.114	2.944	2.396	1.388
	65+ år	2.061	2.465	2.923	2.566	3.543

Figur 4.2.4 Sygesikringsudgifter pr. personår blandt hhv. sygedagpengemodtagere og den generelle befolkning. N (sygedagpengemodtagere der har modtaget ydelser fra sygesikringen) = 627.748.

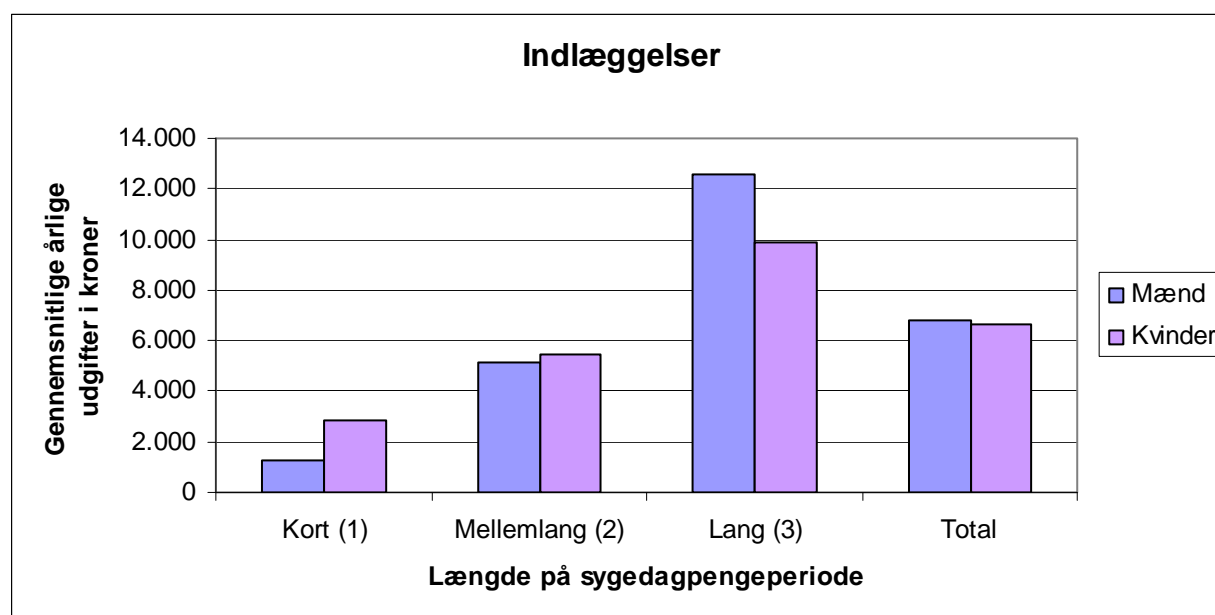
		Kort forløb	Mellem forløb	Langt forløb	Total, sygedagpenge- modtagere	Danmark generelt
Lægemiddel	0-24 år	694	708	1.649	881	158
	25-44 år	912	1.287	2.337	1.548	532
	45-64 år	1.646	2.131	3.460	2.620	1.189
	65+ år	2.900	3.280	4.431	3.635	4.245

Bilag 4: Tabeller til afsnit 4.3

Figur 4.3.1 Sygedagpengemodtageres gennemsnitlige årlige forbrug i kroner i forbindelse med det totale forbrug i sundhedsydelser for indlæggelser, ambulante behandlinger, ydelser i sygesikringsregistret og receptpligtige lægemidler. Figuren inkluderer alle sygedagpengemodtagere (N = 640.450).

	Kort (1)	Mellemlang (2)	Lang (3)	Total
Mænd	3.727	9.623	20.938	12.119
Kvinder	6.825	11.436	19.278	13.507

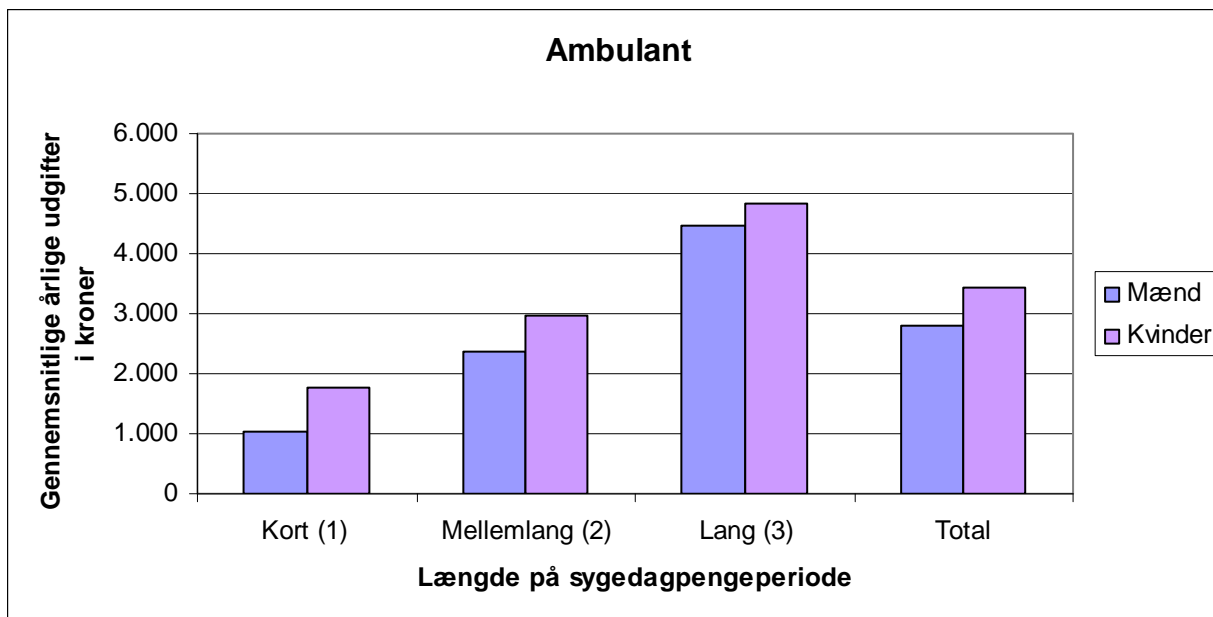
Figur 4.3.2 Sygedagpengemodtageres gennemsnitlige årlige forbrug i kroner i forbindelse med indlæggelser på somatiske sygehuse. Figuren inkluderer alle sygedagpengemodtagere og derved også dem, der ikke har været indlagt. N = 640.450.



- 1) Sammenlagt 2 uger eller mindre på sygedagpenge i 2007 og 2008
- 2) Sammenlagt over 2 uger til 3 måneder på sygedagpenge i 2007 og 2008
- 3) Sammenlagt over 3 måneder på sygedagpenge i 2007 og 2008

	Kort (1)	Mellemlang (2)	Lang (3)	Total
Mænd	1.272	5.161	12.557	6.785
Kvinder	2.847	5.440	9.874	6.614

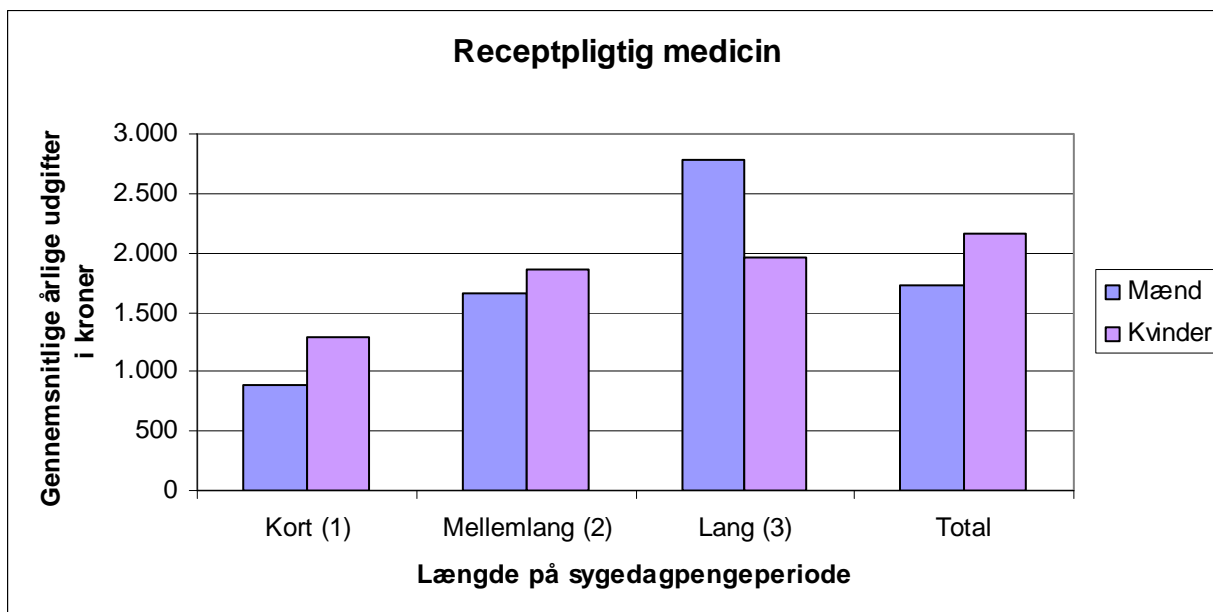
Figur 4.3.3 Sygedagpengemodtageres gennemsnitlige årlige forbrug i kroner i forbindelse med ambulant behandling på somatiske sygehuse. Figuren inkluderer alle sygedagpengemodtagere og derved også dem, der ikke har fået ambulant behandling. N = 640.450.



- 1) Sammenlagt 2 uger eller mindre på sygedagpenge i 2007 og 2008
- 2) Sammenlagt over 2 uger til 3 måneder på sygedagpenge i 2007 og 2008
- 3) Sammenlagt over 3 måneder på sygedagpenge i 2007 og 2008

	Kort (1)	Mellemlang (2)	Lang (3)	Total
Mænd	1.032	2.369	4.480	2.786
Kvinder	1.755	2.975	4.833	3.440

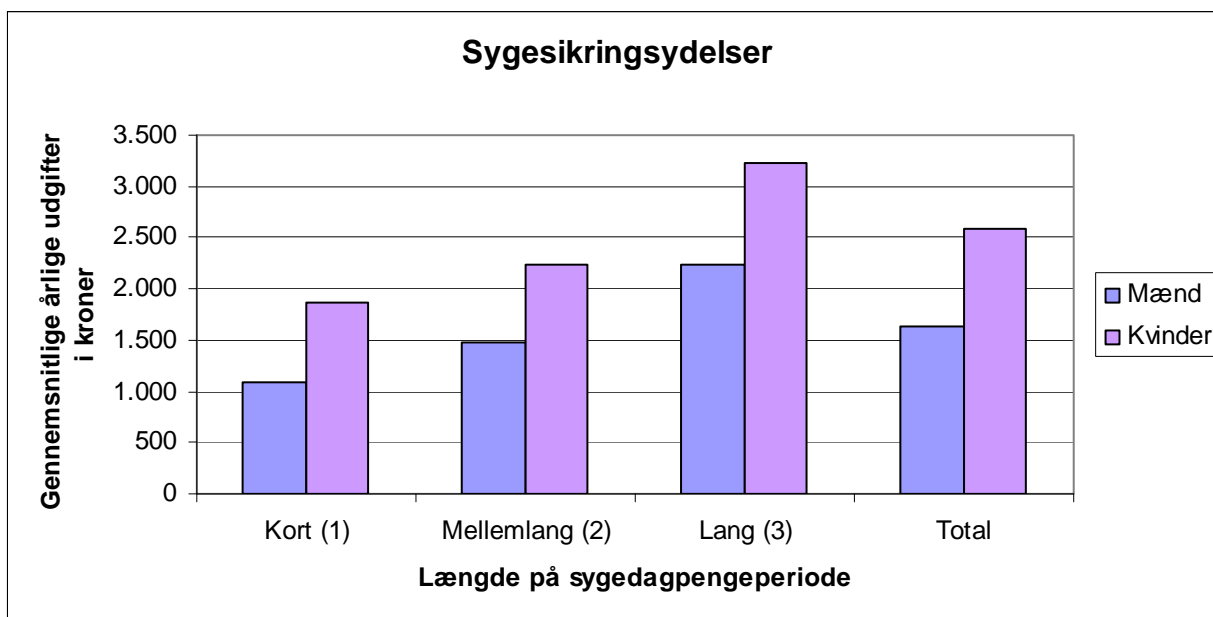
Figur 4.3.4 Sygedagpengemodtageres gennemsnitlige årlige forbrug i kroner til receptpligtig medicin. Figuren inkluderer alle sygedagpengemodtagere og derved også dem, der ikke har købt receptpligtig medicin. N = 640.450.



- 1) Sammenlagt 2 uger eller mindre på sygedagpenge i 2007 og 2008
- 2) Sammenlagt over 2 uger til 3 måneder på sygedagpenge i 2007 og 2008
- 3) Sammenlagt over 3 måneder på sygedagpenge i 2007 og 2008

	Kort (1)	Mellemlang (2)	Lang (3)	Total
Mænd	881	1.656	2.786	1.728
Kvinder	1.288	1.856	1.960	2.164

Figur 4.3.5 Sygedagpengemodtageres gennemsnitlige årlige forbrug i kroner til sygesikringsydelse. Figuren inkluderer alle sygedagpengemodtagere og derved også dem, der ikke har benyttet sygesikringsydelse. N = 640.450.



- 1) Sammenlagt 2 uger eller mindre på sygedagpenge i 2007 og 2008
- 2) Sammenlagt over 2 uger til 3 måneder på sygedagpenge i 2007 og 2008
- 3) Sammenlagt over 3 måneder på sygedagpenge i 2007 og 2008

	Kort (1)	Mellemlang (2)	Lang (3)	Total
Mænd	1.084	1.473	2.231	1.642
Kvinder	1.869	2.230	3.221	2.578

Figur 4.3.6 Gennemsnitligt forbrug i samlede omkostninger pr. personår der kan tilskrives en ekstra uge på sygedagpenge, når der ikke kontrolleres for andre betydende faktorer. Opdelt på mænd og kvinder med et samlet estimat.

	95 % konfidensinterval		
Samlet	287	285	291
Mænd	342	338	346
Kvinder	248	245	251

Bilag 5: Tabeller til afsnit 4.4

Figur 4.4.1 Andelen af hhv. sygedagpengemodtagere der har været indlagt, og den generelle befolkning der har været indlagt i forhold til de forskellige diagnoser. N (sygedagpengemodtagere der har været indlagt) = 198.688.

Medicin	Andel blandt sygedagpenge- modtagere	Andel blandt den generelle befolkning (1)
Infektioner	1,7	2,3
Svulster	4,1	9,0
Sygdom i blodet	3,1	0,9
Endokrine	2,8	2,3
Psykiske	0,9	2,1
Nervesystem	2,2	3,7
Kredsløb	7,4	9,4
Åndedræt	3,4	5,4
Fordøjelse	7,3	8,7
Hudsygdom	1,7	1,8
Knogler og muskellidelser	11,1	5,8
Urinveje og kønsorganer	6,1	6,2
Svangerskab og fødsel	12	16,0
Uklassificeret (2)	17,2	15,8
Læsioner og forgiftninger	12,9	10,3
Psykiatrisk hospital (3)	6,1	

Figur 4.4.2 Andelen af hhv. sygedagpengemodtagere der har været indlagt, og den generelle befolkning der har været indlagt i forhold til de forskellige diagnoser. N = 640.450.

DRG diagnoser	
Ingen indlæggelser	13,7
Infektioner	17,7
Svulster	29,9
Sygdom i blodet	16,5
Endokrine	19
Psykiske	30,4
Nervesystem	24,1
Kredsløb	22,4
Åndedræt	17
Fordøjelse	18
Hudsygdom	16,5
Knogler og muskellidelser	28,8
Urinveje og kønsorganer	15,1
Svangerskab og fødsel	9,6
Uklassificeret	20,1
Læsioner og forgiftninger	21,4

Figur 4.4.3 Antal ekstra uger på sygedagpenge i forhold til gennemsnittet for indlagte sygedagpengemodtagere i forhold til de forskellige diagnoser. Røde (positive) søjler = højere omkostninger end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere der har været indlagt. Blå (negative) søjler = lavere omkostninger end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere der har været indlagt. N (sygedagpengemodtagere der har været indlagt) = 198.688.

		95 % konfidensinterval	
Infektioner	-2,5	-3,3	-1,8
Svulster	10,1	9,7	10,6
Sygdom i blodet	-3,8	-4,4	-3,3
Endokrine	-1,3	-1,9	-0,7
Psykiske	8,2	7,3	9,2
Nervesystem	4	3,4	4,7
Kredsløb	2,4	2	2,7
Åndedræt	-3,3	-3,9	-2,8
Fordøjelse	-2,4	-2,7	-2
Hudsygdom	-3,8	-4,5	-3
Knogler og muskellidelser	9,7	9,4	10
Urinveje og kønsorganer	-5,5	-5,9	-5,1
Svangerskab og fødsel	-12,1	-12,4	-11,8
Uklassificeret (2)	1,4	1	1,6
Læsioner og forgiftninger	1,3	1,1	1,7
Psykiatrisk hospital	10,7	10	11,4

Figur 4.4.4 Medianen for omkostninger pr. personår i sundhedsvæsenet for de forskellige diagnoser ved indlæggelse. Det er de samlede årlige omkostninger, der vises, og ikke kun omkostningerne i forbindelse med indlæggelsen. For de sygedagpengemodtagere, der har været indlagt mere end én gang, vises den dyreste diagnose. N = 640.540.

	Samlet	Indlæggelser	Ambulant	Lægemiddel	Sygesikring
Ingen indlæggelser	5.646	0	2.090	1.617	1.939
Infektioner	29.548	19.979	4.201	2.790	2.577
Svulster	66.673	44.370	17.763	2.279	2.261
Sygdom i blodet	32.673	22.390	5.486	2.154	2.643
Endokrine	35.784	23.807	5.107	4.122	2.748
Psykiske	22.904	13.967	2.659	3.470	2.808
Nervesystem	34.498	21.845	5.166	4.153	3.333
Kredsløb	49.777	37.484	4.946	4.607	2.739
Åndedræt	29.228	17.959	4.637	3.928	2.703
Fordøjelse	33.192	23.148	4.755	2.748	2.541
Hudsygdom	27.313	18.253	4.388	2.341	2.331
Knogler og muskellidelser	36.661	25.707	5.707	2.690	2.557
Urinveje og kønsorganer	24.022	14.227	4.676	2.487	2.632
Svangerskab og fødsel	22.296	12.573	5.121	1.601	3.001
Uklassificeret (2)	22.954	13.350	4.387	2.375	2.842
Læsioner og forgiftninger	26.290	17.819	4.660	1.904	1.907

Figur 4.4.5 Medianen for omkostninger pr. personår i sundhedsvæsenet for de forskellige diagnoser ved indlæggelse. Det er de samlede årlige omkostninger, der vises, og ikke kun omkostningerne i forbindelse med indlæggelsen. For de sygedagpengemodtagere, der har været indlagt mere end én gang, vises den dyreste diagnose. N = 640.540.

		95 % konfidensinterval	
Infektioner	-2.879	-3.755	-2.004
Svulster	35.860	35.312	36.409
Sygdom i blodet	308	-350	966
Endokrine	3.510	2.816	4.205
Psykiske	-9.566	-10.740	-8.392
Nervesystem	2.174	1.402	1.645
Kredsløb	18.875	18.449	19.301
Åndedræt	-3.262	-3.894	-2.631
Fordøjelse	886	449	1.322
Hudsygdom	-5.152	-6.039	-4.265
Knogler og muskellidelser	4.854	4.492	5.216
Urinveje og kønsorganer	-8.926	-9.399	-8.452
Svangerskab og fødsel	-11.540	-11.887	-11.193
Uklassificeret (2)	-3.974	-4.284	-3.664
Læsioner og forgiftninger	-7.045	-7.383	-6.707

Bilag 6: Tabeller til afsnit 4.5

Figur 4.5.1 Median og gennemsnit for antal uger på sygedagpenge opdelt på køn.

	Gennemsnit	Median
Mand	14,7	7
Kvinde	16,9	8

Figur 4.5.2 Median og gennemsnit for antal uger på sygedagpenge opdelt på alderskategorier.

	Gennemsnit	Median
< 26 år	9,2	4
26-35 år	13,3	6
36-45 år	16,6	8
46-55 år	18,7	9
56+ år	18,4	9

Figur 4.5.3 Median og gennemsnit for antal uger på sygedagpenge opdelt på civilstand.

	Gennemsnit	Median
Enke	19,4	11
Skilt	19,8	10
Gift	16,2	8
Ugift	13,9	6

Figur 4.5.4 Median og gennemsnit for antal uger på sygedagpenge opdelt på tilknytning til arbejdsmarkedet.

	Gennemsnit	Median
Selvstændig	15,1	7
Lønmodtager høj	14,3	7
Lønmodtager andet	14,2	7
Topleder	14,6	8
Arbejdsløs 6 mdr. +	14,3	6
Sygedagpenge*	50,5	51
Andet	11,6	5

Figur 4.5.5 Median og gennemsnit for antal uger på sygedagpenge opdelt på højest gennemførte uddannelse.

	Gennemsnit	Median
Grundskole	17,3	8
Gymnasial	12,9	5
Erhverv	15,7	7
Kort videregående	15,5	7
Mellem videregående	16,1	8
Lang videregående	13,6	6

Figur 4.5.6-4.5.8 Antal uger på sygedagpenge der kan tilskrives køn, alder, tilknytning til arbejdsmarkedet og niveauet for højest gennemførte uddannelse, når der er kontrolleret for sociodemografiske variable samt diagnose og geografi. Estimerne udtrykker det antal uger, sygedagpengeperioden er kortere eller længere end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere med et andet uddannelsesniveau, når der er kontrolleret for øvrige faktorer. N = 640.450.

		95 % konfidensinterval	
Alder	0,1	0,098	0,106
Kvinder	1,3	1,22	1,4
Grundskole	1,6	1,51	1,7
Gymnasial	-1,08	-1,26	-0,91
Erhverv	-0,39	-0,47	-0,3
Kort videregående	-0,86	-1,06	-0,66
Mellem videregående	-0,35	-0,48	-0,22
Lang videregående	-2,56	-2,79	-2,34
Selvstændig	1,19	1,019	1,367
Lønmodtager høj	-0,29	-0,49	-0,09
Lønmodtager andet	0,12	0,008	0,227
Topleder	-1,11	-1,51	-0,72
Arbejdsløs 6 mdr. +	0,25	-0,011	0,512
Andet	-1,87	-2,09	-1,65

Figur 4.5.9 Gennemsnitligt forbrug for de forskellige ydelser i sundhedsvæsenet opdelt på køn. Desuden median og gennemsnit for det totale forbrug i sundhedsvæsenet opdelt på køn.

	Median	Gennemsnit				
	Totalt forbrug	Totalt forbrug	Indlæggelser	Ambulant	Receptpligtig medicin	Sygesikring
Mand	4.947	12.940	6.785	2.786	1.728	1.642
Kvinde	8.250	14.795	6.614	3.440	2.164	2.578

Figur 4.5.10 Gennemsnitligt forbrug for de forskellige ydelser i sundhedsvæsenet opdelt på alderskategorier. Desuden median og gennemsnit for det totale forbrug i sundhedsvæsenet opdelt på alderskategorier.

	Median	Gennemsnit				
	Totalt forbrug	Totalt forbrug	Indlæggelser	Ambulant	Receptpligtig medicin	Sygesikring
< 26 år	3.670	8.751	4.024	2.255	906	1.565
26-35 år	5.362	11.353	5.254	2.665	1.421	2.013
36-45 år	5.794	12.168	5.495	2.848	1.712	2.113
46-55 år	8.126	15.655	7.437	3.542	2.338	2.339
56+ år	10.948	20.869	10.949	4.213	3.184	2.523

Figur 4.5.11 Gennemsnitligt forbrug for de forskellige ydelser i sundhedsvæsenet opdelt på civilstand. Desuden median og gennemsnit for det totale forbrug i sundhedsvæsenet opdelt på civilstand.

	Median	Gennemsnit				
	Totalt forbrug	Totalt forbrug	Indlæggelser	Ambulant	Receptpligtig medicin	Sygesikring
Enke	8.990	17.565	8.596	3.680	2.471	2.549
Skilt	7.863	15.358	7.356	3.311	2.274	2.417
Gift	8.009	15.505	7.525	3.508	2.191	2.282
Ugift	4.672	10.920	5.067	2.511	1.480	1.863

Figur 4.5.12 Gennemsnitligt forbrug for de forskellige ydelser i sundhedsvæsenet opdelt på uddannelsesniveau. Desuden median og gennemsnit for det totale forbrug i sundhedsvæsenet opdelt på tilknytning til arbejdsmarkedet.

	Median	Gennemsnit				
	Totalt forbrug	Totalt forbrug	Indlæggelser	Ambulant	Receptpligtig medicin	Sygesikring
Selvstændig	4.972	12.257	5.948	2.667	1.764	1.879
Lønmodtager høj	8.425	16.778	8.561	3.400	2.340	2.477
Lønmodtager andet	6.604	13.563	6.497	3.147	1.836	2.082
Topleder	8.731	18.599	10.526	3.573	2.264	2.236
Arbejdsløs 6 mdr. +	4.798	10.336	4.333	2.201	1.716	2.087
Sygedagpenge*	12.439	19.884	9.160	4.208	3.242	3.273
Andet	6.623	14.134	6.222	2.872	2.772	2.269

Figur 4.5.13 Gennemsnitligt forbrug for de forskellige ydelser i sundhedsvæsenet opdelt på tilknytning til arbejdsmarkedet. Desuden median og gennemsnit for det totale forbrug i sundhedsvæsenet opdelt på uddannelsesniveau.

	Median	Gennemsnit				
	Totalt forbrug	Totalt forbrug	Indlæggelser	Ambulant	Receptpligtig medicin	Sygesikring
Grundskole	6.501	13.536	6.532	3.138	1.855	2.010
Gymnasial	4.963	11.411	5.259	2.501	1.597	2.054
Erhverv	6.723	13.889	6.666	3.175	1.937	2.110
Kort videregående	6.909	14.583	7.089	3.207	2.062	2.225
Mellem videregående	8.438	15.584	7.270	3.409	2.326	2.579
Lang videregående	7.133	15.458	7.726	2.975	2.341	2.417

Figur 4.5.14-4.5.16 Det gennemsnitlige samlede årlige forbrug i sundhedsvæsenet der kan tilskrives sygedagpengemodtagernes køn, alder, højest gennemførte uddannelsesniveau og tilknytning til arbejdsmarkedet, når der er kontrolleret for sociodemografiske variable samt diagnose og geografi. N = 640.450.

	95 % konfidensinterval		
Alder	115	112	119
Kvinder	139	61	217
Grundskole	-471	-551	-392
Gymnasial	-18	-165	130
Erhverv	30	-43	101
Kort videregående	384	217	552
Mellem videregående	372	266	479
Lang videregående	805	617	993
Selvstændig	-852	-996	-708
Lønmodtager høj	218	54	382
Lønmodtager andet	-893	-977	-809
Topleder	687	359	1.015
Arbejdsløs 6 mdr.+	-1.364	-1.580	-1.149
Andet	1.296	1.113	1.479

Bilag 7: Tabeller til afsnit 4.6

Figur 4.6.1 Medianværdi og gennemsnit for antal uger på sygedagpenge opdelt på de fem regioner.

	Median	Gennemsnit
Nordjylland	7	15,9
Midtjylland	8	16,5
Syddanmark	7	15,9
Hovedstaden	7	16
Sjælland	7	15,1

Figur 4.6.2 Antal uger på sygedagpenge der kan tilskrives, hvilken region sygedagpengemodtageren kommer fra, når der kontrolleres for øvrige relevante faktorer¹. Røde (positive) søjler = længere sygedagpengeperioder end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere. Blå (negative) søjler = kortere sygedagpengeperioder end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere. Med angivelse af 95 % konfidensintervaller. N = 640.450.

	Antal uger	95 % konfidensinterval	
Nordjylland	-0,16	-0,29	-0,03
Midtjylland	0,5	0,4	0,6
Syddanmark	-0,47	-0,57	-0,37
Hovedstaden	0,58	0,48	0,68
Sjælland	-0,75	-0,87	-0,64

Figur 4.6.3 Årligt gennemsnitligt forbrug i kroner opdelt på de fem regioner og de forskellige typer sundhedsudgifter. Desuden vises medianen og gennemsnittet for forbruget, når der ikke opdeles på de forskellige typer forbrug.

	Median	Gennemsnit				
	Samlet forbrug	Samlet forbrug	Indlæggelser	Ambulant behandling	Receptpligtige lægemidler	Sygesikringsydelse
Nordjylland	6.841	13.986	7.026	3.039	1.957	1.965
Midtjylland	7.023	13.960	6.616	3.341	1.998	2.006
Syddanmark	6.948	13.790	6.454	3.423	1.939	1.974
Hovedstaden	6.467	13.944	6.733	2.680	1.980	2.552
Sjælland	6.784	14.279	6.825	3.334	1.967	2.152

Figur 4.6.4 Årlige udgifter der kan tilskrives, hvilken region sygedagpengemodtageren kommer fra, når der kontrolleres for øvrige relevante faktorer¹. Røde (positive) søjler = højere omkostninger end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere. Blå (negative) søjler = lavere omkostninger end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere. Med angivelse af 95 % konfidensintervaller. N = 640.450.

	Kr.	95 % konfidensinterval	
Nordjylland	23	-85	131
Midtjylland	63	-19	145
Syddanmark	-158	-240	-75
Hovedstaden	158	79	238
Sjælland	-117	-212	-22

Figur 4.6.5 Antal uger på sygedagpenge der kan tilskrives, hvilken kommune sygedagpengemodtageren kommer fra når der kontrolleres for øvrige relevante faktorer¹. Alle kommuner. N = 640.450.

	Antal uger		
	Kr.	95 % konfidensinterval	
København	2,11	1,95	2,27
Frederiksberg	0,85	0,47	1,23
Ballerup	0,62	0,15	1,09
Brøndby	0,33	-0,19	0,85
Dragør	1,45	0,46	2,44
Gentofte	-1,19	-1,69	-0,70
Gladsaxe	-0,85	-1,26	-0,44
Glostrup	-0,62	-1,30	0,05
Herlev	-0,66	-1,26	-0,06
Albertslund	0,10	-0,48	0,68
Hvidovre	-0,17	-0,60	0,25
Høje Tåstrup	-0,36	-0,82	0,09
Lyngby-Tårnbæk	-0,77	-1,31	-0,23
Rødovre	0,12	-0,39	0,63
Ishøj	-0,40	-1,04	0,25
Tårnby	1,18	0,71	1,65
Vallensbæk	-2,26	-3,14	-1,37
Furesø	-0,60	-1,19	-0,01
Allerød	-0,54	-1,28	0,20
Fredensborg	-0,46	-1,00	0,08
Helsingør	-1,06	-1,47	-0,65
Hillerød	-0,55	-1,03	-0,07
Hørsholm	-0,13	-0,93	0,68
Rudersdal	-0,95	-1,51	-0,40
Egedal	-0,79	-1,30	-0,27
Frederikssund	-0,20	-0,65	0,26
Greve	-0,33	-0,78	0,13
Køge	0,07	-0,33	0,47
Frederiksværk	0,05	-0,48	0,57
Roskilde	-1,40	-1,76	-1,03
Solrød	-0,44	-1,12	0,25
Gribskov	1,12	0,65	1,60
Odsherred	0,34	-0,15	0,83
Holbæk	-1,05	-1,41	-0,69
Faxe	-0,77	-1,25	-0,29
Kalundborg	-1,00	-1,43	-0,58
Ringsted	-1,35	-1,88	-0,83
Slagelse	-1,53	-1,87	-1,19
Stevns	-1,28	-1,91	-0,66
Sorø	-1,41	-1,95	-0,87
Lejre	-0,93	-1,54	-0,32
Lolland	0,80	0,35	1,24
Næstved	-0,18	-0,52	0,16
Guldborgsund	-0,52	-0,90	-0,13
Vordingborg	0,22	-0,22	0,65
Bornholm	-0,60	-1,04	-0,15
Middelfart	-0,70	-1,17	-0,22
Christiansø	-2,42	-16,06	11,22
Assens	-0,49	-0,94	-0,03
Fåborg Midtfyn	-0,32	-0,72	0,07

	Antal uger		
	Kr.	95 % konfidensinterval	
Kerteminde	0,15	-0,45	0,76
Nyborg	-0,06	-0,56	0,45
Odense	-0,53	-0,76	-0,30
Svendborg	0,14	-0,25	0,53
Nordfyns	-1,34	-1,85	-0,83
Langeland	0,35	-0,43	1,12
Ærø	-0,21	-1,43	1,01
Haderslev	-1,31	-1,72	-0,91
Billund	-1,52	-2,10	-0,93
Sønderborg	0,20	-0,15	0,56
Tønder	-1,02	-1,50	-0,54
Esbjerg	-1,05	-1,33	-0,77
Fanø	-1,59	-3,30	0,13
Varde	-0,31	-0,73	0,12
Vejen	-0,07	-0,52	0,39
Aabenraa	0,06	-0,34	0,46
Fredericia	0,19	-0,22	0,61
Horsens	0,57	0,24	0,91
Kolding	-0,26	-0,59	0,07
Vejle	0,54	0,24	0,84
Herning	-0,78	-1,12	-0,44
Holstebro	-0,22	-0,63	0,19
Lemvig	-0,97	-1,62	-0,31
Struer	-0,74	-1,37	-0,10
Syddjurs	1,08	0,63	1,53
Norrdjurs	0,40	-0,06	0,86
Favrskov	-0,58	-1,02	-0,14
Odder	-0,29	-0,96	0,38
Randers	1,59	1,28	1,89
Silkeborg	0,06	-0,26	0,39
Samsø	0,56	-1,05	2,17
Skanderborg	-0,25	-0,66	0,16
Århus	1,11	0,91	1,30
Ikast Brande	-0,17	-0,65	0,30
Ringkøbing Skjern	0,17	-0,23	0,57
Hedensted	-0,02	-0,46	0,42
Morsø	-0,26	-0,89	0,37
Skive	0,20	-0,24	0,63
Thisted	-0,32	-0,76	0,11
Viborg	0,70	0,38	1,02
Brønderslev	-1,10	-1,60	-0,61
Frederikshavn	0,68	0,32	1,04
Vesthimmerland	-0,62	-1,09	-0,14
Læsø	-2,56	-4,67	-0,45
Rebild	-1,40	-1,96	-0,85
Mariager Fjord	-0,20	-0,66	0,25
Jammerbugt	0,04	-0,41	0,49
Aalborg	-0,01	-0,24	0,21
Hjørring	0,17	-0,18	0,52

Figur 4.6.6 Årlige udgifter der kan tilskrives, hvilken kommune sygedagpengemodtageren kommer fra, når der kontrolleres for øvrige relevante faktorer¹. Alle kommuner. N = 640.450

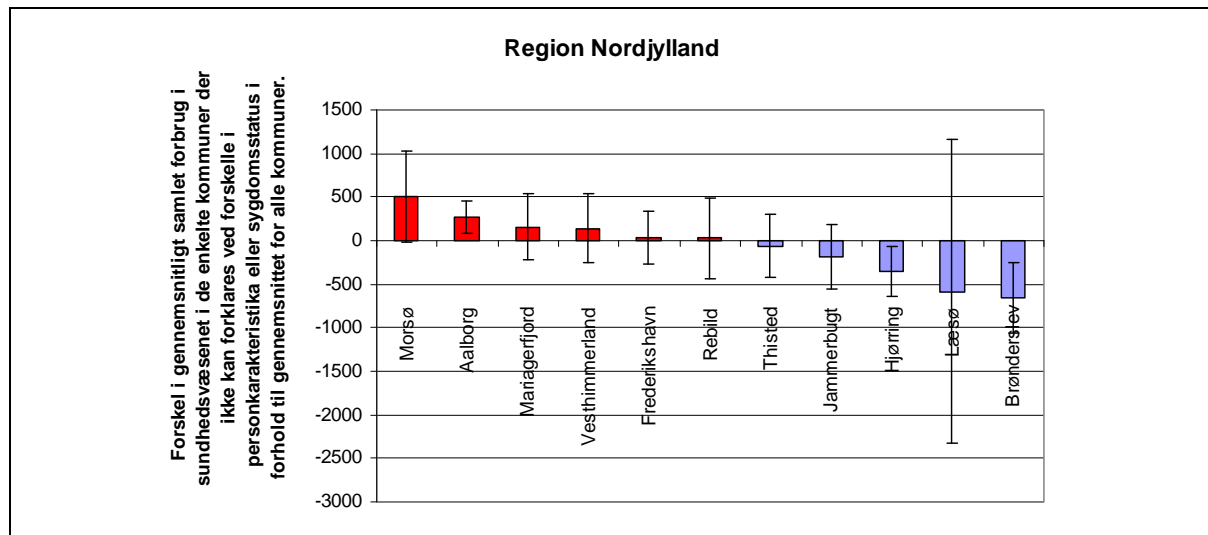
	Kr.	95 % konfidensinterval	
København	142	13	272
Frederiksberg	26	-290	341
Ballerup	161	-228	550
Brøndby	293	-136	722
Dragør	260	-557	1.078
Gentofte	663	252	1.075
Gladsaxe	289	-52	631
Glostrup	166	-390	721
Herlev	117	-378	612
Albertslund	-183	-665	298
Hvidovre	383	32	734
Høje Tåstrup	498	123	872
Lyngby-Tårnbæk	836	390	1.281
Rødovre	257	-166	679
Ishøj	25	-510	559
Tårnby	569	181	957
Vallensbæk	355	-377	1.087
Furesø	285	-205	775
Allerød	282	-328	892
Fredensborg	277	-170	723
Helsingør	137	-202	476
Hillerød	-236	-634	161
Hørsholm	455	-211	1.122
Rudersdal	549	91	1.008
Egedal	-765	-1.190	-339
Frederikssund	-367	-747	13
Greve	265	-111	640
Køge	39	-293	371
Frederiksværk	-347	-779	85
Roskilde	163	-139	465
Solrød	924	358	1.490
Gribskov	-133	-525	260
Odsherred	-549	-956	-141
Holbæk	-341	-637	-45
Faxe	-216	-613	181
Kalundborg	50	-301	400
Ringsted	-515	-948	-82
Slagelse	-176	-457	106
Stevns	-301	-817	215
Sorø	-399	-844	45
Lejre	-282	-786	222
Lolland	2	-367	371
Næstved	58	-221	338
Guldborgsund	-27	-343	288
Vordingborg	-394	-757	-32
Bornholm	-995	-1.362	-628
Middelfart	-233	-628	161
Christiansø	-2840	-14.119	8.439
Assens	-228	-601	145
Fåborg Midtfyn	-465	-793	-138
Kerteminde	-518	-1.018	-18

	Kr.	95 % konfidensinterval	
Nyborg	-270	-689	148
Odense	-240	-433	-47
Svendborg	-570	-891	-249
Nordfyns	-322	-743	99
Langeland	-275	-918	368
Ærø	173	-839	1.184
Haderslev	217	-117	551
Billund	-583	-1.067	-100
Sønderborg	274	-20	567
Tønder	-203	-598	191
Esbjerg	-266	-498	-33
Fanø	238	-1.182	1.657
Varde	-42	-393	310
Vejen	101	-279	481
Aabenraa	-48	-377	282
Fredericia	20	-325	364
Horsens	-224	-499	52
Kolding	370	96	644
Vejle	34	-215	284
Herning	282	-2	565
Holstebro	32	-306	371
Lemvig	101	-441	642
Struer	11	-512	534
Syddjurs	-337	-708	34
Norrdjurs	-402	-782	-22
Favrskov	-196	-560	168
Odder	-455	-1.011	102
Randers	-326	-576	-77
Silkeborg	319	50	589
Samsø	530	-801	1.861
Skanderborg	-104	-443	235
Århus	227	65	388
Ikast Brande	-140	-534	254
Ringkøbing Skjern	-129	-461	204
Hedensted	53	-312	418
Morsø	510	-13	1.032
Skive	391	30	753
Thisted	-64	-424	295
Viborg	533	270	796
Brønderslev	-657	-1.064	-249
Frederikshavn	34	-265	333
Vesthimmerland	143	-248	533
Læsø	-587	-2.331	1.158
Rebild	30	-431	491
Mariager Fjord	159	-219	537
Jammerbugt	-180	-552	192
Aalborg	267	82	452
Hjørring	-359	-648	-70

Bilag 8: Figurer på kommunalt niveau

Længden af sygedagpengeperioden og forbruget i sundhedsvæsenet er afhængig af geografisk tilknytning:

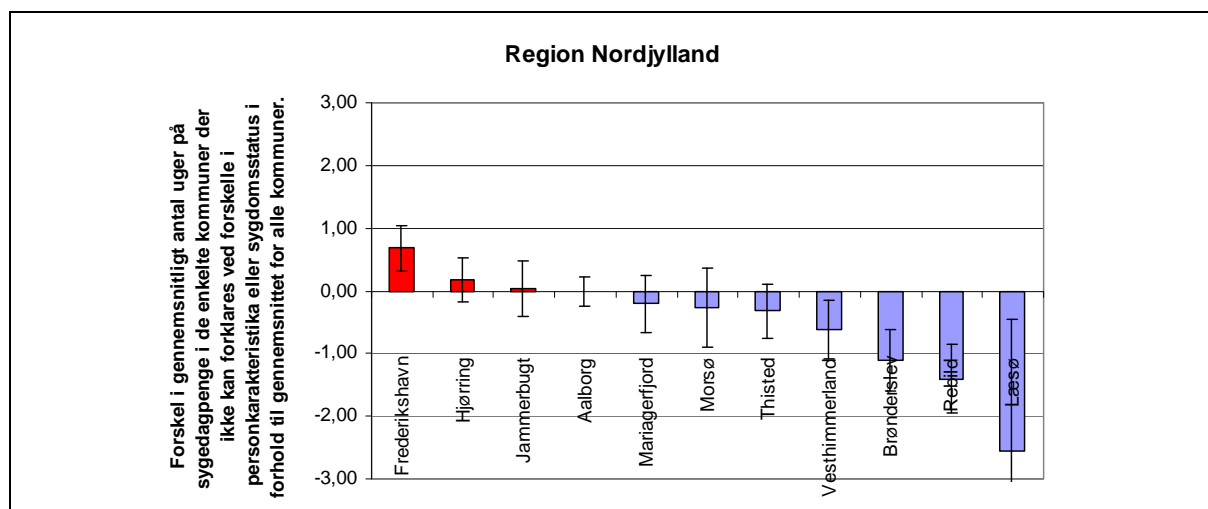
Årlige udgifter der kan tilskrives, hvilken kommune¹ sygedagpengemodtageren kommer fra, når der kontrolleres for øvrige relevante faktorer². Røde (positive) søjler = højere omkostninger end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere. Blå (negative) søjler = lavere omkostninger end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere. Med angivelse af 95 % konfidensintervaller. N = 640.450.



¹ Forbruget i de enkelte kommuner i Region Nordjylland sammenlignes med forbruget i alle de øvrige kommuner – og altså ikke kun de øvrige kommuner i Region Nordjylland.

² I modellen er kontrolleret for alder, køn, civilstand, tilknytning til arbejdsmarkedet, uddannelsesniveau, sygedagpengetype, status for behandling i de forskellige dele af sundhedsvæsenet og diagnose fra både indlæggelser og receptpligtig lægemiddel.

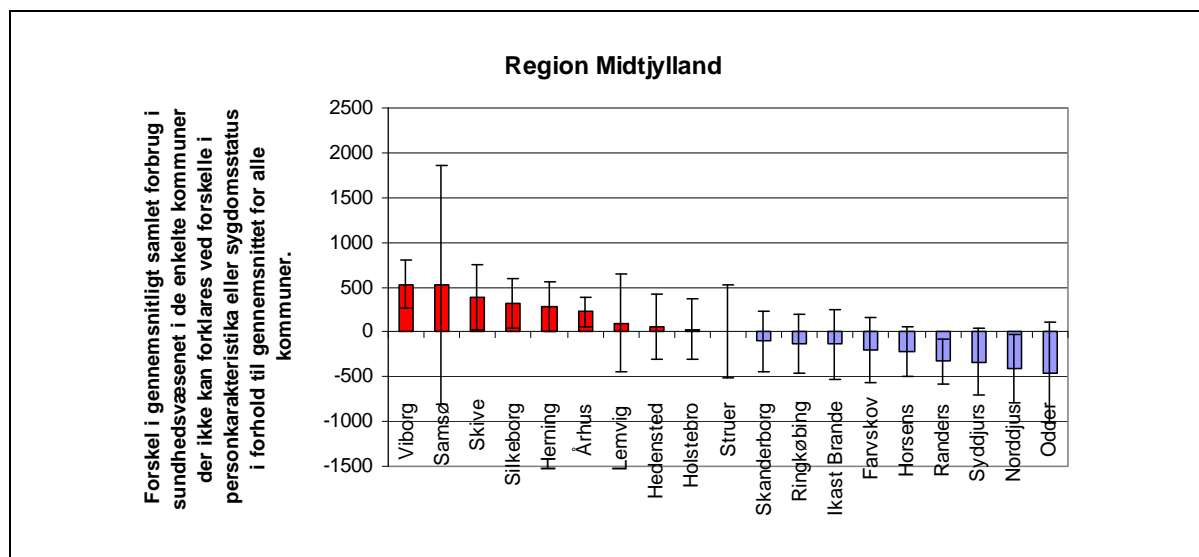
Antal uger på sygedagpenge der kan tilskrives, hvilken kommune¹ sygedagpengemodtageren kommer fra, når der kontrolleres for øvrige relevante faktorer². Røde (positive) søjler = højere omkostninger end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere. Blå (negative) søjler = lavere omkostninger end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere. Med angivelse af 95 % konfidensintervaller. N = 640.450.



¹ Længden af sygedagpengeperioden i de enkelte kommuner i Region Nordjylland sammenlignes med længden i alle de øvrige kommuner – og altså ikke kun de øvrige kommuner i Region Nordjylland.

² I modellen er kontrolleret for alder, køn, civilstand, tilknytning til arbejdsmarkedet, uddannelsesniveau, sygedagpengetype, status for behandling i de forskellige dele af sundhedsvæsenet og diagnose fra både indlæggelser og receptpligtig lægemiddel.

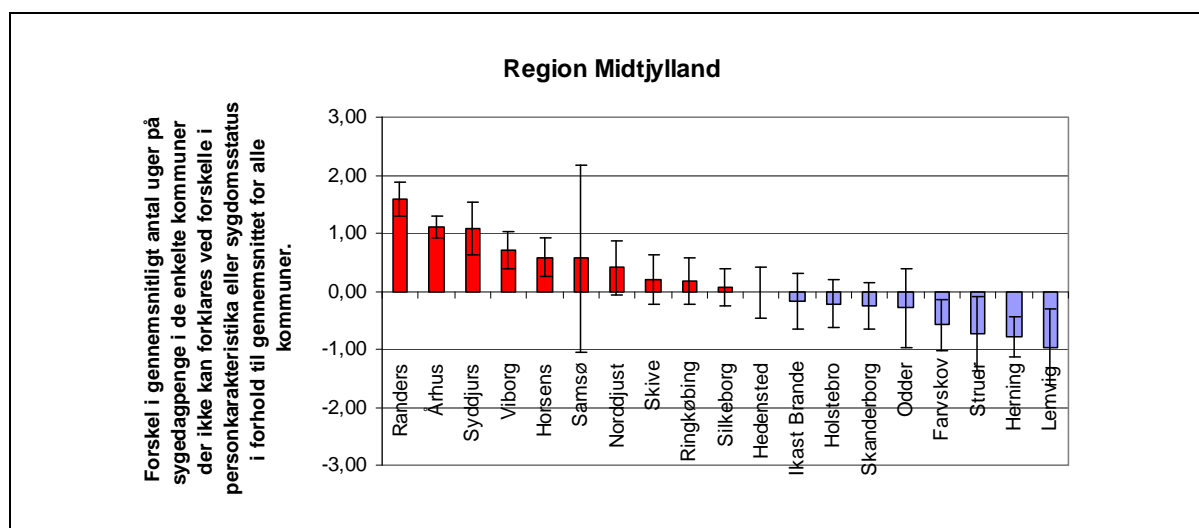
Årlige udgifter der kan tilskrives hvilken kommune¹ sygedagpengemodtageren kommer fra, når der kontrolleres for øvrige relevante faktorer². Røde (positive) søjler = højere omkostninger end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere. Blå (negative) søjler = lavere omkostninger end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere. Med angivelse af 95 % konfidensintervaller. N = 640.450



¹ Forbruget i de enkelte kommuner i Region Midtjylland sammenlignes med forbruget i alle de øvrige kommuner – og altså ikke kun de øvrige kommuner i Region Midtjylland.

² I modellen er kontrolleret for alder, køn, civilstand, tilknytning til arbejdsmarkedet, uddannelsesnivea, sygedagpengetype, status for behandling i de forskellige dele af sundhedsvæsenet og diagnose fra både indlæggelser og receptpligtig lægemiddel.

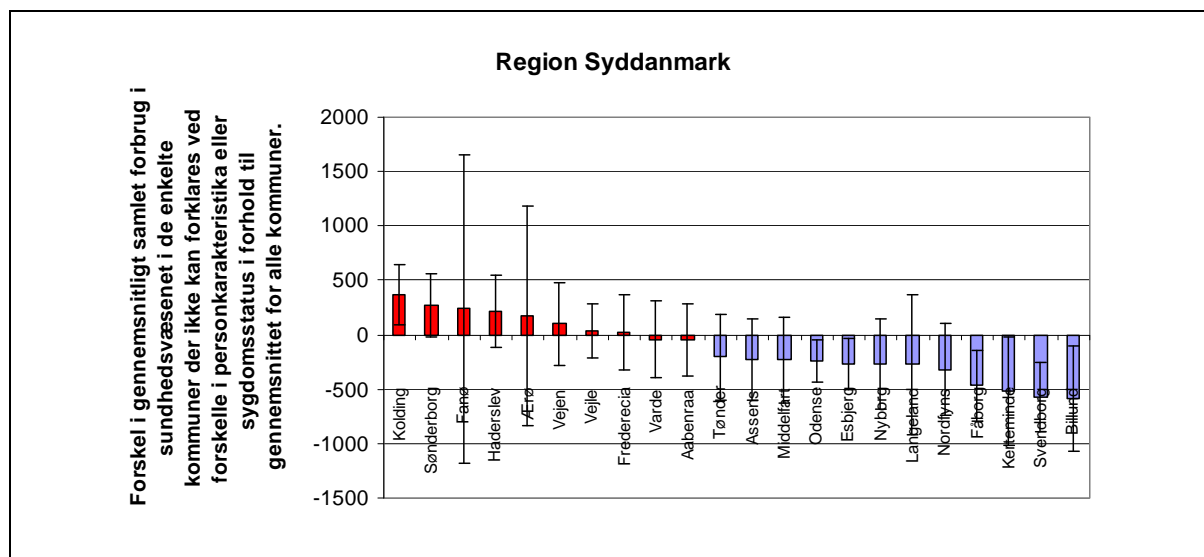
Antal uger på sygedagpenge der kan tilskrives, hvilken kommune¹ sygedagpengemodtageren kommer fra, når der kontrolleres for øvrige relevante faktorer². Røde (positive) søjler = højere omkostninger end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere. Blå (negative) søjler = lavere omkostninger end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere. Med angivelse af 95 % konfidensintervaller. N = 640.450.



¹ Længden af sygedagpengeperioden i de enkelte kommuner i Region Midtjylland sammenlignes med længden i alle de øvrige kommuner, og altså ikke kun de øvrige kommuner i Region Midtjylland.

² I modellen er kontrolleret for alder, køn, civilstand, tilknytning til arbejdsmarkedet, uddannelsesnivea, sygedagpengetype, status for behandling i de forskellige dele af sundhedsvæsenet og diagnose fra både indlæggelser og receptpligtig lægemiddel.

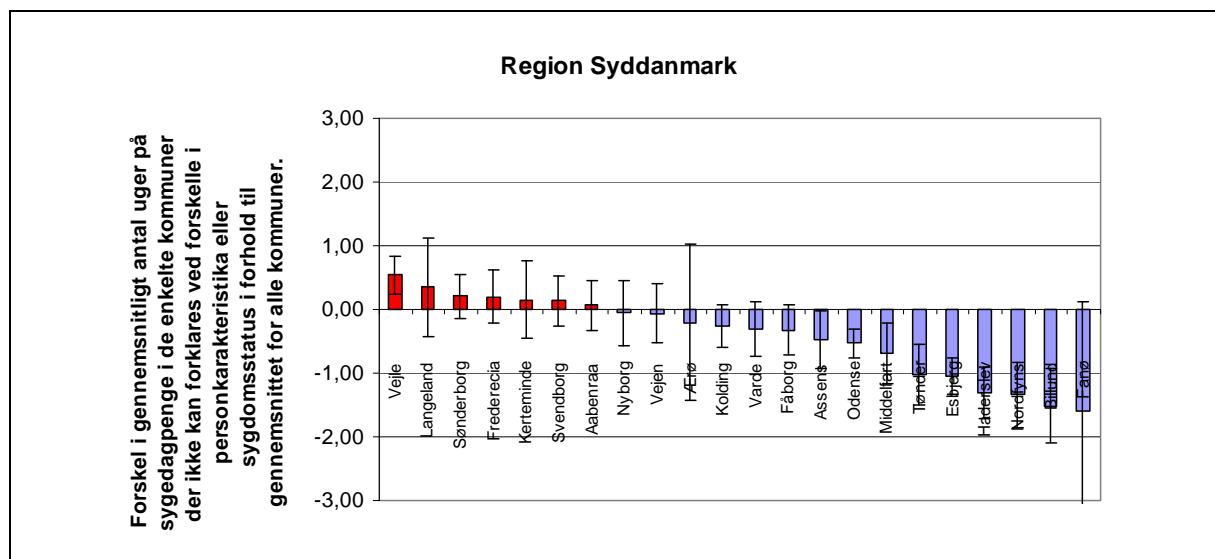
Årlige udgifter der kan tilskrives, hvilken kommune¹ sygedagpengemodtageren kommer fra, når der kontrolleres for øvrige relevante faktorer². Røde (positive) søjler = højere omkostninger end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere. Blå (negative) søjler = lavere omkostninger end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere. Med angivelse af 95 % konfidensintervaller. N = 640.450.



¹ Forbruget i de enkelte kommuner i Region Syddanmark sammenlignes med forbruget i alle de øvrige kommuner – og altså ikke kun de øvrige kommuner i Region Syddanmark.

² I modellen er kontrolleret for alder, køn, civilstand, tilknytning til arbejdsmarkedet, uddannelsesniveau, sygedagpengetype, status for behandling i de forskellige dele af sundhedsvæsenet og diagnose fra både indlæggelser og receptpligtig lægemiddel.

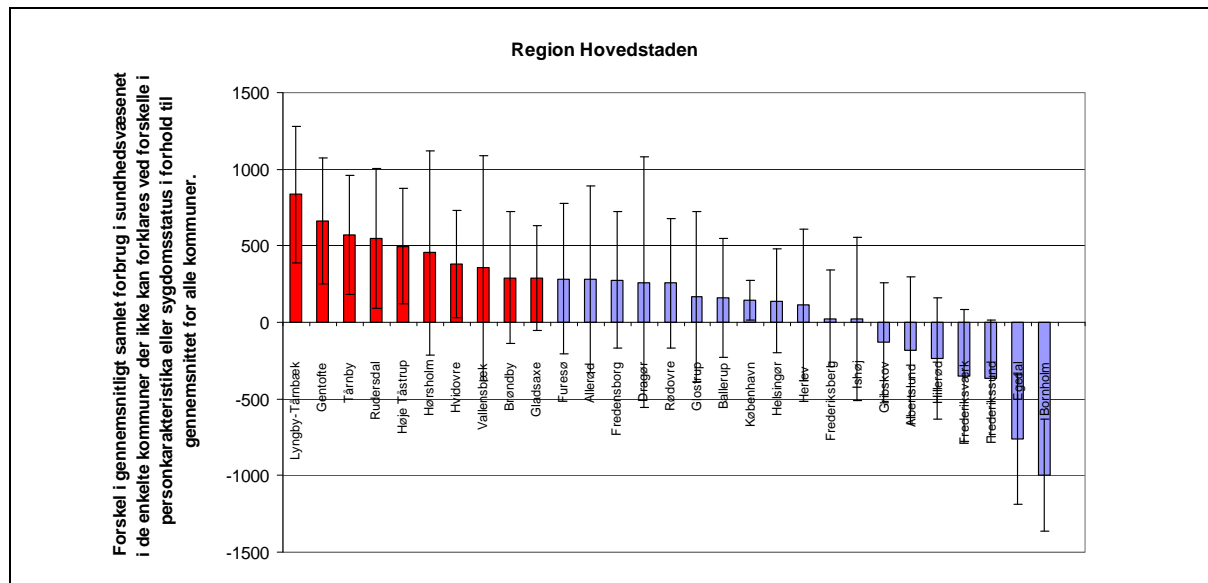
Antal uger på sygedagpenge der kan tilskrives, hvilken kommune¹ sygedagpengemodtageren kommer fra, når der kontrolleres for øvrige relevante faktorer². Røde (positive) søjler = højere omkostninger end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere. Blå (negative) søjler = lavere omkostninger end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere. Med angivelse af 95 % konfidensintervaller. N = 640.450.



¹ Længden af sygedagpengeperioden i de enkelte kommuner i Region Syddanmark sammenlignes med længden i alle de øvrige kommuner – og altså ikke kun de øvrige kommuner i Region Syddanmark.

² I modellen er kontrolleret for alder, køn, civilstand, tilknytning til arbejdsmarkedet, uddannelsesniveau, sygedagpengetype, status for behandling i de forskellige dele af sundhedsvæsenet og diagnose fra både indlæggelser og receptpligtig lægemiddel.

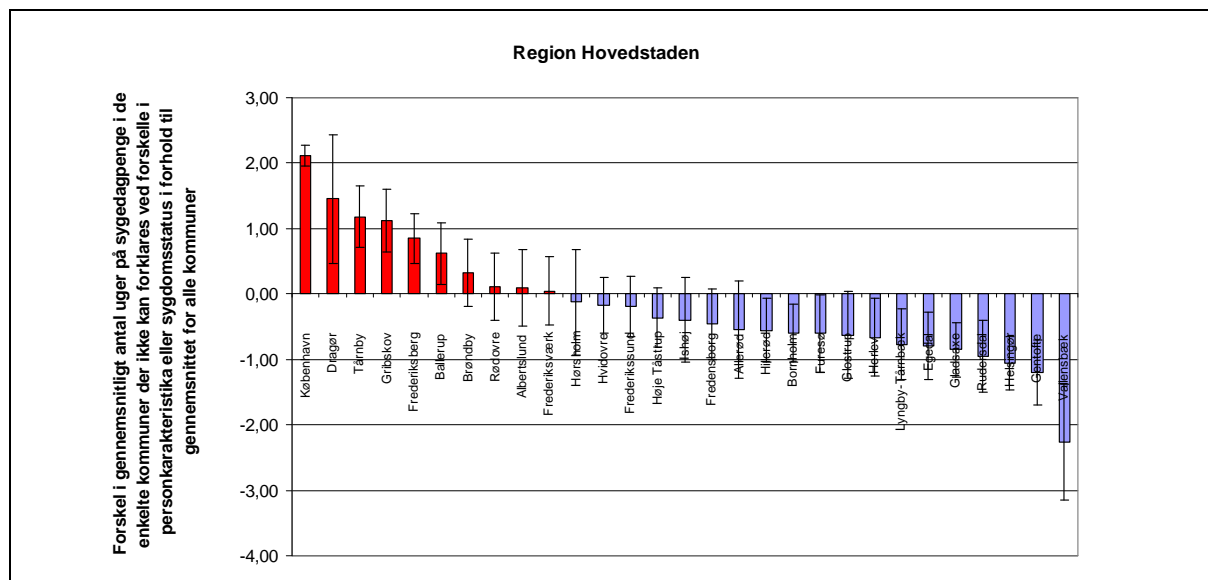
Årlige udgifter der kan tilskrives, hvilken kommune¹ sygedagpengemodtageren kommer fra, når der kontrolleres for øvrige relevante faktorer². Røde (positive) søjler = højere omkostninger end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere. Blå (negative) søjler = lavere omkostninger end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere. Med angivelse af 95 % konfidensintervaller. N = 640.450.



¹ Forbruget i de enkelte kommuner i Region Hovedstaden sammenlignes med forbruget i alle de øvrige kommuner – og altså ikke kun de øvrige kommuner i Region Hovedstaden.

² I modellen er kontrolleret for alder, køn, civilstand, tilknytning til arbejdsmarkedet, uddannelsesniveau, sygedagpengetype, status for behandling i de forskellige dele af sundhedsvæsenet og diagnose fra både indlæggelser og receptpligtig lægemiddel.

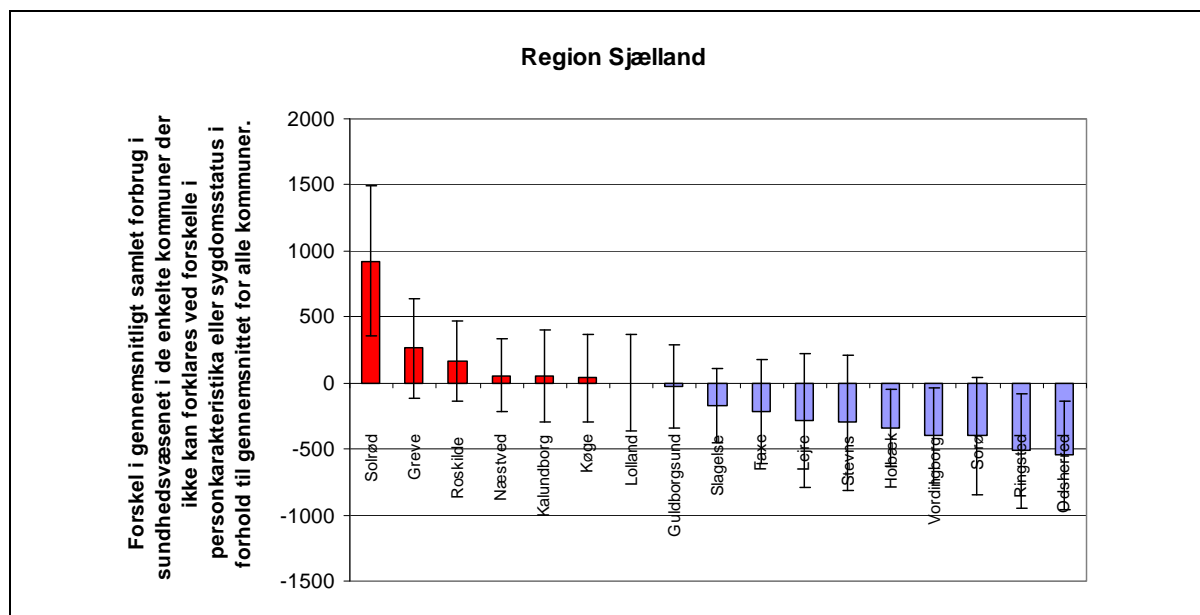
Antal uger på sygedagpenge der kan tilskrives, hvilken kommune¹ sygedagpengemodtageren kommer fra, når der kontrolleres for øvrige relevante faktorer². Røde (positive) søjler = højere omkostninger end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere. Blå (negative) søjler = lavere omkostninger end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere. Med angivelse af 95 % konfidensintervaller. N = 640.450.



¹ Længden af sygedagpengeperioden i de enkelte kommuner i Region Hovedstaden sammenlignes med længden i alle de øvrige kommuner – og altså ikke kun de øvrige kommuner i Region Hovedstaden.

² I modellen er kontrolleret for alder, køn, civilstand, tilknytning til arbejdsmarkedet, uddannelsesniveau, sygedagpengetype, status for behandling i de forskellige dele af sundhedsvæsenet og diagnose fra både indlæggelser og receptpligtig lægemiddel.

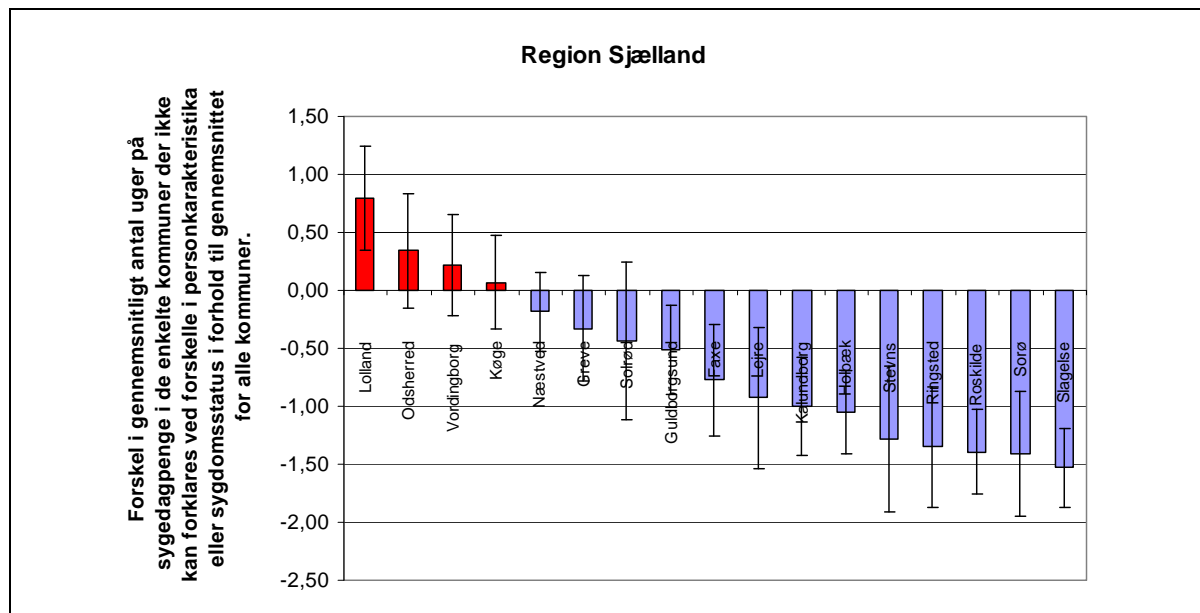
Årlige udgifter der kan tilskrives, hvilken kommune¹ sygedagpengemodtageren kommer fra, når der kontrolleres for øvrige relevante faktorer². Røde (positive) søjler = højere omkostninger end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere. Blå (negative) søjler = lavere omkostninger end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere. Med angivelse af 95 % konfidensintervaller. N = 640.450.



¹ Forbruget i de enkelte kommuner i Region Sjælland sammenlignes med forbruget i alle de øvrige kommuner – og altså ikke kun de øvrige kommuner i Region Sjælland.

² I modellen er kontrolleret for alder, køn, civilstand, tilknytning til arbejdsmarkedet, uddannelsesniveau, sygedagpengetype, status for behandling i de forskellige dele af sundhedsvæsenet og diagnose fra både indlæggelser og receptpligtig lægemiddel.

Antal uger på sygedagpenge der kan tilskrives, hvilken kommune¹ sygedagpengemodtageren kommer fra, når der kontrolleres for øvrige relevante faktorer². Røde (positive) søjler = højere omkostninger end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere. Blå (negative) søjler = lavere omkostninger end gennemsnittet for sygedagpengemodtagere. Med angivelse af 95 % konfidensintervaller. N = 640.450.



¹ Længden af sygedagpengeperioden i de enkelte kommuner i Region Sjælland sammenlignes med længden i alle de øvrige kommuner – og altså ikke kun de øvrige kommuner i Region Sjælland.

² I modellen er kontrolleret for alder, køn, civilstand, tilknytning til arbejdsmarkedet, uddannelsesniveau, sygedagpengetype, status for behandling i de forskellige dele af sundhedsvæsenet og diagnose fra både indlæggelser og receptpligtig lægemiddel.

Bilag 9: Tabeller til afsnit 4.7

Figur 4.7.1 Andelen af sygedagpengemodtagere, der har et større forbrug i sidste i forhold til første halvdel af sygedagpengeperioden.

	Mellemlangt forløb	Langt forløb	Total
Samlet forbrug	24	28,9	26,2
Indlæggelser	8	23,8	16
Ambulant behandling	18,9	28	24
Receptpligtige lægemidler	33,1	43,4	38,6

Figur 4.7.2 Antal uger på sygedagpenge opdelt på, hvorvidt størstedelen af forbruget har ligget i første eller sidste halvdel af sygedagpengeperioden.

	Mellemlangt forløb	Langt forløb	Total
Størst forbrug 1. halvdel af sygedagpengeperioden	6,3	38,3	20,6
Størst forbrug 2. halvdel af sygedagpengeperioden	6,5	41,9	27,2

Figur 4.7.3 Antal uger på sygedagpengemodtagere der kan tilskrives, at deres forbrug ligger i sidste i forhold til første halvdel af sygedagpengeperioden, når der kontrolleres for diagnose. Med angivelse af 95 % konfidensinterval.

	95 % konfidensinterval		
Samlet forbrug	5,9	5,7	6,1
Indlæggelser	16,4	15,9	16,9
Ambulant behandling	5,8	5,5	6,1
Receptpligtige lægemidler	5,5	5,3	5,8

Figur 4.7.4 Årligt total forbrug i sundhedsvæsenet opdelt på længde af sygedagpengeperioden og hvorvidt størstedelen af forbruget i sygedagpengeperioden har ligget i første eller sidste halvdel.

	Mellemlangt forløb	Langt forløb	Total
Størst forbrug 1. halvdel af sygedagpengeperioden	13.755	29.961	20.940
Størst forbrug 2. halvdel af sygedagpengeperioden	2.825	20.779	12.901

Figur 4.7.5 Totalt forbrug i sundhedsvæsenet i sygedagpengeperioden opdelt på hvorvidt størstedelen af forbruget af de forskellige typer sundhedsydelser har ligget i første eller sidste halvdel af sygedagpengeperioden. Der er kun inkluderet de sygedagpengemodtagere, der har haft et forbrug i de respektive sundhedsydelser.

	Indlæggelser	Ambulant behandling	Receptpligtige lægemidler
Størst forbrug af den på gældende sundhedsydelse i 1. halvdel af sygedagpengeperioden	55.672	30.012	20.593
Størst forbrug af den på gældende sundhedsydelse i 2. halvdel af sygedagpengeperioden	60.108	26.355	21.760

Figur 4.7.6 Forbruget i sundhedsvæsenet i kr. pr. personår der kan tilskrives, at forbruget ligger i sidste i forhold til første halvdel af sygedagpengeperioden, når der kontrolleres for diagnose. Med angivelse af 95 % konfidensinterval.

		95 % konfidensinterval	
Samlet forbrug	-2.656	-2.935	-2.378
Indlæggelser	4.687	3.734	5.639
Ambulant behandling	-1.008	-1.450	-567
Receptpligtige lægemidler	1.568	1.284	1.852