

Sundhedsøkonomisk analyse af IBBIS



Sundhedsøkonomisk analyse af IBBIS

© VIVE og forfatterne, 2023

e-ISBN: 978-87-7582-291-1

Projekt: 301314

Forsideillustration: VIVE-grafik

Finansiering: Psykiatrisk Center København

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



VIVE støtter FN's verdensmål og angiver her, hvilket eller hvilke verdensmål der knytter sig til publikationen.



Forord

IBBIS (Integreret Behandlings- og Beskæftigelsesindsats til Sygedagpengemodtagere) blev afprøvet i et randomiseret forsøg af Psykiatrisk Center København i 2016-2018, og effekten af indsatsen er blevet målt på en række udfaldsmål.

Denne rapport udfører en økonomisk analyse, hvor udgifterne til jobindsatsten og til behandling på hospitaler sammenregnes med deltagernes arbejdsmarkedstilknytning for at give et samlet økonomisk billede af indsatsen.

Rapporten er skrevet af projektchef Rasmus Højbjerg Jacobsen (projektleder) og analytiker Serkan Korkmaz og er blevet gennemlæst og kommenteret af to eksterne reviewere, som takkes for gode kommentarer.

Rapporten er finansieret af Psykiatrisk Center København.

Sanne Haase

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed



Indholdsfortegnelse

Hovedresultater	5
-----------------	---

1	Indledning	7
---	------------	---

2	Økonomisk analyse af IBBIS	9
2.1	Sammenligning af mål for forbrug af ydelser	11
2.2	Hvad viser økonomien i IBBIS?	16
2.3	Økonomi sammenholdt med effekt	21

3	Konklusion og diskussion	27
---	--------------------------	----

Litteratur	29
------------	----

Bilag 1	Anvendte data	30
	Registerdata	30
	Øvrige data	32

Bilag 2	Tabeller med økonomiske målvariable ved opfølgning	34
	Samfundsøkonomisk opgørelse	34
	Budgetøkonomisk opgørelse	35

Hovedresultater

Formålet med denne rapport er at gennemføre en sundhedsøkonomisk evaluering af IBBIS-indsatsen (Integreret Behandlings- og Beskæftigelsesindsats til Sygedagpengemodtagere). Studiet omfatter to randomiserede kontrollerede forsøg, hvor det ene er målrettet personer med angst og/eller depression, og det andet er målrettet personer med stress og/eller tilpasnings-/belastningsreaktion. Hvert forsøg har følgende tre behandlingsarme:

- IBBIS-sundhedsindsats integreret med IBBIS-beskæftigelsesindsats (arm 1: INT)
- IBBIS-sundhedsindsats kombineret med standard beskæftigelsesindsats (arm 2: MHC, "mental health care")
- Standard sundhedsindsats og standard rehabiliteringsindsats (arm 3: SAU, "service as usual").¹

Den sundhedsøkonomiske analyse i rapporten indeholder måling af arbejdsmarkedsindsatsen i IBBIS (aktivering, jobkonsulenter og kurser), lønindkomst, modtagelse af indkomstoverførsler og udgifter til sundhedsydelser (primær sundhedssektor samt somatiske og psykiatriske hospitalstilbud). Endvidere følges deltagerne i IBBIS frem til og med 24-måneders opfølgningen på alle de nævnte områder, hvilket muliggør en grundig og dækkende økonomisk måling af indsatsen.

Analyserne i rapporten viser tydeligt, at både INT- og MHC-armene i IBBIS har udvist en meromkostning, når man sammenligner med sædvanlig behandling (SAU). Dette gælder både i den samfundsøkonomiske og den budgetøkonomiske beregning.

Resultaterne af den sundhedsøkonomiske analyse er sammenfattet i tabellen nedenfor. Tabellen læses sådan, at et positivt tal betyder, at den økonomiske analyse viser en mindre omkostning for den førstnævnte behandlingsarm sammenlignet med den sidstnævnte behandlingsarm, mens et negativt tal betyder det modsatte, altså en meromkostning for den førstnævnte behandlingsarm.

¹ Selvom forkortelserne INT, MHC og SAU kommer fra de engelske oversættelser af indholdet i de tre behandlingsarme i IBBIS, har vi beholdt dem i denne rapport, da de også anvendes i andre publikationer om IBBIS.

Oversigt over resultaterne af den sundhedsøkonomiske analyse

	MHC vs. SAU	INT vs. SAU	INT vs. MHC
Samfundsøkonomisk analyse			
6 måneder	712	2.215	1.503
12 måneder	-17.795	-10.160	7.635
24 måneder	-57.213	-34.603	22.609
Budgetøkonomisk analyse			
6 måneder	1.814	4.287	2.472
12 måneder	-12.925	-4.702	8.224
24 måneder	-43.443	-22.309	21.135

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Region Hovedstaden.

Som det ses af tabellen, viser IBBIS-elementerne en meromkostning sammenlignet med det sædvanlige tilbud. Størrelsen af meromkostningen er voksende over tid. Det negative resultat skyldes først og fremmest, at borgerne i IBBIS-indsatsen havde en dårligere arbejdsmarkedstilknytning over tid, når der sammenlignes med de borgere, der fik den sædvanlige indsats. Analysens øvrige dele bidrager kun med mindre beløb til det samlede billede.

Den økonomiske analyse, der er gennemført i rapporten, hviler på et solidt datagrundlag af registeroplysninger om de faktiske deltagere i IBBIS, hvilket alt andet lige er en styrke for resultaternes troværdighed. Med en opfølgningsperiode på op til 24 måneder har analysen også en varighed, der formodentlig betyder, at de vigtigste mulige effekter af indsatsen opfanges. Selvom en del af de målte forskelle er statistisk insignifikante, er der derfor næppe tvivl om, at det generelle billede af, at både INT og MHC har udvist en meromkostning sammenlignet med SAU, er solidt.

1 Indledning

Formålet med det danske IBBIS-studie (Integreret Behandlings- og Beskæftigelsesindsats til Sygedagpengemodtagere) har været at undersøge effekter af en sundhedsindsats og en integreret sundhedsindsats og beskæftigelsesindsats til sygemeldte med depression, angst, stress og/eller tilpasnings-/belastningsreaktion i forhold til tilbagevenden til arbejde, trivsel og sygdomsspecifikke effektmål.

Studiet omfatter to randomiserede kontrollerede forsøg, hvor det ene er målrettet personer med angst og/eller depression, og det andet er målrettet personer med stress og/eller tilpasnings-/belastningsreaktion. Hvert forsøg har følgende tre behandlingsarme:

- IBBIS-sundhedsindsats integreret med IBBIS beskæftigelsesindsats (arm 1: INTEGRERING)
- IBBIS-sundhedsindsats kombineret med standard beskæftigelsesindsats (arm 2: SUNDHED)
- Standard sundhedsindsats og standard rehabiliteringsindsats (arm 3: STANDARD).

IBBIS sundhedsindsats til personer med *depression og/eller angst* er en stepped care-indsats, som indeholder en eller flere af følgende komponenter: behandlingsplan, kognitiv adfærdsterapi, løbende monitorering, individuel psyko-udikation, supplerende skriftligt sygdomsspecifikt materiale og involvering af pårørende.

Tilsvarende er IBBIS sundhedsindsats til personer med *stress og/eller tilpasnings-/belastningsreaktion* en stepped care-indsats med en eller flere af følgende komponenter: behandlingsplan, løbende monitorering af symptomer, individuel psyko-udikation, biblioterapi, involvering af pårørende, stress coaching og gruppebaseret mindfulness- og stressreduktionsprogram.

Kognitiv adfærdsterapi indgår således kun i indsatsen målrettet personer med depression og/eller angst, mens stress coaching og gruppebaseret mindfulness- og stressreduktionsprogram kun indgår i indsatsen målrettet personer med stress og/eller tilpasnings-/belastningsreaktion.

Ved IBBIS sundhedsindsats integreret med IBBIS beskæftigelsesindsats sker der en koordinering af den sundhedsmæssige og arbejdsmarkedsrettede indsats, sådan at det sikres, at der arbejdes mod samme mål.

I alt blev rekrutteret henholdsvis 603 og 636 borgere til de to lodtrækningsforsøg, og deltagerne blev fordelt tilfældigt i de tre arme. Borgerne er rekrutteret via jobcentre i Københavns Kommune, Gentofte Kommune, Gladsaxe Kommune og Lyngby-Taarbæk Kommune. Sidste borger er rekrutteret i maj 2018.

IBBIS-indsatsen har fulgt deltagerne ved tre opfølgingspunkter efter henholdsvis 6, 12 og 24 måneder, og de primære effektmål er blevet præsenteret ved tidligere publikationer (Hoff et al. 2022a, b). Generelt viser de opgjorte effektmål kun små og stort set insignifikante forskelle mellem de tre behandlingsarme i IBBIS, og det er derfor samlet set ikke muligt at påvise en gavnlig effekt af IBBIS-indsatsen sammenlignet med sædvanlig behandling.

Formålet med denne rapport er at gennemføre en sundhedsøkonomisk evaluering af IBBIS-indsatsen. Den sundhedsøkonomiske analyse i rapporten indeholder måling af den beskæftigelsesrettede indsats i IBBIS (særlig beskæftigelsesindsats tilrettelagt til IBBIS, jobkonsulenter og kurser), lønindkomst, modtagelse af indkomstoverførsler og udgifter til sundhedsydelser (primær sundhedssektor samt somatiske og psykiatriske hospitalstilbud). Endvidere følges deltagerne i IBBIS frem til og med 24-måneders opfølgningen på alle de nævnte områder, hvilket muliggør en grundig og dækkende økonomisk måling af indsatsen.

Den sundhedsøkonomiske analyse er opdelt i en samfundsøkonomisk del (måling af de økonomiske konsekvenser for hele samfundet uafhængigt af fordelingen imellem den private sektor og offentlige sektor) og en budgetøkonomisk del (alene måling af de økonomiske konsekvenser for den offentlige sektor).

Rapporten er organiseret som følger: Kapitel 2 gennemgår resultaterne af den sundhedsøkonomiske analyse, kapitel 3 indeholder konklusion og diskussion, og rapportens bilag indeholder henholdsvis data- og metodebeskrivelse samt supplerende tabeller.

2 Økonomisk analyse af IBBIS

I dette kapitel præsenteres resultaterne af den økonomiske analyse af IBBIS. Analysen er gennemført med tre opfølgningstidspunkter, henholdsvis 6, 12 og 24 måneder efter opstart i IBBIS. Resultaterne, der præsenteres nedenfor, viser, at de to behandlingsarme i IBBIS har en samlet meromkostning, når der sammenlignes med almindelig behandling – og uanset om der ses på det budgetøkonomiske eller det samfundsøkonomiske perspektiv.

Den økonomiske analyse i kapitlet præsenteres separat for de tre behandlingsarme:

- IBBIS-sundhedsindsats integreret med IBBIS beskæftigelsesindsats (i forkortelser INT, "integrated")
- IBBIS-sundhedsindsats kombineret med standard beskæftigelsesindsats (i forkortelser MHC, "mental health care")
- Standard sundhedsindsats og standard rehabiliteringsindsats (i forkortelser SAU, "service as usual").²

I det nedenstående præsenteres resultaterne samlet for de to forsøg (rettet imod personer med henholdsvis *depression og/eller angst* og *stress og/eller tilpasnings-/belastningsreaktion*) samlet, da det vurderes, at populationerne i de to grupper ligner hinanden i betydelig grad, hvad angår prognose, funktionsniveau og behov for beskæftigelsesindsats, og til dels også hvad angår sundhedsfaglig behandling. Derfor er det gavnligt for beskæftigelsessektoren at kunne tilrettelægge organiseringen for gruppen som helhed. Derudover undersøger Hoff et al. (2022a, b) outcome fra forsøget for 6-12 måneders opfølgningen og finder kun meget små forskelle mellem de to forsøg. Generelt finder de to artikler, at der ikke er betydelige kliniske forskelle eller forskelle i tilbagevenden til job mellem de to forsøg, så i en økonomisk analyse kan man godt medtage dem i en fælles analyse.

Boks 2.1 på næste side indeholder en kort beskrivelse af de anvendte data og den anvendte metode i de økonomiske beregninger.

² Selvom forkortelserne INT, MHC og SAU kommer fra de engelske oversættelser af indholdet i de tre behandlingsarme i IBBIS, har vi beholdt dem i denne rapport, da de også anvendes i andre publikationer om IBBIS.

Boks 2.1 Data og metode

Data

Oplysninger om deltagerne i IBBIS er stillet til rådighed af Region Hovedstaden, som også har givet adgang til indsamlede data om deltagernes brug af arbejdsmarkedsrettede foranstaltninger. Disse oplysninger er kombineret med registerdata, der indeholder oplysninger om deltagernes arbejdsmarkedstilknytning, modtagelse af overførselsindkomster og brug af sundhedsydelser.

Metode

IBBIS-programmet har fordelt deltagerne på de forskellige behandlingsarme ved lodtrækning. Derfor kan vurderingen af forskellen mellem de forskellige målvariable vurderes ved at sammenligne simple gennemsnit for de borgere, der har været i de forskellige behandlingsarme.

I den økonomiske analyse er inddraget følgende områder

- Jobindsats
- Indkomstoverførsler
- Lønindkomst
- Primær sundhed
- Somatisk hospital
- Psykiatrisk hospital.

Den præcise definition af målvariable og de priser, der er anvendt for at opregne tallene til kronebeløb, er beskrevet i Bilag 1 til rapporten.

I den økonomiske beregning anvendes den simple forskel mellem interventions- og kontrolgruppe, dvs.

$$C_t^{DiD} = C_t^{Intervention} - C_t^{Kontrol}$$

Tidspunktet t angiver opfølgningstidspunktet. Grunden til, at vi kan anvende dette simple mål, er, at der er tale om et lodtrækningsforsøg, hvilket teoretisk udviser alle forskelle mellem de to grupper. Endvidere er det i tidligere publikationer i IBBIS-projektet også vist, at der også i praksis er tale om en balanceret lodtrækning, se Hoff et. al (2022a, b).

2.1 Sammenligning af mål for forbrug af ydelser

I dette afsnit sammenlignes de forskellige mål for forbrug af ydelser opgjort i ikke-monetære enheder, altså før der regnes kronebeløb. Det er disse målinger, der danner grundlag for de økonomiske beregninger i de efterfølgende afsnit. Nedenfor præsenteres de opgjorte udfaldsmål efter tur for hvert af de fire målepunkter: baseline, 6 måneder, 12 måneder og 24 måneder.

Samlet viser tabellerne i dette afsnit, at der kun er ret begrænsede forskelle imellem de tre behandlingsarme i IBBIS. Deltagerne i MHC og INT har efter 24 måneder været mindre selvforsørgende end dem, der fik det sædvanlige tilbud (SAU), men til gengæld har borgerne i MCH- og INT-armene brugt praktiserende psykolog mindre end dem i SAU-gruppen. Som følge af tilrettelæggelsen af IBBIS-indsatsen har der derimod været forskel på de ydelser inden for jobindsatsen, som borgerne i de tre behandlingsarme har modtaget. I næste afsnit sætter vi kroner og øre på det estimerede forbrug af ydelser og sammenligner herigennem de tre behandlingsarme.

Tabel 2.1 viser IBBIS-deltagernes forbrug af ydelser ved baselinemålingen. Denne er opgjort som forbruget af ydelser i de tre måneder, der ligger før randomiseringsdatoen for forsøget.

Tabellen viser, at der generelt kun er meget små forskelle på tværs af de tre behandlingsarme. Der er enkelte, hvor der er tale om en statistisk signifikant forskel, hvis der anvendes et 5 %-signifikansniveau, men det kan skyldes enkeltobservationer, da der er tale om små numeriske forskelle. De øvrige opgjorte variable er alle både numerisk og statistisk set meget ens på tværs af de tre arme. Balancetest i Hoff et al. (2022a, b) viser også, at der grundlæggende ikke er forskelle imellem populationerne i de tre behandlingsarme.

Tabel 2.1 Forbrug af ydelser målt i ikke-monetære enheder, baseline (3 måneder før randomisering)

		SAU	INT	MHC	P-værdi
N		420	430	431	
Jobindsats					
Aktivering	Timer	0,21	0	0,51	0,0920
Jobkonsulent	Antal	1,44	1,5	1,48	0,2529
Kursus	Timer	3	1,31	2,8	0,0408
Overførsler					
Dagpenge	Uger	11,44	11,37	11,45	0,6899
Kontanthjælp	Uger	0	0	0	-
Andre overførsler	Uger	0,09	0,06	0,05	0,2810
Selvforsørgende	Uger	1,75	1,77	1,76	0,9849
Primær sundhedssektor					
Almen praksis	Kontakter	7,64	7,49	7,64	0,7287
Psykiater	Kontakter	0,1	0,11	0,12	0,6990
Psykolog	Kontakter	0,36	0,57	0,39	0,0163
Andre specialer	Kontakter	2,39	2,13	2,1	0,1833
Psykiatrisk hospital					
Ambulant	Besøg	0,05	0,04	0,04	0,9056
Indlæggelse	Dage	0,01	0,02	0	0,1444
Somatisk hospital					
Ambulant	Besøg	0,66	0,7	0,52	0,0735
Indlæggelse	Dage	0,06	0,18	0,08	0,0114

Note: P-værdi angivet for F-test for, om værdien på tværs af de tre behandlingsarme er forskellig.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Region Hovedstaden.

Tabel 2.2 viser forbruget af ydelser frem fra randomiseringen til og med 6-måneders målingen.

Tabel 2.2 Forbrug af ydelser, målt i ikke-monetære enheder, frem til 6-måneders opfølgningen

		SAU	INT	MHC	P-værdi
N		420	430	431	
Jobindsats					
Aktivering	Timer	28,37	11,67	20,34	0,0009
Jobkonsulent	Antal	4,31	5,96	4,29	0,0000
Kursus	Timer	43,44	8,88	19,43	0,0000
Overførsler					
Dagpenge	Uger	17,11	18,24	17,99	0,0078
Kontanthjælp	Uger	0,03	0,12	0,1	0,2228
Andre overførsler	Uger	1,33	0,93	1	0,0360
Selvforsørgende	Uger	7,6	6,6	6,98	0,0302
Primær sundhedssektor					
Almen praksis	Kontakter	8,03	7,26	7,58	0,0743
Psykiater	Kontakter	0,41	0,27	0,35	0,1820
Psykolog	Kontakter	0,93	0,25	0,16	0,0000
Andre specialer	Kontakter	4,05	3,69	4,13	0,3040
Psykiatrisk hospital					
Ambulant	Besøg	0,83	0,74	0,69	0,7859
Indlæggelse	Dage	0,11	0	0	0,1077
Somatisk hospital					
Ambulant	Besøg	0,95	0,76	1,04	0,0544
Indlæggelse	Dage	0,1	0,08	0,1	0,7194

Note: P-værdi angivet for F-test for, om værdien på tværs af de tre behandlingsarme er forskellig.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Region Hovedstaden.

Fra Tabel 2.2 ses det, at der især er forskel på antallet ydelser i jobindsatsen samt tilknytningen til arbejdsmarkedet efter 6 måneder. Det er ikke overraskende, at der er forskel på de tre behandlingsarme for så vidt angår ydelserne i jobindsatsen, da det netop er her, de tre arme adskiller sig. Herudover var der også en forskel på brugen af psykolog. For dagpenge modtog borgerne i MHC- og INT-armen en smule mere, mens borgerne i INT i gennemsnit havde haft flere uger som selvforsørgende. For psykologydelser er det også

borgerne i SAU-armen, der skiller sig ud fra de to andre arme. Generelt er der dog – ud over ydelserne i jobindsatsen – tale om numerisk små forskelle.

I Tabel 2.3 er deltagerne fulgt frem til og med 12-måneders opfølgningen.

Tabel 2.3 Forbrug af ydelser målt i ikke-monetære enheder, frem til 12-måneders opfølgningen

		SAU	INT	MHC	P-værdi
N		420	430	431	
Jobindsats					
Aktivering	Timer	67,31	68,2	57,49	0,4787
Jobkonsulent	Antal	6,31	8,68	6,7	0,0000
Kursus	Timer	54,39	24,14	44,09	0,0000
Overførsler					
Dagpenge	Uger	24,36	26,13	26,79	0,0035
Kontanthjælp	Uger	0,07	0,52	0,42	0,0064
Andre overførsler	Uger	4,29	3,53	3,84	0,2711
Selvforsørgende	Uger	23,15	21,11	20,78	0,0071
Primær sundhedssektor					
Almen praksis	Kontakter	14,37	13,78	13,93	0,5621
Psykiater	Kontakter	0,75	0,46	0,58	0,0635
Psykolog	Kontakter	1,34	0,43	0,3	0,0000
Andre specialer	Kontakter	7,69	7,33	7,63	0,7240
Psykiatrisk hospital					
Ambulant	Besøg	1,16	1,69	1,16	0,1259
Indlæggelse	Dage	0,12	0,02	0,15	0,4530
Somatisk hospital					
Ambulant	Besøg	1,88	1,39	1,92	0,0123
Indlæggelse	Dage	0,25	0,14	0,41	0,0084

Note: P-værdi angivet for F-test for, om værdien på tværs af de tre behandlingsarme er forskellig.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Region Hovedstaden.

I Tabel 2.3 er der – ud over de ydelser, der også var forskel på efter 6 måneder – også en forskel på indlæggelsesdage på somatisk hospital. I dette tilfælde er der for SAU- og MHC-armene en højere værdi end for INT-armen, om end der for alle tre er tale om numerisk relativt små tal.

I Tabel 2.4 er vist opfølgningen frem til 24-måneder efter randomiseringen.

Tabel 2.4 Forbrug af ydelser målt i ikke-monetære enheder, frem til 24-måneders opfølgningen

		SAU	INT	MHC	P-værdi
N		420	430	431	
Jobindsats					
Aktivering	Timer	107,2	121,38	115,8	0,6009
Jobkonsulent	Antal	9,19	11,95	10,23	0,0000
Kursus	Timer	74,98	55,48	74,65	0,0389
Overførsler					
Dagpenge	Uger	36,27	39,58	40,47	0,0057
Kontanthjælp	Uger	0,32	1,49	0,8	0,0033
Andre overførsler	Uger	9,75	8,44	10,84	0,0712
Selvforsørgende	Uger	56,42	52,05	50,26	0,0006
Primær sundhedssektor					
Almen praksis	Kontakter	27,09	26,84	26,25	0,6861
Psykiater	Kontakter	1,41	0,86	1,13	0,0253
Psykolog	Kontakter	1,71	0,73	0,6	0,0000
Andre specialer	Kontakter	14,17	14,04	15,66	0,1148
Psykiatrisk hospital					
Ambulant	Besøg	1,35	2,13	1,44	0,0371
Indlæggelse	Dage	0,27	0,11	0,32	0,3666
Somatisk hospital					
Ambulant	Besøg	2,44	1,91	2,67	0,0097
Indlæggelse	Dage	0,35	0,24	0,59	0,0027

Note: P-værdi angivet for F-test for, om værdien på tværs af de tre behandlingsarme er forskellig.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Region Hovedstaden.

Som i de foregående tabeller er der også her kun relativt små forskelle imellem de forskellige behandlingsarme. Den forskel, der var på antal timer i aktivering, optræder ikke efter 24 måneder. De største forskelle mellem behandlingsarmene optræder med hensyn til tilknytningen til arbejdsmarkedet, hvor deltagerne i SAU-armen har haft den højeste med godt 56 ugers selvforsørgelse, mens de andre arme ligger lidt lavere med henholdsvis 52 uger (INT) og 50 uger (MHC). Ser man på modtagelsen af dagpenge og kontanthjælp og andre overførsler, så er disse naturligt omvendt, idet deltagerne i SAU-armen her ligger lavere.

2.2 Hvad viser økonomien i IBBIS?

Den økonomiske beregning for IBBIS deles op i to dele, nemlig en samfundsøkonomisk beregning og en budgetøkonomisk beregning.

Den samfundsøkonomiske beregning indeholder kun de faktiske ekstra omkostninger eller gevinster for hele samfundet. Det betyder, at skatter og overførselsindkomster ikke indgår, da disse er transfereringer mellem den private sektor og den offentlige sektor og derfor ikke påvirker den samlede opgørelse for hele samfundet. Mere præcist betyder det, at følgende områder fra de anvendte mål af forbrug af ydelser indgår: jobindsats, lønindkomst (selvforsørgende), primær sundhed, somatisk hospital og psykiatrisk hospital.

Den budgetøkonomiske beregning viser derimod de økonomiske konsekvenser for den offentlige sektor alene. Det betyder, at kun udgifter og indtægter for den offentlige sektor medregnes, hvorfor skatteindtægter fra lønindkomst og nettoudgiften til indkomstoverførsler medtages i beregningen. Til den budgetøkonomiske beregning anvendes gennemsnitlige skattesatser på 36,5 % for indkomstoverførsler og 45 % for lønindkomst.³ Konkret indgår målvariablerne fra følgende områder i den budgetøkonomiske analyse: jobindsats, skat af lønindkomst, nettoudgift til indkomstoverførsler, primær sundhed, somatisk hospital og psykiatrisk hospital.

Resultaterne af begge beregninger er, som det fremgår nedenfor, at de to behandlingsarme i IBBIS begge udviser en meromkostning sammenlignet med sædvanlig behandling. Dette gælder både i den budgetøkonomiske og i den samfundsøkonomiske analyse.

³ Satsen på 36,5 % for indkomstoverførsler svarer til den, der anvendes i den Socialøkonomiske InvesteringsModel (SØM), mens satsen på 45 % for lønindkomst er en skønnet gennemsnitlig skattesats, hvori der også indgår arbejdsmarkedsbidrag. Den faktiske betalte skatteprocent varierer på grund af progressiviteten i skattesystemet, men det vurderes, at 45 % er en rimelig approksimation af den gennemsnitlige skattesats for deltagerne i IBBIS.

Metodisk gennemføres de to beregninger vist i Boks 2.1 som en simpel forskel mellem gennemsnittet fra den ene behandlingsarm og gennemsnittet for en anden behandlingsarm. Dette er opgjort for hvert af de tre opfølgingsmålepunkter (6, 12 og 24 måneder).

De underliggende økonomiske opgørelser, der anvendes til at foretage beregningerne i dette afsnit, kan findes i Bilag 2.

Beregningerne gennemføres ved at sammenligne forbruget af ydelser i henholdsvis INT- og MHC-armene af IBBIS med den sædvanlige indsats, hvor alle det opgjorte forbrug af ydelser, der ses i afsnit 2.1, er med, uanset om der er statistisk signifikant forskel på målene eller ej. Dette er gjort for at få et bud på de økonomiske konsekvenser også på de områder, der er med i beregningen, men hvor der ikke er målt statistisk signifikante forskelle. Det skyldes, at selv forskelle, som måske ikke er statistisk signifikante, godt kan være af numerisk stor betydning i en økonomisk beregning. Dertil kommer, at det er det samlede økonomiske billede af indsatsen, der relevant, og dette billede vil let kunne blive skævvredet, hvis enkelte dele udelades af beregningen.⁴

I opgørelserne nedenfor er fortegnene regnet sådan, at et positivt tal betyder, at personerne i INT/MHC har haft en lavere udgift eller har medført en større indtægt/indkomst end personerne i SAU-armen. Et negativt tal betyder det modsatte. Et negativt tal svarer altså til, at det sædvanlige tilbud giver et bedre økonomisk resultat end tilbuddene i IBBIS.

Tabel 2.5 og Tabel 2.6 viser sammenligningen af MHC og SAU efter henholdsvis 6, 12 og 24 måneder i henholdsvis den samfundsøkonomiske og den budgetøkonomiske beregning.

Tabel 2.5 MHC i forhold til SAU, samfundsøkonomisk beregning, kr. pr. person

	6 måneder	12 måneder	24 måneder
Jobindsats	5.311	3.188	-1.738
Lønindkomst	-5.411	-20.337	-52.174
Primær sundhedssektor	557	940	973
Psykiatrisk hospitalssektor	456	-32	-451
Somatisk hospitalssektor	-200	-1.554	-3.823
Total	712	-17.795	-57.213

Anm.: Alle punkttestimater er medregnet.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Region Hovedstaden.

⁴ I protokollen for IBBIS-forsøget er der ikke indskrevet særlige betingelser for den økonomiske beregning, og der er ikke indlagt nogen bestemt signifikansværdi til lodtrækningsforsøget, se Poulsen et al. (2017).

Tabel 2.6 MHC i forhold til SAU, budgetøkonomisk beregning, kr. pr. person

	6 måneder	12 måneder	24 måneder
Jobindsats	5.311	3.188	-1.738
Skat af lønindkomst	-2.435	-9.152	-23.478
Nettoudgift overførsler	-1.874	-6.315	-14.926
Primær sundhedssektor	557	940	973
Psykiatrisk hospitalssektor	456	-32	-451
Somatisk hospitalssektor	-200	-1.554	-3.823
Total	1.814	-12.925	-43.443

Anm.: Alle punktestimater er medregnet.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Region Hovedstaden.

Ser man på de to tabeller, er det tydeligt, at der både i den samfundsøkonomiske og i den budgetøkonomiske beregning er et negativt resultat, når man sammenligner MHC med SAU efter 12 og 24 måneder, mens der er et lille positivt resultat efter 6 måneder. I begge beregninger er der en negativ udvikling, efterhånden som man bevæger sig hen over de tre opfølgninger efter henholdsvis 6, 12 og 24 måneder. Resultaterne skyldes først og fremmest, at deltagerne i MHC-armen betaler mindre i skat og har medført en større udgift til indkomstoverførsler (i den budgetøkonomiske beregning) end deltagerne i SAU-armen. I alt viser den samfundsøkonomiske beregning et negativt resultat på ca. 57.000 kr. pr. person efter 24 måneder, mens den budgetøkonomiske beregning viser et negativt resultat på ca. 43.000 kr. pr. person efter 24 måneder.

Derudover har udgifterne til jobindsats også medført et lille negativt bidrag, hvilket skyldes, at MHC-deltagerne har en større stigning i udgifterne til disse indsats, end det er tilfældet for SAU-deltagerne.

Ser man isoleret på udgifterne på sundhedsområdet, er der generelt tale om ret små forskelle mellem MHC og SAU. Størst er forskellen i den somatiske hospitalssektor, hvor den akkumulerede merudgift for MHC er på 4.000 kr. sammenlignet med SAU efter 24 måneder.

I Tabel 2.7 og Tabel 2.8 er vist henholdsvis den samfundsøkonomiske beregning og den budgetøkonomiske beregning, når INT-armen sammenlignes med SAU-armen.

Tabel 2.7 INT i forhold til SAU, samfundsøkonomisk beregning, kr. pr. person

	6 måneder	12 måneder	24 måneder
Jobindsats	7.491	3.606	-505
Lønindkomst	-8.671	-17.350	-36.781
Primær sundhedssektor	754	1.010	1.242
Psykiatrisk hospitalssektor	958	-777	-1.334
Somatisk hospitalssektor	1.684	3.352	2.775
Total	2.215	-10.160	-34.603

Anm.: Alle punktestimater er medregnet.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Region Hovedstaden.

Tabel 2.8 INT i forhold til SAU, budgetøkonomisk beregning, kr. pr. person

	6 måneder	12 måneder	24 måneder
Jobindsats	7.491	3.606	-505
Skat af lønindkomst	-3.902	-7.807	-16.552
Nettoudgift overførsler	-2.698	-4.084	-7.935
Primær sundhedssektor	754	1.010	1.242
Psykiatrisk hospitalssektor	958	-777	-1.334
Somatisk hospitalssektor	1.684	3.352	2.775
Total	4.287	-4.702	-22.309

Anm.: Alle punktestimater er medregnet.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Region Hovedstaden.

Såvel den samfundsøkonomiske som den budgetøkonomiske analyse af INT- og SAU-armene i IBBIS viser et billede, der kvalitativt minder om det, der blev fundet i analysen med MHC over for SAU ovenfor. Således er der også her tale om et negativt økonomisk resultat, når man sammenligner INT med SAU. Dog er de numeriske beløb her mindre. Udviklingen over tid fra 6-måneders opfølgningen til 24-måneders opfølgningen er også her præget af en negativ udvikling for INT sammenlignet med SAU. I alt viser den samfundsøkonomiske beregning et negativt resultat på ca. 35.000 kr. pr. person, mens den budgetøkonomiske beregning viser et negativt resultat på ca. 22.000 kr. pr. person.

Den største negative bidragyder vedrører tilknytningen til arbejdsmarkedet, som giver et negativt bidrag på -36.000 kr. i den samfundsøkonomiske beregning og på -23.000 kr. i den budgetøkonomiske beregning.

Endnu en parallel til analysen ovenfor er, at udgifterne på sundhedsområdet fylder relativt lidt i det samlede billede – og det gælder for begge beregninger. Selv efter 24 måneder er de akkumulerede forskelle i udgifter på sundhedsområdet nede på nogle få tusinde kroner pr. person.

I Tabel 2.9 og Tabel 2.10 er vist henholdsvis den samfundsøkonomiske beregning og den budgetøkonomiske beregning, når INT-armen sammenlignes med MHC-armen.

Tabel 2.9 INT i forhold til MHC, samfundsøkonomisk beregning, kr. pr. person

	6 måneder	12 måneder	24 måneder
Jobindsats	2.179	417	1.234
Lønindkomst	-3.260	2.988	15.392
Primær sundhedssektor	197	70	268
Psykiatrisk hospitalssektor	502	-745	-884
Somatisk hospitalssektor	1.884	4.906	6.599
Total	1.503	7.635	22.609

Anm.: Alle punktestimater er medregnet.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Region Hovedstaden.

Tabel 2.10 INT i forhold til MHC, budgetøkonomisk beregning, kr. pr. person

	6 måneder	12 måneder	24 måneder
Jobindsats	2.179	417	1.234
Skat af lønindkomst	-1.467	1.344	6.927
Nettoudgift overførsler	-823	2.232	6.991
Primær sundhedssektor	197	70	268
Psykiatrisk hospitalssektor	502	-745	-884
Somatisk hospitalssektor	1.884	4.906	6.599
Total	2.472	8.224	21.135

Anm.: Alle punktestimater er medregnet.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Region Hovedstaden.

Tallene i de to tabeller opnås ved at trække tallene fra de foregående analyser fra hinanden, så der er ikke de store overraskelser i opgørelserne. Alligevel er

det tydeligt fra tabellerne, at INT både i den samfundsøkonomiske og i den budgetøkonomiske beregning giver et bedre resultat end MHC.

Den samfundsøkonomiske beregning viser et overskud for INT på knap 23.000 kr. pr. person, mens det tilsvarende tal for den budgetøkonomiske beregning er på godt 21.000 kr. pr. person. Fordelingen på underposterne viser, at det for den samfundsøkonomiske beregning er højere lønindkomst for borgerne i INT-armen, der udgør den største forskel, mens også den somatiske sygehussektor giver et positivt bidrag. I den budgetøkonomiske beregning er der omtrent lige store bidrag fra skat af lønindkomst, nettoudgift til indkomstoversførsler og den somatiske sygehussektor.

2.3 Økonomi sammenholdt med effekt

I dette afsnit præsenteres nogle udvalgte resultater fra ICER-analysen af IB-BIS. ICER er en forkortelse for Incremental Cost-Effectiveness Ratio, der er defineret som forskellen i omkostninger ved to sundhedsforanstaltninger divideret med forskellen i et opgjort mål for sundhedsudfaldet ved de to foranstaltninger:

$$\text{ICER} = \text{Ændring i omkostninger} / \text{Ændring i sundhed}$$

Resultatet af beregningen bliver hermed omkostningen pr. ekstra opnået enhed af det anvendte sundhedsmål, og ICER muliggør derved en økonomisk sammenligning af to sundhedsindsatser, der har forskellige omkostninger, men også opnår forskelligt udfald.

Resultaterne i afsnittet viser, at der generelt er tale om små effekter og meromkostninger ved behandlingsarmene i IB-BIS.

I IB-BIS anvendes QALY (kvalitetsjusterede leveår) som opgjort ud fra spørgeskemaet EQ-5D til at måle det sundhedsmæssige udfald, jf. også Hoff et al. (2022a, b).

I denne analyse illustrerer vi resultaterne ved scatter plot af boot-strappede værdier af henholdsvis omkostningsforskellen og resultaterne i QALY mellem henholdsvis INT og SAU samt mellem MHC og SAU⁵. Der er ikke signifikant forskel på de fundne forskelle i QALY mellem de tre behandlingsarme efter 6,

⁵ VIVE har gennemført ICER-beregninger på tværs af alle tre behandlingsarme for såvel det fulde IB-BIS-datasæt samt for de to randomiserede indsatser hver for sig og for hvert af de tre opfølgingsperioder efter 6, 12 og 24 måneder. Disse kan fås ved henvendelse til rapportens forfattere.

12 eller 24 måneder, hvorfor figurerne nedenfor naturligt er meget tæt på nul i sundhedsgevinst. Der er anvendt 5.000 trækninger i boot-strappingen.

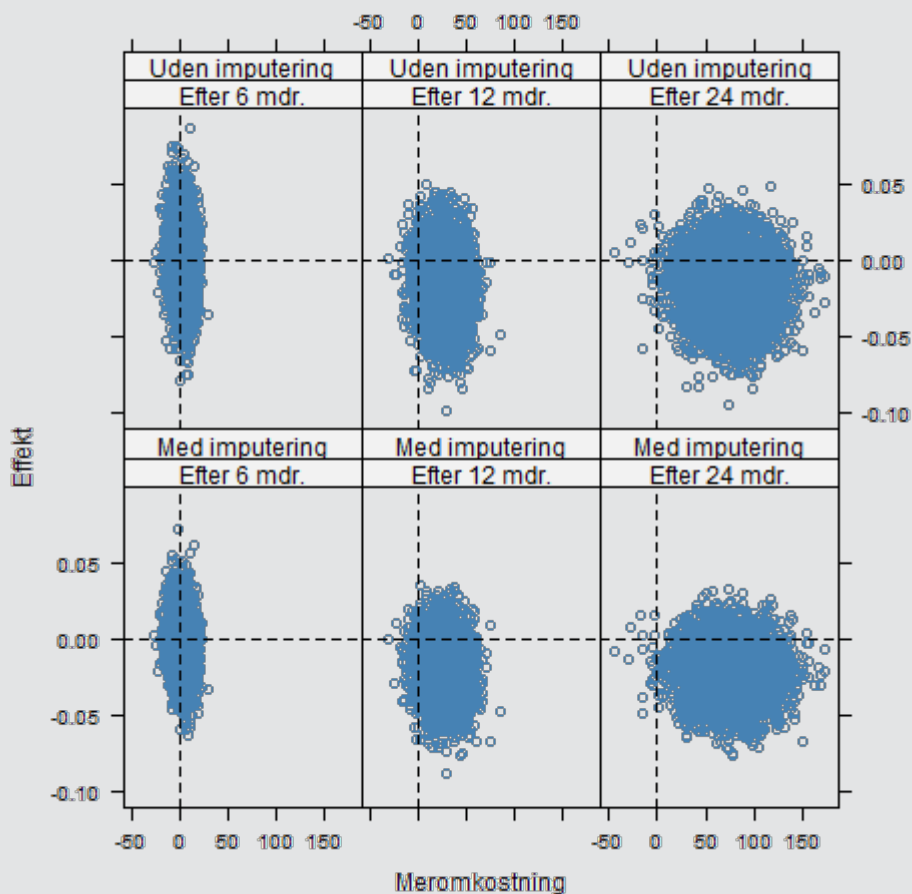
I Figur 2.1 vises scatter plot for gevinst i QALY over for omkostninger i sammenligning af MHC- og SAU-armene i IBBIS.

Figuren har seks elementer. Den øverste række anvender alene data, der findes i datasættet. Det betyder, at en del individer, hvor der ikke findes oplysninger om EQ-5D målet ved opfølgningen, ikke indgår i beregningen i disse tre figurer. I de nederste figurer er værdierne for EQ-5D blevet imputeret for disse personer på baggrund af socioøkonomiske karakteristika, sådan at alle individer i datasættet kan indgå i beregningen.

Fortegnet for beregningerne i figuren vender sådan, at en positiv værdi for omkostningen betyder, at MHC har en større omkostning end SAU, altså har været dyrere, når alle den økonomiske analyses elementer medtages, jf. afsnit 2.2. For effektmålet, EQ-5D, vender fortegnet sådan, at en positiv værdi betyder en større fremgang i livskvalitet for MHC-gruppen end for SAU-gruppen, mens det modsatte er tilfældet for en negativ værdi.

Som det kunne forventes ud fra den økonomiske analyse i foregående afsnit, viser scatter plot-figurerne generelt, at der i de fleste trækninger er større omkostninger ved MHC end ved SAU, hvilket ses grafisk ved, at næsten alle punkter i figurerne ligger til højre for den lodrette akse. Fordelingen af den helbredsmæssige gevinst er derimod fordelt meget mere ligeligt på hver side af den vandrette akse – med en lille tendens til, at der er en overvægt af positive værdier ved 6-måneders opfølgningen og en overvægt af negative værdier ved 12- og 24-måneders opfølgningerne. Dette afspejler fortegnet på punkttestimatet for den sundhedsmæssige gevinst ved sammenligning af MHC og SAU ved de tre opfølgningstidspunkter, men det er igen vigtigt at understrege, at disse estimater ikke er statistisk signifikante.

Figur 2.1 Boot-strappede ICER-planer, MHC i forhold til SAU



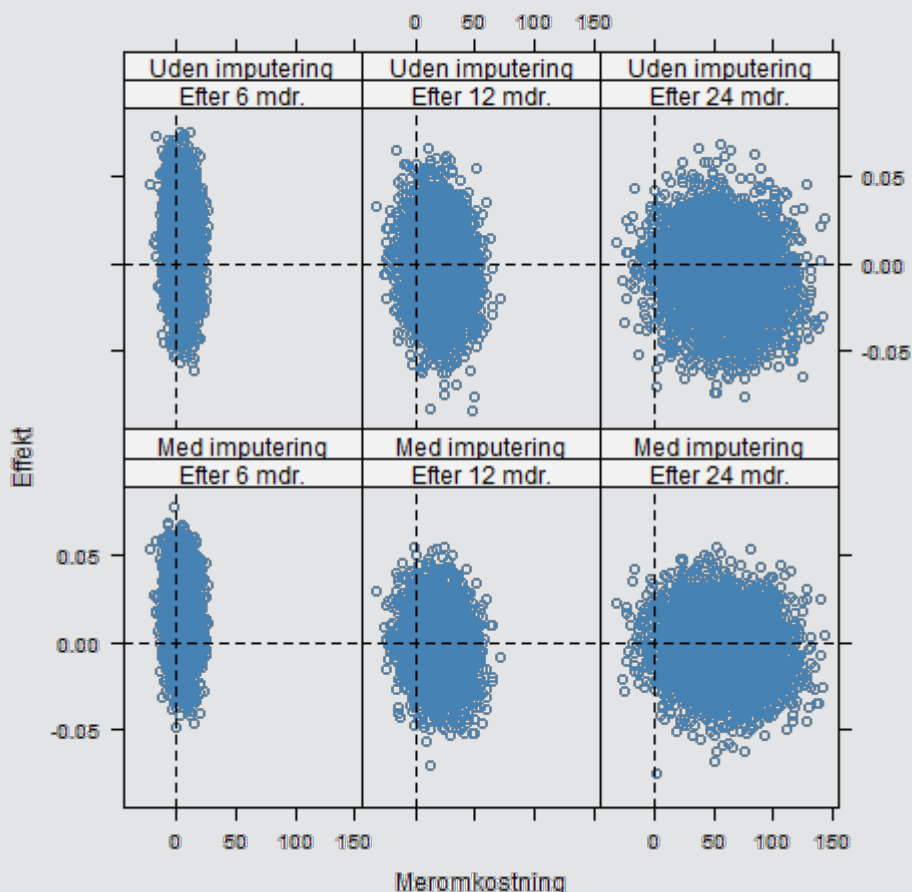
Anm.: Angivelsen af henholdsvis med og uden imputering viser, hvorvidt der er anvendt imputerede værdier for QALY-målet for de individer, hvor denne oplysning ikke findes i data. I de figurer, hvor der ikke er anvendt imputerede værdier, er disse individer også udeladt af den økonomiske beregning.

Note: Omkostningen på den vandrette akse måles i 1.000 kr.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Region Hovedstaden.

I Figur 2.2 ses en tilsvarende figur med scatter plots for omkostninger holdt op imod den sundhedsmæssige gevinst, når INT-armen i IBBIS sammenlignes med SAU-armen. Denne figur læses på samme måde som den foregående.

Figur 2.2 Boot-strappede ICER-planer, INT i forhold til SAU



Anm.: Angivelsen af henholdsvis med og uden imputering viser, hvorvidt der er anvendt imputerede værdier for QALY-målet for de individer, hvor denne oplysning ikke findes i data. I de figurer, hvor der ikke er anvendt imputerede værdier, er disse individer også udeladt af den økonomiske beregning.

Note: Omkostningen på den vandrette akse måles i 1.000 kr.

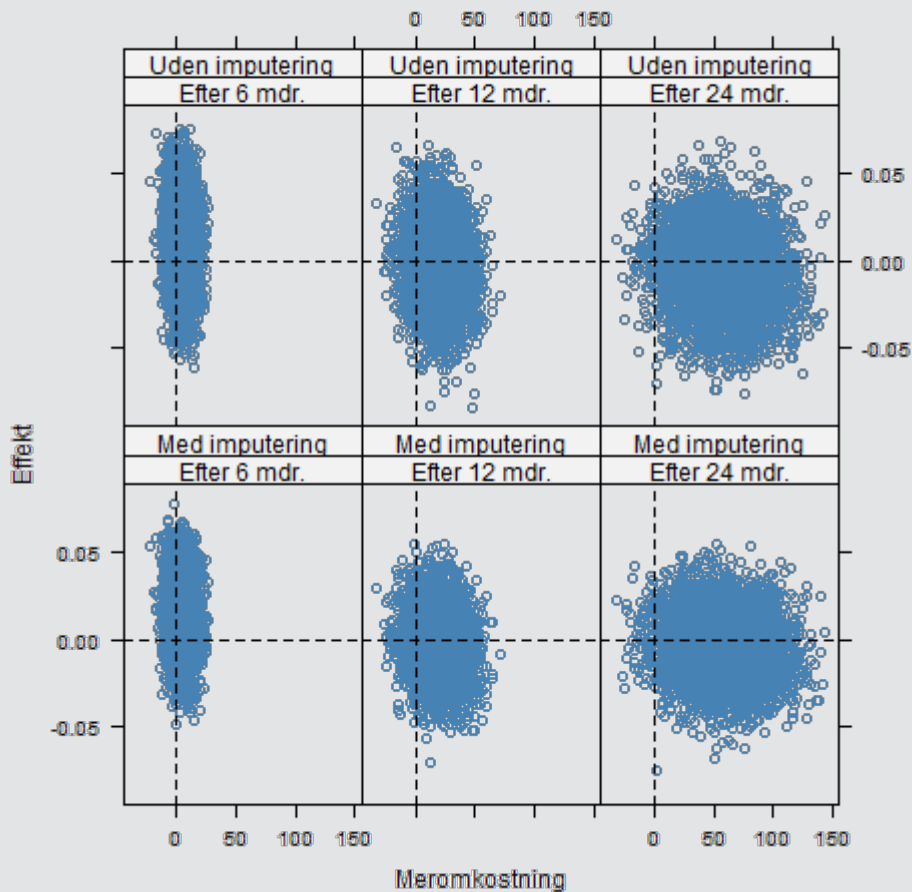
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Region Hovedstaden.

I sammenligningen af INT og SAU ses det igen, at omkostningsfordelingen i høj grad ligger til højre for den lodrette akse i figurerne, hvilket afspejler fundene i den økonomiske analyse ovenfor, hvor INT viste et negativt økonomisk resultat (altså havde større omkostninger) i forhold til SAU.

Ser vi på fordelingen af de sundhedsmæssige gevinster som målt ved EQ-5D, ligger fordelingen for alle tre opfølgingsperioder ret ligeligt på hver side af den vandrette akse, hvilket afspejler de numerisk meget små punktestimer af sundhedseffekterne, som heller ikke i dette tilfælde er signifikante.

I Figur 2.3 ses tilsvarende scatter plots, hvor INT sammenlignes med MHC. Denne figur læses sådan, at positive værdier for omkostningerne viser, at INT samlet har medført flere omkostninger end MHC, mens positive værdier for effekten viser, at der har været en større fremgang i livskvalitet blandt borgerne i INT sammenlignet med MHC.

Figur 2.3 Boot-strappede ICER-planer, INT i forhold til MHC



Anm.: Angivelsen af henholdsvis med og uden imputering viser, hvorvidt der er anvendt imputerede værdier for QALY-målet for de individer, hvor denne oplysning ikke findes i data. I de figurer, hvor der ikke er anvendt imputerede værdier, er disse individer også udeladt af den økonomiske beregning.

Note: Omkostningen på den vandrette akse måles i 1.000 kr.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Region Hovedstaden.

Figuren viser, at der efter 6 måneder er meget tæt på ens fordeling af omkostninger og forbedring i livskvalitet i de to behandlingsarme. Efter 12 og 24 måneder er det derimod tydeligt, at den største del af fordelingen ligger i den

kvadrant, der giver både en større forbedring i livskvalitet og en mindre omkostning for INT sammenlignet med MHC (kvadranten øverst til venstre). Dette viser altså, at borgerne i INT-armen med større sandsynlighed end borgerne i MHC-armen har haft både en fremgang i livskvalitet og en mindre omkostning. Igen skal det dog understreges, at denne måling ikke er signifikant på sædvanligt anvendte signifikansniveauer.

3 Konklusion og diskussion

Rapporten har gennemført en sundhedsøkonomisk analyse af IBBIS, der har været opdelt i de tre arme i forsøget, henholdsvis i) sundhedsindsats integreret med IBBIS beskæftigelsesindsats (INT), ii) sundhedsindsats kombineret med standard beskæftigelsesindsats (MHC) og iii) standard sundhedsindsats og standard rehabiliteringsindsats (SAU).

Rapportens sundhedsøkonomiske analyse af IBBIS har haft fokus på et bredt spektrum af økonomiske mål, der dækker både omkostninger til jobindsats, modtagelse af indkomstoverførsler, tjent lønindkomst og udgifter til behandling i såvel den primære som den sekundære sundhedssektor.

Konklusion

Analyserne, der er opdelt i en samfundsøkonomisk beregning og en budgetøkonomisk beregning, viser, at både MHC- og INT-armen i IBBIS har medført større omkostninger end sædvanlig behandling (SAU-armen). Efter 24 måneder er den akkumulerede ekstra omkostning i størrelsesordenen 22-57.000 kr. pr. person udregnet ud fra de faktiske anvendte ydelser af personerne i IBBIS-forsøget. De ekstra omkostninger skyldes især, at borgerne i INT- og MHC-armene i forsøget har haft en dårligere tilknytning til arbejdsmarkedet end de borgere, der har modtaget det sædvanlige tilbud. På de øvrige områder, der indgår i beregningerne, er der kun mindre forskelle mellem behandlingsarmene. Sammenlignes INT- og MHC-armene i forsøget direkte, ses det, at borgerne fra INT samlet viser et overskud i forhold til borgerne i MHC, hvilket også i overvejende grad skyldes forskel i tilknytningen til arbejdsmarkedet.

Sammenholdes de økonomiske resultater med IBBIS-forsøgets sundhedsmæssige resultater, viser det, at der er overvejende sandsynlighed for, at både INT- og MHC-indsatserne har en større omkostning uden væsentlig sundhedsmæssig gevinst.

Diskussion

Den økonomiske analyse, der er gennemført i denne rapport, hviler på et solidt datagrundlag af registeroplysninger om de faktiske deltagere i IBBIS, hvilket alt andet lige er en styrke for resultaternes troværdighed. Med en opfølgningstid på op til 24 måneder har analysen også en varighed, der formodentlig betyder, at de vigtigste mulige effekter af indsatsen opfanges.

På en lang række målvariable i både den økonomiske og den sundhedsmæssige del af opfølgningen er der ikke signifikant forskel mellem IBBIS-armene og

den sædvanlige behandling. Det betyder, at der er en vis usikkerhed om de præcise kronebeløb, der opgøres i denne rapport. Disse skal derfor fortolkes med varsomhed, selvom det generelle billede af, at både INT og MHC har udvist en meromkostning over for sammenligning med SAU, bør være solidt.

Litteratur

Hoff, A., Fisker, J., Poulsen, R.M., Hjorthøj, C., Rosenberg, N.K., Nordentoft, M., Bojesen, A.B., & Epløv, L.F. (2022a). Integrating vocational rehabilitation and mental healthcare to improve the return-to-work process for people on sick leave with stress-related disorders: Results from a randomized trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 48(5), 361-371.

Hoff, A., Poulsen, R.M., Fisker, J., Hjorthøj, C., Rosenberg, N.K., Nordentoft, M., Bojesen, A.B., & Epløv, L.F. (2022b). Integrating vocational rehabilitation and mental healthcare to improve the return-to-work process for people on sick leave with depression or anxiety: Results from a three-arm, parallel randomised trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 79(2), 134-142.

Poulsen, R., Fisker, J., Hoff, A., Hjorthøj, C., & Epløv, L.F. (2017). Integrated mental healthcare and vocational rehabilitation to improve return to work rates for people on sick leave because of exhaustion disorder, adjustment disorder, and distress (the Danish IBBIS trial): Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), 1-15.

Bilag 1 Anvendte data

Dette bilag indeholder en oversigt over de anvendte data til analyse samt over, hvordan disse data er organiseret til at danne de målvariable, der er anvendt. De data, der er blevet brugt i analysen, stammer fra henholdsvis registre fra Danmarks Statistik samt fra oplysninger, som VIVE har fået stillet til rådighed af Region Hovedstaden. Alle data er blevet behandlet i pseudonymiseret udgave i Danmarks Statistiks lukkede servermiljø.

Registerdata

Sygesikringsregisteret (SSSY)

Data fra SSSY er samlet fra perioden 2015 til 2020. I 156 tilfælde har der været negative kontakter, som er blevet filtreret fra i denne periode. Dette datasæt er opgjort efter antal ydelser og inkluderer et bruttohonorar (bruhon) og en uge for udbetaling af honoraret (honuge).

For at opdele kontakterne i SSSY mellem almen praksis, psykolog, psykiater samt andet speciale er følgende specialekoder blevet brugt (speciale):

- Almen praksis: Alle koder, der starter med 70 og op til 80
- Psykolog: Alle koder, der starter med 63
- Psykiater: Alle koder, der starter med 24, 26 eller 35
- Andet speciale: Alle koder, der ikke falder ind i ovenstående kategorier.

Aggregeringen af det samlede antal kontakter samt de associerede omkostninger via bruttohonoraret er opgjort pr. kvartal ved at tælle antal forekomster af PNR.

Patienter, der ikke optræder i SSSY i et givent kvartal, tæller med i analysen som at have 0 kontakter til det givne speciale.

Somatiske sygehuskontakter

De somatiske kontakter dækker over perioden 2016 og 2018, hvor 2018 går under LPR2. Databehandling er, givet strukturen på LPR1 og LPR2, anderledes.

LPR1

Ambulante kontakter talt op via besøgsdato i perioden (d_ambdto). Recnum og d_ambdto er brugt som optællingsnøgle, hvor hvert unikt par tæller som ét besøg.

Sengedage er talt op som forskellen mellem indlæggelses- og udskrivelsesdatoen fra sygehuset (d_inddto og d_uddto) – for behandlinger, der kræver udskrivelse samme dag, er der kodet én dag.

Omkostningen ved sengedage samt ambulatorium er variabelen 'v_totpris' brugt.

LPR2

For at opgøre sengedage samt besøg til ambulatoriet i LPR2 skal LPRs administrative register (lpr_adm) samt ambulante besøgsregister (lpr_bes) kobles på LPR2s DRG-datasæt. Disse kan forbindes via den unikke kombination af PNR samt Recnum.

Herfra følger algoritmen den samme fra LPR1.

Psykiatriske sygehuskontakter

Psykiatriske kontakter følger samme struktur som LPR1 for somatiske kontakter i perioden 2016-2018, og derfor kan samme algoritme bruges her. Prisen for psykiatriske kontakter er opgjort efter variabelen v_pris.

DREAM-registeret

DREAM indeholder alle individer, der har modtaget overførselsindkomst. Hvis et individ har modtaget eksempelvis kontanthjælp i et givent år, optræder personen også i DREAM i den efterfølgende tid, uagtet om personen er selvforsørgende.

Prisfastsættelsen af dagpenge, kontanthjælp, selvforsørgelse samt andre overførsler er opgjort med en ugentlig takst. For kontanthjælp, dagpenge og andre overførsler svarer denne til den, der er anvendt i den Socialøkonomiske InvesteringsModel (SØM), der er anvendt 2022-prisniveau.

Prisfastsættelsen af selvforsørgelse, altså indkomsten, er dynamisk over hele studieperioden. For hvert år samt kvartal er gennemsnitlig lønindkomst beregnet for personer, der i det givne kvartal havde en selvforsørgelsesgrad på 0,8 eller derover.

Klassificeringen af indkomsttype er givet ved følgende:

- Selvforsørgende: NA-værdier i DREAM (svarende til, at man ikke har modtaget overførselsindkomst i den pågældende uge)
- Dagpenge: 890, 893-899, 881, 111, 115, 213-219, 299 og 744

- Kontanthjælp: 130, 133-139, 710, 713-719, 730, 733-739, 784
- Andre overførsler: Alle koder, der ikke falder ind under ovenstående kategorier.

Bemærk: Værdierne 996-999 er udeladt.

Øvrige data

Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR)

Fra STAR har VIVE via Region Hovedstaden fået stillet et datasæt til rådighed, der indeholder oplysninger om de jobindsatser, de enkelte individer har modtaget.

Fra dette datasæt kan antal konsultationer, aktiveringsomfanget samt kursusdeltagelse opgøres. For aktivering samt kurser er der opgivet en tid pr. ugevariabel (tpu), som angiver det ugentlige antal minutter brugt på hver type.

Disse to typer har en start- og slutdato i datasættet (actstartdt og actenddt) og herfra kan antal uger udledes. Sammen med tpu-variablen og antal uger udledes samtlige antal minutter for hvert forløb, som bliver opregnet med en minutpris aftalt med STAR og Region Hovedstaden (164,41 kr. pr. time).

I datasættet findes derudover en indikator for kursus (actcoursetype). Hvis individet i perioden ikke har været på kursus, er feltet tomt.

For konsultationer hos en jobkonsulent har vi fået et separat datasæt leveret fra STAR, som indeholder oplysninger om alle konsultationer i den betragtede periode. Disse kan optælles via forekomster af unikke PNR-optrædere.

Datasættet indeholder ikke længden af disse konsultationer, og hver konsultation er derfor antaget at vare en time. Hver konsultation er opregnet med 394 kr.

EQ5D-spørgeskema for livskvalitet

Spørgeskemaet er EQ-5D-5L, og er mappet til en indeksscore mellem -1 og 1 med danske cTTO- og DCE-vægte, se også Hoff et al. (2022a, b).

Spørgeskemaet er udfyldt ved randomiseringstidspunktet i forsøget og igen efter 6, 12 og 24 måneder. Studiedeltagere, der ikke har udfyldt spørgeskemaet, er blevet analyseret, og frafaldet heri viser, at kontrolgruppen (SAU) er mere tilbøjelig til ikke at have udfyldt skemaet. Frarafaldet er signifikant ved et 5 %-niveau, hvorfor et tilfældigt frafald ikke kan antages.

For at beholde tilstrækkelig information er de manglede værdier blevet imputeret betinget på studiegruppe samt socioøkonomiske karakteristika. I analysen i rapporten vises resultaterne både med og uden de imputerede værdier.

Bilag 2 Tabeller med økonomiske målvariable ved opfølgning

Dette bilag indeholder de samlede opgjorte økonomiske mål for de anvendte målvariable fordelt på henholdsvis den samfundsøkonomiske og den budgetøkonomiske analyse og fordelt på de fire måletidspunkter: baseline, 6 måneder, 12 måneder og 24 måneder. Det er disse tal, der anvendes i beregningerne i afsnit 2.2.

I alle tabeller i dette bilag regnes beløbene sådan, at et positivt fortegn er en gevinst/indtægt, mens et negativt fortegn er et tab/udgift.

Samfundsøkonomisk opgørelse

I de tre tabeller nedenfor findes de tre økonomiske opgørelser til den samfundsøkonomiske beregning.

Bilagstabel 2.1 Samfundsøkonomisk opgørelse, 6 måneders opfølgning, kr. pr. person

	SAU	INT	MHC
Jobindsats	-13.506	-5.727	-8.229
Lønindkomst	63.983	55.432	58.621
Primær sundhedssektor	-2.610	-1.923	-2.044
Psykiatrisk hospitalssektor	-2.254	-1.916	-1.685
Somatisk hospitalssektor	-3.932	-3.197	-3.915
Total	41.680	42.669	42.750

Anm.: Alle punktestimater indgår i beregningen.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Region Hovedstaden.

Bilagstabel 2.2 Samfundsøkonomisk opgørelse, 12 måneders opfølgning, kr. pr. person

	SAU	INT	MHC
Jobindsats	-22.495	-18.601	-19.341
Lønindkomst	195.379	178.149	175.091
Primær sundhedssektor	-4.523	-3.580	-3.574
Psykiatrisk hospitalssektor	-3.053	-4.450	-2.972
Somatisk hospitalssektor	-7.366	-4.963	-8.702
Total	157.941	146.554	140.502

Anm.: Alle punktestimater indgår i beregningen.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Region Hovedstaden.

Bilagstabel 2.3 Samfundsøkonomisk opgørelse, 24 måneders opfølgning, kr. pr. person

	SAU	INT	MHC
Jobindsats	-33.570	-33.786	-35.342
Lønindkomst	474.886	438.224	422.761
Primær sundhedssektor	-7.966	-6.791	-6.983
Psykiatrisk hospitalssektor	-4.064	-6.018	-4.401
Somatisk hospitalssektor	-10.799	-8.971	-14.404
Total	418.487	382.658	361.631

Anm.: Alle punktestimater indgår i beregningen.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Region Hovedstaden.

Budgetøkonomisk opgørelse

I de tre tabeller nedenfor findes de økonomiske opgørelser til den budgetøkonomiske beregning.

Bilagstabel 2.4 Budgetøkonomisk opgørelse, 6 måneders opfølgning, kr. pr. person

	SAU	INT	MHC
Jobindsats	-13.506	-5.727	-8.229
Skat af lønindkomst	28.792	24.944	26.380
Nettoudgift overførsler	-51.892	-54.316	-53.719
Primær sundhedssektor	-2.610	-1.923	-2.044
Psykiatrisk hospitalssektor	-2.254	-1.916	-1.685
Somatisk hospitalssektor	-3.932	-3.197	-3.915
Total	-45.403	-42.135	-43.211

Anm.: Alle punktestimater indgår i beregningen.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Region Hovedstaden.

Bilagstabel 2.5 Budgetøkonomisk opgørelse, 12 måneders opfølgning, kr. pr. person

	SAU	INT	MHC
Jobindsats	-22.495	-18.601	-19.341
Skat af lønindkomst	87.920	80.167	78.791
Nettoudgift overførsler	-79.208	-83.018	-85.475
Primær sundhedssektor	-4.523	-3.580	-3.574
Psykiatrisk hospitalssektor	-3.053	-4.450	-2.972
Somatisk hospitalssektor	-7.366	-4.963	-8.702
Total	-28.725	-34.446	-41.273

Anm.: Alle punktestimater indgår i beregningen.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Region Hovedstaden.

Bilagstabel 2.6 Budgetøkonomisk opgørelse, 24 måneders opfølgning, kr. pr. person

	SAU	INT	MHC
Jobindsats	-33.570	-33.786	-35.342
Skat af lønindkomst	213.699	197.201	190.243
Nettoudgift overførsler	-125.620	-133.282	-140.499
Primær sundhedssektor	-7.966	-6.791	-6.983
Psykiatrisk hospitalssektor	-4.064	-6.018	-4.401
Somatisk hospitalssektor	-10.799	-8.971	-14.404
Total	31.680	8.352	-11.386

Anm.: Alle punktestimater indgår i beregningen.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Region Hovedstaden.

VIVÉ