

Kan sundhedsfremme betale sig?

Hvordan kommuner og regioner kan tænke sundhedsøkonomi med ind i indsatser målrettet aktivt medborgerskab

Jakob Kjellberg, Professor, Projektchef

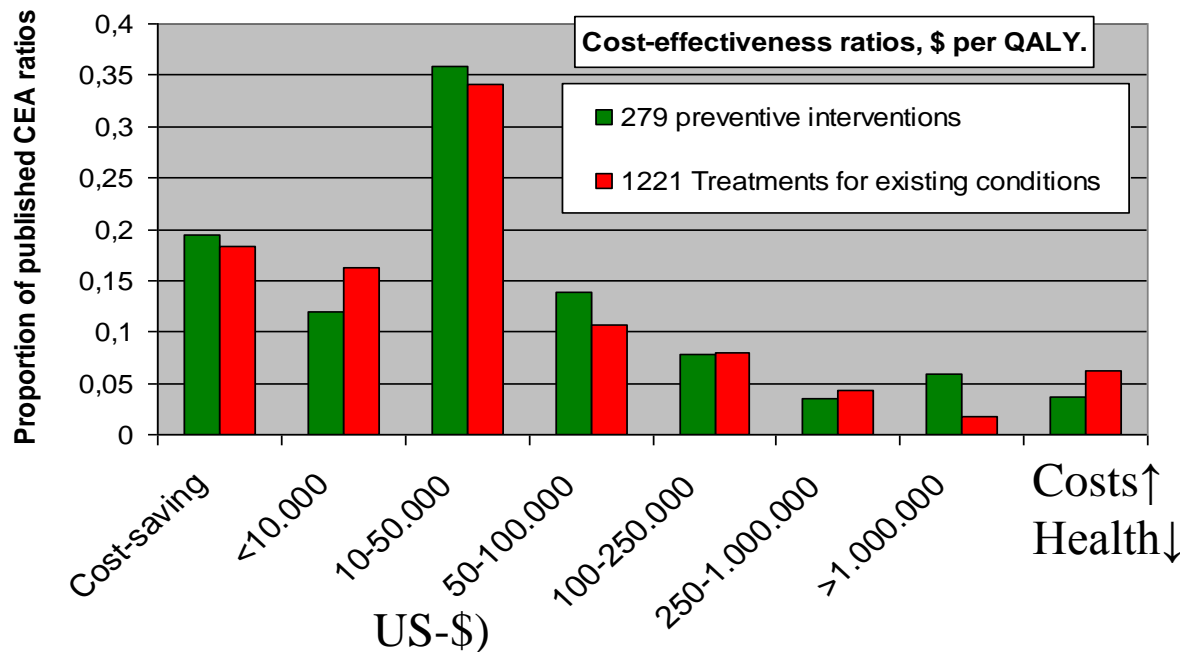
Skal sundhedsfremmende indsatser kunne betale sig?



- JA! – men skal afkastet være i kroner?
- Laver vi sundhedsfremme for fremme sundheden, eller for at spare penge.
 - Er kravet til andre serviceydelser, at de spare penge
- Hvis vi kan lave noget der er både billigere og bedre – så er det en ”no brainer”
 - Men der er rigtig langt i mellem dem...

Forebyggelse er måske bedre end behandling, men sjældent billigere.

Proportion af 1500 CEA ratioer publiceret i 599 artikler mellem 2000 og 2005



1. Forebyggelse ikke +CE end behandling
2. 20% cost-saving
3. 80% cost-adding
4. Forebyggelse koster
5. Og altid på kort sigt

Og forebyggelse skal derfor :
Prioriteres og Finansieres

Kilde: Cohen, JT, Neumann PJ, Weinstein, MC, Does Preventive Care Save Money?

Health Economics and the Presidential Candidates, NEJM, Febr. 14, 2008

Og det var hvis man fik gevinsten!

- I Danmark vil kommunen få ca. 19% af gevinsten, via kommunal medfinansiering (KMF) på sygehusudgiften
- Så hvis kravet er, at det skal være billigere i snæver driftsøkonomisk forstand, så får man ikke travlt.
 - Måske lave nogle rygestopstilbud...
 - Men afgifter vil være en billig og mere effektiv måde at gøre det på.

KMF – Kjeld Møller & Vrangbæk

- Ingen sammenhæng mellem kommunal indsats og den kommunale medfinansiering!!!!

Conclusion

Despite the favorable conditions presented by the design of our analysis it is not possible to demonstrate a clear link between local efforts and number of admissions from the municipalities. It has therefore not been possible to empirically support one of the fundamental theoretical assumptions behind the municipal co-financing introduced in the 2007 structural reform in Denmark. This is consistent with Pedersen's study of 2005, which also failed to identify a link between local efforts within public health and the number of admissions.

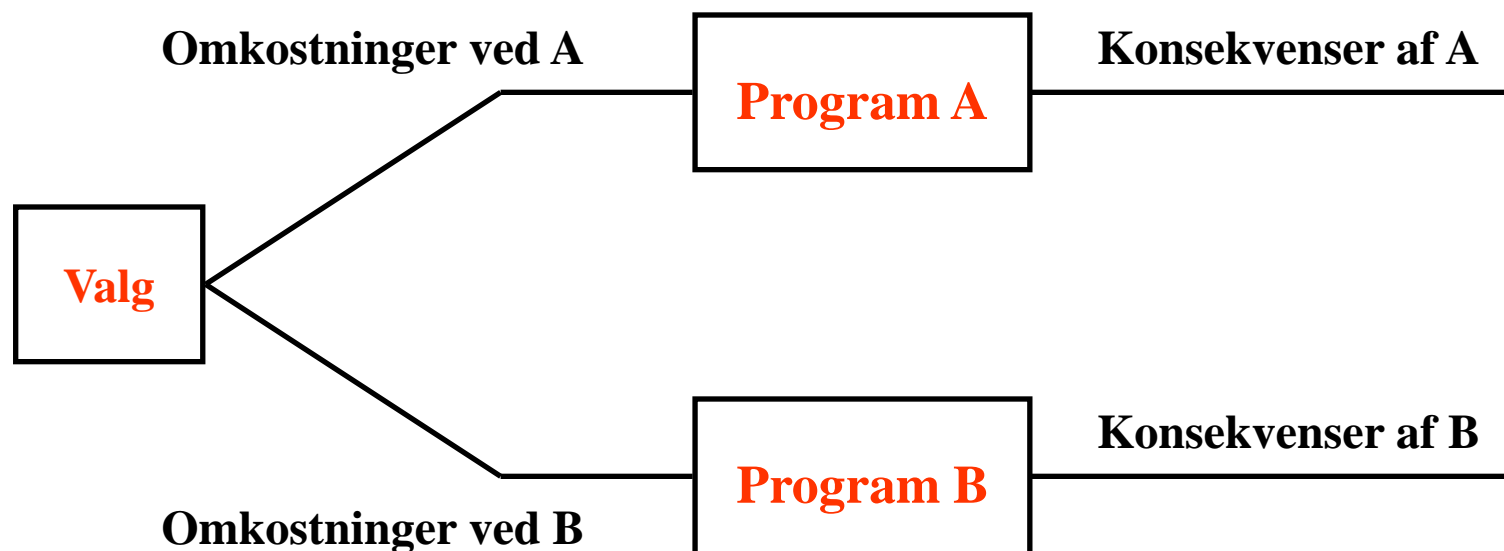
Kilde: Vrangbæk et. Al.: **Does municipal co-financing reduce hospitalisation rates in Denmark?**
Scandinavian Journal of Public Health, 2013; 41: 616–622

Så hvad skal vi gøre og hvad skal vi lade ligge?



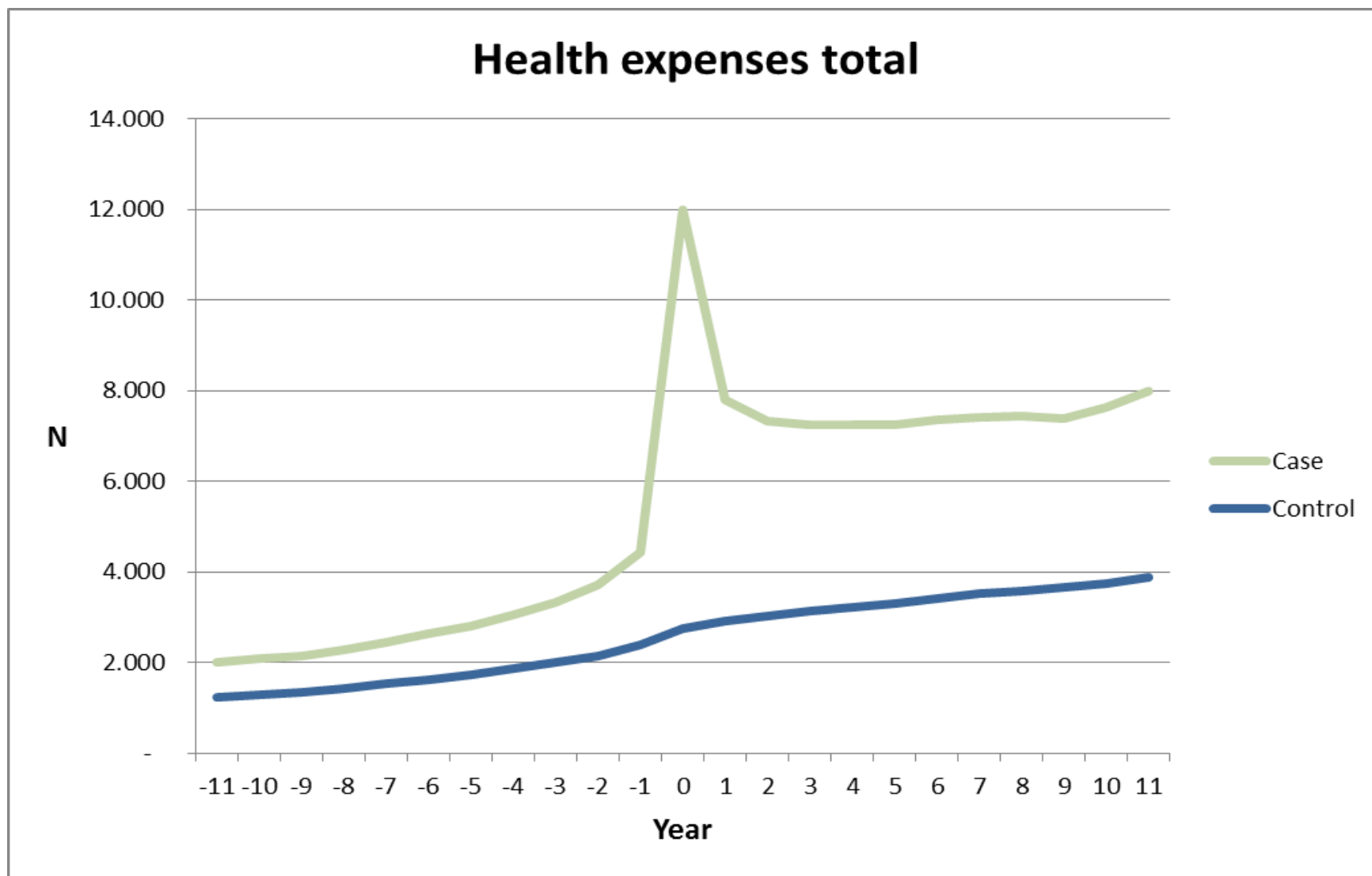
- Vi bygger ikke håndboldhaller og støjskærme fordi vi tjener penge på det!!!
 - Vi skal se på effekten
- Hvis det bare skal handle om penge, så skal vi som minimum fokusere meget brede end hospitalsomkostningerne.
- Kommunes egne plejeomkostninger og omkostninger på arbejdsmarkedet.

Hvad handler sundhedsøkonomi om ?

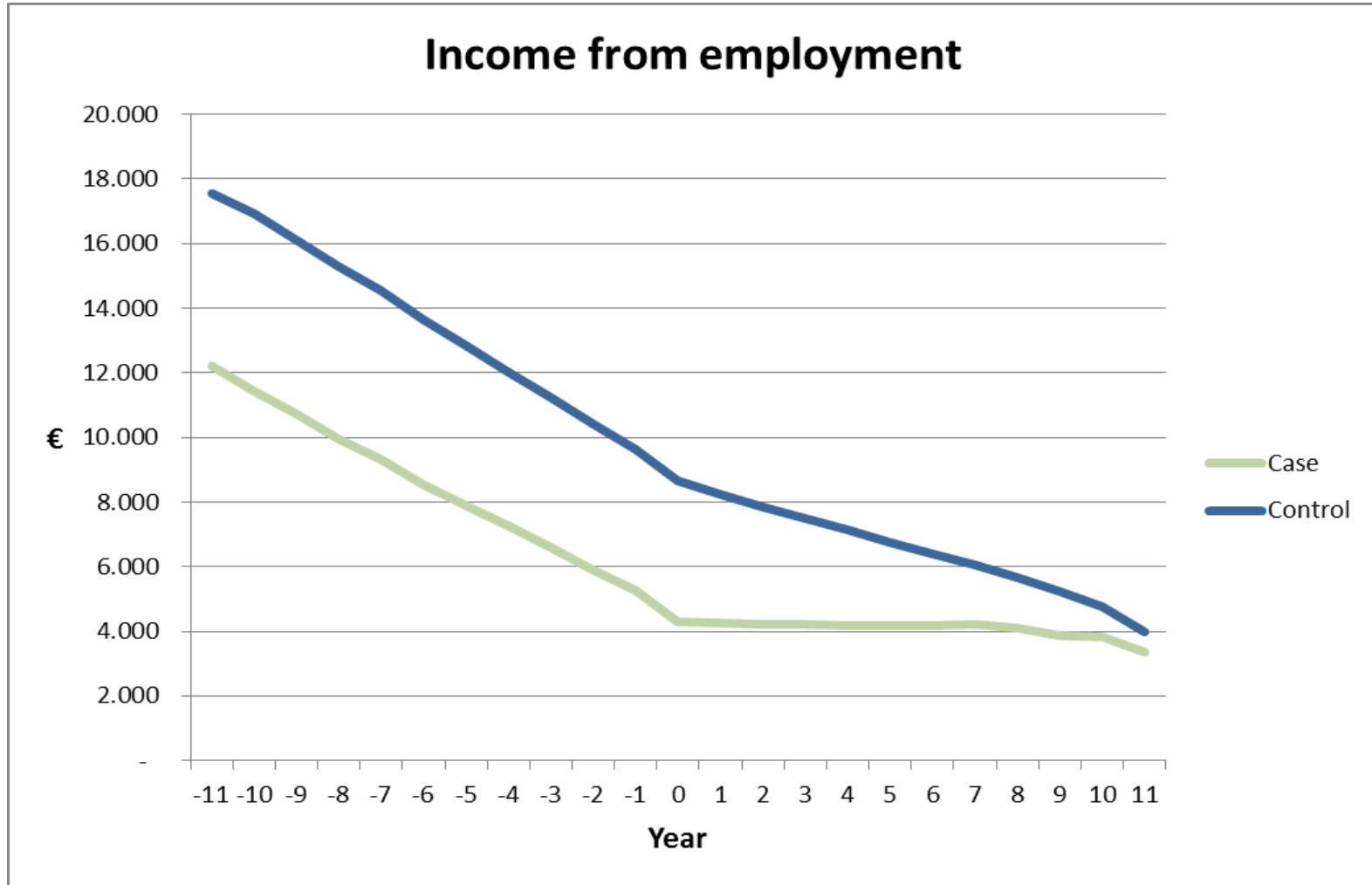


Når forskelle i omkostninger bliver sammenlignet med forskelle i konsekvenser, er det en marginal analyse

Hvilke valg har kommunen- KOL

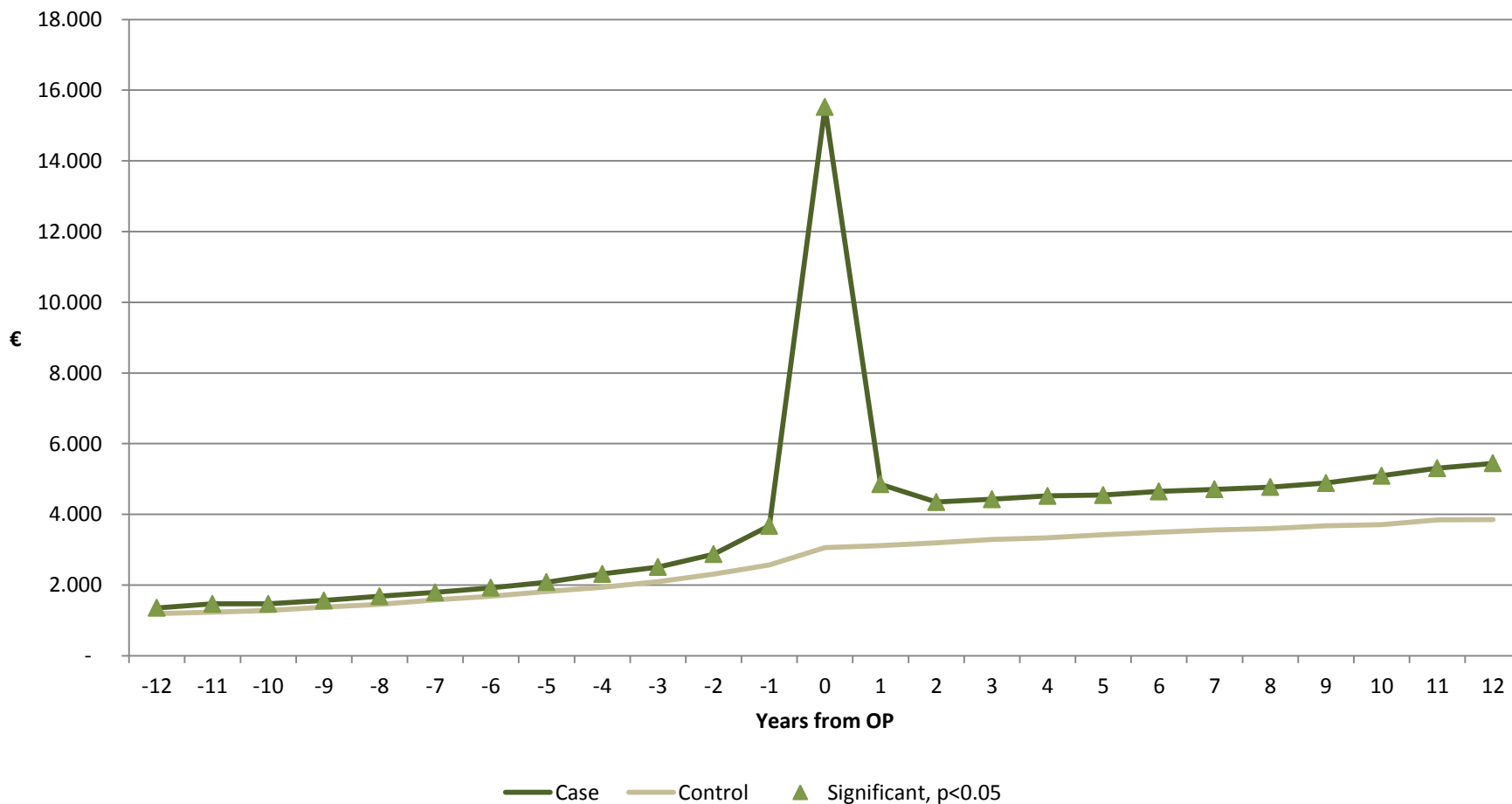


KOL – indkomst er tabt på behandlings- tidspunktet.



Samlede Sundhedsudgifter (hofter)

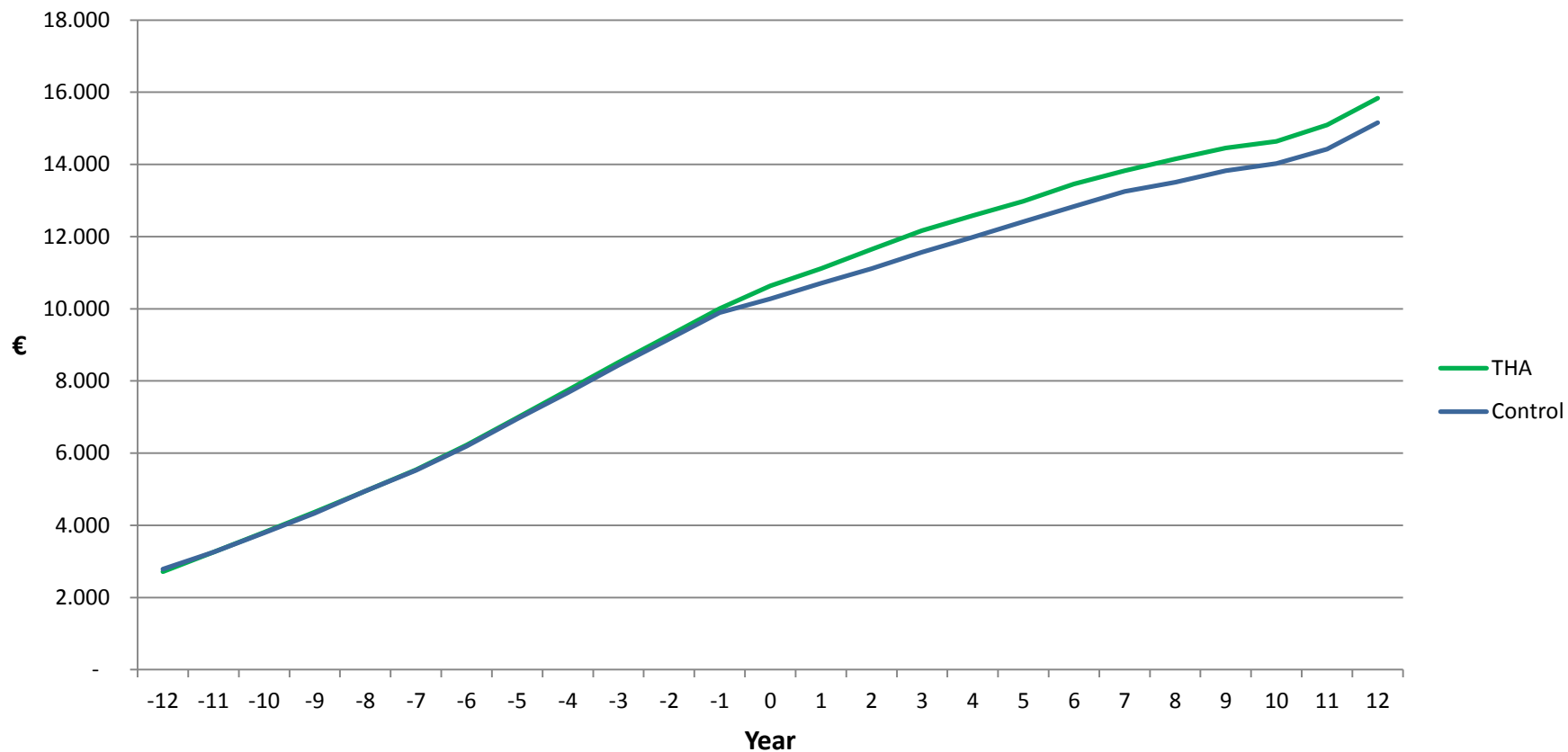
Health costs total



Pension starter ved OP

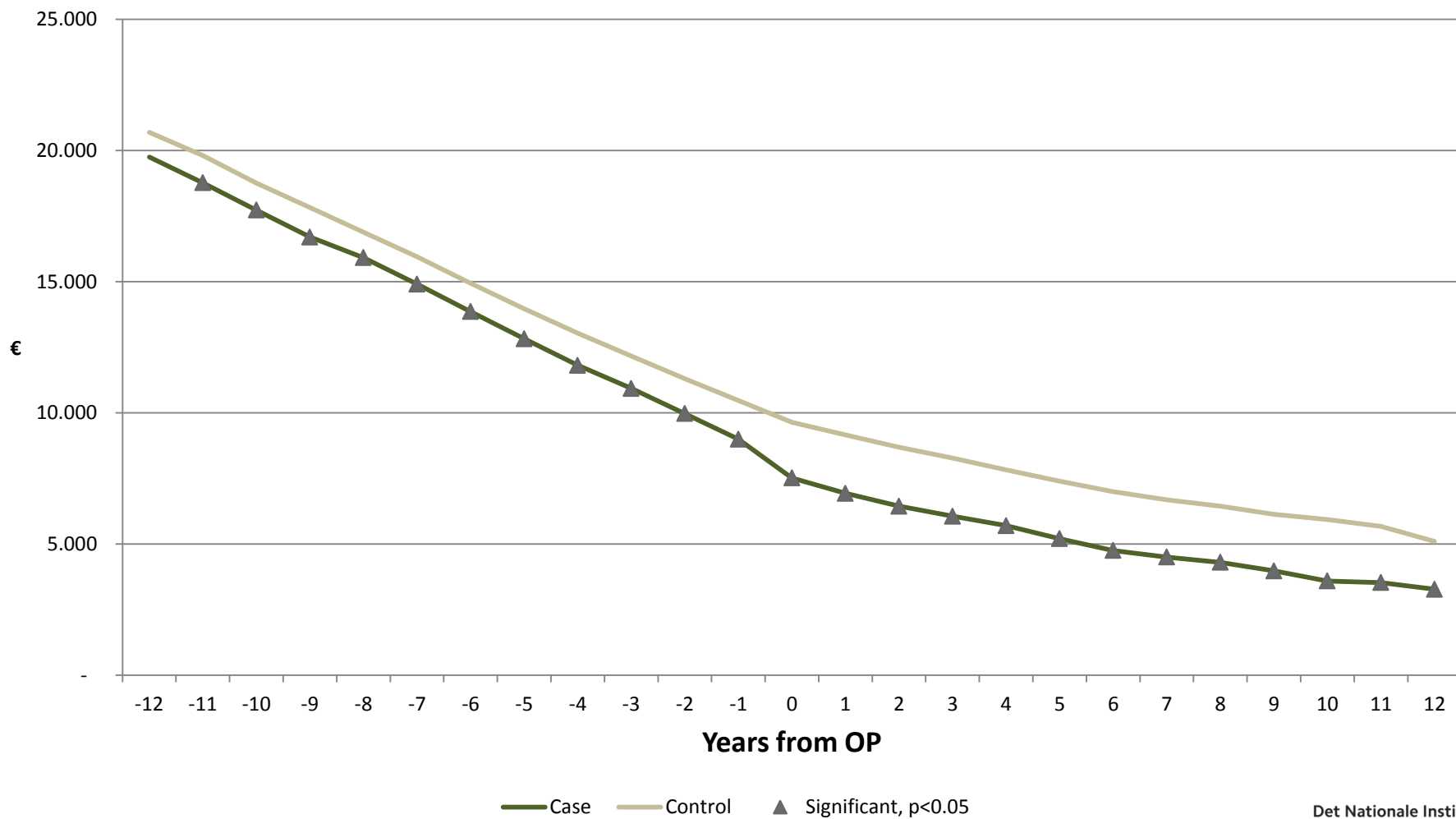
Signifikant fra OP

Age Pension

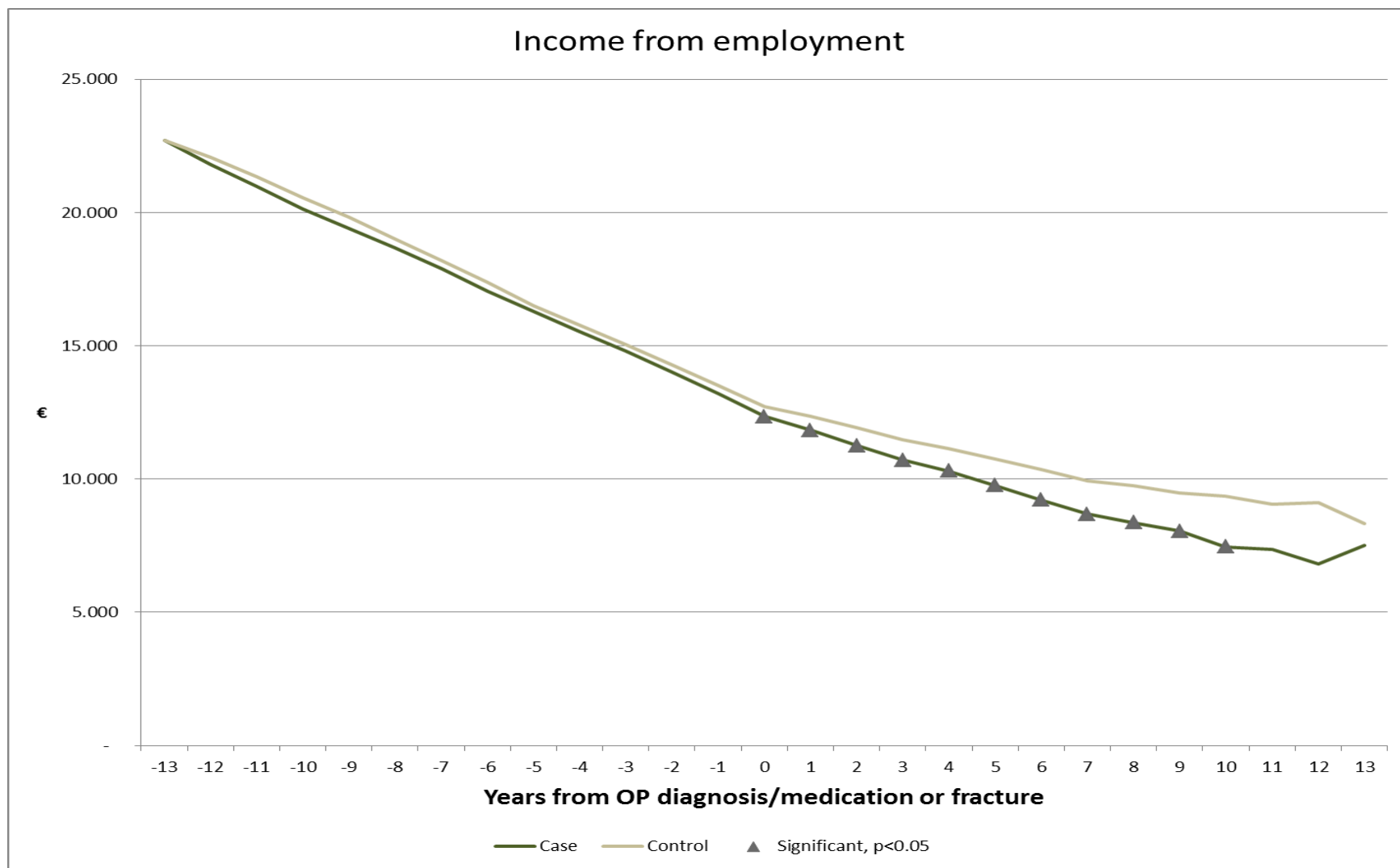


Indkomst falder efter OP

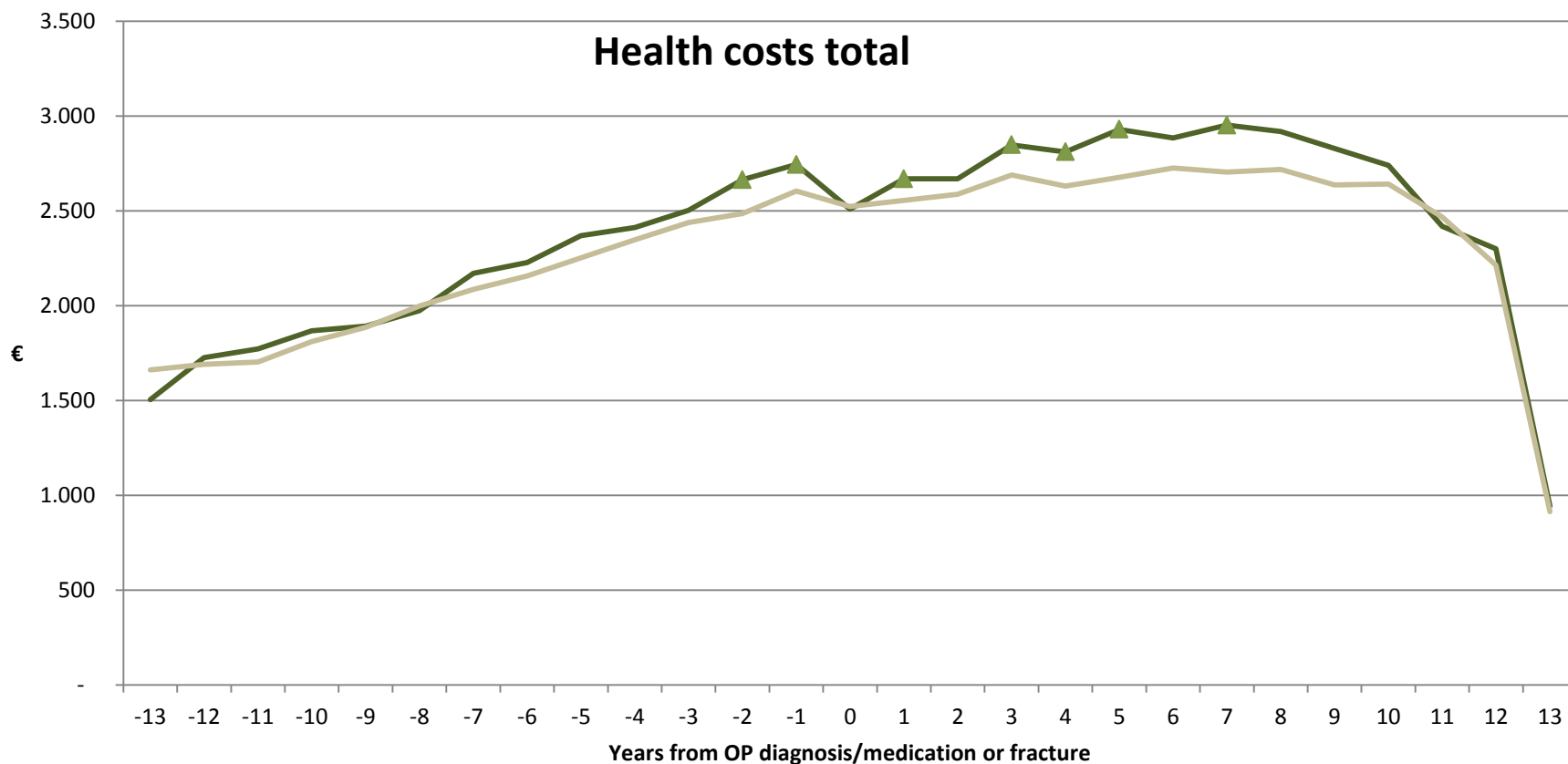
Income from employment



Partners indkomst falder også

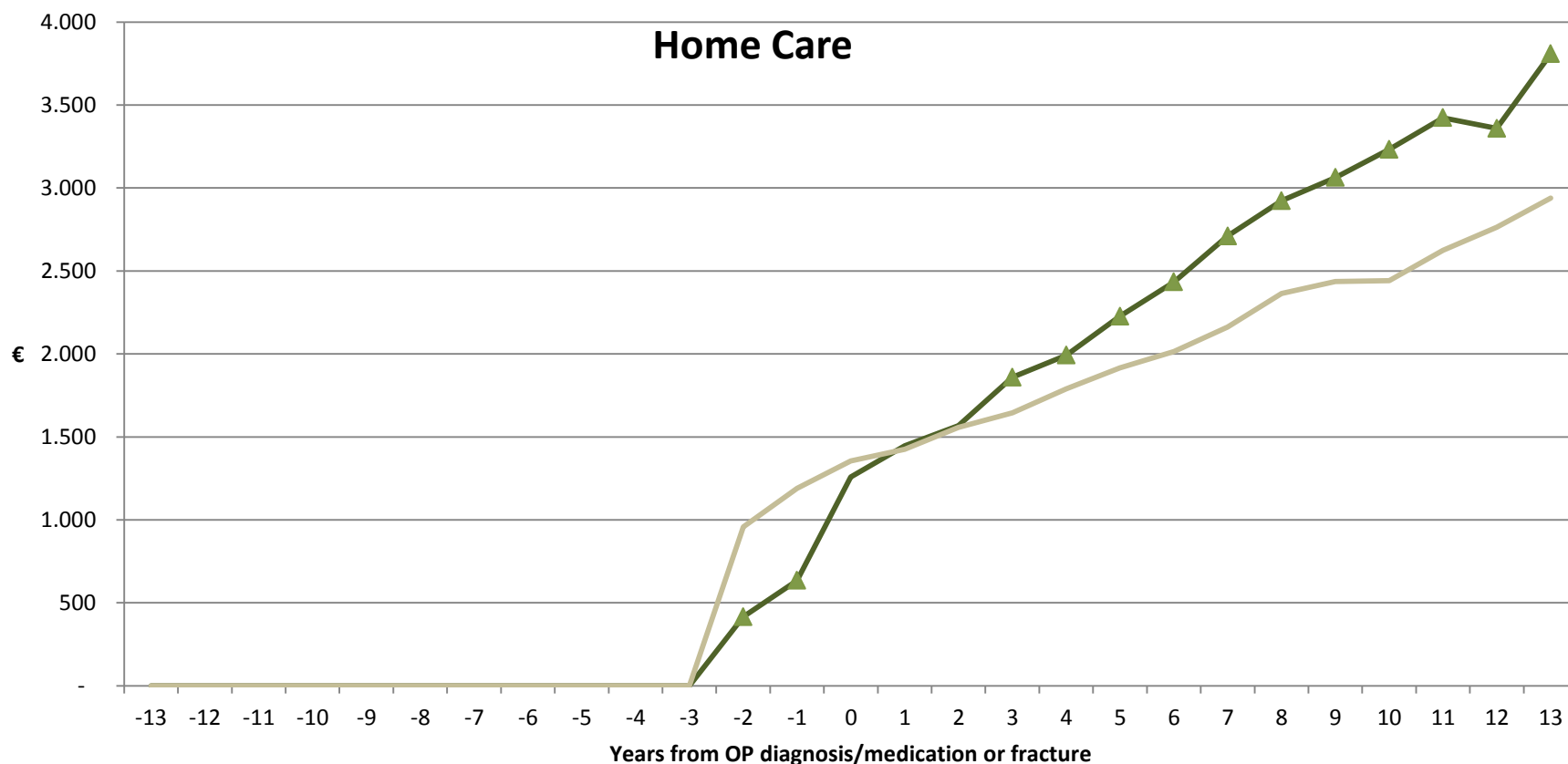


Partners Sundhedsomkostninger



— Case — Control ▲ Significant, p < 0.05

Kommunal Hjemmepleje

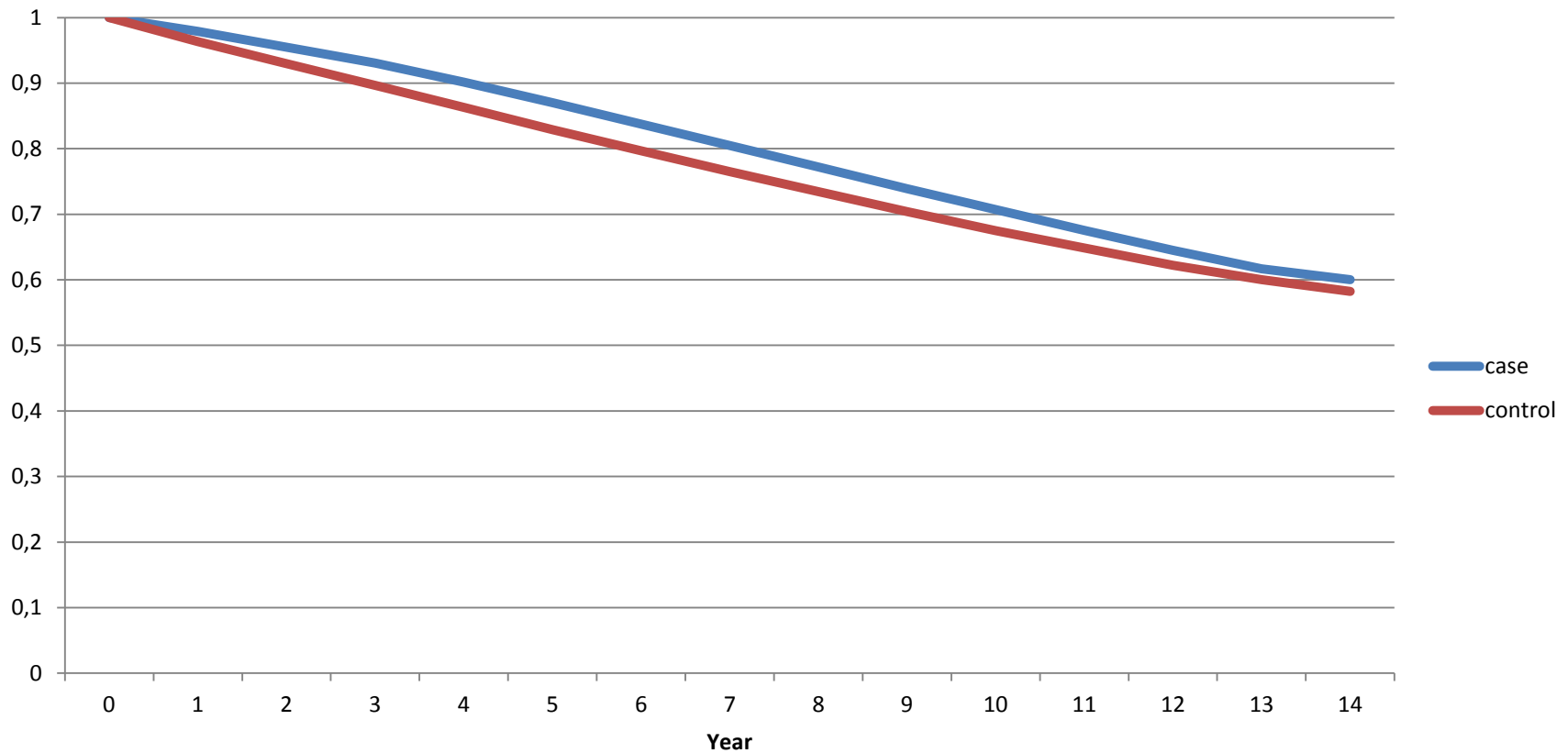


— Case — Control ▲ Significant, $p < 0.05$

Er det bare fordi de er meget syge.

Alle signifikant forsk.

Survival distribution function





Reablement – UK forståelse

- En proces der hjælper mennesker til at lære eller genlære de færdigheder, der er nødvendige for daglig livsførelse, og som er tabt som følge af sundhedsproblemer og/eller øgede støttebehov
- Noget, der har udviklet sig til en standard rettet mod borgere der
 - Udskrives fra sygehus og/eller
 - Har behov for social hjælp og støtte
 - Prioriteres i fællesskab mellem kommuner, sygehus, almen praksis

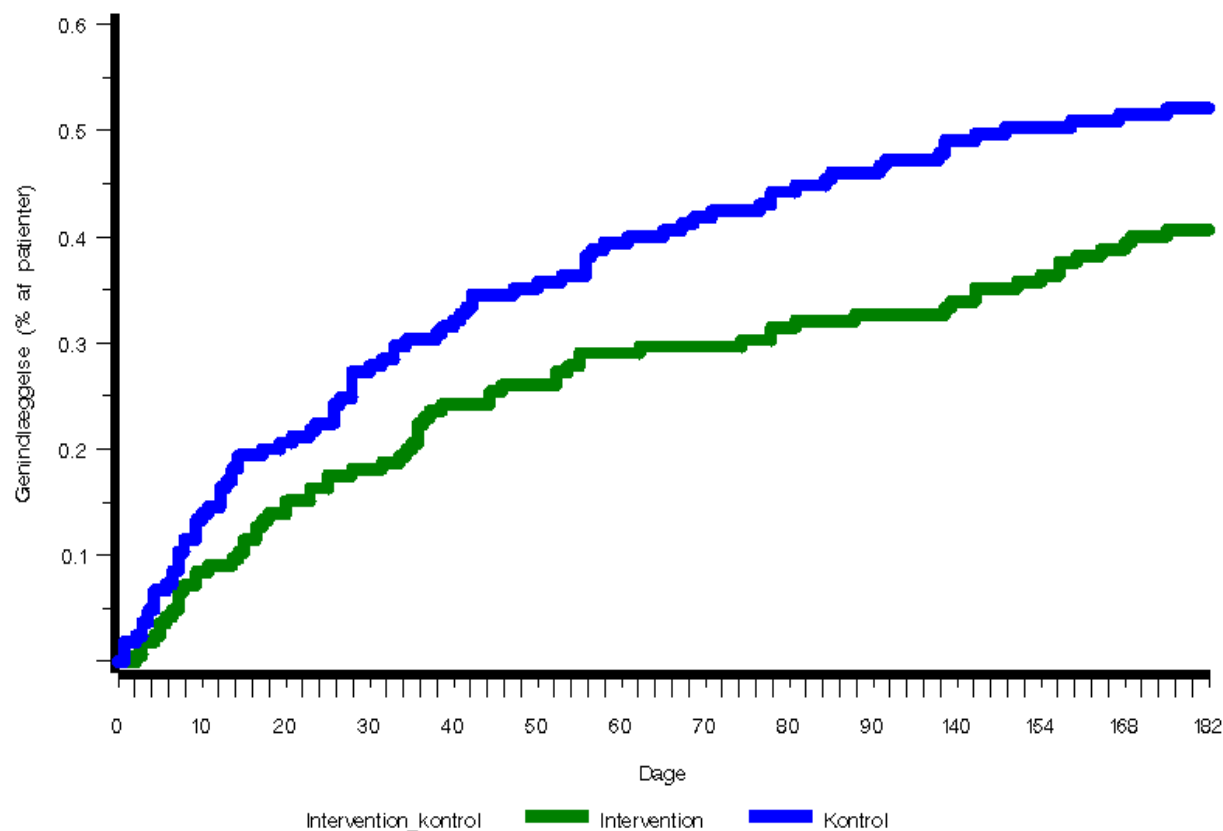
Kilde: Social Care Institute for Excellence,
<http://www.scie.org.uk/files/EmergingMessages.pdf>

DK eksempel på "reablement" Glostrup – og Vestklyngen

- Bedre "shared care" efter udskrivning: Kan hjemmebesøg udført af den praktiserende læge og hjemmesygeplejersker forbedre forløbet for ældre patienter (+78 år)
- Min 1 fælles besøg i hjemmet på en time og op til 2 efterfølgende besøg ved den praktiserende læge og hjemmesygeplejerske

Genindlæggelser

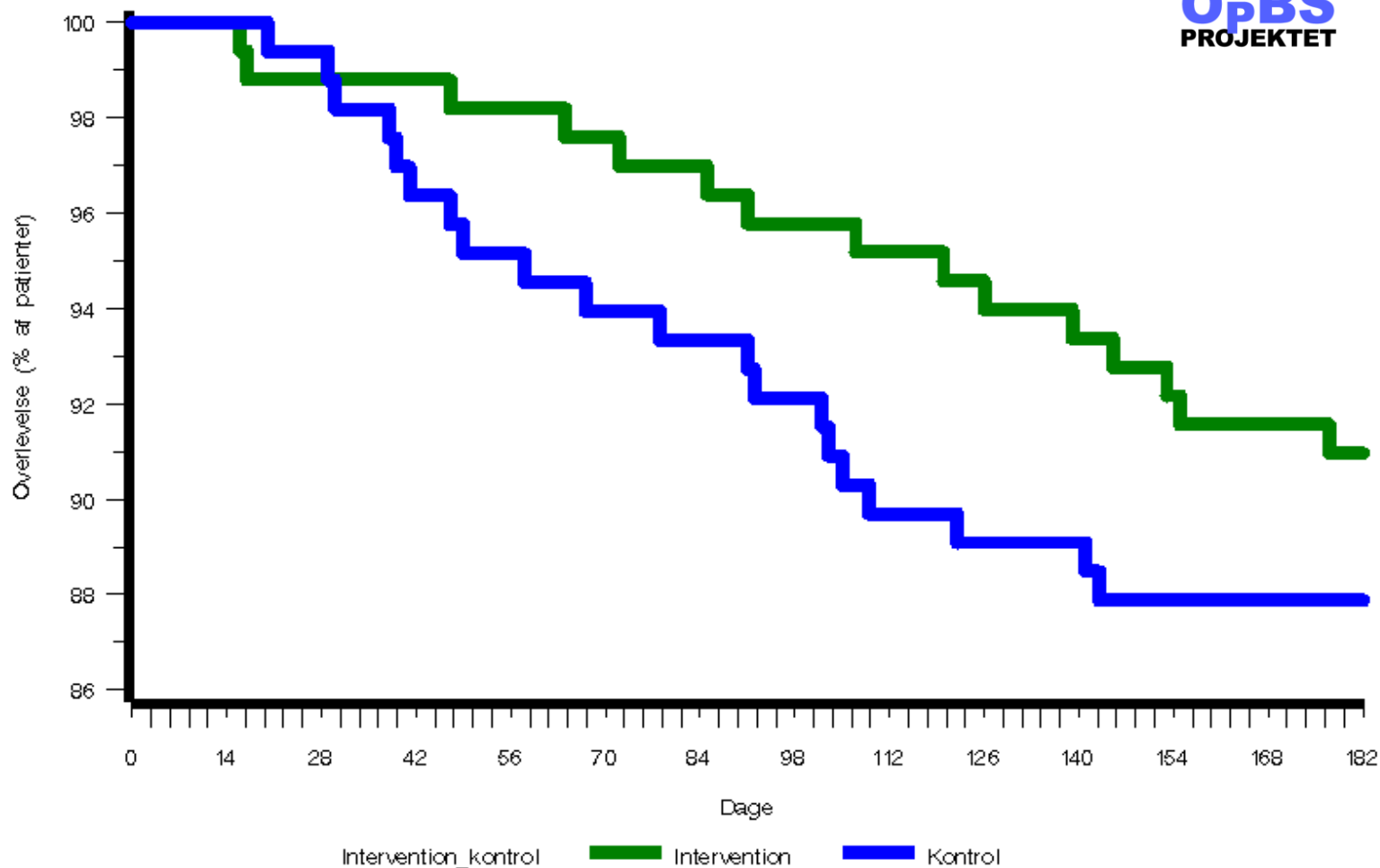
Kaplan—Meier
Genindlæggelse indenfor 26 uger



Overlevelse

Kaplan – Meier

Intervention vs kontrol



Økonomien i Glostrup OpBS projektet



	Interventio n	Kontrol	Meromkostnin g per patient
Medicin	1.560 kr.	1.092 kr.	468 kr.
Primær Sundhed	7.448 kr.	4.998 kr.	2.450 kr.
Ambulant behandling	5.916 kr.	5.616 kr.	300 kr.
Indlæggelser	27.190 kr.	35.470 kr.	-8.280 kr.
Total	42.168 kr.	47.176 kr.	-5.008 kr.

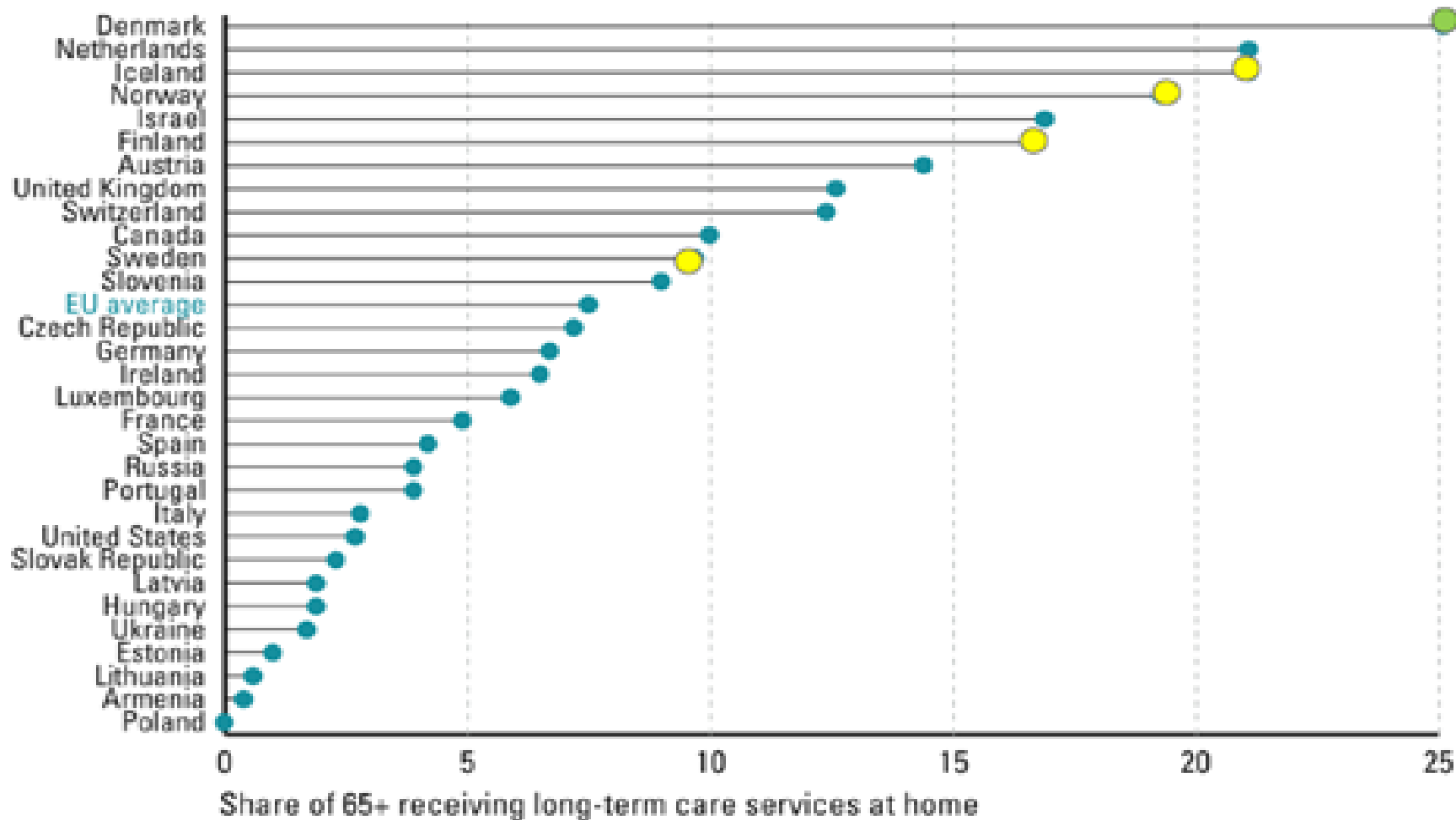
Efterfølgende implementering



	Vest- klyngen	Aalborg	Køben- havn	Faxe	Fredericia
Procentvis forskel i det gennemsnitlige antal indlæggelser pr. borger i interventionsgruppe i forhold til kontrolgruppe	-11 %	-13 %	16 %	22 %	-14 %
<i>Den gennemsnitlige meromkostning pr. borger i interventionsgruppen i forhold til kontrolgruppen (i kr.)</i>					
Meromkostning til interventionen på sygehuse	86 kr.	0 kr.	240 kr.	0 kr.	0 kr.
Meromkostning til interventionsbesøg i kommunerne	296 kr.	161 kr.	468 kr.	469 kr.	288 kr.
Meromkostning til kommunale ydelser	-12.391 kr.* ²	3.877 kr.	9.589 kr.	- ⁴	-5.385 kr.
Meromkostning til sygesikringsydelser ¹	452 kr.*	662 kr.*	483 kr.*	990 kr.*	95 kr.
Meromkostning til sygehusbehandling	-818 kr.	-10.637 kr.	16.809 kr.*	9.337 kr.	-9.732 kr.
Meromkostning til tilskudsberettiget medicin ³	-412 kr.	-	-	-	-
Total	-12.787 kr.*	-5.937 kr.	27.589 kr.*	10.796 kr.	-14.734 kr.

Det der koster i kommunen!

Andel 65+ år der modtager hjemmehjælp



Kilde: Tine Rostgaard, KL ældrekonference 2011

Reablement /Træning som Hjælp i fx Odense kommune



- Træning som Hjælp,
 - Rehabilitering i stedet for alm hjælp
 - Siden 1. april 2011 og trinvist indført i de 5 sygeplejedistrikter, som Odense Kommunes hjemmepleje er opdelt i.
- Succeskriterier
 - Mindre efterspørgsel
 - Mere målrettet efterspørgsel

Rehabilitering til hverdagen

- Foregår i næsen alle kommuner
- Meget forskellig implementering
- Men de steder hvor fokus er på afslutning af forløb, så kan man se besparelser
 - Men ikke på sundhedsudgifterne...

Det er muligt at opnå et trendspring

		Ændring før 2009-				
		Før-2009	Før	Efter	før	Ændring før-efter
		2011-priser	2011-priser	2011-priser	%	%
Samlet	Under 67 år	87.402.721	83.873.351	81.838.310	-4,0	-2,4
	67+ år	337.918.650	330.073.842	299.659.388	-2,3	-9,2
Fordelt på ydelser						
Under 67 år	Akut/død mm	220.435	296.009	519.799	34,3	75,6
	Fast vagt	2.799.553	951.650	3.814.589	-66,0	300,8
	Pleje	68.024.569	65.775.361	61.408.375	-3,3	-6,6
	Praktisk hjælp	16.358.164	16.850.330	16.095.547	3,0	-4,5
67+ år	Akut/død mm	858.050	1.086.432	2.268.481	26,6	108,8
	Fast vagt	4.854.901	3.089.573	1.160.383	-36,4	-62,4
	Pleje	280.745.954	274.820.754	247.499.909	-2,1	-9,9
	Praktisk hjælp	51.459.744	51.077.083	48.730.615	-0,7	-4,6

Men resultaterne er ikke entydige

- Litteraturen finder ikke entydige resultater
- Andre evalueringer i Danmark heller ikke entydige
- Fredericia / Odense meget fokuserede på, at projekterne skulle spare penge

Bundling

- Et tiden kommet til at tænke forløb på en ny måde?
- Skal vi samle ressourcerne på tværs?
 - Fælles prioritering i bestyrelser
- Giver der flere løsninger end problemer?

Opsummering

- Forebyggelse skal betale sig, men afkastet vil typisk være mere end besparelser i kr.
- Er vi gode nok til at gøre patienterne raske, eller fokuserer vi for meget på at sygeligøre dem
- Udnytter i vores fælles ressourcer godt nok.
 - Er bundling en vej frem?