

Iben Bolvig, Christophe Kolodziejczyk og Nicolai Kristensen

Videregående økonomiske analyser af Det Store TTA-projekt



Videregående økonomiske analyser af Det Store TTA-projekt kan hentes fra hjemmesiden www.kora.dk

© KORA og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA
ISBN: 978-87-7509-779-1
Projekt: 10511
Januar 2015

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling samt bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



**Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Forord

Dette projekt er finansieret af Beskæftigelsesministeriets forskningspulje. Formålet med projektet er at videreføre de økonomiske analyser, der blev foretaget i forbindelse med Det Store TTA-projekt, som blev gennemført og analyseret af Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) i 2012.

Tilknyttet projektet er en følgegruppe af eksperter, der er kommet med værdifuldt input undervejs i processen.

Rapporten er udarbejdet af Iben Bolvig, Christophe Kolodziejczyk og Nicolai Kristensen.

Nicolai Kristensen
December 2014

Indhold

Resumé	5
1 Indledning	7
2 Data	9
2.1 Registre, RCT og omkostningsindsamling	9
2.2 Beskrivende statistik	10
2.3 Metodetilgang	12
2.3.1 Økonometrisk metode til effektevaluering	12
2.3.2 Cost-benefit-analysen	13
3 Resultater	16
3.1 Den udvidede periode	16
3.1.1 Gennemsnitlige varigheder	16
3.1.2 Effektestimater	16
3.1.3 CBA-analyse	19
3.1.4 Håndtering af usikkerhed i effekt- og omkostningsestimater	23
3.2 Betydningen af konjunkturforhold	28
3.3 TTA-indsatsens betydning for gensygemelding	29
3.4 Opsplitning på psykisk og somatisk sygemeldingsårsag	32
Litteratur	37
Bilag 1 Variation i lokal arbejdsløshedsrate	38
Bilag 2 Cost-benefit-mål	41

Resumé

Dette projekt har til formål at videreføre den økonomiske analyse af Tilbage Til Arbejde (TTA) indsatsen, der første gang blev evalueret i en økonomisk sammenhæng i Houlberg m.fl. (2012), som en del af en overordnet proces- og effektevaluering foretaget af NFA, NFA 2012.

Det store TTA-projekt bestod af et omfattende forsøg med tidlig, tværfaglig og koordineret indsats i forbindelse med jobcentrenes sagsbehandling af sygedagpengesager. Formålet med indsatsen var at give sygemeldte borgere i matchkategori 2¹ med sygefravær på minimum otte uger en bedre chance for hurtigere at vende tilbage til arbejde. TTA-projektet blev afprøvet i 22 forskellige kommuner, hvoraf tre af kommunerne gennemførte indsatsen under et såkaldt RCT-design². I denne rapport er det disse tre RCT-kommuner, der analyseres. Det er derfor vigtigt at pointere, at resultaterne ikke kan generaliseres til at gælde for andre kommuner, men skal ses i lyset af hver af disse kommuners ydre vilkår. Resultaterne består dels af mål for indsatsens effekt på fx varigheden af sygemeldingen, altså hvorvidt den sygemeldte, der har modtaget TTA-indsatsen, opnår hurtigere raskmelding, dels mål for den økonomiske konsekvens af indsatsen, altså hvorvidt omkostningen ved TTA-indsatsen kan opvejes af den gevinst, indsatsen eventuelt måtte have.

Bidrag

Analysen her bidrager på flere nye måder. Et væsentligt bidrag ligger i, at det siden første rapport nu er blevet muligt at følge deltagerne og kontrolgruppen over en længere periode, hvilket både reducerer antallet af uafsluttede sygdomsforløb og samtidig åbner op for analyser af gensygemeldinger.

Bidragene i denne rapport ligger også i en forbedret metode til at håndtere usikkerheden i cost-benefit-beregningerne. Dette er specielt relevant i en analyse som denne, hvor især omkostningsestimaterne er præget af usikkerhed, og effektestimaterne i visse tilfælde er insignifikante. Det er meget væsentligt at håndtere denne usikkerhed på en måde, så analysens konklusioner ikke alene beror på insignifikante estimater. I Houlberg m.fl. (2012) blev den gængse metode med antagelser om forskellige positive og negative scenarier anvendt. Her anvendes en i denne sammenhæng ny og bedre metode, som følger den nyeste forskning på området. Ud over denne ændring anvendes den samme metodetilgang som i Houlberg m.fl. (2012), dog begrænses analysen til kun at fokusere på de tre såkaldte RCT-kommuner.

Rapportens væsentligste bidrag kan opdeles i følgende fire punkter:

- For det **første** udvides den periode, hvor de berørte borgere kan følges. Hermed udvides antallet af individer fra 3.105 til 5.510, ligesom alle forløb nu kan følges i minimum 26 uger efter afsluttet sygeperiode. En sådan udvidelse vil alt andet lige medføre en større statistisk styrke af de estimerede resultater samt muliggøre bedre økonomiske resultater pga. lavere enhedsomkostninger til etablering af indsatsen.
- For det **andet** analyseres arbejdsløshedsratens betydning for effekten af indsatsen. Ved hjælp af den variation vi kan finde i den lokale arbejdsløshedsrate fra kommune til kommune for forskellige aldersgrupper og forskellige uddannelsesniveauer, kan arbejdsløshedsraten inddrages i beregning af effekten.

¹ Sygemeldte med risiko for langvarige sygdomsforløb.

² RCT står for Random Control Trial og betyder, at borgere, der modtager indsatsen og borgere, der ikke modtager indsatsen, er udvalgt tilfældigt inden for en kontrolleret ramme.

- For det **tredje** udvides analyserammen til også at undersøge, om TTA-indsatsen kunne have indvirkning på perioden efter sygemelding dels på risikoen for gensygemelding, og dels på *varigheden* af den forsørgelsestype, der måtte følge efter den første sygemelding
- Endelig, for det **fjerde**, vil den videregående analyse forfølge den opsplitning på psykiske og somatiske lidelser, som NFA (2012) inkluderer i effektanalysen. Et af de centrale elementer i TTA-indsatsen er det tværfaglige team med psykolog og fysio-/ergoterapeut samt den kliniske enhed. Både det somatiske og det psykiske område er dækket ind af indsatsen, og det er et specifikt formål med indsatsen, at kvaliteten af vurderingen af den sygemeldtes psykiske tilstand forbedres. Derfor er det af specifik interesse, at undersøge om TTA-indsatsen viser forskellig effekt for sygemeldte med somatiske og psykiske lidelser.

Resultater

Udvidelsen af dataperioden bekræfter generelt det oprindelige fund, at to af RCT-kommunerne opnår positive gevinster af TTA, mens den tredje RCT-kommune opnår negative resultater.³ Som i den oprindelige evaluering er det dog kun effektresultaterne for RCT-2, der er signifikante på et 95 % niveau. For alle tre kommuner viser det sig dog, at den estimerede effekt reduceres, således at TTA-indsatsen har mindre betydning for varigheden af sygemeldingen, end det oprindelige resultat viste. Det gælder både de positive og negative effekter. For RCT-1 er effekten ikke længere signifikant på et 90 % signifikantniveau.

Gevinstberegningen viser også stadig positive økonomiske gevinster for to af kommunerne og negativ gevinst for den tredje. Den nye usikkerhedsberegning muliggør i modsætning til den oprindelige analyse nu en vurdering af usikkerheden af disse gevinstestimer. Det viser sig, at det negative estimat for RCT-3 ikke er signifikant, mens resultatet for de to øvrige kommuner viser en signifikant positiv gevinst. For RCT-1 beror dette resultat først og fremmest på, at TTA er vurderet af kommunen selv til at være omkostningsbesparende.

For alle tre kommuner beregnes niveauet for arbejdsløshed i den kommune den enkelte bor i, opdelt på grupper af køn, alder og uddannelse. Inden for grupperne findes der stor variation i den gennemsnitlige grad af arbejdsløshed, men der findes kun en ubetydelig og insignifikant forskel i effekten af TTA-indsatsen for disse gruppers gennemsnitlige niveauer af arbejdsløshed. Effekten af TTA-indsatsen afhænger således tilsyneladende ikke af, hvor vanskeligt det er for den enkelte at finde arbejde. Der er dog væsentlige begrænsninger i tilgangen her, så denne delkonklusion skal tages med et betydeligt metodemæssigt forbehold.

I analysen af, om TTA-indsatsen har indvirkning på perioden efter sygemelding, finder vi, at dette ikke er tilfældet. For alle tre RCT-kommuner viser det sig dog, at gensygemelding sker en anelse hurtigere blandt TTA-borgere, der er blevet raskmeldt til ledighed, men resultatet er ikke signifikant.

Der er således ikke tegn på, at en afledt effekt af TTA-indsatsen på varigheden af de efterfølgende forsørgelsesydelse kan have betydning for den samlede økonomiske bundlinje.

Den formodede forskel på det økonomiske resultat af TTA for sygemeldte med henholdsvis somatiske og psykiske lidelser bekræftes ikke i data. Cost-benefit-analysen kan ikke påvise en signifikant forskel i gevinsten af indsatsen for somatiske og psykiske sygemeldinger. Dette følger NFA (2012), som ikke fandt nogen forskel i effekten af TTA for de to grupper, men modsvarer aktørernes egne forventninger til, at indsatsen ville gavne sygemeldte med psykiske lidelser mest.

³ I det følgende benævnes de tre kommuner med RCT-1 – RCT-3.

1 Indledning

I denne rapport foretages en opfølgning af den økonomiske analyse foretaget i forbindelse med Det Store TTA-projekt. Projektet her tager udgangspunkt i de tre RCT-kommuner, se NFA (2012). Data for disse kommuner bygger på det stærkeste forskningsdesign, hvilket betyder, at resultaterne for disse kommuner i højere grad kan forventes også at gælde for andre kommuner. Derfor er det en fordel udelukkende at analysere på det stærke RCT-analysedesign, hvor indsats- og kontrolborgere er tilfældigt udvalgt.

Det store TTA-projekt dækker over et omfattende forsøg med tidlig, tværfaglig og koordineret indsats i forbindelse med jobcentrenes sagsbehandling af sygedagpengesager. Projektet inkluderede en bred gruppe af sygemeldte i matchkategori 2 med længere sygefravær end otte uger, herunder både sygemeldte med fysiske og psykiske helbredsproblemer. Projektet blev afprøvet i kommuner med forskellig størrelse og på tværs af landet. Indsatsen var bygget op om tre kerneelementer bestående af 1) etablering af kommunale multidisciplinære team, 2) introduktion af standardiserede jobplaner og procedurer for sygedagpengeindsatsen 3) TTA-kursus for alle involverede aktører. Forventningen til indsatsen var, at sygedagpengeindsatsen vil blive opkvalificeret gennem hurtigere indsats, bedre koordinering og større tværfaglig viden, medførende hurtigere tilbagevenden til arbejde, bedre helbred og større arbejdssevne.

Projektets første evaluering bestod dels af en procesevaluering, en effektevaluering og en økonomisk evaluering.

Formålet med effektevalueringen var at belyse, om sygemeldte i TTA-indsatsen blev hurtigere raskmeldte og selvforsørgende og i mindre grad gensygemeldte, sammenlignet med sygemeldte i sædvanlig sagsbehandling. Effektevalueringen viste store forskelle mellem de forskellige projektkommuner. Således viser NFA (2012), at blandt de tre kommuner med det stærkeste analysedesign (RCT-studiet), opnåede den ene kommune en betydelig reduktion i sygefraværperioden svarende til ca. 5,4 uger, sammenlignet med sædvanlig sagsbehandling. For den anden kommune fandt man en positiv tendens svarende til ca. 1,4 uges reduktion i sygefraværperioden, mens man i den tredje kommune fandt en tendens til en forlængelse af sygefraværperioden med 2,7 uger.

Den økonomiske evaluering bestod af beregninger baseret på ovenstående effektmål af, hvordan et (eventuelt) lavere sygefravær påvirker kommunernes, det offentlige (stat og kommuner) samt samfundets økonomi. Resultatet af den økonomiske analyse viste i grove træk, at for de kommuner, hvor effektevalueringen havde vist positive effekter på reduktionen af sygefraværperioden, var besparelserne på sygedagpenge og de øgede skatteindtægter, samlet set større end omkostningerne ved projektet. For disse kommuner var der således en positiv økonomisk bundlinje for TTA-projektet. For de øvrige kommuner fandt man omvendt et negativt økonomisk resultat.

Da analyserne afhænger meget af vurderingen af de udgifter og indtægter, der er lagt til grund for analyserne, blev der endvidere gennemført såkaldte følsomhedsanalyser, hvor der eksempelvis blev antaget større udgifter ved TTA-indsatsen. Disse analyser pegede på, at *hvis* der ændres i antagelserne om størrelsen af kommunernes omkostninger, så *kan* den positive økonomiske bundlinje på kommuneniveau og for den offentlige sektor ændres til en negativ bundlinje. Det positive resultat for samfundsøkonomien var dog fortsat positivt og dermed meget robust over for ændringer i de parametre, der ligger til grund for analyserne (Houlberg m.fl. 2012).

Analysen her bidrager med ny indsigt på fire forskellige punkter:

- For det **første** vil det i dette opfølgingsprojekt være muligt at følge de berørte borgere gennem længere tid, og derved er der mulighed for, at flere borgere bliver raskmeldte. Herved er det også muligt at følge dem *efter* raskmeldingen og undersøge, om de kommer i beskæftigelse. Jo flere personer der indgår i analysen (med afsluttede sygdomsforløb), jo mere sikre resultater må man forvente at kunne estimere. Desuden vil flere gennemførte forløb i indsatsen betyde lavere enhedsomkostninger forbundet med at etablere TTA-koordineringen (idet etableringsomkostningen er en engangsomkostning, bliver omkostningen pr. sygdomstilfælde lavere, jo flere sygdomstilfælde der medtages). Isoleret set vil det gøre TTA-projektet økonomisk mere rentabelt. En længere tidshorisont åbner desuden op for mulige nye resultater, idet det bliver muligt at inkludere, om TTA-projektet betyder lavere eller højere tilbagefald til sygefravær i analysen. I givet fald kan det have meget store konsekvenser for den økonomiske bundlinje.
- For det **andet** vil analysen estimere og beregne effekten af, at projektet har været gennemført i en periode med lavkonjunktur. Evalueringen og de økonomiske beregninger af TTA-projektet blev gennemført på et tidspunkt, hvor der har været en meget kraftig lavkonjunktur med stigende arbejdsløshed til følge. Under sådanne ugunstige konjunkturforskel kan man formode, at langvarigt sygemeldte vil have særlig vanskeligt ved at fastholde deres job eller skifte til et nyt job. Det blev også understøttet af den gennemførte økonomiske evaluering af TTA, KORA (2012), som viste, at op mod 45 % af alle raskmeldte ikke overgik til beskæftigelse. Mange af disse er på andre overførsler, og derved udhules den økonomiske gevinst ved tidligere raskmelding. Økonomisk forstærkes dette af, at det samtidig betyder færre skatteindtægter til kommuner og stat og lavere produktion på samfunds niveau. For at undersøge betydningen af arbejdsløshed mere indgående vil vi her specifikt beregne/estimere betydningen af arbejdsløshed, der kan anvendes til at simulere, hvad udfaldet kunne være, hvis der var lavere arbejdsløshed.
- For det **trede** udvides analyserammen. I den første analyse, KORA (2012), var fokus på tid til raskmelding, og efterfølgende blev sandsynligheden for overgang til diverse tilstande beregnet (beskæftigelse, dagpenge, kontanthjælp, selvforsørgelse, revalidering m.m.). Men det er tænkeligt, at *varigheden* i den nye tilstand *også* er en funktion af, om personen har deltaget i TTA eller ej. Personer i arbejdsløshed mister gradvist deres kompetencer, og nogle påvirkes psykisk, se fx Clark m.fl. (2001). Et længere sygefravær kan derfor tænkes efterfølgende at forårsage en længere varighed af efterfølgende arbejdsløshed, og en sådan dynamisk effekt kan have stor betydning for den samlede effekt og den samlede økonomiske bundlinje. TTA vil i så fald både reducere varigheden til raskmelding, men *også* reducere varigheden på efterfølgende dagpenge eller kontanthjælp.
- Endelig, for det **fjerde**, vil den videregående analyse forfølge den opsplittning på psykiske og somatiske lidelser, som NFA (2012) inkluderer i effektanalysen, men som ikke var en del af den økonomiske analyse. Dette vil være væsentlig information i forhold til at øge forståelsen af, hvordan TTA-indsatsen virker, og vil også have betydning for, hvilke politiske værktøjer der kan forbedre mulighederne for enkeltgrupper, som måtte opnå relativ beskeden nytte af TTA-indsatsen. En cost-benefit-analyse baseret på store forskelle i effekter for somatiske versus psykiske lidelser vil i den henseende vise, om der også er forskelle på bundlinjen.

2 Data

2.1 Registre, RCT og omkostningsindsamling

Datagrundlaget består dels af informationer fra kommunerne vedrørende opdeling af indsats- og kontrolpersoner, dels af de oprindelige informationer indsamlet i kommunerne vedrørende meromkostninger til TTA-modellen og dels af registerdata, der er blevet opdateret med de seneste tilgængelige informationer.

Som tidligere nævnt er denne analyse baseret på de tre RCT-kommuner. Det betyder, at opdelingen mellem borgere, der har modtaget TTA-indsatsen, og borgere, der har modtaget den sædvanlige sygedagpengeindsats, er foregået tilfældigt inden for hver kommune. Alle tre kommuner havde et tilstrækkeligt højt nok antal sygemeldte borgere til, at der internt i kommunen kunne etableres en indsats- og en kontrolgruppe.⁴ Det betyder, at effekterne kan beregnes separat for hver kommune. Der henvises i øvrigt til kapitel 4.2.1 i NFA (2012) for en detaljeret beskrivelse af RCT-designet.

De skønnede meromkostninger, der dels består af nogle etableringsomkostninger og dels af nogle driftsomkostninger, er alle indsamlet via omkostningsskemaer direkte fra de tre RCT-kommuner.⁵ Ved analyser, der rækker flere år frem, vil sondringen mellem etablerings- og driftsomkostninger være væsentlig, idet etableringsomkostningerne i så fald vil være faste, mens driftsomkostningerne vil afhænge af den periodelængde, der analyseres. De samlede etableringsomkostninger pr. sag vil således være lavere i denne analyse end i den oprindelige økonomiske analyse (KORA, 2012), alene fordi antallet af sager i projektet er steget.

I tillæg til de indsamlede data fra kommunerne beror analysen på registerdata fra Danmarks Statistik. Konkret inkluderes informationer fra følgende registre:

- E-indkomstregistret
- DREAM
- RSS⁶
- Lægemiddeldatabasen
- Sygesikringsoplysninger
- Grunddata (demografiske, socioøkonomiske, kommunale baggrundsvARIABLE, lokal arbejdsløshedsrate)

Alle registre indeholder oplysninger på individniveau og har en unik personlig kode til hver person. Det er således muligt at følge den samme person over tid og koble informationerne fra alle registre.

E-indkomstregistret indeholder månedlige oplysninger om indkomst og start- og slutdato for ansættelse, mens *DREAM*-databasen indeholder ugentlige oplysninger om overførselsindkomster, mens *RSS* indeholder en præcis dag.

⁴ Ud over størrelsen kunne TTA-indsatsen i disse kommuner blive varetaget af sagsbehandler og TTA-enheder, som geografisk var adskilte fra sagsbehandlere, som varetog den sædvanlige sagsbehandling, NFA (2012: 214).

⁵ Da disse omkostningsskøn er de samme som i den oprindelige økonomiske evaluering, henvises til KORA 2012, for nærmere detaljer vedrørende omkostningsopgørelsen.

⁶ Beskrevet i Pedersen et al. (2011): [The Danish Register of Sickness absence compensation benefits and Social transfer payments](#) – RSS. National Research Centre for the Working Environment NRCWE.

Oplysninger om borgernes forbrug af sundhedsydelser kan potentielt have stor betydning for cost-benefit-beregningen. To kilder tages her i anvendelse. *Lægemiddeldatabasen* indeholder detaljerede oplysninger om køb af receptpligtig medicin. Oplysningerne inkluderer kode for typen af medicin såvel som dato for køb. Databasen indeholder også oplysninger om den samlede pris for medicinen (ekspeditionsprisen), samt hvilken andel der betales af borgeren. *Sygesikringsoplysningerne* inkluderer her kontakt med praktiserende læge eller speciallæge samt psykolog.

Fra *Grunddata* fås den lokale arbejdsløshedsrate opdelt på kvartal, alder og køn. Dette er en væsentlig informationskilde, der ikke indgik direkte i de hidtidige analyser, men som muliggør estimering af betydningen af lavkonjunktur for TTA-projektets succes. Den lokale arbejdsløshedsrate opdelt på uddannelsesniveau findes ikke i Statistikbanken og den er derfor baseret på egne beregninger ud fra oplysninger i DREAM og Grunddata.⁷

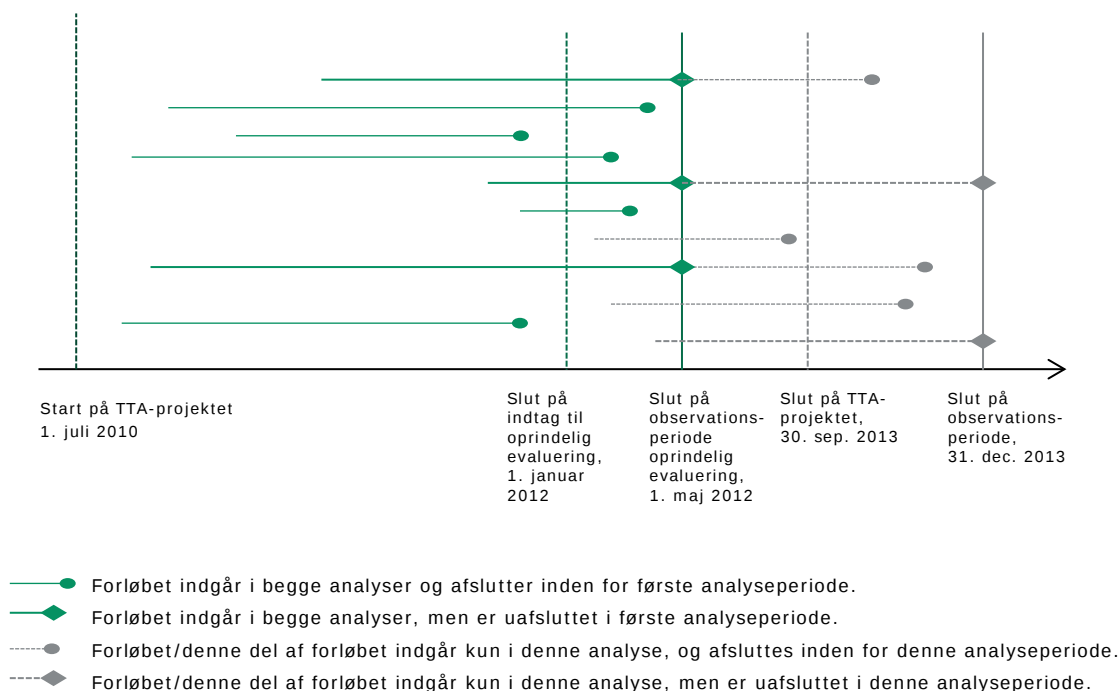
Endelig anvendes information fra spørgeskemaer, jf. NFA (2012) vedrørende den enkelte sygemeldtes primære diagnose. Denne oplysning anvendes til opdeling af analysen på hhv. psykiske og somatiske lidelser.

2.2 Beskrivende statistik

Den oprindelige evaluering var baseret på sygeforløb startet inden for en kortere periode end den egentlige projektperiode. Derfor giver den længere opfølgingsperiode, som er til rådighed i denne analyse i forhold til den oprindelige evaluering, en udvidelse af data i to forskellige dimensioner. Dels udvides *antallet* af sygeforløb, der er en del af TTA-forsøget og dels forlænges varigheden af den periode, forløbene kan følges. Dette er illustreret i Figur 2.1, hvor de fuldt optegnede forløb illustrerer sygdomsforløb inkluderet i den oprindelige evaluering, mens de stiplede forløb illustrerer de ekstra forløb, og de forløb, der skifter fra fuldt optrukket til stiptet, illustrerer de forløb, hvor opfølgingsperioden er forlænget. Forlængelsen af observationsperioden betyder, at antallet af sygeforløb i de tre RCT-kommuner, der kan indgå i analysen stiger fra 3.105 til 5.510 forløb.

⁷ Ved beregning af den lokale arbejdsløshedsrate findes andelen af bruttoledige, som inkluderer alle dem, der har været arbejdsløse i mindst syv uger i et givet kvartal. En arbejdsløs defineres som en person, der ifølge DREAM er enten på dagpenge eller kontanthjælp, uanset om de er aktiveret eller ej, eller er på feriedagpenge.

Figur 2.1 Udvidelse af dataperioden fra den oprindelige til den aktuelle evaluering



Kilde: DREAM

Som ventet i et RCT-design er der kun marginale forskelle i baggrundsvariablene mellem de borgere, der har været igennem TTA-indsatsen, og de borgere, der har modtaget den traditionelle sygedagpengeindsats. Dog ses i RCT-2 en signifikant større andel af kvinder blandt TTA-borgerne end blandt borgere i kontrolgruppen.⁸

Tabel 2.1 Gennemsnitlige baggrundsfaktorer blandt borgere i hhv. TTA- og den traditionelle sygedagpengeindsats

	RCT-1		RCT-2		RCT-3	
	TTA	Kontrol	TTA	Kontrol	TTA	Kontrol
Andel kvinder	0,55 (0,013)	0,58 (0,017)	0,60 (0,013)	0,53 (0,017)	0,60 (0,020)	0,65 (0,029)
Andel med grundskole som højeste uddannelse	0,32 (0,012)	0,32 (0,016)	0,30 (0,012)	0,29 (0,015)	0,25 (0,020)	0,26 (0,026)
Andel med videregående uddannelse	0,17 (0,010)	0,17 (0,013)	0,23 (0,011)	0,22 (0,014)	0,21 (0,017)	0,18 (0,023)
Sygemeldingsårsag psykisk	0,39 (0,013)	0,36 (0,016)	0,46 (0,013)	0,46 (0,017)	0,61 (0,020)	0,63 (0,029)
Alder	41,4 (0,303)	42 (0,392)	41,8 (0,284)	42,6 (0,359)	41,1 (0,443)	40,3 (0,639)
Antal borgere	1.444	869	1.423	887	611	276

Note: Psykisk/somatisk sygemeldingsårsag er baseret på spørgeskemaer til borgerne fra NFA.

Standardafvigelse af gennemsnittet er angivet i ().

Kilde: Grunddata, NFA spørgeskema.

⁸ Da evalueringen af kommune 2's RCT-design ikke har givet anledning til bemærkninger (se NFA, 2012), må denne forskel ses som en statistisk usikkerhed, som godt nok forekommer med lav, men dog positiv sandsynlighed. Se også Poulsen et al. (2014), som skriver (side 6): "Considering that 30 parameters were compared (10 per municipality) it was not surprising that one would emerge as statistically significant. However, we have no explanation for the gender difference between CTM (=TTA) and OSM (=control) in M2 (RCT-2)."

Der er markante forskelle *mellem* de tre kommuner flere steder. Især ses, at andelen af borgere, der sygemeldes af psykiske årsager, er signifikant lavere i RCT-1 end i RCT-3. Ligeledes findes signifikant flere med grundskole som højeste uddannelse i RCT-1 end i RCT-3 og signifikant flere med videregående uddannelse i RCT-2 end i RCT-1. Disse forskelle kan dels være et udtryk for forskelle i befolkningen og dels et udtryk for forskelle i de enkelte kommuners visitationspraksis til matchgruppe 2.

Lokale arbejdsløshedsrater

For at anvende de lokale arbejdsløshedsrater til estimering af konjunkturforskelenes betydning for virkningen af TTA-indsatsen er det nødvendigt, at der er en vis variation i raterne. I Bilag 1 præsenteres grafer for udviklingen i de lokale arbejdsløshedsrater over projektperioden fordelt på forskellige kategorier af sygemeldte. Af graferne fremgår det, at arbejdsløshedsraten *inden for* de enkelte køn, uddannelses- og aldersgrupper svinger med mellem 0 og 20 procentpoint, mens udsvinget *mellem* de forskellige grupper er over 30 procentpoint i alle tre kommuner (se Tabel 2.2).

Tabel 2.2 Variationen i den lokale arbejdsløshedsrate fordelt på alder, køn, uddannelse og kvartal

	RCT-1	RCT-2	RCT-3
Laveste arbejdsløshedsrate	0%	2%	0%
Højeste arbejdsløshedsrate	38%	34%	38%
Gruppe med laveste rate	Kvinde, 60+, videregående uddannelse, alle kvartaler	Kvinde, 60+, videregående uddannelse, alle kvartaler	Kvinde, 60+, videregående uddannelse, alle kvartaler
Gruppe med højeste rate	Kvinde, 25-29 år, grundskole, Kv12:1	Kvinde, 30-39 år, grundskole, Kv12:1-14:1	Kvinde, 25-29 år, grundskole, Kv11:4

Note: Se Bilag 1.

Kilde: Egne beregninger baseret på DREAM og Grunddata.

Tallene tyder således på en mærkbar variation i de arbejdsløshedsrater, vi anvender i analysen. Vi forventer derfor, at kunne identificere effekten af en stigende arbejdsløshedsrate på virkningen af TTA, hvis der vel at mærke findes en sådan effekt. På den anden side må der tages et vist forbehold for, at denne metode kan vise effekten af de konjunkturforskel, der var gældende under forsøget med indsatsen. Man kan derfor ikke med denne analyse forvente at kunne beregne TTA-indsatsens effekt, hvis forsøget havde været gennemført i en periode med højkonjunktur, bl.a. fordi der ikke er samme mulighed for geografisk og uddannelsesmæssig mobilitet under en (inter)national recession, som forskellene i de lokale arbejdsløshedsrater repræsenterer.

2.3 Metodetilgang

I dette afsnit beskrives det overordnede undersøgelsesdesign samt metoden, der er anvendt i forbindelse med de økonometriske beregninger på individniveau. En mere uddybende beskrivelse af disse emner findes i NFA (2012). Som tidligere nævnt vil indeværende effektanalyse udelukkende være baseret på data fra de tre RCT-kommuner.

2.3.1 Økonometrisk metode til effektevaluering

For at beregne effekten af TTA-indsatsen beregnes såkaldte varighedsmodeller, hvor den forventede varighed til raskmelding estimeres. Forskellen mellem den estimerede gennem-

snitlige varighed for projektgruppen henholdsvis kontrolgruppen fortolkes som den gennemsnitlige effekt af TTA-indsatsen. I beregningerne af den forventede varighed til raskmelding anvendes sygdomsforløb, der visiteres til matchkategori 2 mellem 1. juli 2010 og 30. september 2013. Varigheden måles kun frem til og med den 52. sygdomsuge. Sygdomsforløb over 52 uger betegnes som uafsluttede, men indgår stadig i analysen af varighed til raskmelding. Dette følger Nielsen m.fl. (2014) og gøres dels for at sikre, at alle forløb har lige lang observationsperiode, men også fordi varighedsbegrænsningen for modtagelse af sygedagpenge i denne periode var 52 uger.⁹ Mere tekniske specifikationer og uddybende forklaringer findes i NFA (2012, kapitel 4).

I analyse af risikoen for gensygemelding estimeres den forventede varighed fra raskmelding til en eventuel ny sygemeldingsperiode. Denne analyse opdeles på borgere, der blev raskmeldt til beskæftigelse, og borgere, der blev raskmeldt til ledighed. Borgere, der afsluttede sygeforløbet med (førtds-)pension samt borgere, der var sygemeldte ud over de 52 uger, medtages ikke i analysen af gensygemelding. Dog laves en følsomhedsanalyse af konsekvensen af at udelade de forløb, der afsluttes efter den 52. sygefraværsuge. For at sikre ensartethed i gensygemeldingsrisikoen blandt beskæftigede og ledige medtages kun sygeforløb på over fire uger. Begrundelsen herfor er, at der blandt sygemeldte i beskæftigelse kun registreres forløb under fire uger, hvis der er tale om en kronisk lidelse, mens alle sygemeldinger blandt ledige registreres.

På grund af den begrænsede observationsperiode, afgrænses (censoreres) alle gensygemeldingsforløb endvidere ved 26 uger. Dette gøres for at undgå, at forskellen i varigheden til raskmelding direkte påvirker varigheden af det efterfølgende forløb alene pga. en begrænset observationsperiode. Da alle observerede raskmeldinger sker senest 26 uger før slutningen af observationsperioden, afgrænses der derfor på dette tidspunkt.

Det eksperimentelle design muliggør en simpel måling af effekten gennem direkte sammenligning af varigheder. Alligevel har vi til denne analyse valgt at estimere effekten ved brug af parametrisk¹⁰ varighedsanalyse af tre grunde. For det første har en varighedsmodel den fordel, at den kan tage højde for uafsluttede forløb, så disse indgår med ekstra vægt i beregningen af de forventede varigheder. Som det fremgår af nedenstående afsnit, er der mellem 25 og 38 % af de sygemeldinger, vi følger, som ikke når at blive afsluttet inden for observationsperioden. For det andet muliggør regressionsmetoden, at vi kan estimere forskellige effekter for de parametre, vi har ekstra fokus på i denne analyse. Og endelig bruges den økonometriske tilgang til at kontrollere for unødigt støj, hvilket medfører mindre usikkerhed og dermed øges muligheden for statistisk signifikans i analyserne.

Som et følsomhedstjek laver vi dog også cost-benefit-beregningen baseret på en ikke-parametrisk analyse af antallet af sygemeldingsuger for TTA og ikke-TTA.

2.3.2 Cost-benefit-analysen

Den økonomiske analyse foretages som tidligere nævnt på tre niveauer: det kommunale, for den offentlige sektor (stat og kommune) samt på samfundsniveau, og den baseres som udgangspunkt på effekter estimeret vha. ovennævnte varighedsanalyse. Metoden vil bortset fra håndtering af usikkerhed følge den metodetilgang, der blev anvendt i den oprindeli-

⁹ Analysen af varighed indtil raskmelding har også været gennemført med afgrænsning af sygedagpengeforløbet på 75 uger. Denne analyse viste grundlæggende de samme resultater som resultaterne præsenteret her, men med mere solide estimater.

¹⁰ Med betegnelsen *parametrisk* menes statistiske modeller, der anvender andre variable (parametre) i beregningen af sammenhængen mellem de egentlige variable af interesse (her TTA og raskmelding). Disse modeller inkluderer antagelser om fejlleddets fordeling.

ge økonomiske evaluering; derfor henvises der her til Houlberg m.fl. (2012) for en detaljeret beskrivelse. Elementerne, der indgår i analysen, er opsummeret i tabel 3.1.

På omkostningssiden indgår dels etableringsomkostninger (engangsomkostninger) i forbindelse med oprettelse af en ny struktur mv., dels indgår eventuelle ekstra omkostninger (eller besparelser) i den løbende drift på området. På samfunds niveau indgår tillige forvridningsomkostninger (besparelser), der opstår ved ændringer i indkrævning af skatter.

På indtægtssiden sættes der kroner og øre på, hvor meget der spares i sygedagpenge. Nogle af de raskmeldte borgere vil imidlertid ikke kunne returnere til et job, og der tages derfor højde for, at raskmeldte returnerer til andre overførsler end sygedagpenge, fx kontanthjælp. Derudover medtages ændringer i skatteindtægter og ændringer i udgifter til sundhedsområdet (sygesikringsydelse og medicinudgifter). De enkelte elementer fremgår af Tabel 2.3.

Tabel 2.3 Elementer, der indgår i den økonomiske analyse, opdelt på analyseniveau

Analyseniveau	COST	BENEFIT
Kommune	Kommunernes meromkostninger til TTA, indsamlet via spørgeskema. Her anvendes de allerede indsamlede data.	1. Besparelser i udgifter til sygedagpenge (kommunernes andel) og eventuelle ændringer i andre overførsler (a-kasse, kontanthjælp, revalidering, andet). 2. Skatteindtægter for kommunen, hvis TTA-beskæftigelse sker hurtigt.
Offentlig sektor	Kommunernes meromkostninger til TTA, indsamlet via spørgeskema, jf. ovenfor.	1. Besparelser i udgifter til sygedagpenge (kommunernes og statens andel) og eventuelle ændringer i andre overførsler (a-kasse, kontanthjælp, revalidering, andet). 2. Skatteindtægter for kommuner og stat, hvis TTA-beskæftigelse sker hurtigt, inkl. afledte afgiftsindtægter. 3. Sparet offentlig betaling til medicin, dvs. ekspeditionstakst fraregnet sygemeldtes egenbetaling. 4. Sparede sygesikringsydelse (honorartakster).
Samfund	Kommunernes meromkostninger til TTA, indsamlet via spørgeskema, jf. ovenfor. Skatteforvridningstab (Kan være en benefit)	1. Løn (= produktion). 2. Sparede sygesikringsydelse (honorartakster). 3. Sparet medicinforbrug (inkl. evt. egenbetaling).

Kilde: Houlberg m.fl. (2012).

Omkostningsestimater

Da de estimerede driftsmæssige merudgifter ikke har ændret sig siden den oprindelige økonomiske evaluering, gengives tallene fra Houlberg m.fl. (2012).

Etableringsomkostningerne har selvfølgelig heller ikke ændret sig, men siden der er kommet flere sager til, er etableringsomkostningerne pr. sag faldet markant. Tallene for omkostninger fremgår af Tabel 2.4.

Tabel 2.4 Omkostningsestimater pr. sag

	RCT-1	RCT-2	RCT-3
Faste etableringsomkostninger i 1.000 kr.	2.082	2.046	652*
Etableringsomkostninger pr. sag (kr.)	1.442	1.438	1.068
Driftsmæssig merudgift pr. sag (kr.)**	-20.361	-3.910	-525

Note: * Der findes ingen vurdering af etableringsomkostningerne for RCT-3. Derfor er medianen af etableringsomkostningerne for de øvrige TTA-kommuner anvendt som estimat (følger Houlberg m.fl. 2012).

** De negative driftsmæssige merudgifter pr. sag er i RCT-1 og RCT-2 et udtryk for, at TTA-sagerne er kortere og dermed billigere i drift. I RCT-3 er det derimod et udtryk for, at de ugentlige driftsudgifter er vurderet lavere for TTA-sagerne end for sager med den traditionelle sagsbehandling.

Kilde: Houlberg m.fl. (2012).

Håndtering af usikkerhed

Da de økonomiske beregninger baseres på effekt- og omkostningsestimater, der har en iboende usikkerhed, vil de økonomiske estimater også være forbundet med usikkerhed. Standardmetoden til at synliggøre denne usikkerhed er at beregne worst-case- og best-case-scenarier, som også var den tilgang, der blev anvendt i Houlberg m.fl. (2012). Denne metode opstiller nogle mere eller mindre tilfældigt valgte ekstreme scenarier, hvis forekomst man ikke kender sandsynligheden af. Derfor kan det være svært at give en klar konklusion af en sådan følsomhedsanalyse, hvis worst-case- og best-case-beregningerne peger i hver sin retning.

I dette projekt anvender vi i stedet en forbedret metode til håndtering af usikkerheden, der gør brug af såkaldte Monte Carlo-simulationer, Karoly (2012). Metoden går i store træk ud på, at basere usikkerheden i cost-benefit-beregningen på *fordelingen* af effekt- og omkostningsestimaterne i stedet for på enkeltstående estimater og eventuelt en skønnet variation. I praksis betyder det, at vi tager 1.000 tilfældige udtræk fra hver af de fordelinger, der beskriver de input, der anvendes i cost-benefit-analysen.¹¹ For hvert udtræk beregnes et cost-benefit-estimat. Således får vi 1.000 forskellige bud på et samlet resultat. Baseret på disse 1.000 estimater kan et gennemsnit og en standardafvigelse udregnes og ud fra disse kan den samlede usikkerhed i resultatet vurderes. Bilagsfigur 2.1 i Bilag 2 illustrerer metoden.

Håndtering af konjunktoreffekt

Som tidligere nævnt ønskes det undersøgt, hvilken betydning det kan have haft for *effekten* af TTA-indsatsen, at indsatsen har været iværksat under en lavkonjunktur. Til dette formål anvender vi den variation, vi kan finde i den lokale arbejdsløshedsrate fra kommune til kommune for forskellige aldersgrupper og forskellige uddannelsesniveauer. Variation anvendes efterfølgende til at undersøge, om der er et mønster, hvor de personer, der havde en høj lokal arbejdsløshedsrate på sygemeldingstidspunktet har oplevet en mindre effekt af TTA-indsatsen end de personer, der havde en lav lokal arbejdsløshedsrate ved start af sygemeldingen.

¹¹ Fordelingen af effektestimatet (der beskriver indtægtssiden af CBA) forudsættes at være normalfordelt med en standardafvigelse svarende til standardafvigelsen for den estimerede effekt. Omkostningsestimatet, der udelukkende beror på en vurdering fra hver kommune forudsættes at være uniform fordelt med en standardafvigelse på 12,5 % af gennemsnittet. I afsnit 4.2 præsenteres resultatet af CBA for varierende niveauer af denne standardafvigelse.

3 Resultater

Som tidligere nævnt vil analysen her bidrage til den eksisterende evaluering på følgende punkter: 1) Udvidelse af dataperiode og forbedret håndtering af usikkerheden i CBA beregning, 2) Estimering af konjunktoreffekt, 3) Analyse af risikoen for gensygemelding, 4) Opdeling af TTA-effekter på psykisk og somatiske sygemeldingsårsager. Resultaterne præsenteres separat for hver RCT-kommune i nedenstående afsnit, der følger de fire nye bidrag, som angivet ovenfor.

3.1 Den udvidede periode

3.1.1 Gennemsnitlige varigheder

Af Tabel 3.1 fremgår de gennemsnitlige varigheder af sygedagpengeforløbet fordelt på TTA- og kontrolgrupperne. De gennemsnitlige varigheder er udregnet for de forløb, der er afsluttet inden 52 uger, og suppleret med et tal for andelen af sager, hvor dette er gældende. Det ses, at de TTA-forløb i RCT-2, der afsluttes inden 52 uger både er gennemsnitlig kortere og udgør en større andel end tilsvarende i kontrolgruppen. I RCT-3 er det lige omvendt: TTA-forløbene er gennemsnitlig længere, og der er flere af dem, der fortsætter efter 52 uger. RCT-1 derimod viser et mere blandet mønster. Her er gennemsnittet af sygedagpengevarighed, blandt sager afsluttet før 52 uger, en smule længere blandt TTA-borgere, mens andelen, der forlænges efter de 52 uger, faktisk er noget mindre. For denne kommune har TTA-gruppen således færre af de helt korte, men også færre af de helt lange forløb.¹²

Tabel 3.1 Gennemsnitlige varigheder indtil raskmelding

	RCT-1		RCT-2		RCT-3	
	TTA	Kontrol	TTA	Kontrol	TTA	Kontrol
Gns. varighed af forløb afsluttet inden 52 uger (uger)	20,4 (0,426)	19,5 (0,527)	17,7 (0,375)	18,9 (0,538)	18,5 (0,691)	17,8 (0,940)
Andel forløb afsluttet inden 52 uger	0,75 (0,011)	0,71 (0,016)	0,71 (0,012)	0,62 (0,016)	0,67 (0,019)	0,73 (0,027)
Antal raskmeldte	1.084	615	1.013	551	408	201

Note: Standardafvigelse af gennemsnittet er angivet i ().

3.1.2 Effektestimater

I dette afsnit belyses effekten af TTA-indsatsen, der er beregnet på baggrund af varighedsanalysen. I beregningerne tages der blandt andet højde for de sygemeldinger, der ikke afsluttes inden for den observerede periode, og for, at nogle af de sygemeldte dør, overgår til alderspension eller emigrerer. Effekterne er opgjort som en rate ratio (RR)¹³ og som den absolutte og reduktion af den forventede varighed af sygefraværet¹⁴.

¹² Disse tal understøttes af de såkaldte Kaplan Meier-grafer præsenteret i Nielsen m. fl. (2014).

¹³ En rate ratio er et udtryk for forholdet mellem den ugentlige raskmeldingssandsynlighed blandt sygemeldte i TTA-indsatsen sammenlignet med sygemeldte i sædvanlig sagsbehandling. Se endvidere NFA, 2012 Boks 7.2.1.

¹⁴ Forventet varighed adskiller sig fra den gennemsnitlige varighed ved at være estimeret ud fra varighedsmodellen, der tager hensyn til, at de uafsluttede sygdomsforløb vil opnå længere varigheder.

Af Tabel 3.2 fremgår det, at RCT-1 og RCT-2-kommunerne begge har positive rate ratios, hvilket betyder, at den ugentlige sandsynlighed for at afslutte sygemeldingen er højere blandt TTA-borgere end blandt borgere i den traditionelle sygedagpengesagsbehandling. Den relative forskel er dog kun 7 % og ikke signifikant i RCT-1, mens TTA-borgere i RCT-2 har 30 % højere sandsynlighed for at afslutte deres sygedagpengeforløb end borgere i den traditionelle indsats. Denne forskel udmønter sig i et forventet fald i sygedagpengevarigheden på over to uger. For RCT-3 er billedet som ventet lige modsat. Her finder vi, at de borgere, der har modtaget TTA-indsatsen, har en lavere sandsynlighed for at afslutte deres sygedagpengeforløb end de øvrige sygemeldte borgere. Forskellen, der ville svare til en *stigning* i den forventede sygemeldingsperiode på knap to uger, er dog kun signifikant på et 90 % niveau.

Tabel 3.2 Estimerede effektestimater fra varighedsanalysen

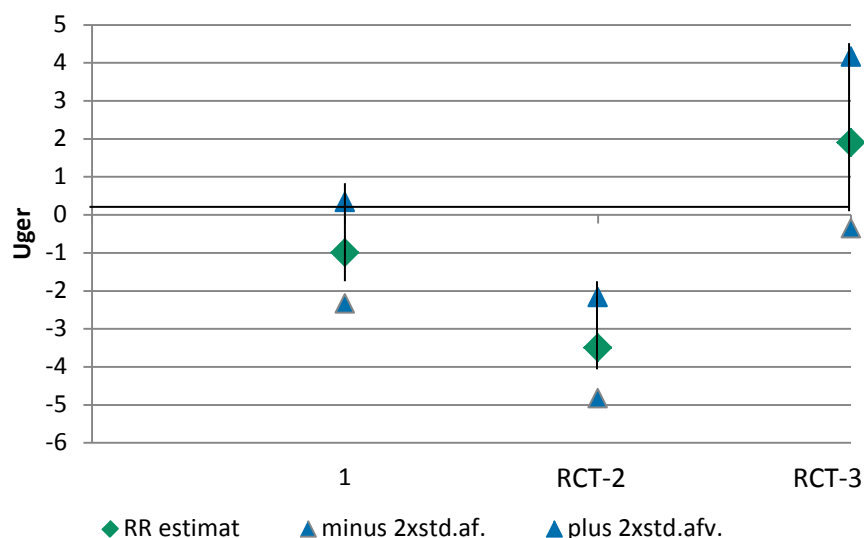
	RCT-1	RCT-2	RCT-3
Rate Ratio afgang fra sygefravær TTA/ej TTA	1,067	1,302***	0,856*
	[0,966,1,178]	[1,174,1,445]	[0,723,1,014]
Forventet varighed ej TTA	27,7	31,0	26,1
Forventet varighed TTA	26,7	26,8	28,1
Effekt TTA (uger)	-1,0	-4,2**	2,5*
Observationer	1.444	1.423	611

Note: * Signifikant på 90 % niveau, ** signifikant på 95 % niveau.

Kilde: Egne beregninger baseret på DREAM samt. Analyserne er baseret på NFA's data.

I Figur 3.1 er den forventede effekt af TTA-indsatsen på varigheden af sygemeldingen illustreret grafisk. Heraf fremgår det, at effekterne fra RCT-1 og RCT-3 begge ligger på grænsen til at være signifikante.

Figur 3.1 Forventet effekt på varigheden af første sygemelding for TTA ift. kontrolgruppen



Kilde: Egne beregninger baseret på effektestimater fra Tabel 3.2.

Tabel 3.3 Estimerede effektestimater fra NFA (2012)

	RCT-1	RCT-2	RCT-3
Rate Ratio afgang fra sygefravær TTA/ej TTA	1,12 [0,97-1,29]	1,51** [1,31:1,74]	0,856 [0,723:1,014]
Effekt TTA NFA (2012) (uger)	-1,4	-5,4**	2,7
Observationer	991	783	426

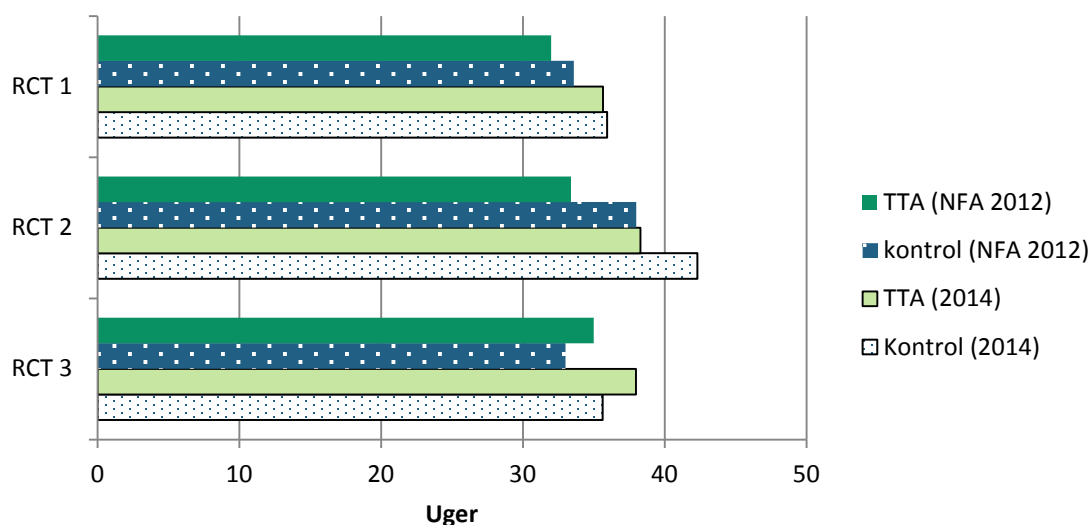
Note: ** Signifikant på 95 % niveau.

Kilde: NFA (2012) Tabel 7.2.2.

I Tabel 3.3 er de oprindelige effektestimater fra NFA (2012) præsenteret. Når de estimerede effekter fra det udvidede datasæt sammenlignes med disse oprindelige fund i NFA (2012), ses der generelt et fald i størrelsen af effekterne. Således mindskes det oprindelige fald i sygevarigheden som følge af TTA fra 1,4 uger til 1 uge for RCT-1 og fra 5,4 uger til 4,2 uger for RCT-2, mens den oprindelige stigning fundet i RCT-3 mindskes fra 2,7 uger til 2,5 uger. Denne forskel kan blandt andet forklares med, at sygeforløbene nu kan måles over en længere periode. Hvis TTA-indsatsen fx først og fremmest har indvirkning i starten af sygemeldingsperioden, så vil en udvidelse af analyseperioden blot resultere i en udvaskning af effekten. I NFA 2012, Tabel 7.2.10, fremgår det, at for RCT-2 er der ganske rigtigt en tendens til højere effekter for sygemeldingsperioden mellem 17 og 42 uger ift. perioden efter 42 uger. Forskellen kan også skyldes en udvidelse af antallet af borgere. Hvis effekten blandt de seneste tilføjede forløb er mindre end for de første, vil effekten alt andet lige falde. Dette kunne fx være tilfældet, hvis sagsbehandlere i kontrolgruppen trods opdeling har taget ved lære af TTA-sagsbehandlere. Der er dog intet i implementeringsanalyse, der indikerer, at det skulle have været tilfældet (NFA 2012).

Ovenstående analyse anskuer den oprindelige sygemelding, som forløbshistorier, dvs. hvert sygdomsforløb håndteres separat, hvilket kan vanskeliggøre et overblik over de samlede uger med sygedagpenge. I nedenstående graf vises den gennemsnitlige sum af uger med sygefravær i perioden fra første sygemelding og 65 uger frem. Grafen viser stort set samme mønster som effekterne på den forventede varighed. Dog er forskellen mellem TTA- og kontrolgruppen ikke så tydelig i RCT-1, når alle sygedagpengeuger medregnes. Denne ændring kan skyldes to forskellige faktorer. Dels kan det være et udtryk for, at TTA-gruppen i RCT-1 har forholdsvis større tilbagefald til sygefravær, dels kan det være et udtryk for, at TTA-gruppen har forholdsvis flere forløb over 52 uger.

Figur 3.2 Gennemsnitlige antal af uger på sygedagpenge fra start af sygemeldingen og 52/65 uger frem



Note: Antallet af sygedagpengeuger er optalt hen over 52 uger for NFA (2012) og hen over 65 uger for 2014-opgørelsen.

Kilde: NFA (2012, Tabel 7.2.1) samt egne beregninger.

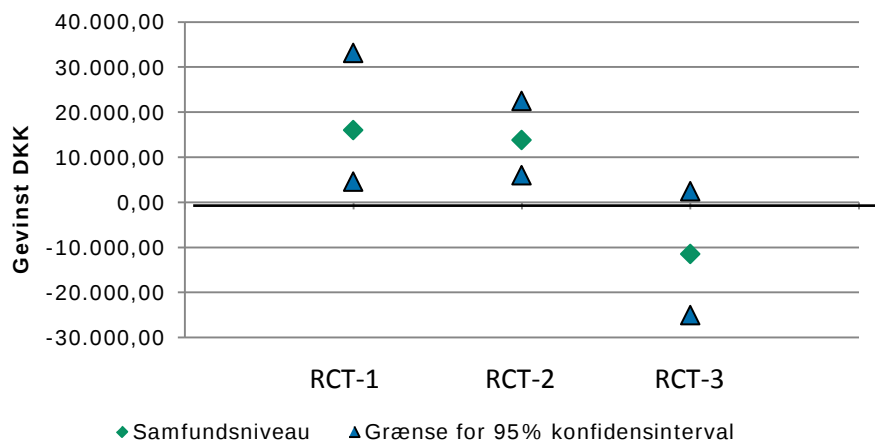
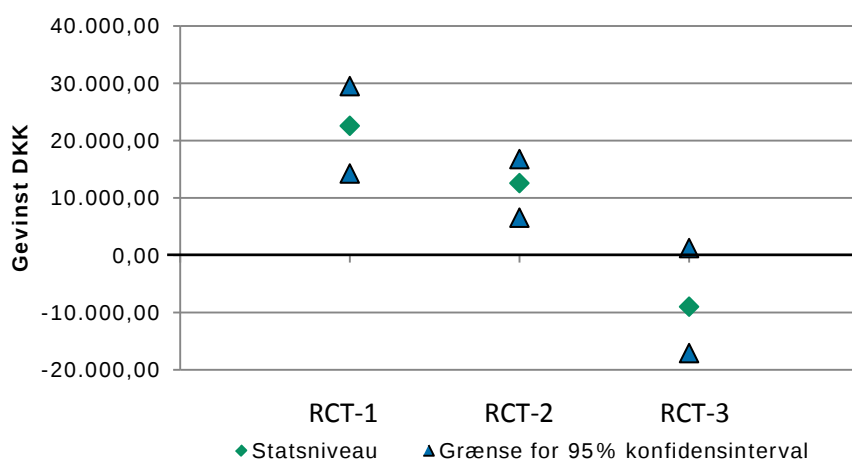
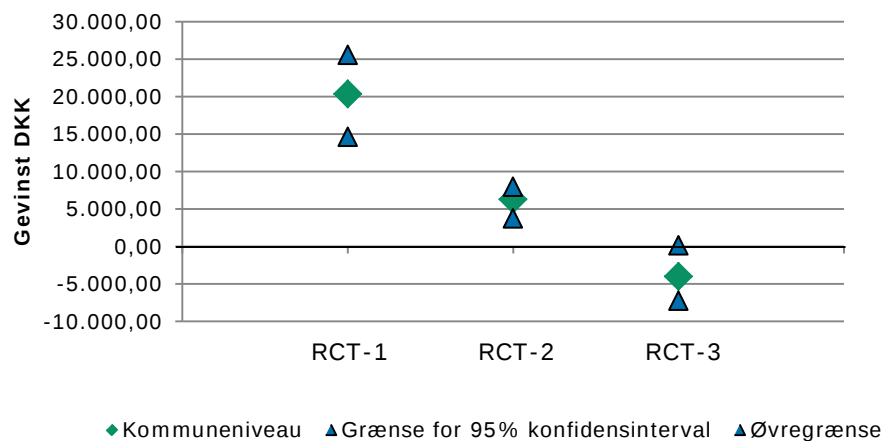
I sammenligning med de oprindelige effektresultater har den længere observationsperiode ikke rykket mærkbart ved resultaterne jf. Figur 3.2. Dog er effekten knap så markant, og de beregnede forskelle i forventede sygefraværsvareigheder er således en anelse mindre med det udvidede datasæt. Også forskellen i de optalte uger på sygedagpenge mellem TTA-borgere og borgere i traditionel sagsbehandling er mindsket en smule ift. NFA (2012, Tabel 7.2.1) for RCT-1. Det kunne således tyde på, at effekten af TTA mindskes på lang sigt, omend faldet ikke er signifikant.

3.1.3 CBA-analyse

I dette afsnit beregnes den økonomiske effekt af TTA-indsatsen baseret på de oprindelige omkostningsestimater fra KORA (2012) samt de nye effektberegninger præsenteret i ovenstående afsnit.

Resultaterne er præsenteret i Figur 3.3 og Tabel 3.4 og viser de gennemsnitlige forventede gevinster pr. sygedagpengeforløb. Derudover er der på baggrund af Monte Carlo-simulationerne udregnet et konfidensinterval, inden for hvilket gevinsten med 95 % sikkerhed kan siges at ligge. Som ventet finder vi positive gevinster i RCT-1 og RCT-2, mens man i RCT-3 har opnået et negativt resultat for TTA-indsatsen. Der er lavet særskilte beregninger for kommune- stats- og samfundsniveau.

Figur 3.3 Estimeret gennemsnitlige gevinst pr. sygedagpengeforløb ved brug af TTA-indsats ift. den traditionelle sygedagpengeindsats (DKK). Kommune-, Stats- og samfunds-niveau.



Note: Omkostningsestimatet indgår med en standardafvigelse svarende til 12,5 % af gennemsnittet.

Kilde: Egne beregninger baseret på effektestimater fra Tabel 3.2 og omkostningsestimater fra Tabel 2.4.

Beregningen af konfidensintervallet for gevinstestimatet er som tidligere beskrevet baseret på såkaldte Monte Carlo-simulationer. Det resulterer i konfidensintervaller, som kan sammenlignes med de følsomhedsanalyser, der indgik i Houlberg m.fl. (2012, Tabel 5.3-5.4), dog med den markante forskel, at vi her kan tage hensyn til usikkerheden i effektestimatet og usikkerheden i omkostningsestimatet samtidigt og undgå tilfældige skøn over mulig usikkerhed. Vi finder da også generelt lidt bredere konfidensintervaller end de grænser, som Houlberg m.fl. (2012) finder ved en simpel plus/minus standardafvigelse af effektestimatet. Det økonomiske resultat viser sig dog at være temmelig robust over for denne større usikkerhed, idet gevinstestimaterne er signifikant positive på alle tre niveauer for RCT-1 og RCT-2, mens gevinsten for RCT-3 kun er signifikant negativ på et 90 % niveau. Det viser sig således, at cost-benefit-analysen opnår signifikant positive resultater for RCT-1, til trods for at effektestimaterne er insignifikante. Dette skyldes først og fremmest, at man i RCT-1 har vurderet, at TTA-indsatsen udløser en driftsmæssig omkostningsbesparelse, der har stor indvirkning på det økonomiske resultat.

Generelt påvirker TTA-indsatsen de kommunale finanser mindst, mens påvirkningen er større på samfundsniveau end stats- og kommuneniveau for både RCT-2 (positivt) og RCT-3 (negativt).¹⁵ Disse resultater afviger ikke mærkbart fra CBA-resultaterne i Houlberg m.fl. (2012). Også de beregnede usikkerheder er større for gevinstestimatet på samfundsniveau. Dette skyldes først og fremmest en større usikkerhed i skatteforvriddningstabet, der har større indvirkning på den samfundsmæssige gevinst end på gevinsten for de to øvrige niveauer.

¹⁵ For RCT-1 er gevinsten på samfundsniveau lavere end de to øvrige niveauer, hvilket først og fremmest skyldes de høje vurderede driftsbesparelser i denne kommune. Disse indgår nemlig kun med 50 % i CBA-beregningen på samfundsniveau, mens de indgår med 100 % på både kommunalt og statslig niveau.

Tabel 3.4 Estimeret gennemsnitlige gevinst pr. sygedagpengeforløb ved brug af TTA-indsats ift. den traditionelle sygedagpengeindsats (DKK)

	RCT-1		RCT-2		RCT-3	
	Gns.	S.a.	Gns.	S.a.	Gns.	S.a.
Kommune						
Sparede sygedagpenge	1.744,3	1441,5	7.005,2	1786,3	-4.139,3	2379,2
Ændrede skatteindtægter	299,0	247,1	779,1	198,7	-623,6	358,4
Ekstra udgifter til Kontanthjælp	-63,2	52,2	-476,7	121,6	156,9	90,2
Ekstra udgifter til dagpenge	-425,0	351,2	-3.097,9	790,0	1.309,3	752,6
Ekstra udgifter til andre overførselsindkomster	-138,6	114,5	-408,3	104,1	172,6	99,2
Faste etableringsomkostninger	-1.442,0	182,7	-1.437,8	182,2	-1.437,8	182,2
Driftsomkostninger	20.361,0	2554,0	3.910,0	490,5	525,0	65,9
Økonomisk effekt (benefits-costs) pr. person i TTA	20.335,4*	2845,2	6.273,5*	1106,7	-4.036,9*	1822,4
Stat						
Sparede sygedagpenge	3.987,4	3295,1	16.013,8	4083,5	-9.462,3	5438,9
Ændrede skatteindtægter	1.027,3	848,9	2.658,6	678,0	-2.149,5	1235,5
Sparede sundhedsudgifter under sygdomsforløb	-21,4	0,6	-21,4	0,7	-23,6	1,2
Sparede sundhedsudgifter efter raskmelding	13,4	11,1	53,9	13,8	-31,9	18,3
Ekstra udgifter til kontanthjælp	-90,3	74,6	-681,1	173,7	224,1	128,8
Ekstra udgifter til dagpenge	-975,4	806,0	-7.109,8	1813,0	3.004,9	1727,2
Ekstra udgifter til andre overførselsindkomster	-277,2	229,1	-816,7	208,2	345,1	198,4
Faste etableringsomkostninger	-1442,0	182,7	-1.437,8	182,2	-1.437,8	182,2
Driftsomkostninger	20.361,0	2554,0	3.910,0	490,5	525,0	65,9
Økonomisk effekt (benefits-costs) pr. person i TTA	22.582,8*	4036,1	12.569,6*	2639,8	-9.006,0	4659,8
Samfund						
Sparede sundhedsudgifter under sygdomsforløb	-29,5	0,8	-29,5	1,0	-32,5	1,6
Sparede sundhedsudgifter efter raskmelding	15,6	12,9	62,7	16,0	-37,1	21,3
Øget produktion (=løn)	3.401,8	2811,2	8.006,0	2041,5	-7.429,3	4270,3
Ændret skatteforvridningstab SDGP	2.337,1	2573,0	9.385,9	4916,9	-5.546,0	4606,5
Ændret skatteforvridningstab KTH	-52,9	58,3	-399,2	209,1	131,4	109,1
Ændret skatteforvridningstab DGP	-571,7	629,4	-4.167,2	2183,0	1761,2	1462,9
Ændret skatteforvridningstab Andre	-162,5	178,9	-478,7	250,7	202,3	168,0
Faste etableringsomkostninger	-845,2	431,8	-842,7	430,6	-842,7	430,6
Driftsomkostninger	11.933,8	6164,7	2.291,7	1183,8	307,7	159,0
Økonomisk effekt (benefits-costs) pr. person i TTA	16.026,5*	7628,3	13.829,1*	4182,1	-11.484,9	6909,5
N TTA	1.444		1.423		611	

Note: 95 % konfidensinterval angivet i [] viser det interval, inden for hvilket gevinsten kan forventes med 95 % sandsynlighed. * Signifikant på 95 % signifikansniveau.

Omkostningsestimatet indgår med en standardafvigelse svarende til 12,5 % af gennemsnittet.

Kilde: Egne beregninger baseret på effektestimater fra Tabel 3.2 og omkostningsestimater fra Tabel 2.4.

I Tabel 3.4 fremgår de detaljerede beregninger og heraf ses det, at sammenlignes der med Houlberg m.fl. (2012), så finder vi generelt lavere besparelse på sygedagpengeudgifterne i RCT-1 og 2, men også lavere merudgifter til sygedagpenge i RCT-3 i den nye beregning. Dette svarer til faldet i raskmeldingseffekten, vi så i Tabel 3.2. Endvidere er de gennemsnitlige etableringsomkostninger som bekendt næsten halveret for alle tre kommuner. For RCT-1 finder vi til trods for det insignifikante effektestimat et signifikant positivt gevinstestimat, mens det økonomiske resultat viser en usikkerhed, der er så stor, at gevinsten må sige at være insignifikant, selvom det estimerede effektestimat, vi fandt i Tabel 3.2, var signifikant på et 90 % signifikansniveau.

Denne forskel skyldes først og fremmest de vurderede driftsomkostninger, der som i Houlberg m.fl. (2012) har stor betydning for størrelsen af gevinsten; især RCT-1. Da den vurderede besparelse i driftsomkostninger pr. sag er positiv og temmelig stor (over 20.000 kr. pr. TTA-sag), og fordi vurderingen nødvendigvis er forbundet med en del usikkerhed, er det interessant, at se hvordan resultatet varierer med usikkerheden i den vurdering. I nedenstående afsnit anvendes vores Monte Carlo-simulation til at beregne mulige konfidensinterval for gevinstestimatet, ved stigende usikkerhed i omkostningsvurderingen.

3.1.4 Håndtering af usikkerhed i effekt- og omkostningsestimater

Som nævnt i metodeafsnittet er usikkerheden i cost-benefit-estimatet beregnet via 1000 træk fra en normalfordeling af de estimerede TTA-effekter, hvor de estimerede standardafvigelser udgør variansen. Denne metode muliggør en beregning af usikkerheden for cost-benefit-estimatet. En usikkerhed, der tager hensyn til eventuelle insignifikante effektestimater, som vi fx fandt for RCT-1. Således sikrer vi med denne metode at høje effektestimater med stor usikkerhed ikke får afgørende effekt på gevinstberegningen. Usikkerhedsberegningen giver mulighed for at præsentere et såkaldt 95 % konfidensinterval, inden for hvilket gevinsten med 95 % sandsynlighed befinder sig. Dette så vi præsenteret i ovenstående afsnit. Heraf fremgik det, at ikke alene er fortegnet på resultaterne meget robuste, også størrelsen af gevinsten varierer kun minimalt.

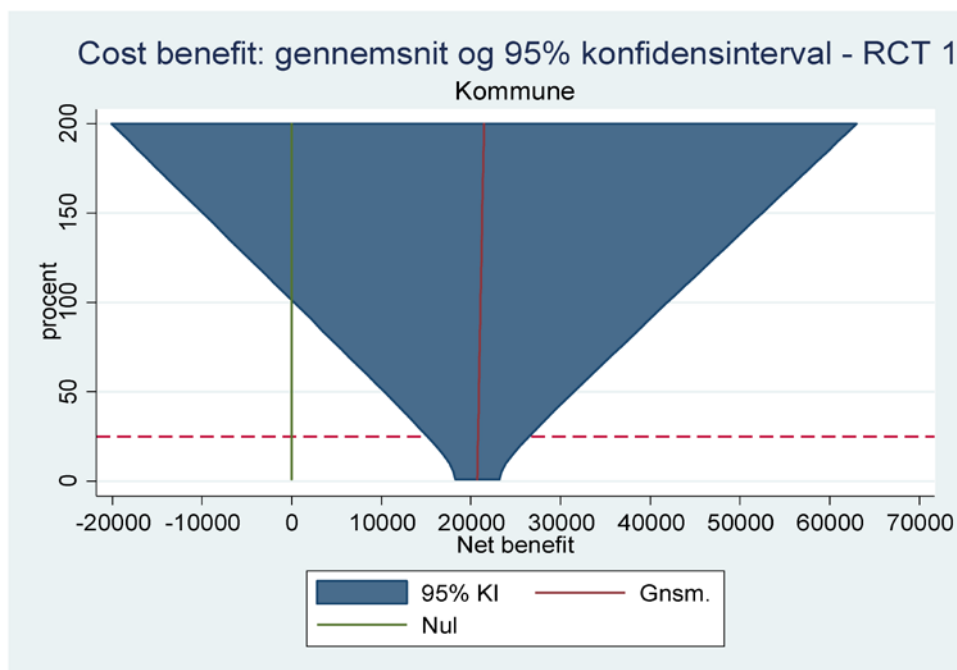
Vi kender imidlertid ikke variansen for omkostningsestimatet, der som bekendt er baseret på kommunernes egne vurderinger. Figur 3.4-Figur 3.7 illustrerer, hvordan gevinstestimatet påvirkes af forskellige usikkerhedsgrader for dette omkostningsestimat, hvor det blå område viser det interval, hvori vi med 95 % sikkerhed kan sige, gevinsten befinder sig indenfor. Den lodrette røde linje viser CBA-estimatet uden usikkerhed, som det traditionelt præsenteres. Hvis vi var 100 % sikre på det angivne omkostningsestimat, ville konfidensintervallet for gevinsten kunne aflæses ved skæringen med x-aksen. Det svarer til en situation, hvor usikkerheden i cost-benefit-estimatet udelukkende stammer fra usikkerheden i effektestimatet. I beregningerne til gevinstestimaterne i Tabel 3.4 anvendes en usikkerhed i omkostningsestimatet, der svarer til plus/minus 25 % af kommunens centrale skøn over omkostningerne ved TTA.¹⁶ I graferne svarer det til det interval, der skærer den røde stiplede linje. Ved højere usikkerhed i omkostningsestimatet udvides intervallet, og hvis intervallet skærer den grønne lodrette nulakse, kan cost-benefit-estimatet ikke længere siges at være signifikant positiv/negativ.

Som det fremgår af Figur 3.4 har usikkerheden i omkostningsestimatet stor betydning for den samlede usikkerhed i cost-benefit-estimatet for RCT-1. Ved en usikkerhed i omkostningsestimatet på 100 % skærer grafen den grønne nullinje, så ved større usikkerhed vil usikkerheden i gevinstestimatet være så stort, at det ikke kan siges at være signifikant positivt. Dette svarer til, at de vurderede besparelser i driftsomkostningerne, jf. Tabel 2.4

¹⁶ Dvs., ved et omkostningsestimat på 100 kr., anvendes en fordeling over omkostningerne, der går fra 75 til 125. Dette svarer til en standardafvigelse på 12,5 % af omkostningsestimatet.

kan nå ned til nul. Med andre ord den positive økonomiske gevinst ved TTA-indsatsen i RCT-1 er kun gældende, hvis der med sikkerhed vurderes at være en omkostningsbesparelse ved indsatsen i forhold til den traditionelle indsats. Medianen af alle de øvrige TTA-kommuners driftsomkostningsestimater er 10.135 kr. (Houlberg m.fl. 2012, Tabel 3.3), hvilket ville svare til en stigning på 200 % i RCT-1's driftsomkostningsestimat. Det forekommer derfor ikke helt urealistisk at vurdere gevinstestimatet med denne usikkerhedsfaktor.

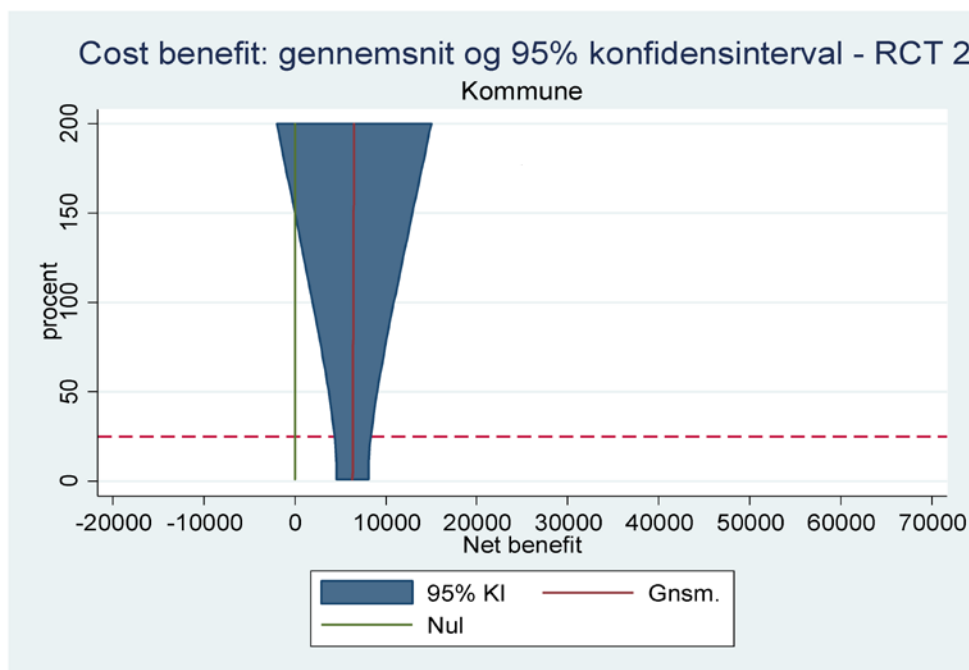
Figur 3.4 Gevinstestimat på kommuneniveau for TTA-indsats og tilhørende 95 % konfidensinterval varieret med usikkerheden i omkostningsestimatet. RCT-1



Kilde: Beregninger baseret på tal fra Tabel 2.4 og Tabel 3.4.

Note: Y-aksen viser den procentuelle ændring (+/-) i kommunens skøn over omkostningerne ved TTA. Den stiplede linje er forklaret i ovenstående tekst.

Figur 3.5 Gevinstestimat på kommuneniveau for TTA-indsats og tilhørende 95 % konfidensinterval varieret med usikkerheden i omkostningsestimatet. RCT-2

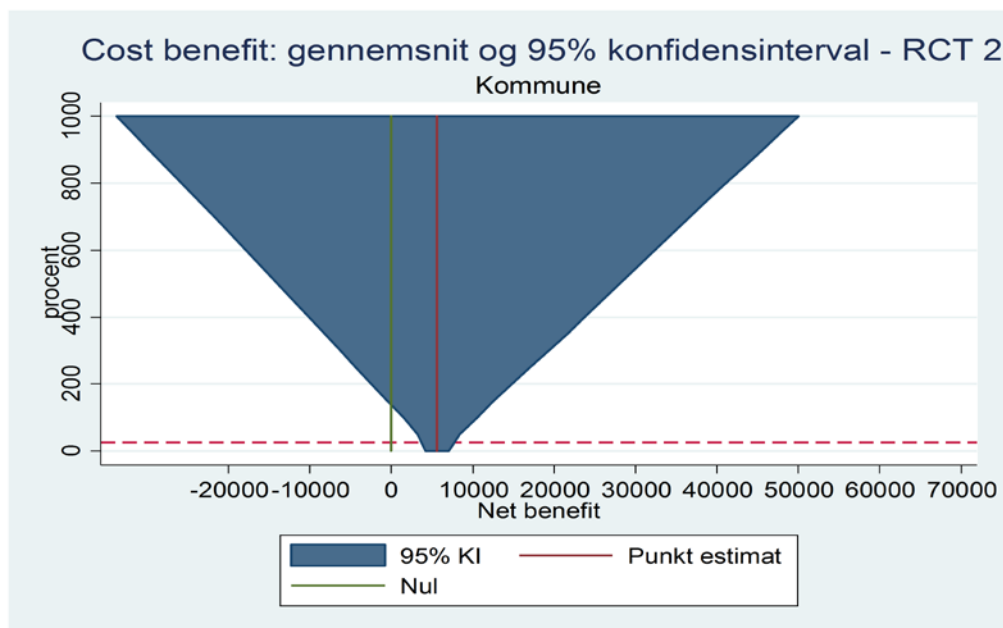


Kilde: Beregninger baseret på tal fra Tabel 2.4 og Tabel 3.4.

Note: Y-aksen viser den procentuelle ændring (+/-) i kommunens skøn over omkostningerne ved TTA.

For RCT-2 er cost-benefit-resultatet ikke nær så afhængigt af omkostningsestimatet som i RCT-1, og usikkerheden varierer derfor langt fra så meget med den stigende usikkerhed i omkostningsestimatet (Figur 3.5). Først ved en usikkerhed svarende til plus/minus 150 % af omkostningsestimatet kan CBA-resultatet ikke længere siges at være signifikant større end nul. Dette svarer til en situation, hvor de driftsmæssige merudgifter kan være op til 1.955 større for TTA-indsatsen end den traditionelle indsats (svarende til -3.910 – 150 %, se Tabel 2.4). På den anden side ville RCT-2's vurdering af de driftsmæssige meromkostninger skulle fratrækkes 400 %, hvis det skulle svare til medianen for alle TTA-kommuners vurdering. I Figur 3.6 vises usikkerheden i gevinstestimatet, hvis vi tillader endnu større procentvise udsving i omkostningsestimatet. Heraf fremgår det, at ved en usikkerhed på plus/minus 400 %, ville gevinsten variere mellem -11.000 og +25.000.

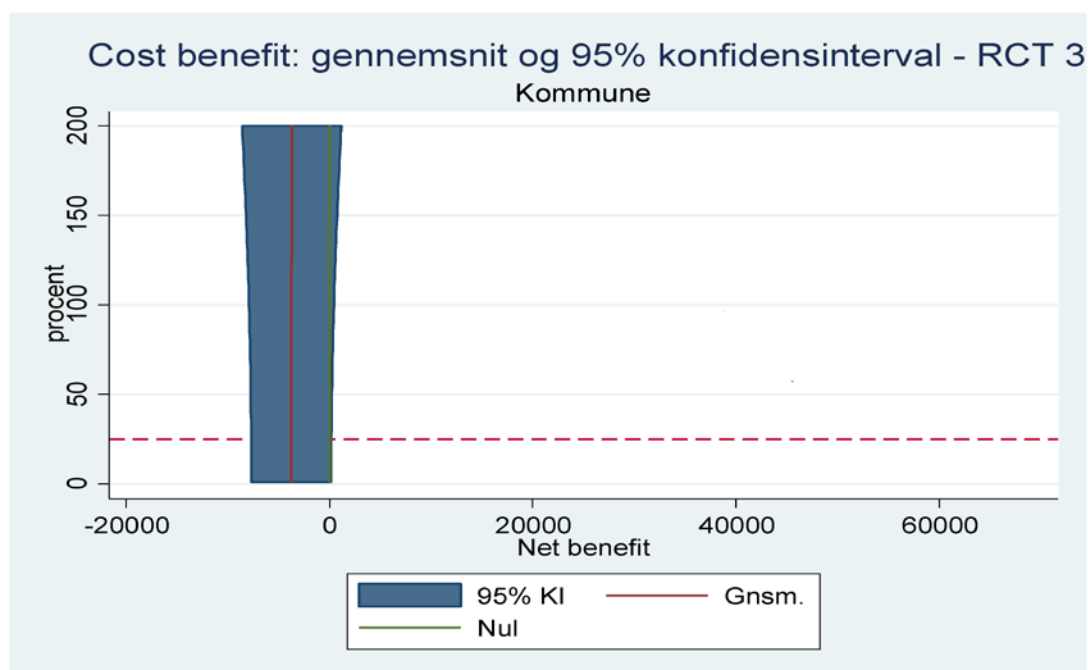
Figur 3.6 Gevinstestimat på kommuneniveau for TTA-indsats og tilhørende 95 % konfidensinterval varieret med udvidet usikkerhed i omkostningsestimatet. RCT-2



Kilde: Beregninger baseret på tal fra Tabel 2.4 og Tabel 3.4.

Note: Y-aksen viser den procentuelle ændring (+/-) i kommunens skøn over omkostningerne ved TTA.

Figur 3.7 Gevinstestimat på kommuneniveau for TTA-indsats og tilhørende 95 % konfidensinterval varieret med usikkerheden i omkostningsestimatet. RCT-2

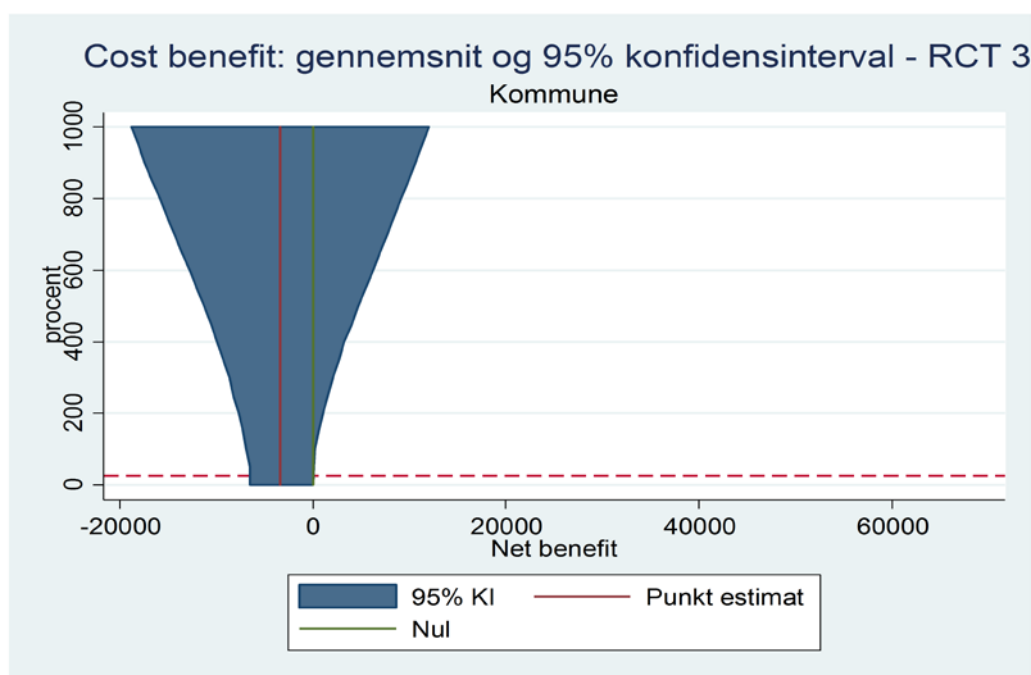


Kilde: Beregninger baseret på tal fra Tabel 2.4 og Tabel 3.4.

Note: Y-aksen viser den procentuelle ændring (+/-) i kommunens skøn over omkostningerne ved TTA.

I RCT-3 har usikkerheden i omkostningsestimatet stort set ingen betydning for usikkerheden i cost-benefit-resultatet, så længe omkostningsestimatet varierer med en procentvis usikkerhed. Dette skyldes bl.a., at størrelsen af omkostningsestimatet er forholdsvis lille, så en variation på 200 % er tilsvarende mindre i absolutte værdier. Det betyder derfor, at selv ved en omkostningsusikkerhed på plus/minus 200 % vil usikkerheden i CBA kun lige være stor nok til at afvise, at gevinsten er signifikant negativ (Figur 3.7). Af Figur 3.8 fremgår det dog, at ved en usikkerhed på plus/minus 1.000 %, svarende til at lade det driftsmæssige omkostningsestimat variere mellem -5.775 og 4.725, varierer gevinstestimatet mellem -20.000 og 15.000 kr.

Figur 3.8 Gevinstestimat på kommuneniveau for TTA-indsats og tilhørende 95 % konfidensinterval varieret med udvidet usikkerhed i omkostningsestimatet. RCT-3



Kilde: Beregninger baseret på tal fra Tabel 3.4.

Note: Y-aksen viser den procentuelle ændring (+/-) i kommunens skøn over omkostningerne ved TTA.

Opsummering af betydningen af den udvidede analyseperiode

Udvidelsen af analyseperioden viser sig ikke at ændre mærkbart ved de grundlæggende resultater fra Den store TTA-Rapport (NFA, 2012). Analysen tyder på, at også på længere sigt viser TTA-indsatsen sig at virke meget forskelligt fra kommune til kommune. Dog lader den længere analyseperiode til at mindske effekterne, så betydningen af TTA ikke er så markant på længere sigt. Ændringen er dog lille, men for RCT-3 er det nok til, at det økonomiske resultat ikke længere kan siges med sikkerhed at være negativt. Det udvidede datagrundlag har således ikke, som man kunne vente, ført til stærkere resultater af TTA-indsatsen. En forklaring på dette kunne være, at TTA-indsatsen fx først og fremmest har indvirkning i starten af sygdomsperioden, så en udvidelse af analyseperioden blot vil resultere i en udvaskning af effekten. Det kunne tyde på, at det er den tidlige indsats, der er vigtig.

Det viser sig også, at kommunernes egne vurderinger af den driftsmæssige meromkostning ved at sagsbehandle en TTA-sag ift. en traditionel sag kan være afgørende for, om indsatsen er rentabel. I RCT-1 vurderede man fx, at en TTA-sag er ca. 20.000 kr. billigere end en

traditionel sag; en vurdering, der bl.a. beroede på en forventning om kortere sagsbehandlingstider i TTA-sagerne. En simulation af det økonomiske resultat for forskellige usikkerheder i omkostningsestimatet viste da også, at det positive resultat for RCT-1 kun er gældende, hvis TTA-sagerne med sikkerhed har været billigere at drifte end de traditionelle sager.

Det er derfor afgørende for en korrekt økonomisk analyse, at de kommunale selv vurderinger er troværdige og baseret på faktuelle regnskaber og enhedsomkostninger.

3.2 Betydningen af konjunkturforhold

TTA-indsatsen har været implementeret i en periode med lavkonjunktur. Dette må formodes generelt at have betydning for sygemeldte borgeres chance for at vende tilbage til arbejde, da virksomheder vil være mindre tilbøjelige til at fastholde sygemeldte ansatte i en lavkonjunktur end i en højkonjunktur, og ledige sygemeldte vil have sværere ved at finde nyt arbejde. Dette faktum kan have betydning for den økonomiske vurdering af TTA-indsatsen, idet en eventuel hurtigere raskmelding som følge af TTA-indsatsen ikke vil føre den ventede økonomiske gevinst med sig, hvis der er tale om raskmelding til ledighed. Ligeledes kan det formodes, at indsatsen, der bl.a. gør brug af øget kommunikation med arbejdsgiver, ikke kan fungere optimalt blandt ledige sygemeldte. Nielsen m. fl. (2014), finder da også en marginal større effekt blandt borgere sygemeldt fra beskæftigelse end blandt borgere sygemeldt fra ledighed. Dette gælder dog både i det tilfælde, hvor de finder en positiv effekt af TTA, og hvor de finder en negativ effekt, og forskellen er ikke signifikant.

Vi gør som tidligere nævnt brug af forskelle i lokale arbejdsløshedsrater for forskellige befolkningsgrupper i observationsperioden til at identificere eventuelle forskelle i konjunkturfølsomme effekter af TTA-indsatsen. I varighedsmodellen indgår arbejdsløshedsraten interageret med indikatoren for at have modtaget TTA-indsatsen og koefficienten viser således arbejdsløshedsratens påvirkning af TTA-indsatsens effekt.

Tabel 3.5 viser således, hvordan den forventede varighed påvirkes ved en stigning i arbejdsløshedsraten med 1 procentpoint, dels direkte og dels gennem en eventuel bedre effekt af TTA-indsatsen.

Det viser sig imidlertid, at for ingen af kommunerne findes en signifikant effekt af den lokale arbejdsløshedsrate på sandsynligheden for tilbagevenden til arbejde, eller på, hvor godt TTA-indsatsen formår at få sygemeldte tilbage på arbejde.

Tabel 3.5 Estimerede effektestimater – konjunkturlignende effekter

	RCT-1	RCT-2	RCT-3
Rate Ratio afgang fra sygefravær TTA/ej TTA	1,084 [0,976:1,203]	1,322*** [1,182:1,478]	0,836 [0,698:1,001]
Rate Ratio afgang fra sygefravær gns. arbejdsløshedsrate + 1 %-point /gns. arbejdsløshedsrate	1,718 [0,304:9,719]	2,229 [0,490:10,136]	0,753 [0,033:17,094]
Rate Ratio afgang fra sygefravær gns. arbejdsløshedsrate + 1 %-point blandt TTA /gns. arbejdsløshedsrate	1,168 [0,237:5,763]	0,682 [0,171:2,727]	0,286 [0,016:5,207]
Forventet varighed ej TTA	27,7	31,0	27,1
Forventet varighed TTA	25,7	26,8	29,5
Effekt TTA	-1,03	-4,15	2,39
Standardafvigelse	0,83	0,83	1,38

Note: Ved beregning af den lokale arbejdsløshedsrate findes andelen af bruttoledige, der består af alle dem, der har været arbejdsløse i mindst syv uger i et givet kvartal. En arbejdsløs defineres som en person, der ifølge DREAM er enten på dagpenge eller kontanthjælp, uanset om de er aktiveret eller ej, eller på feriedagpenge.

I varighedsmodellen indgår også alder, køn og uddannelse for at sikre, at effekten af arbejdsløshedsraten ikke blot er et udtryk for forskelle i disse baggrundsfaktorer.

Kilde: DREAM.

På baggrund af ovenstående resultater, vil det derfor ikke give mening at lave en cost-benefit-analyse, der simulerer den økonomiske effekt af TTA ved forskellige arbejdsløshedsrater. Det vil ikke ændre det centrale estimat, men blot øge usikkerheden i analysen.

Opsummering af betydningen af konjunkturforhold

Der er således ikke tegn på, at TTA-indsatsen ville kunne opnå andre resultater under forskellige arbejdsløshedsgrader. Det skal dog nævnes, at betydningen af den lokale arbejdsløshedsrate ikke helt kan sammenlignes med betydningen af en national recession, hvor der ikke er samme mulighed for geografisk mobilitet. Vi kan derfor ikke med sikkerhed sige, om indsatsen ville have opnået andre effekter, hvis forsøget var gennemført under en højkonjunktur. Omvendt er der ikke noget, der tyder på, at befolkningsgrupper med højere eller lavere risiko for arbejdsløshed skulle have forskellig gavn af TTA-indsatsen.

3.3 TTA-indsatsens betydning for gensygemelding

I dette afsnit undersøges det, om der er effekter af TTA-indsatsen på perioden efter raskmelding.

I Tabel 3.6 fremgår det, hvor stor en andel af de raskmeldte borgere, der gensygemeldes inden for 26 uger fra raskmeldingsdatoen samt den gennemsnitlige varighed indtil den nye sygemelding blandt disse borgere. Det mest i øjenfaldende er, at kun mellem 10 og 16 % af de raskmeldte bliver gensygemeldt inden for analyseperioden på 26 uger fra raskmelding. Det betyder, at en analyse af TTA-indsatsens betydning for gensygemelding vil være baseret på et forholdsvis beskeden antal observationer. De simple gennemsnit viser da også, at selv om der umiddelbart er en større andel blandt TTA-borgerne, der gensygemeldes i både RCT-2 og RCT-3, så kan disse forskelle ikke siges at ligge ud over den statistiske usikkerhed.

Tabel 3.6 Andelen af raskmeldte borgere, der gensygemeldes inden 26 uger fra raskmeldingen, samt gennemsnitlig varighed indtil gensygemelding

	RCT-1		RCT-2		RCT-3	
	TTA	Kontrol	TTA	Kontrol	TTA	Kontrol
Andel raskmeldte, der gensygemeldes inden for 26 uger	0,10 (0,009)	0,11 (0,013)	0,16 (0,011)	0,13 (0,014)	0,16 (0,018)	0,10 (0,022)
Varighed til gensygemelding blandt gensygemeldte (uger)	11,0 (0,641)	10,9 (0,800)	11,4 (0,521)	9,9 (0,737)	10,7 (0,954)	10,1 (1,506)
Antal gensygemeldte	113	67	159	73	64	21

Note: Standardafvigelse af gennemsnittet er angivet i ().

Kilde: Egne beregninger baseret på DREAM.

Resultaterne i Tabel 3.7 viser, at også når gensygemelding undersøges i et regressionsdesign, kan der ikke spores signifikante forskelle mellem TTA- og kontrolborgere.

Tabel 3.7 Effekten af TTA-indsatsen på varigheden indtil gensygemelding ved raskmelding til ledighed

	RCT-1	RCT-2	RCT-3
Rate ratio TTA/ej TTA	1,125 [0,637:1,987]	1,382 [0,911:2,097]	1,609 [0,594:4,362]
Forventet varighed ej TTA	19,9	19,9	20,3
Forventet varighed TTA	19,8	19,5	19,9
Effekt TTA (uger)	-0,1	-0,4	-0,4
Standardafvigelse	0,3	0,3	0,4
Observationer	452	758	206

Note: 95 % konfidensinterval angivet i []. * Signifikant på 90 % niveau, ** signifikant på 95 % niveau.

For alle tre RCT-kommuner viser der sig en svag negativ effekt på varigheden indtil gensygemelding, dvs. at gensygemelding sker en anelse hurtigere blandt TTA-borgere, der er blevet raskmeldt til ledighed. Denne effekt er dog ikke signifikant forskellig fra nul (Tabel 3.7).

Tabel 3.8 Effekten af TTA-indsatsen på varigheden indtil gensygemelding ved raskmelding til beskæftigelse/selvforsørgelse

	RCT-1	RCT-2	RCT-3
Rate ratio TTA/ej TTA	0,901 [0,589,1,379]	1,341 [0,821,2,191]	1,342 [0,645,2,795]
Forventet varighed ej TTA	20,2	20,1	20,2
Forventet varighed TTA	20,3	19,8	19,9
Effekt TTA (uger)	0,1	-0,3	-0,3
Standardafvigelse	0,2	0,2	0,3
Observationer	1130	727	381

Note: 95 % konfidensinterval angivet i []. * Signifikant på 90 % niveau, ** signifikant på 95 % niveau.

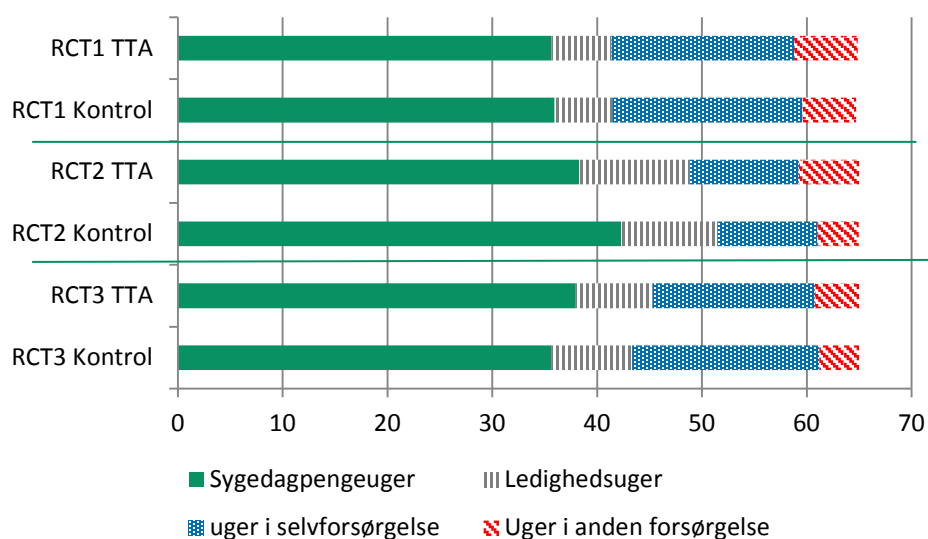
Mønsteret er stort set det samme, når vi ser på de borgere, der kom i beskæftigelse eller blev selvforsørgende efter raskmelding (se Tabel 3.8).

Ud over risikoen for gensygemelding, kan TTA-indsatsen også tænkes at have direkte indvirkning på varigheden af de efterfølgende tilstande. For eksempel kunne man forestille sig, at en bedre udredning via TTA-indsatsen vil kunne forkorte den efterfølgende ledighed blandt de borgere, der raskmeldes hertil. Derudover kan effekten på varigheden af sygefraværet også have en effekt på den efterfølgende arbejdsløshed. Personer i arbejdsløshed mister gradvist deres kompetencer, og nogle påvirkes psykisk, se fx Clark m.fl. (2001). Et længere sygefravær kan derfor tænkes at forårsage en længere varighed af efterfølgende arbejdsløshed, og en sådan dynamisk effekt kan have stor betydning for den samlede effekt og den samlede økonomiske bundlinje. TTA vil i så fald både reducere varigheden til raskmelding, men også reducere varigheden på efterfølgende dagpenge eller kontanthjælp.

Vi undersøger denne hypotese gennem dels en simpel optælling af antallet af uger på de forskellige indkomsttydelser og dels en varighedsanalyse af afslutningssandsynligheden af de samme indkomsttyper.

Det fremgår af Figur 3.9, at der kun kan spores små forskelle i antallet af uger med forskellige indkomsttyper. Dog tyder det på, at faldet i længden af sygefravær i RCT-2 først og fremmest fører til en stigning i antallet af uger med anden offentlig forsørgelse og i mindre grad en stigning i antal selvforsørgede uger.

Figur 3.9 Gennemsnitlige antal af uger med forskellige indkomstgrundlag fra start af sygemeldingen og 65 uger frem



Kilde: Egne beregninger baseret på DREAM

Varighedsanalysen viser ingen signifikante forskelle i varigheden af de efterfølgende forsørgelsestyper for borgere, der har deltaget i TTA-indsatsen, og borgere i den traditionelle indsats. I RCT-1 er der en svag tendens til, at TTA-borgere har lavere tilbøjelighed til at afslutte efterfølgende ledighed eller anden offentlig forsørgelse, mens TTA-borgere i RCT-3 har en svag tendens til at afslutte offentlig forsørgelse hurtigere. Ingen af tendenserne er dog signifikante.

Tabel 3.9 Rate Ratio for afgang fra efterfølgende forsørgelsestype. TTA-borgere ift. borgere i den traditionelle sygedagpengesagsbehandling

	Beskæftigelse / selvforsørgelse	Overførselsindkomster	Ledighed
RCT-1	1,06	0,88	0,87
(Std. Afv.)	(0.0894)	(0.0799)	(0.0856)
RCT-2	1,00	0,94	0,99
(Std. Afv.)	(0.0928)	(0.0710)	(0.0765)
RCT-3	0,94	1,10	1,26
(Std. Afv.)	(0.128)	(0.162)	(0.194)

Note: Rate Ratio>1 er udtryk for højere afslutningsrate (kortere varighed) for TTA-borgere end for øvrige sygemeldte, mens rate ratio<1 er udtryk for lavere afslutningsrate (længere varighed) for TTA ift. øvrige.

Standardafvigelser i parentes ().

Kilde: Egne beregninger baseret på DREAM.

En cost-benefit-beregning, der udvides med disse meget insignifikante estimater giver derfor ingen mening. Også her vil det blot betyde lidt større samlet usikkerhed med de fastholdte punktestimater.

Opsummering af effekten på gensygemelding og den efterfølgende periode

På baggrund af disse resultater, lader der ikke til, at der eksisterer en afledt effekt af TTA-indsatsen på varigheden af de efterfølgende forsørgelsesydelse, der kan have betydning for den samlede økonomiske bundlinje.

Den simple optælling af uger med forskellige forsørgelsesindkomster viser dog en tendens til, at forskellen i de samlede antal uger på sygedagpenge udlignes mellem TTA- og kontrolgruppen i RCT-1. For RCT-2 ses endvidere en tendens til, at en del af de sygedagpenge-uger, som TTA gruppen sparer, skubbes over i flere uger på andre overførselsindkomster. Igen er tendensen dog ikke signifikant.

3.4 Opsplitning på psykisk og somatisk sygemeldingsårsag

Et af de centrale elementer i TTA-indsatsen er det tværfaglige team med psykolog og fysio-/ergoterapeut samt den kliniske enhed med en speciallæge i psykiatri og en speciallæge i arbejds-, social- eller almenmedicin. Både det somatiske og det psykiske område er således dækket ind af indsatsen, og det er et specifikt formål med indsatsen, at kvaliteten af vurderingen af den sygemeldtes psykiske tilstand forbedres. Desuden sker vurderingen mere systematisk. Derudover har TTA-indsatsen været udviklet efter inspiration af tidligere tilsvarende indsats, der har været udført på sygemeldte med muskel- og skeletbesvær (se Mortensen O.S. m.fl. 2008). NFA's implementeringsevaluering viste endvidere, at 20 % af TTA-aktørerne (sagsbehandlere, TTA-koordinatorer o.l.) mente, at indsatsen overvejende kunne gavne sygemeldte med psykiske problemer, mens kun 5 % mente, at den overvejende kunne gavne sygemeldte med fysiske problemer (NFA 2012, Tabel 6.11.3). Derfor er det af specifik interesse, at undersøge om TTA-indsatsen viser forskellig effekt for sygemeldte med somatiske og psykiske lidelser.

NFA (2012) undersøger også for eventuelle forskelle i TTA-effekten for de to patienttyper, men finder en lidt større negativ effekt af TTA for sygemeldte med fysiske lidelser i RCT-3, men ingen forskelle mellem grupperne for de to øvrige RCT-kommuner (NFA 2012, Figur 7.2.9).

Opdelingen på psykiske og somatiske lidelser ændrer heller ikke det overordnede resultat af cost-benefit-analysen i indeværende studie, men viser fortsat positive resultater for både sygemeldte med psykiske lidelser og sygemeldte med somatiske lidelser i RCT-1 og RCT-2, samt negative resultater for begge grupper i RCT-3. Dog kan der spores små niveauforskelle i resultaterne for hhv. de sygemeldte med psykiske problemer og de sygemeldte med somatiske lidelser. Således tyder det på for alle tre kommuner, men især for RCT-1 og RCT-3, at TTA har en større effekt på det økonomiske resultat for borgere med somatiske lidelser end på borgere med psykiske lidelser. Det økonomiske resultat for staten blandt somatisk sygemeldte borgere i RCT-1 ligger omkring 5.000 kr. højere pr. forløb end blandt borgere sygemeldt med psykiske problemer. Til gengæld er det estimerede tab pr. forløb i RCT-3 også op til 10.000 kr. højere for borgere med somatiske lidelser i forhold til borgere med psykiske lidelser. Dog er der ingen af disse forskelle, der kan siges at være statistisk sikre forskelle. I Tabel 3.10 ses de detaljerede cost-benefit-beregninger, og heraf fremgår det, at forskellen på statsfinanserne først og fremmest skal findes i forskellen i produktionsgevinsten og ændring i skatteforvridningstab.

De sparede sundhedsudgifter har omvendt ingen nævneværdig indflydelse på det økonomiske resultat, så selvom der i RCT-1 spares næsten fire gange så meget på sundhedsudgifter (hospitalsindlæggelser og medicinudgifter) efter raskmelding blandt sygemeldte med fysiske lidelser end sygemeldte med psykiske lidelser, så er der tale om så små værdier, at det ikke har reel betydning.

Tabel 3.10 Økonomisk effekt (CBA) pr. person i TTA-resultat opdelt på borgere sygemeldte med hhv. somatiske og psykiske lidelser. RCT-1

	Psykisk		Somatisk	
	Gns.	S.a.	Gns.	S.a.
Kommune				
Sparede sygedagpenge	586,9	2.182,1	2.450,6	1.735,1
Ændrede skatteindtægter	100,6	374,1	420,1	297,4
Ekstra udgifter til kontanthjælp	-21,3	79,1	-88,8	62,9
Ekstra udgifter til dagpenge	-143,0	531,7	-597,1	422,8
Ekstra udgifter til andre overførselsindkomster	-46,6	173,4	-194,7	137,9
Faste etableringsomkostninger	-3.646,9	464,1	-2.378,4	302,7
Driftsomkostninger	20.364,5	2.635,8	20.364,5	2.635,8
CBA kommuneniveau	17.194,2	3.203,0	19.976,2	2.999,8
Stat				
Sparede sygedagpenge	1.341,7	4.988,3	5.602,1	3.966,4
Ændrede skatteindtægter	345,7	1.285,1	1.443,3	1.021,9
Sparede sundhedsudgifter under sygdomsforløb	-27,1	0,9	-27,1	0,7
Sparede sundhedsudgifter efter raskmelding	4,5	16,8	18,9	13,4
Ekstra udgifter til kontanthjælp	-30,4	112,9	-126,8	89,8
Ekstra udgifter til dagpenge	-328,2	1.220,2	-1.370,4	970,2
Ekstra udgifter til andre overførselsindkomster	-93,3	346,8	-389,5	275,8
Faste etableringsomkostninger	-3.646,9	464,1	-2.378,4	302,7
Driftsomkostninger	20.364,5	2.635,8	20.364,5	2.635,8
CBA statsniveau	17.930,6	5.323,3	23.136,5	4.520,3
Samfund				
Sparede sundhedsudgifter under sygdomsforløb	-37,2	1,2	-37,3	1,0
Sparede sundhedsudgifter efter raskmelding	5,3	19,5	21,9	15,5
Øget produktion (=løn)	1.144,7	4.255,7	4.779,3	3.383,8
Ændret skatteforvridningstab SDGP	950,6	3.808,6	3.930,2	3.426,9
Ændret skatteforvridningstab KTH	-21,5	86,2	-89,0	77,6
Ændret skatteforvridningstab DGP	-232,5	931,6	-961,4	838,3
Ændret skatteforvridningstab Andre	-66,1	264,8	-273,3	238,3
Faste etableringsomkostninger	-2.551,8	1.105,9	-1.664,2	721,2
Driftsomkostninger	14.257,6	6.205,0	14.257,6	6.205,0
CBA samfundsniveau	13.449,0	8.638,6	19.963,9	8.464,7
N TTA	570		874	

Kilde: Egen beregning baseret på DREAM, Grunddata, LPR, Lægemedeldatabasen.

Tabel 3.11 CBA-resultat opdelt på borgere sygemeldte med hhv. somatiske og psykiske lidelser. RCT-2

	Psykisk		Somatisk	
	Gns.	S.a.	Gns.	S.a.
Kommune				
Sparede sygedagpenge	5.598,6	2.066,5	5.958,0	1.930,0
Ændrede skatteindtægter	622,6	229,8	662,6	214,6
Ekstra udgifter til kontanthjælp	-381,0	140,6	-405,5	131,3
Ekstra udgifter til dagpenge	-2475,9	913,9	-2634,8	853,5
Ekstra udgifter til andre overførselsindkomster	-326,3	120,5	-347,3	112,5
Faste etableringsomkostninger	-3.099,4	394,4	-2.673,5	340,2
Driftsomkostninger	3.910,7	506,2	3.910,7	506,2
CBA kommuneniveau	3.849,3	1.286,0	4.470,3	1.206,7
Stat				
Sparede sygedagpenge	12.798,3	4.723,9	13.619,8	4.411,8
Ændrede skatteindtægter	2.124,8	784,3	2.261,2	732,5
Sparede sundhedsudgifter under sygdomsforløb	-27,0	0,9	-27,3	0,8
Sparede sundhedsudgifter efter raskmelding	43,1	15,9	45,9	14,9
Ekstra udgifter til kontanthjælp	-544,3	200,9	-579,3	187,6
Ekstra udgifter til dagpenge	-5.682,2	2.097,3	-6047,0	1.958,8
Ekstra udgifter til andre overførselsindkomster	-652,7	240,9	-694,6	225,0
Faste etableringsomkostninger	-3.099,4	394,4	-2.673,5	340,2
Driftsomkostninger	3.910,7	506,2	3.910,7	506,2
CBA statsniveau	8.871,3	3.047,9	9.816,0	2.849,2
Samfund				
Sparede sundhedsudgifter under sygdomsforløb	-37,1	1,2	-37,6	1,1
Sparede sundhedsudgifter efter raskmelding	50,1	18,5	53,3	17,3
Øget produktion (=løn)	6.398,4	2.361,7	6.809,2	2.205,7
Ændret skatteforvridningstab SDGP	8.968,9	5.162,8	9.543,2	5.178,1
Ændret skatteforvridningstab KTH	-381,4	219,6	-405,9	220,2
Ændret skatteforvridningstab DGP	-3.982,0	2.292,2	-4.237,0	2.299,0
Ændret skatteforvridningstab Andre	-457,4	263,3	-486,7	264,1
Faste etableringsomkostninger	-2.168,7	939,9	-1.870,6	810,7
Driftsomkostninger	2.737,9	1.191,6	2.737,9	1.191,6
CBA samfundsniveau	11.128,8	4.448,7	12.105,9	4.327,7
Antal TTA	659		764	

Tabel 3.12 CBA-resultat opdelt på borgere sygemeldte med hhv. somatiske og psykiske lidelser. RCT-3

	Psykisk		Somatisk	
	Gns.	S.a.	Gns.	S.a.
Kommune				
Sparede sygedagpenge	-1.508,6	2.890,9	-6052,9	3657,0
Ændrede skatteindtægter	-227,3	435,5	-911,9	551,0
Ekstra udgifter til kontanthjælp	57,2	109,6	229,4	138,6
Ekstra udgifter til dagpenge	477,2	914,4	1914,6	1.156,8
Ekstra udgifter til andre overførselsindkomster	62,9	120,5	252,3	152,5
Faste etableringsomkostninger	-2.344,9	298,4	-3.700,4	470,9
Driftsomkostninger	525,1	68,0	525,1	68,0
CBA kommuneniveau	-2.958,5	2.198,9	-7.743,7	2.793,8
Stat				
Sparede sygedagpenge	-3.448,6	6.608,6	-13.836,7	8.359,9
Ændrede skatteindtægter	-783,4	1.501,3	-3.143,3	1.899,1
Sparede sundhedsudgifter under sygdomsforløb	-28,5	1,2	-29,7	1,5
Sparede sundhedsudgifter efter raskmelding	-11,6	22,3	-46,6	28,2
Ekstra udgifter til kontanthjælp	81,7	156,5	327,7	198,0
Ekstra udgifter til dagpenge	1.095,2	2.098,7	4.394,1	2.654,8
Ekstra udgifter til andre overførselsindkomster	125,8	241,0	504,7	304,9
Faste etableringsomkostninger	-2.344,9	298,4	-3.700,4	470,9
Driftsomkostninger	525,1	68,0	525,1	68,0
CBA statsniveau	-4.789,3	5.640,9	-15.005,1	7.139,5
Samfund				
Sparede sundhedsudgifter under sygdomsforløb	-39,1	1,6	-40,9	2,0
Sparede sundhedsudgifter efter raskmelding	-13,5	25,9	-54,2	32,7
Øget produktion (=løn)	-2.707,7	5.188,7	-10.863,7	6.563,7
Ændret skatteforvridningstab SDGP	-2.398,3	5.104,8	-9.664,8	7.465,8
Ændret skatteforvridningstab KTH	56,8	120,9	228,9	176,8
Ændret skatteforvridningstab DGP	761,6	1.621,1	3.069,2	2.370,9
Ændret skatteforvridningstab Andre	87,5	186,2	352,5	272,3
Faste etableringsomkostninger	-1.640,7	711,1	-2.589,2	1.122,1
Driftsomkostninger	367,6	160,0	367,6	160,0
CBA samfundsniveau	-5.525,8	8.256,7	-19.194,4	10.872,1
Antal TTA	374		237	

Opsummering af forskellen for sygemeldte med somatiske og psykiske lidelser

Den formodede forskel på det økonomiske resultat af TTA for sygemeldte med hhv. somatiske og psykiske lidelser kan altså ikke bekræftes. Dog viser cost-benefit-analysen en tendens (om end insignifikant) til større gevinst/tab af indsatsen for somatiske sygemeldinger, men usikkerheden er så stor, at dette ikke kan siges at ligge inden for almindelig statistisk sikkerhed. Under alle omstændigheder er der intet i analysen, der kan bekræfte aktørenes egne forventninger til, at indsatsen vil gavne sygemeldte med psykiske lidelser mest.

Litteratur

Clark, A. E.; Y. Georgellis & P. Sanfey (2001): Scarring: The Psychological Impact of Past Unemployment. *Economica*, 68: 221-241.

Houlberg, K.; C. Kolodziejczyk & N. Kristensen (2012): *Evaluering af Det Store TTA-projekt. Delrapport om økonomisk evaluering*. København: KORA.

Karoly, L. A. (2012): Towards Standardization of Benefit-Cost Analysis of Early Childhood Interventions. *Journal of Benefit-Cost Analysis*, 3(1): Article 4.

Mortensen, O. S; J. H. Andersen, J. Ektor-Andersen, H. R. Eriksen, N. Fallentin et al. (2008): *Hvidbog om sygefravær og tilbagevenden til arbejde ved muskel- og skeletbesvær. Årsager og handlemuligheder*. NFA – Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. København.

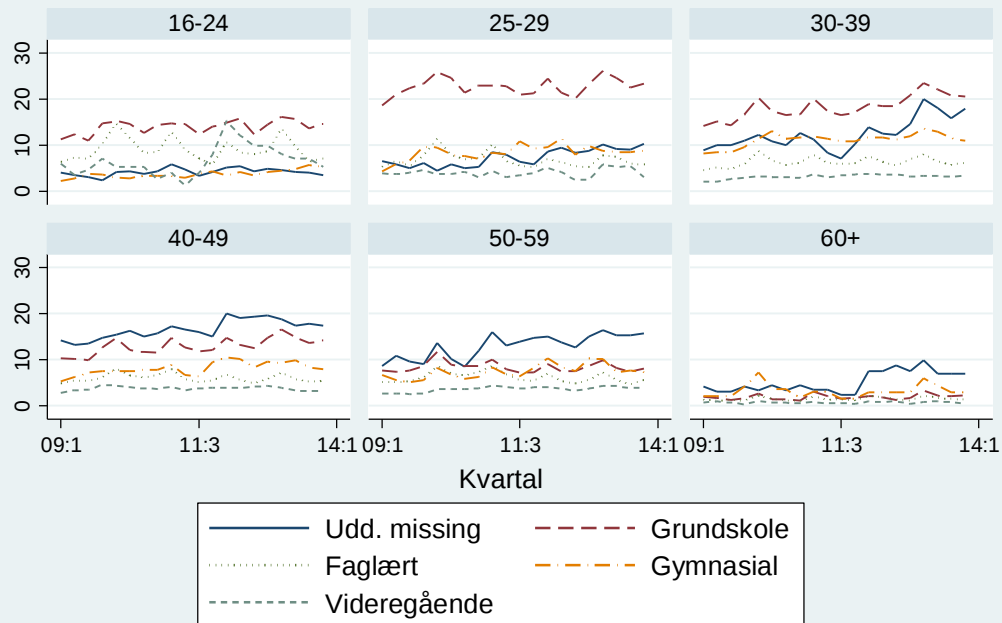
Nielsen, M. B. D.; J. Vinsløv Hansen, B. Aust, T. Tverborgvik, B. L. Thomsen et al. (2014): A multisite randomized controlled trial on time to self-support among sickness absence beneficiaries. The Danish national return-to-work programme. *European Journal of Public Health*, 1–7, [First published online: 27 February 2014].

NFA - Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2012): *Evaluering af Det Store TTA-projekt*. København: NFA. Pedersen J; E. Villadsen, H. Burr H, M. Martin, M. D. Nielsen et al. (2011): *The Danish Register of Sickness absence compensation benefits and Social transfer payments – RSS*. København: National Research Centre for the Working Environment – NRCWE/Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.

Poulsen, O. M; B. Aust, J. B. Bjorner, R. Rugulies, J. V. Hansen et al. (2014): Effect of the Danish return-to-work program on long-term sickness absence: results from a randomized controlled trial in three municipalities. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, (40)2: 47-56.

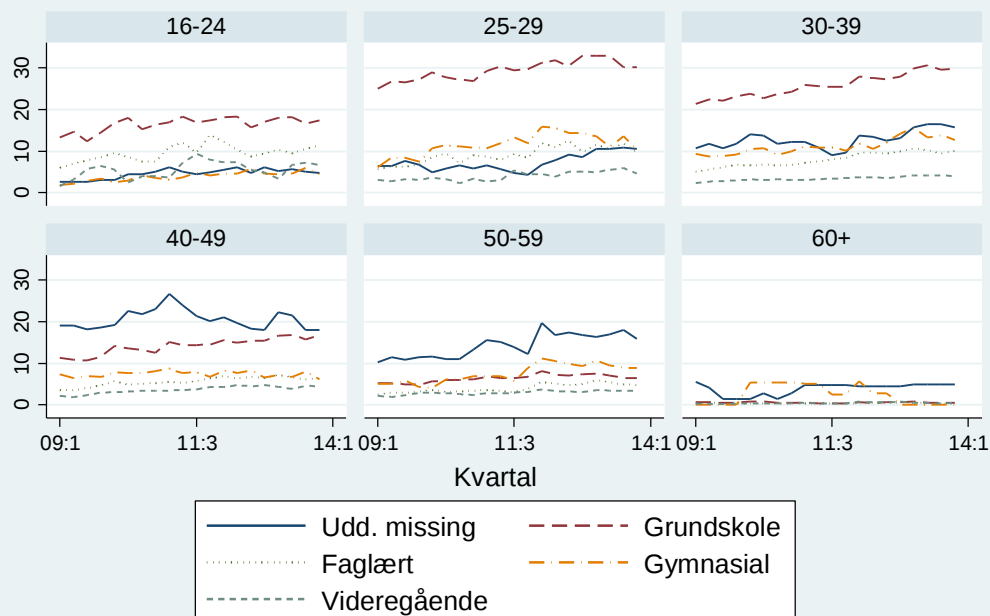
Bilag 1 Variation i lokal arbejdsløshedsrate

Andel bruttoledige opdelt på alder og uddannelse, mænd K3



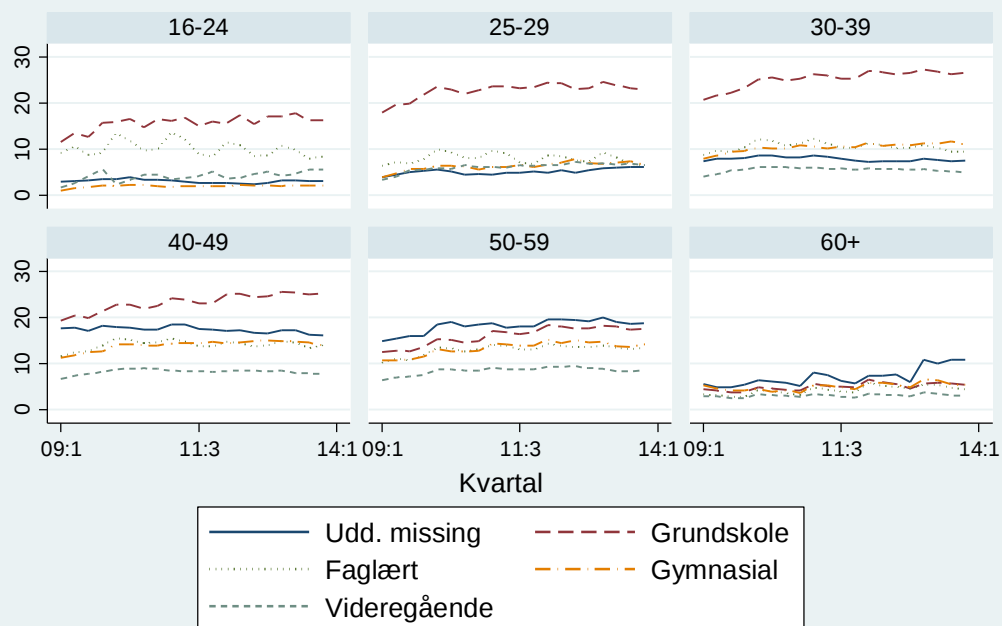
Graphs by alder

Andel bruttoledige opdelt på alder og uddannelse, kvinder K3



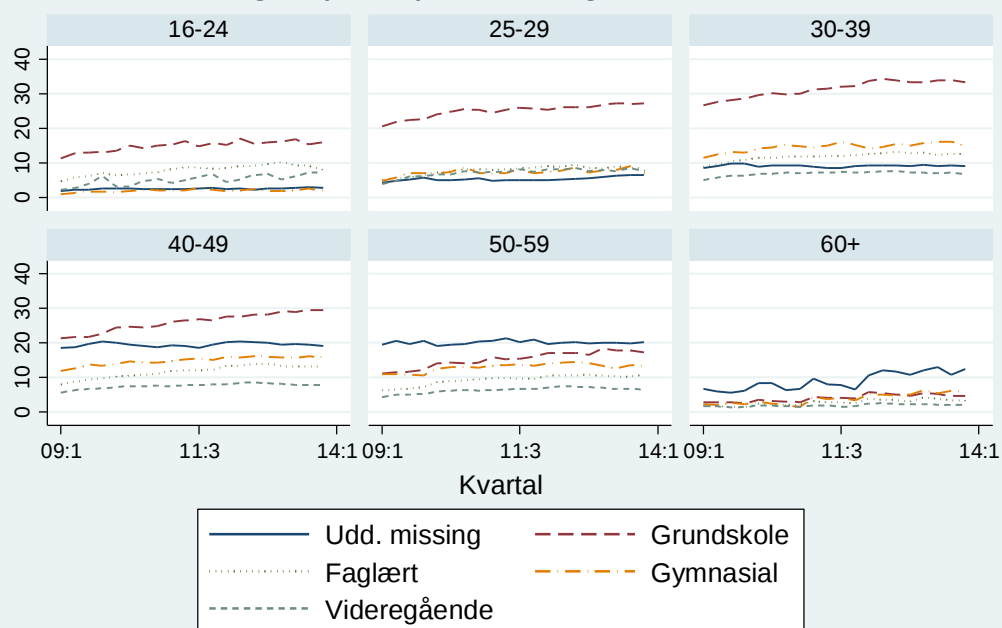
Graphs by alder

Andel bruttoledige opdelt på alder og uddannelse, mænd K13



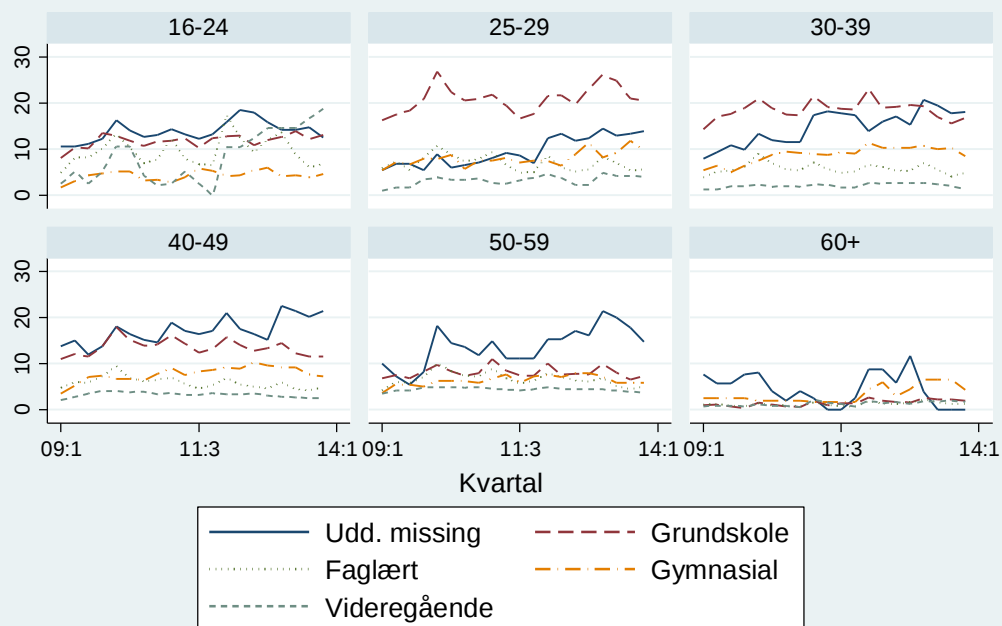
Graphs by alder

Andel bruttoledige opdelt på alder og uddannelse, kvinder K13



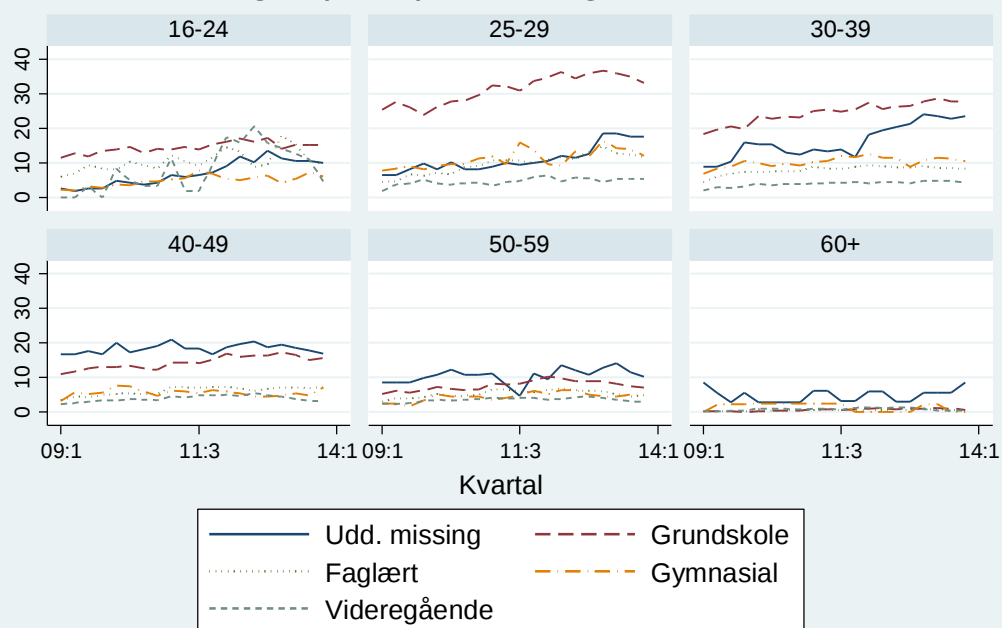
Graphs by alder

Andel bruttoledige opdelt på alder og uddannelse, mænd K15



Graphs by alder

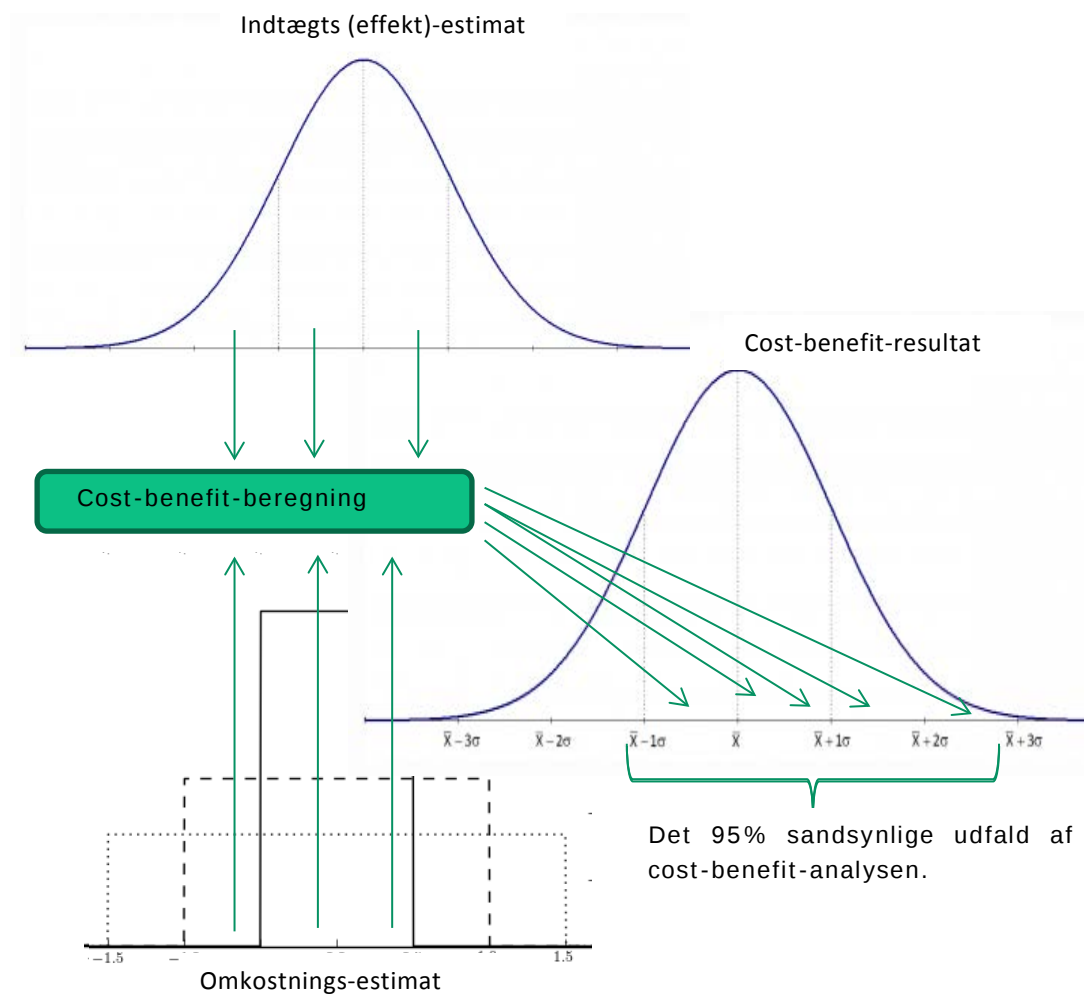
Andel bruttoledige opdelt på alder og uddannelse, kvinder K15



Graphs by alder

Bilag 2 Cost-benefit-mål

Bilagsfigur 2.1 Beregning af cost-benefit-mål ved brug af Monte Carlo-simulation. $\bar{X}$ er det gennemsnitlige cost-benefit-resultat og σ er standardafvigelsen af gennemsnittet.



Note: Gennemsnit og standardafvigelse for indtægtsestimatet stammer fra varighedsanalysen. Gennemsnittet antages at være normalfordelt. Gennemsnit for omkostningsestimatet stammer fra kommunernes egne vurderinger. Standardafvigelsen sættes som udgangspunkt til 12,5 % af gennemsnittet, men varierer i afsnit 3.1. Gennemsnittet antages at være uniform fordelt.



**Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00