

# Betalingsmodel for DSI's investering i sociale henvisninger i Region Midtjylland og Norddjurs Kommune

Notatet beskriver betalingsmodellen for Den Sociale Investeringsfonds (DSI) investering i sociale henvisninger i Norddjurs Kommune og i Region Midtjylland samt den business case, der ligger til grund herfor.

Den overordnede model for en social effektinvestering er, at DSI stiller risikovillig kapital til rådighed til finansiering af indsatsen. Hvis indsatsen skaber den forventede effekt, tilbagebetales DSI med et risikotillæg; hvis effekten udebliver eller er mindre end forventet, så betaler Norddjurs Kommune, Region Midtjylland og Østifterne ikke eller mindre tilbage.

Betalingsmodellen beskriver grundlæggende, hvordan og hvornår Norddjurs Kommune, Region Midtjylland og Østifterne betaler for indsatsens resultater. Notatet beskriver også afkast, afkastloft og sammenhængen mellem business case og betalingsmodel.

Der henvises til projektbeskrivelsen "Sociale henvisninger som social effektinvestering" for nærmere oplysninger om baggrund og formål med investeringen samt indsats- og målgruppebeskrivelse, tidsplan mv.

## Indsatsens overordnede omkostninger

Det samlede budget for investeringen forventes at være ca. 6,95 mio. kr. Hoveddelen på 5,45 mio. kr. finansieres af DSI, og de resterende 1,5 mio. kr. finansieres gennem en donation fra Østifterne. Det er således alene de 5,45 mio. kr., der skal tilbagebetales *med* et risikotillæg, hvis indsatsen skaber den forventede effekt.

DSI's andel af investeringen går primært til ansættelsen af sociale navigatører (link workers) med tilknytning til lægepraksisserne i Norddjurs Kommune. De sociale navigatører skal samarbejde med og sikre forbindelser mellem sundhedsvæsenet, kommunale indsatser og civilsamfundet for at støtte borgerne.

Østifternes andel på 1,5 mio. kr. anvendes til kapacitetsopbygning i civilsamfundet. Selvom Norddjurs kommune allerede har foreningsbaserede tilbud, er kapaciteten lavere end i større byområder. Derfor er der et særligt behov for et styrket civilsamfund. Donationen vil blive anvendt til projektledelse samt til tilbud i civilsamfundet og administreres af organisationer som fx FriSe – for at sikre en bæredygtig forankring.

**Tabel 1. Overordnet budget for investeringen**

Budget	Opstartsfasen (6 mdr.)	Afprøvningsfasen (24 mdr.)	Afslutning (2 mdr.)	I alt
Kapacitetsopbygning til civilsamfundet*	500.000	1.000.000		1.500.000
Datatræk til opgørelse af betalingsmål 1 og 2 (50/50 region/kommune)	300.000			300.000
Kostpris to social navigatører (prof. BA)	648.000	2.592.000	216.000	3.456.000
Oplæring og uddannelse af social navigatør	20.000	60.000		80.000
Følgeskab - assistance til henviste borgere	-	200.000		200.000
Workshops og kommunikation til læger i klyngen/nationalt	50.000	50.000		100.000
Sundhedsfaglig projektleder (lægefaglig)	162.000	432.000		594.000
Projektkoordinator	100.000	400.000		500.000
Slutevaluering			50.000	50.000
Transport – refusion		150.000		150.000
			I alt	6.930.000

\*Finansieret gennem donation fra Østifterne

## Succesrater og betalingssatser

Den del af investeringen, som skal tilbagebetales, baseres på en simpel betalingsmodel med tre betalingsmål. Målene måles én gang – ét år efter

indsatsens start for den enkelte borger. Selve investeringen dækker en indsatsperiode på op til ét år per borger, men det er forventningen, at borgerne i videst muligt omfang fortsætter i civilsamfundsborne tilbud og fællesskaber herefter.

## Baggrund til valg af betalingsmål

Valget af betalingsmål tager afsæt i en forundersøgelse fra rådgivningsvirksomheden Not a Box, som har kortlagt effekterne af sociale henvisninger i England. Undersøgelsen viste, at sociale henvisninger kan mindske presset på sundhedsvæsenet, styrke sociale relationer, reducere ensomhed og øge borgernes evne til at håndtere egen sundhed og trivsel. Erfaringerne pegede både på sociale og økonomiske gevinster – herunder øget livskvalitet, bedre ressourceudnyttelse og potentiale for at mindske ulighed i sundhed.

På den baggrund er sundhedsområdet valgt som det primære fokus for resultatbetalingen. Det skyldes dels, at uligheden i sundhed er voksende i Danmark, dels at der mangler konkrete modeller, som reelt kan imødegå dette. Da der er tale om et nyt tiltag, som endnu ikke er afprøvet i dansk kontekst, er antallet af betalingsmål bevidst begrænset. Det giver mulighed for at fokusere resultatmålingen på netop det område, hvor indsatsen forventes at have størst betydning: borgernes sundhed og trivsel.

## Betalingsmål 1: Fald i ressourcetræk i sundhedsydelser i regionen

Da størstedelen af de forventede effekter vedrører reduceret ressourcetræk på sundhedsydelser i regionen, er dette valgt som betalingsmål 1 med en andel på 72 % af de samlede tilbagebetalinger. Det svarer til 85% af myndighedernes (region + kommune) del af tilbagebetalingerne. Denne fordelingsnøgle for tilbagebetaling mellem region og kommune er anvendt gennem hele notatet.

På grund af manglende dansk evidens og begrænset erfaring fra England anvendes en konservativ antagelse om, at en reduktion på min. 15 % i ressourcetræk per borger på de nedenfor oplyste kontakttyper udløser tilbagebetaling til DSI. Da sociale henvisninger er et relativt nyt indsatsområde i Danmark, og da eksisterende evalueringer fra bl.a. England primært peger på kvalitative forbedringer i borgernes trivsel og velbefindende snarere end entydige og kvantificerbare besparelser i sundhedsudgifter, vurderes det realistisk at anlægge et forsigtigt skøn.

Evalueringer fra både The Bromley by Bow Centre (2019) og East Merton Social Prescribing Programme (2018) fremhæver positive effekter som øget mentalt velvære, reduceret ensomhed og styrket handlekraft hos borgerne (Bromley by Bow Centre, 2019; Healthy Dialogues, 2018). Der rapporteres desuden om selvoplevede reduktioner i brug af almen praksis og sundhedsydelser, men uden systematiske målinger eller kontrolgrupper til at dokumentere årsagssammenhæng. Dette understreger behovet for forsigtighed i økonomiske fremskrivninger, indtil mere robust og kvantitativ dokumentation foreligger.

De henviste borgeres ressourcetræk måles ved opstart (baseret på det foregående år) og sammenlignes med en ny måling ét år efter borgerens start i indsatsen. En tilbagebetaling udløses kun, hvis ressourcetrækket er faldet med mindst 15 % for den enkelte borger. Målingen udføres via BI-dataudtræk fra regionen, og parametrene er præsenteret i tabel 2. En nærmere beskrivelse af baggrunden for valget af disse findes i afsnittet "Business casen for myndigheden". Eventuel vægtning af de forskellige parametre er endnu ikke fastlagt.

**Tabel 2. Grundlag for beregning af betalingsmål 1**

Kontakter i primærsektoren (Sygesikringsregistret)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Egen læge (inkl. vagtlæge)</li> <li>Psykolog</li> <li>Fysioterapeut</li> <li>Kiropraktor</li> </ul>
Kontakter til hospitalsvæsenet (Landspatientregisteret)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Akutte kontakter og kortere besøg (defineret som kontakter &lt; 6 timer, samme dato)</li> </ul>

Finansieringen for dataudtræk er medtaget i betalingsmodellen og i budgettet som "Dataudtræk til betalingsmål 1 og 2" i tabel 1. Halvdelen går til regionens arbejde med dataudtræk (for betalingsmål 1) og halvdelen til kommunens arbejde med dataudtræk (for betalingsmål 2, som er beskrevet nedenunder).

Det forventes, at der kan måles effekt på ca. halvdelen af de 700 borgere, der henvises til et forløb ved en social navigatør i perioden, dvs. 350 borgere. Det svarer til en frafaldsrate på 50%. Ud af dem, forventes 60% at opfylde betalingsmålet, hvilket giver 210 succesfulde forløb (se også under afsnittet om business casen). Den forventede frafaldsrate skyldes flere faktorer, herunder borgernes komplekse sociale og helbredsmaessige ud-

fordringer, og at nogle kan opleve, at indsatserne måske ikke matcher deres umiddelbare behov. Derudover kan svigtende tillid til systemet, lavt selvværd eller angst for forandring også spille en rolle.

**Tabel 3. Oversigt over betalingsmål 1**

Betalingsmål 1: Fald i ressourcetræk i sundhedsydelser i regionen på mindst 15% efter 1 år målt individuelt per borger	
Forventet fastholdelsessrate (andel, der kan måles på)	50%
Forventet succesrate (andel, der opnår succes)	60%
Betaling pr. succes	24.220 kr.
Forventet tilbagebetaling i alt for betalingsmål 1	5.086.251 kr.

### Betalingsmål 2: Fald i ressourcetræk i sundhedsydelser i kommunen

En mindre del af den forventede reduktion i ressourcetrækket på sundhedsydelser forventes at ske i kommunen. Kommunens betalingsmål vil derfor udgøre en mindre andel af de samlede tilbagebetalinger end regionens, med en andel på 13 %. Det svarer til 15 % af myndighedernes (region + kommune) samlede tilbagebetalinger.

Da dataregistrene adskiller sig fra regionens, vil ressourcetrækket i kommunen blive opgjort som et øjebliksbillede ved opstart og sammenlignet med en ny måling ét år efter indsatsens start. Målingen tager udgangspunkt i Norddjurs Kommunes egne registreringer i KMD Insight. Kommunen vil opgøre forbruget per borger i antal timer over tid for dermed at kunne dokumentere den effekt, indsatsen har haft. Oplysninger vil blive trukket på ydelserne i de kategorier, der fremgår af tabel 4.

**Tabel 4. Grundlag for beregning af betalingsmål 2**

Ydelser i Norddjurs Kommune
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kommunal sygepleje (sundhedslovens §§ 138 og 139)</li> <li>Personlig pleje (Ældreloven §10 / serviceloven §83.1)</li> <li>Praktisk hjælp (Ældreloven §10 / serviceloven §83.2)</li> <li>Vedligeholdelses- og genoptræningstilbud (serviceloven §86 / sundhedslov §140)</li> </ul>

Succeskriterierne for betalingsmål 2 er de samme som for regionen. Det forventes, at der kan måles effekt på ca. halvdelen af de 700 borgere, der henvises, dvs. 350 borgere, og at 60 % af dem opfylder betalingsmålet. En tilbagebetaling udløses kun, hvis ressourcetrækket er faldet med mindst 15 % for den enkelte borger.

**Tabel 5. Oversigt over betalingsmål 2**

Betalingsmål 2: Fald i ressourcetræk i sundhedsydelser i kommunen på mindst 15% efter 1 år målt individuelt per borgere	
Forventet fastholdelsessrate (andel, der kan måles på)	50%
Forventet succesrate (andel, der opnår succes)	60%
Betaling pr. succes	4.274 kr.
Forventet tilbagebetaling i alt for betalingsmål 1	897.574 kr.

### Betalingsmål 3: Forbedret selvmestring/trivsel

En væsentlig del af de forventede effekter vedrører borgernes trivsel og evne til selvmestring. Derfor er selvmestring/trivsel valgt som betalingsmål 3 med en andel på 15 % af de totale tilbagebetalinger.

Det er dog et område, som kommuner og regioner ofte har vanskeligt ved at finansiere, da effekterne typisk først viser sig på længere sigt, ligesom der ikke er tradition for systematisk måling heraf. Alligevel er trivsel/livsmestring centrale mål i pilotinvesteringen, da de netop tydeliggør sammenhængen til mindskede sundhedsudgifter og dermed understøtter bevægelsen fra en biomedicinsk tilgang til en socialmedicinsk tilgang, hvilket er et overordnet formål. Derfor indgår selvmestring/trivsel som betalingsmål. Netop på grund af den mere uklare sammenhæng til budgetgevinster for både kommune og region, har Østifterne valgt at dække dette betalingsmål via en donation, såfremt der opnås den forventede effekt.

For selvmestrings-/trivselsmålet foretages en måling af borgerens selvoplevede trivsel ved opstart og en opfølgende måling efter ét år i indsatsen. Den sociale navigatør vil foretage målingen, som selvrapporteres af borgeren. Vi anvender Danmarks Statistiks måling af livstilfredshed: "Alt i alt, hvor tilfreds er du med livet for tiden?" – på en skala fra 0 til 10, hvor 0 betyder "slet ikke tilfreds", og 10 betyder "fuldt ud tilfreds".

Målet anses for opnået, hvis den opfølgende måling viser en stigning i forhold til målingen ved indsatsens opstart. Den forventede succesrate er 70 %, hvilket betyder, at ud af 700 borgere, hvoraf 50 % er målbare, forventes 245 borgere at opnå en øget livstilfredshed.

**Tabel 6. Oversigt over betalingsmål 3**

Betalingsmål 3: Øget livstilfredshed efter 1 år	
Forventet fastholdelsessrate (andel, der kan måles på)	50%
Forventet succesrate (andel, der opnår succes)	70%
Betaling pr. succes	4.274 kr.
Forventet tilbagebetaling i alt for betalingsmål 1	1.047.169 kr.

De samlede forventede tilbagebetalinger for investeringen fremgår af tabel 7 nedenfor.

**Tabel 7. Forventede tilbagebetalinger i alt**

Forventet tilbagebetaling til DSI fra:	Kr.	% af tilbagebetalinger	Tilbagebetalere
Betalingsmål 1: Fald i ressourcestræk i sundhedsydelser i regionen på mindst 15% efter 1 år målt individuelt per borgere	5.086.251	72%	Region
Betalingsmål 2: Fald i ressourcestræk i sundhedsydelser i kommunen på mindst 15% efter 1 år målt individuelt per borgere	897.574	13%	Kommune
Betalingsmål 3: Øget livstilfredshed efter 1 år	1.047.169	15%	Østifterne
<b>Totale forventede tilbagebetalinger</b>	<b>7.030.994</b>		
<b>Udgifter til indsats til sammenligning (minus kapacitetsopbygning i cívilsamfundet)</b>	<b>5.450.000</b>		

### DSI's forventede afkast

For at vurdere investeringens rentabilitet er det ikke tilstrækkeligt at sammenligne udgifter og tilbagebetalinger, da det blandt andet afhænger af investeringens løbetid samt tidspunktet for ind- og udbetalinger. DSI anvender derfor *intern rente* og *nutidsværdi* som vurderingskriterier ved investeringens rentabilitet.

Hvis den interne rente er lavere end DSI's diskonteringsrente på 4 %, kan investeringen som udgangspunkt ikke godkendes, da det vil resultere i en negativ nutidsværdi og dermed indikere, at investeringen ikke er rentabel for DSI. I dette tilfælde svarer tilbagebetalingerne til DSI til en intern rente på 11,5 % og et gennemsnitligt årligt afkast på 7 %, hvilket begrundes i, at investeringen vurderes som højrisiko. Den begrænsede evidens og manglende afprøvning i Danmark udgør den væsentligste risiko. Endvidere er fastholdelse af borgere i indsatsen en central risiko, idet det er en meget blandet målgruppe og de vil blive henvist til forskellige tilbud.

## Afkastloft

Betalingen fra Norddjurs Kommune og Region Midtjylland (myndighederne) til DSI afhænger af indsatsens resultater og kendes derfor ikke på forhånd. Hvis indsatsen går bedre end forventet, skal myndighederne tilbagebetale DSI et større beløb end i den forventede case, som fremgår af tabel 8. DSI foreslår derfor at inkludere et betalingsloft, der fastsætter et maksimum for, hvor meget myndighederne skal tilbagebetale til DSI. Loftet foreslås sat på 5.679.647 kr. for regionen og 1.002.291 for kommunen. Det svarer til ca. 593.000 kr. mere for regionen og 104.700 kr. for kommunen end beløbet, der skal tilbagebetales i den forventede case.

Betalingsloftet rammes ved en succesrate på 67% som vil svare til at 235 borgere i projektet opnår succes ( $700 \text{ borgere} \cdot 0,5 \cdot 0,67$ ). Hvis succesraten er højere end 67%, skal myndighederne ikke betale mere. Myndighederne vil derfor i forvejen kende maksbeløbet for sine tilbagebetalinger. I tabel 8 nedenunder vises nogle eksempler på tilbagebetalingsbeløb for region og kommune ved forskellige succesrater for betalingsmål 1 og 2.

**Tabel 8. Forventede tilbagebetalinger ved forskellige succesrater for region og kommune**

	Kommune	Region
<b>Successrate 80% *</b>	1.002.291	5.679.647
<b>Successrate 67% *</b>	1.002.291	5.679.647
<b>Forventet succesrate 60%</b>	<b>897.574</b>	<b>5.086.251</b>
<b>Successrate 50%</b>	747.950	4.238.500
<b>Successrate 35%</b>	523.565	2.966.950

\*Maksimum tilbagebetaling

Hvis investeringen klarer sig bedre end forventet, kan kommunens maksimale tilbagebetaling ikke overstige ca. 1 mio. kr., og regionens ikke overstige ca. 5,7 mio. kr. Samtidigt betyder det også at kommunens og regionens besparelser bliver højere, hvis investeringen går bedre end ventet. Omvendt – hvis investeringen klarer sig dårligere end forventet – findes der intet afkastgulv. Det vil sige, at DSI påtager sig hele tabsrisikoen (ved en succesrate på 0% vil der ikke vil være tilbagebetaling fra myndighederne til DSI).

Da betalingsmålene er forskellige for regionen og kommunen, kan de udvikle sig uafhængigt af hinanden. Det betyder eksempelvis, at kommunen kan nå sit afkastloft, mens regionen underperformer – eller omvendt. Begge kan også både underperforme og overperforme samtidigt, alt efter hvordan resultaterne fordeler sig.

## Forventet cash flow for hele investeringen inklusive kapacitetsopbygning

Med udgangspunkt i succesraterne, betalingssatserne og måletidspunkterne viser tabel 9 og figur 1 de forventede cash flows i investeringsperioden fordelt per år, altså hvornår pengene tilgår myndighederne, og hvornår de tilbagebetales. Region Midtjylland indgår som projektejer i investeringen og vil derfor være ansvarlig for at få udbetalt og tilbagebetalt midler afhængig af de opnåede succesrater.

DSI lægger op til, at udgifterne til indsatsen udbetales i fire rater. Den første rate udbetales ved starten af forberedelsesfasen i februar 2026, og de resterende tre rater udbetales årligt i perioden juni 2026–2028. Tidsplanen fremgår af projektbeskrivelsen.

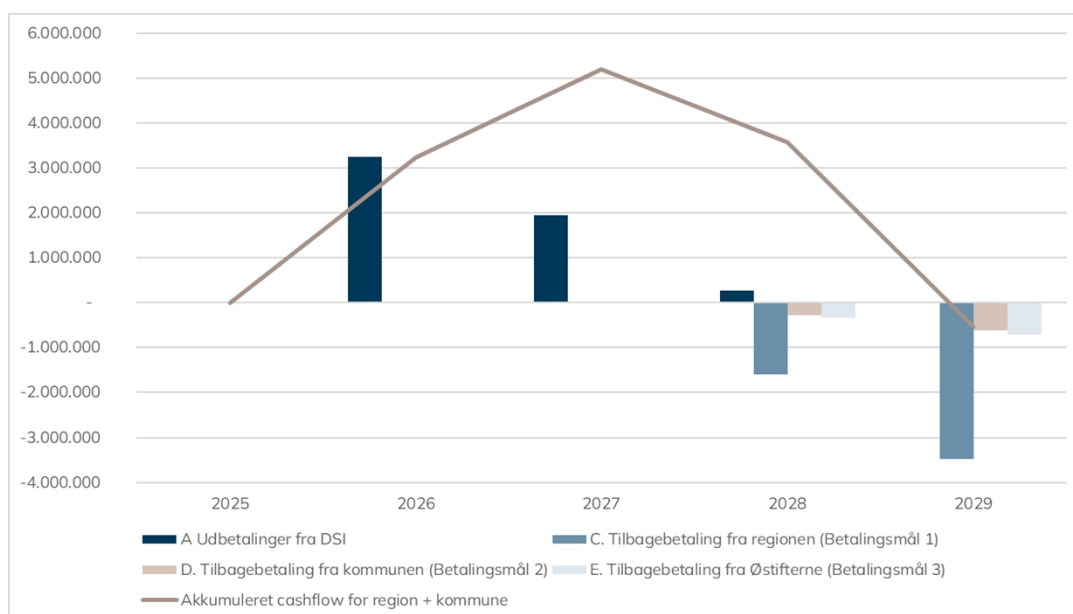
Tilbagebetalingerne til DSI vil finde sted i årene 2028–2029. Den første tilbagebetaling, der baseres på resultaterne fra henviste borgere i perioden august 2026–februar 2027, forventes at finde sted i juli 2028. Den anden tilbagebetaling for henviste borgere i perioden marts–september 2027, forventes i februar 2029. Den sidste tilbagebetaling er planlagt til oktober 2029 og baseres på borgere, der bliver henvist i perioden oktober 2027–maj 2028. Målingerne foretages to måneder før tilbagebetalingerne.

For kapacitetsopbygningen kan den første rate udbetales i slutningen af 2025 og den anden i 2026. Det antages, at disse midler videreformidles direkte til civilsamfundet.

**Tabel 9. Årlige cash flows i investeringen ved forventede succes rates på 60% for betalingsmål 1 og 2 samt 70% for betalingsmål 3**

DKK	2025	2026	2027	2028	2029	Totalt
A. Udbetalinger fra DSI		3.242.000	1.942.000	266.000		5.450.000
B. Udbetalinger fra Østifterne til kapacitetsopbygning	500.000	1.000.000				1.500.000
C. Tilbagebetaling fra regionen (Betalingsmål 1)				- 1.598.536	- 3.487.715	- 5.086.251
D. Tilbagebetaling fra kommunen (Betalingsmål 2)				- 282.095	- 615.479	- 897.574
E. Tilbagebetaling fra Østifterne (Betalingsmål 3)				- 329.110	- 718.059	- 1.047.169
F. Betaling til kapacitetsopbygning i civilsamfundet	- 500.000	- 1.000.000				- 1.500.000
G. Årligt cash flow for investeringen totalt (A+B+C+D+E+F)	-	3.242.000	1.942.000	- 1.943.741	- 4.821.253	- 1.580.994
H. Årligt cash flow for region + kommune (A+B+C+D+E+F)	-	3.242.000	1.942.000	- 1.614.631	- 4.103.194	- 533.825
I. Akkumuleret cashflow for region + kommune	-	3.242.000	5.184.000	3.569.369	- 533.825	

**Figur 1: Udbetalinger fra DSI og tilbagebetalinger i investeringen (minus kapacitetsopbygning)**



## Business casen for myndighederne

DSI har udarbejdet en business case, der modellerer de besparelser, indsatsen forventeligt vil skabe for myndighederne, hvis målsætningerne for investeringen opnås. Målet er at skabe en klar sammenhæng mellem business casen og den resultatbaserede betalingsmodel, sådan at betaling først sker, når der er opnået dokumenterede effekter. Betalingsmodellen er udformet, så effekten – fx færre akutte kontakter eller mindre behov for kommunale ydelser – afspejles i myndighedernes egne budgetter. Det er vigtigt, at den myndighed, der betaler for effekten, også oplever den økonomiske gevinst.

## Valg af BIS-modellen

Til at estimere besparelserne ved indsatsen anvendes BIS-modellen (Beregninger for Investeringer i Sundhed), som er udviklet af VIVE og bygger på erfaringer fra SØM-modellen (Socialøkonomisk Model). BIS-modellen er målrettet sundhedsområdet og vurderes som mere relevant for denne investering end SØM-modellen.

Hvor SØM-modellen arbejder med en 10-årig tidshorizont, beregner BIS-modellen potentialer over en 8-årig periode.

En vigtig funktion ved BIS-modellen er, at den gør det muligt at beregne og sammenligne ressourceforbruget på tværs af forskellige sygdomsgrupper. Det giver indsigt i, hvilke sygdomme eller tilstande der lægger størst pres på sundhedsressourcerne, samt hvordan investeringer i forebyggelse eller behandling potentielt kan ændre eller reducere dette forbrug.

I modellen er det ikke antallet af ydelser (aktivitet), men omkostningerne ved dem, der anvendes som beregningsgrundlag. Det gør det muligt at samle effekten af forskellige typer af ydelser – fx både hospitalskontakter og medicinforbrug – til underlag for ét samlet betalingsmål.

En begrænsning ved modellen er, at én borger kan optræde i flere sygdomsgrupper samtidig. Det kan gøre det vanskeligt at opgøre det præcise ressourceforbrug pr. sygdom. På trods af denne udfordring vurderes BIS-modellen at være det mest anvendelige værktøj, der er tilgængeligt til at gennemføre denne type potentialeberegninger.

Datagrundlaget for identifikation af sygdomsgrupper i modellen bygger på oplysninger om hospitalskontakter og lægemiddelforbrug. Kilderne omfatter Landspatientregisteret, Lægemiddeldatabasen samt registeret for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser.

### Gennemsnitsberegninger på 11 sygdomsgrupper

I samarbejde med forskningsenheden for almen praksis (MOVE), er der udvalgt 11 sygdomsgrupper/diagnosekoder, som ofte ses hos den målgruppe, indsatsen retter sig mod. Sygdomsgrupperne er også blevet verificeret af lægerne i Lægefællesskabet Grenå.

Herefter har DSI gennemført en analyse, hvor ressourcetrækket for disse 11 sygdomsgrupper hos alle personer over 18 år er blevet sammenlignet med ressourcetrækket i den øvrige befolkning over 18 år. Dette er gjort for bedst muligt at matche den faktiske målgruppe for investeringen, som netop er borgere over 18 år.

Beregningerne er fokuseret udelukkende på forskelle i ressourcetræk inden for sundhedsydelser, da det er på dette område, der findes den bedste evidens fra lignende indsatser i udlandet. For at vurdere fordelingen af meromkostninger mellem region og kommune har DSI opdelt BIS-modellens kategorier, så følgende typer af omkostninger henføres til kommunen:

- Kommunal sygepleje
- Personlig pleje
- Praktisk hjælp
- Vedligeholdelse- og genoptræning

Og følgende omkostninger tilskrives regionen:

- Almen praksis
- Andet speciale
- Fysioterapi
- Psykiater
- Psykolog
- Ambulante besøg (Psykiatri)
- Indlæggelser (Psykiatri)
- Definerede døgn-doser – Offentligt tilskud
- Lægemidler – Offentligt tilskud
- Ambulante besøg (Somatiske)
- Indlæggelser (Somatiske)

Da vi ikke kender den præcise sammensætning af målgruppen, er den gennemsnitlige forskel i ressourcetræk for de 11 sygdomsgrupper anvendt som grundlag. Analysen viser, at den gennemsnitlige fordeling af meromkostninger ligger på ca. 17 % for kommunen og 83 % for regionen. Det bemærkes, at fordelingen varierer betydeligt mellem sygdomsgrupperne. Eksempelvis udgør angst og depression en større belastning for kommunen, mens sygdomme som diabetes type 1 og iskæmisk hjertesygdom i højere grad påvirker regionens udgifter.

Potentielle besparelser inden for beskæftigelsesområdet er ikke medtaget i beregningerne, idet de er sværere at linke direkte til indsatsen. Det er dog noget som den påtænkte følgeforskning skal følge op på og vil eventuelt medtages i fremtidige investeringer.

Det er vigtigt at understrege, at de faktiske registre rummer andre muligheder for dataudtræk, end dem der er anvendt i business casen. Når indsatsen skal afprøves, vil det være nødvendigt at vælge de mest relevante og tilgængelige data. Det betyder, at de faktiske data til beregningen af betalingsmål 1 og 2 kan komme til at afvige noget fra dem, der er brugt til modelberegningerne. Som beskrevet i afsnittet om betalingsmålene, er aktivitetsmål valgt som proxy. Det indebærer, at tilbagebetalingerne i investeringen vil blive baseret på ændringer i indikatorer som f.eks. antal lægebesøg og timeforbrug på hjemmehjælp, der afspejler, hvordan indsatsen påvirker borgernes ressourcetræk.

**Tabel 10. Forskel i ressourcetræk over en 8-årsperiode fordelt på kommune og region**

	Samlet	Kommune	Region	Kommune (%)	Region (%)
--	--------	---------	--------	-------------	------------



Angst	178.728 kr.	38.434 kr.	140.294 kr.	22%	78%
Depression	216.738 kr.	60.741 kr.	155.997 kr.	28%	72%
Diabetes I	264.854 kr.	24.881 kr.	239.973 kr.	9%	91%
Diabetes II	227.205 kr.	48.376 kr.	178.828 kr.	21%	79%
Fedme	145.199 kr.	11.827 kr.	133.372 kr.	8%	92%
Iskæmisk hjertesygdom	316.938 kr.	25.599 kr.	291.339 kr.	8%	92%
KOL	257.813 kr.	48.401 kr.	209.412 kr.	19%	81%
Leddegigt	222.588 kr.	27.999 kr.	194.589 kr.	13%	87%
Osteoporose	154.162 kr.	45.863 kr.	108.299 kr.	30%	70%
Ryg-og nakkesmerter	149.358 kr.	17.306 kr.	132.052 kr.	12%	88%
Alkoholrelateret sygdom	360.255 kr.	81.837 kr.	278.417 kr.	23%	77%
<b>Gennemsnit</b>	<b>226.712 kr.</b>	<b>39.206 kr.</b>	<b>187.507 kr.</b>	<b>17%</b>	<b>83%</b>

På baggrund af modelberegningerne er fordelingen mellem kommunale og regionale betalingsmål antaget til 15 % / 85 %. Regionens og kommunens andele er de samme gennem beregningerne i hele notatet.

### Konservativ business case som udgangspunkt

For di evidensgrundlaget er relativt spinkelt, og at der tale om en pilotafprøvning, har vi anlagt en meget konservativ vurdering til den videre beregning af business casen. Beregningerne tager højde for udgiften til den sociale navigator, så business casen viser den forventede nettoeffekt. De giver derfor et retvisende billede af, om indsatsen kan være økonomisk bæredygtig også i fremtidige indsatser.

Ifølge projektbeskrivelsen er der i Norddjurs Kommune et potentielt grundlag for ca. 6.000 henvisninger årligt. Med afsæt i tidligere erfaringer med rekrutteringsudfordringer i sociale investeringer, er det konservative estimat for antal henviste borgere i pilotperioden sat til i alt 700 personer over 1 år og 9 måneder.

Af disse 700 borgere forventes det, at der kan måles effekt på ca. halvdelen, dvs. 350 borgere. Ud fra et forventet succesmål på 60 %, vurderes det, at 210 borgere vil opfylde kriteriet for betalingsmål 1 og 2 – defineret som et mindst 15 % lavere ressourcetræk efter ét år.

Den gennemsnitlige besparelse pr. borger er i dette scenarie estimeret til ca. 28.000 kr. (beregnet som 15 % af det gennemsnitlige ressourcetræk på 187.507 kr.) for regionen, hvilket giver en samlet besparelse på ca. 5,9 mio. kr. (210 x 28.000 kr.). For kommunens del vil besparelsen være ca. 5.900 kr. per borger (beregnet som 15% af det gennemsnitlige kommunale ressourcetræk), hvilket giver en samlet besparelse på ca. 1,2 mio. kr. (210 x 5.880 kr.).

Disse beløb bør overstige de samlede tilbagebetalinger til DSI for at business casen kan vurderes som positiv for myndighederne.

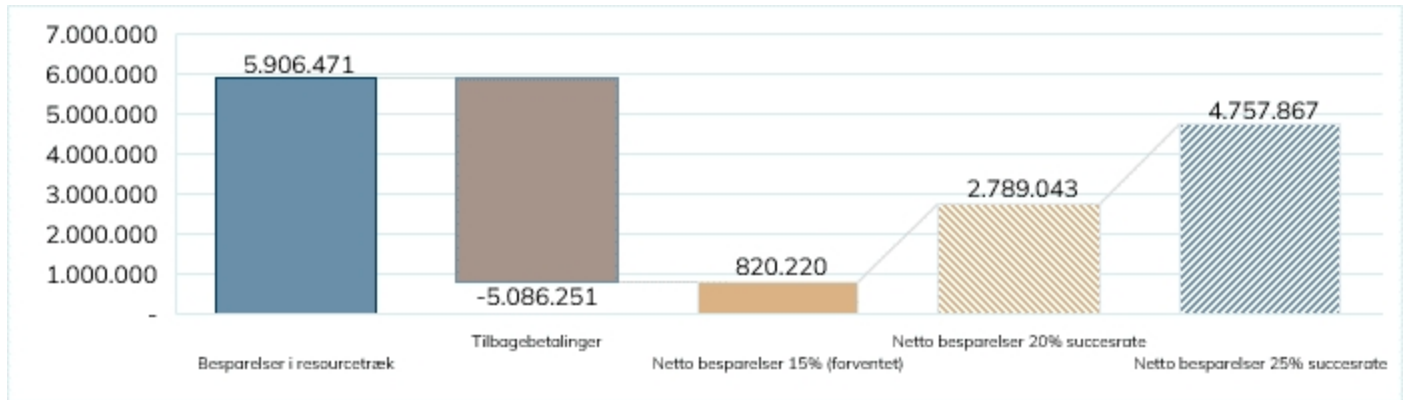
På trods af konservative antagelser, bliver business casen positiv, da de forventede besparelser ved reduceret ressourcetræk på 15% ligger over de forventede tilbagebetalinger i både region og kommune. For regionens del ligger nettobesparelserne på ca. 820.000 kr. og for kommunen på ca. 337.000 kr.

Hvis reduktionen i ressourcetræk reduceres yderligere findes betydeligt potentiale på opsidet. Ved en reduktion med 25 % frem for 15 %, vil besparelsen for regionen stige til ca. 9,8 mio. kr. (187.507 kr. x 0,25 x 210) og til ca. 2,1 mio. kr. for kommunen, hvilket leder til en nettobesparelse på ca. 4,8 mio. kr. respektive ca. 1,2 mio. kr. Endvidere vil business casen forbedres, hvis flere borgere opnår det ønskede resultat. Hvis fx 250 borgere opnår en 15 % reduktion i ressourcetrækket, bliver den økonomiske effekt også stærkere.

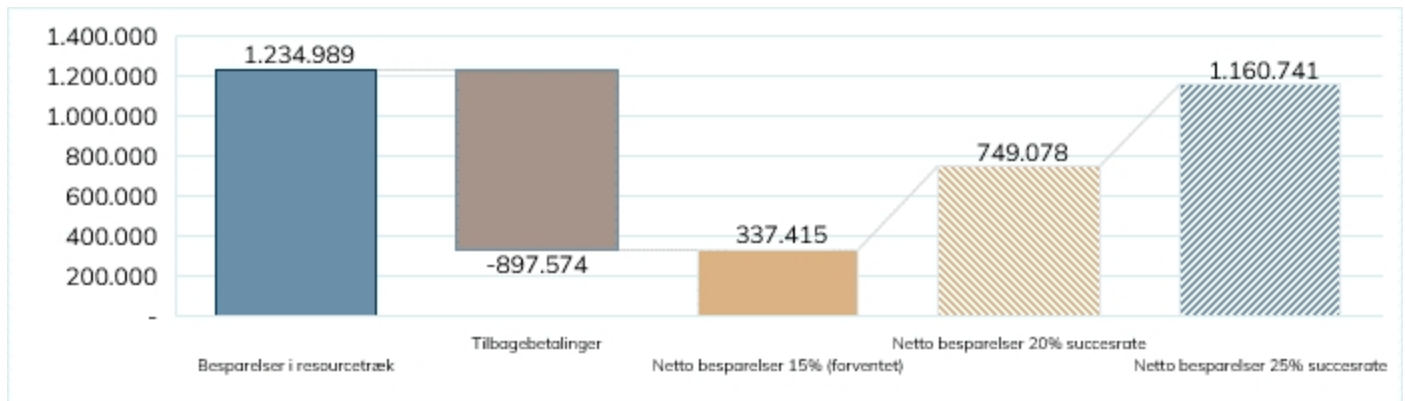
Figur 2 og 3 nedenunder viser forventede nettobesparelser for myndighederne ved et fald i ressourcetræk på 15% (forventet), 20% respektive 25%.



Figur 2. Samlet forventet businesscase for regionen samt ved et større fald i ressourcetræk på 20% respektive 25%



Figur 3. Samlet forventet businesscase for kommunen samt ved et større fald i ressourcetræk på 20% respektive 25%



Kort sagt er der mange parametre, som kan påvirke den samlede business case, og pilotinvesteringen vil bidrage til at afklare, hvordan modellen faktisk fungerer i praksis.

### Potentielle sidegevinster og forskningskomponent

Derudover er det muligt, at der også kan opnås besparelser på andre områder som beskæftigelsesområdet, ligesom øget trivsel kan have afsmittende effekt på kommunale budgetter. Trivselseffekter er dog endnu mere usikre, hvilket netop er grunden til, at Østifterne finansierer denne del af resultatbetalingerne.

Alt i alt forventes pilotafprøvningen at bidrage væsentligt til at afklare og belyse de kausale sammenhænge og dermed også de potentielle gevinster. Der tilknyttes derfor også følgeforskning, som bl.a. vil undersøge langsigtede effekter af indsatsen samt eventuelle effekter på beskæftigelse. Forskningsprotokollen vil blive beskrevet separat. Finansieringen er endnu ikke på plads og vil blive afsøgt i den videre projektudvikling.