

Business case for Databasen Børns Sundhed, november 2016

Sammenfatning

Databasen Børns Sundhed er parat til at løfte opgaven som leverandør af kommunale, regionale og nationale sundhedsprofiler på børn og unge. Profilerne udarbejdes i tæt samarbejde med praksis - det sikrer, at der sættes fokus på de områder, der efterspørges.

Den systematiske monitorering, databehandling og analyser giver de bedst mulige redskaber til sundhedsplanlægning, til at igangsætte indsatser og følge op på disse – uanset om niveauet er kommunalt, regionalt eller nationalt. Endvidere giver databasen mulighed for at skabe ny viden gennem forskning.

Denne business case anvender overvægt og svær overvægt som caseområde. Beregningerne er foretaget ved hjælp af Skandiamodellen, og viser investeringskalkuler ved tilslutning af samtlige danske kommuner.

Business casen er udarbejdet med henblik på at illustrere de langsigtede potentialer, der kan være ved at forebygge livsstilssygdom ved målrettede, tidlige indsatser på baggrund af systematisk monitorering af børns sundhed. Hensigten er ikke at dokumentere et samlet potentiale ved indførelse af landsdækkende sundhedsprofiler, men blot estimere potentialet for én afgrænset målgruppe.

Beregningerne i Skandiamodellen viser de samlede, samfundsøkonomiske besparelser ved forebyggelse af overvægt blandt børn i én årgang, der er overvægtige/svært overvægtige i 10-måneders alderen, og tager udgangspunkt i udgifter og indtægter vedrørende borgere i løbet af et arbejdsliv; alderen 18-64 år.

Hvis blot 1 % i denne målgruppe - svarende til under 20 børn - varigt kan undgå overvægt, vil samfundet spare over 50 mio. kr. over denne periode i nutidens priser.

Baggrund

Databasen Børns Sundhed er etableret og udviklet mellem kommunale sundhedsordninger, Region Hovedstaden og børnesundhedsforskere. Primo oktober 2016 omfattede samarbejdet 21 kommuner i Region Hovedstaden, Roskilde og Køge Kommune fra Region Sjælland, Aarhus Kommune fra Region Midtjylland samt Region Hovedstaden. I 2015 deltog yderligere syv kommuner fra Region Hovedstaden samt Vejle Kommune i en forsøgsordning, det forventes, at flere af disse kommuner tilslutter sig samarbejdet inden udgangen af 2016. I 2016 indgår Københavns Kommune i en forsøgsordning.

Databasen er beliggende på Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Instituttet behandler data, foretager analyser, indhenter forskningsbaseret viden og udarbejder rapporter og sundhedsprofiler til kommunerne og regionen. Databasen er godkendt af Datatilsynet.

Der udarbejdes hvert år én temarapport om de 0-årige og én temarapport om skolebørn. Det er de deltagende kommuner, der beslutter, hvilke temaer der skal behandles. Udover temarapporterne får de deltagende kommuner tilsendt kommunespecifikt materiale, der udgør en mindre rapport om den enkelte kommune samt PowerPoint oplæg.

Databasen er funderet på sundhedsplejerskernes lovpligtige journaldata og understøttes af de elektroniske journaler, der anvendes af de kommunale sundhedsordninger. Sundhedsplejersker har kontakt med tæt mod 100 % af målgruppen, hvorfor data fra de særligt udsatte grupper, der er lavt repræsenteret i befolkningsundersøgelser som fx voksensundhedsprofilerne, også vil indgå i profiler fra Databasen Børns Sundhed.

Databasen Børns Sundhed har følgende formål:

- Monitorering af børns sundhed
- Monitorering af ydelser fra Den kommunale sundhedstjeneste
- Skabe grundlag for videreudvikling af Den kommunale sundhedstjenestes ydelser
- Skabe basis for videnskabelige projekter.

Fra 24 til 98 kommuner - en kort beskrivelse af den ønskede udvikling

Hvert fjerde år udarbejdes sundhedsprofiler på de +16-årige på kommunalt, regionalt og nationalt niveau. Profilerne bruges bl.a. i kommunale sammenhænge, når sundhedsindsatser skal prioriteres, og der skal evalueres på disse.

Det er almindelig anerkendt, at forebyggelse bør starte så tidligt som muligt - alligevel har vi i Danmark kun begrænset monitorering af sundhedsforholdene blandt børn og unge under 16 år.

Databasen Børns Sundhed har defineret en række indikatorer og baggrundsfaktorer, der gør det muligt at sammenholde og følge børns sundhed og udvikling med fx forældrenes uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, etnicitet, rygevaner, sygdom og handicap. Børnene følges gennem fire kvalitetssikrede besøg i første leveår, ved indskolingen og fra skoleåret 2016/2017 helt til udskolingen. Det betyder, at det fx er muligt at følge, hvad vægten i første leveår betyder for udviklingen af overvægt i skolealderen. Herved kan indsatser præciseres, målrettes og følges så der opnås størst mulig sundhed blandt alle børn og unge, og uligheden i sundhed mindskes.

- *Databasen Børns Sundhed har teknikken, dataindsamlingen og datahåndteringen på plads til at varetage opgaven som børnedatabase for alle landets kommuner og regioner.*
- *Databasen Børns Sundhed kan udarbejde sundhedsprofiler med datadækning på tæt mod 100 % af målgruppen.*
- *Sundhedsprofiler fra Databasen Børns Sundhed vil være et væsentligt redskab til sammenhængende sundhedsplanlægning kommunalt, regionalt og nationalt.*

Udgifterne til databasens drift er indtil videre dækket af de deltagende kommuner og Region Hovedstaden. Region Hovedstaden har fra databasens etablering betalt 25 % af det beløb, kommunerne i regionen betaler. Det er databasens håb, at udgifterne til finansieringen fremadrettet dækkes af alle, der vil kunne bruge data – kommunerne, regionerne og staten. Udgifterne til driften af Databasen Børns Sundhed skønnes at være 5 mio. kr. årligt på landsplan.

Databasen Børns Sundhed - investeringskalkule via Skandiamodellen

Databasen giver mulighed for at målrette sundhedsindsatserne for børn og unge. I denne case er der taget udgangspunkt i forebyggelse af overvægt.

Casen søger med udgangspunktet i Skandiamodellens beregninger af offentlige omkostninger til borgere med livsstilssygdomme at illustrere sammenhængen mellem den offentlige investering (drift af databasen) og potentielle gevinster ved at nedbringe antallet af borgere med livsstilssygdomme.

Forudsætningerne i Skandiamodellen (SKM)

SKM er et regneværktøj, der stilles til rådighed for kommuner m.fl. af forsikringskoncernen Skandia. Det er udviklet i Sverige, men videreudviklet og tilpasset danske samfundsforhold af Copenhagen Business School.

Ud over selve investeringskalkulen rummer værktøjet en opgørelse af offentlige udgifter og indtægter for en række målgrupper, der på den ene eller anden måde er i udenforskab på grund af ledighed, misbrug, livsstilssygdom eller andet. Opgørelsen er foretaget på baggrund af omfattende registertræk på udgifter til indkomstoverførsler og sundhedsudgifter samt skatteindtægter. Ideen er at hjælpe de offentlige aktører med at synliggøre mulige gevinster ved at forebygge udenforskab, og modellen er i øvrigt konstrueret med en konservativ tilgang i beregningerne for ikke at risikere overestimering af gevinster.

I den aktuelle case sammenlignes målgruppen med livsstilssygdomme med gennemsnittet af alle borgere, der ikke er i udenforskab. Mens skatteindtægterne for de to målgrupper er stort set ens, er der forskelle på de offentlige udgifter til overførsler og sundhed.

Forudsætninger vedrørende investeringskalkulen for Databasen Børns Sundhed

Udfordringen ved at beskrive de mulige gevinster ved en landsdækkende implementering af Databasen Børns Sundhed er, at det ikke er et initiativ, der i sig selv forbedrer sundheden – implementeringen vil give viden og grundlag for tidlige og målrettede sundhedsindsatser.

Vi har valgt at foretage en kalkule på forebyggelse af overvægt - som eksempel er valgt årgang 2015. Kalkulen indregner altså ikke gevinster vedrørende alle årgange før og efter 2015 og heller ikke andre typer gevinster end forebyggelse af livsstilssygdom. Da SKM betragter målgrupper fra 18 til og med 64 år, vil gevinsterne kunne beregnes for dette aldersinterval.

I rapportererne fra Databasen Børn Sundhed indgår forekomsten af overvægt og svær overvægt altid som indikator. En af rapportererne har endvidere haft overvægt som særskilt tema; analyserne herfra viser bl.a., at børn med overvægt eller risiko for overvægt i første leveår har mellem 2 og 3 gange højere risiko for overvægt ved indskolingen, end børn der var normalvægtige ved 6 – 10 måneders alderen¹. Rapporten på børn født i 2014 viser, at forekomsten af overvægt og svær overvægt efter WHO's definition af vægtstatus i gennemsnit var 4,5 % ved 10-måneders alderen blandt de deltagende 16.391 børn² (med en variation mellem kommunerne fra 1,9 til 8,7 %).

Der var på landsplan 58.200 levendefødte børn i 2015. Da en del af populationen af overvægtige babyer vil blive normalvægtige uden intervention, tages der udgangspunkt i, at 3 % af årgang 2015 var overvægtige i 10 måneders alderen – og vil forblive at være det. Dette svarer til ca. 1.750 børn, hvilket danner udgangspunkt for beregningerne i denne case.

På udgiftssiden er der regnet med en udgift første år på 5 mio. kr. Udgiften vil i givet fald være årlig i hele perioden, men begrænses til ét år som følge af valget om kun at betragte én årgang. Der er ikke regnet med udgifter til sundhedsiltag, da business casen bygger på en antagelse om målrettede tiltag – ikke nødvendigvis flere.

Succesraten er selvsagt afgørende for investeringskalkulen. Eftersom vi ikke har noget udgangspunkt for at estimere en succesrate (der kan ikke kobles til en egentlig intervention), går vi konservativt til værks.

Vi antager, at de 1.750 babyer alle udvikler livsstilssygdom, hvis ikke kommunerne kan betjene sig af den viden, der tilvejebringes via Børns Sundhed. Dermed kan vi illustrere potentialet ved at indlægge forskellige succesrater. En succesrate på 1 % betyder således, at det for 17-18 børn lykkes varigt at forebygge en voksertilværelse med livsstilssygdom. Nedenfor har vi illustreret de økonomiske gevinster i hele populationens erhvervsaktive alder, det vil sige en periode på 47 år. Gevinsten udgør, ifølge SKMs registertræk ca. 60.000 kr. pr. år i gennemsnit pr. person.

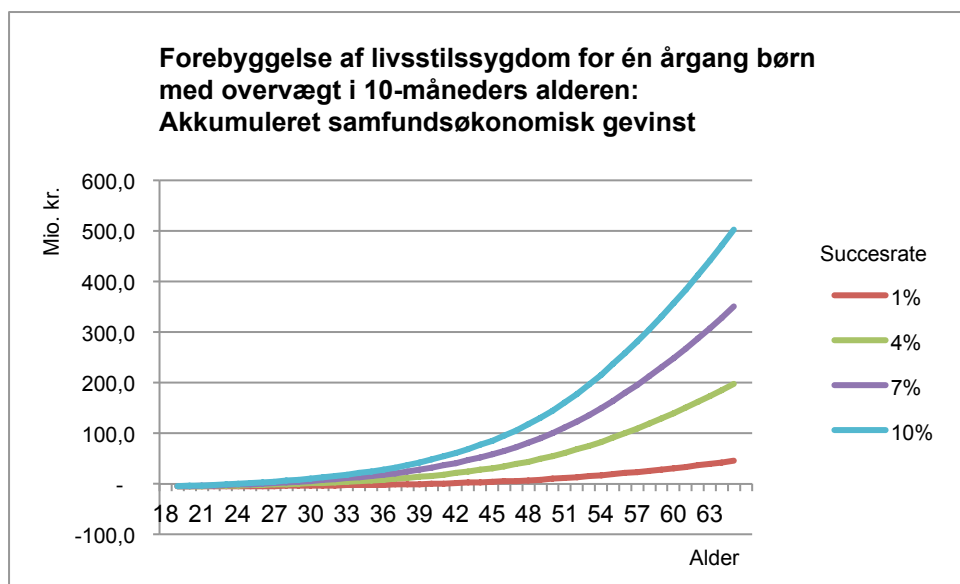
¹ Vægtstatus i første leveår og overvægt i indskolingsalderen. Databasen Børns Sundhed, 2013

² Temarapport og årsrapport. Børn født i 2014. Databasen Børns Sundhed, 2016.

Livsstilssygdomme indtræder imidlertid hyppigere jo højere alder. SKMs bagvedliggende data viser eksempelvis, at aldersgruppen 18-29 år kun tegner sig for ca. 4 % af de samlede udgifter forbundet med livsstilssygdomme til borgere i den erhvervsaktive alder³. Derfor er der regnet med relativt små gevinster vedrørende de yngre aldersgrupper - men stigende, således at den gennemsnitlige gevinst opnås omkring 50 år⁴.

SKMs tidshorisont er 30 år, så for at illustrere gevinstpotentialet i et helt arbejdsliv, er der beregnet en 1-årig kalkule for populationen i 18-årsalderen, som derefter er fremskrevet med stigende vægt jf. den højere hyppighed af livsstilssygdomme med højere alder⁵.

I det følgende er de derved beregnede gevinster illustreret for hhv. 1, 4, 7 og 10 % succesrate – det vil sige forebyggelse af livsstilssygdom for mellem 17 og 175 børn i årgang 2015. Det er de samlede gevinster, der er vist, det vil sige for både stat, regioner og kommuner.



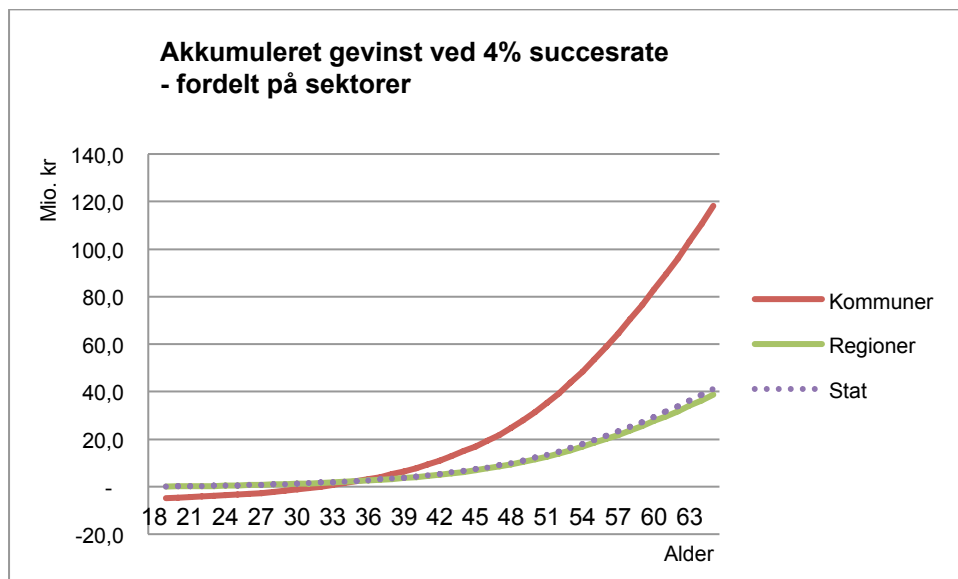
Som det fremgår, er det en langsigtet investering, fordi de økonomiske konsekvenser af livsstilssygdomme først slår sent igennem. Kalkulen viser en ret svag businesscase ved 1 % succesrate, hvor de 5 mio. kr. først er tjent hjem omkring 40-års alderen, men her er der altså også blot tale om 17-18 personer på landsplan. Hvis hele populationen kan holde sig fri af livsstilssygdomme frem til 65-års alderen, er potentialet dog over 50 mio. kr. – og som sagt omfatter casen blot én af de mange muligheder for målrettet forebyggelse, som databasen kan give grundlag for.

³ Kilde: "Teknisk note: Målgrupperne i Skandia-modellen og deres omkostninger, april 2016"

⁴ Fordelingen over perioden på 47 år er stipuleret på baggrund af den tekniske note til SKM s. 17

⁵ Derved omgås SKMs fremskrivningsmetode, der indregner en årlig forrentning i gevinstberegningen. De her gengivne gevinster foregiver derfor ikke metodisk stringens og dokumentation, men tjener alene til at illustrere potentialeniveauet ved forebyggelse af livsstilssygdomme

SKM opgør også gevinster på tværs af sektorer, det vil sige stat, regioner og kommuner. Nedenfor er dette gengivet for en succesrate på 4 %. Udgiften til databasens drift indgår her i den kommunale investeringskalkule.



Som det fremgår, har kommunerne det største gevinstpotentiale, selvom både stat og region også har en væsentlig økonomisk interesse i at forebygge overvægt.

Det kan i øvrigt bemærkes, at kommuner (og stat) primært har gevinster som følge af lavere indkomstoverførsler og højere skat, mens det er regionerne, der primært sparer sundhedsudgifter.