

Gesundheitsökonomische Versorgungsforschung

Mythen und Fakten

Gerald J. Pruckner^{1,2}

¹ Johannes Kepler Universität Linz

² Christian Doppler Labor "Aging, Health & the Labor Market"



Gesundheitsökonomie ...

1. Allokation KNAPPER Ressourcen (Effizienz)
 - ▶ für den Gesundheitssektor (alternative Mittelverwendung)
 - ▶ innerhalb des Gesundheitssektors (effizienter Mitteleinsatz)
2. Gesundheit und soziale UNGLEICHHEIT
 - ▶ Gesundheitszustand
 - ▶ Leistungsanspruchnahme

... und ihre Instrumente

- ▶ Verhaltensorientierter Ansatz
- ▶ Anreize
- ▶ Bewertung und Programmevaluierung
 - ▶ Kausale Effekte
 - ▶ Kosten – Effektivität
 - ▶ Kosten – Nutzwert (QUALYs)
 - ▶ Kosten – Nutzen (VSLs)

Motivation

- ▶ Finanzielle ANREIZE als Allheilmittel im Gesundheitssystem?
- ▶ EFFIZIENZ UND VERTEILUNG – Ökonomische Konzepte in deutlicher Schieflage?
- ▶ Gesundheitsökonomische EVALUIERUNG als objektiver Wertmaßstab?
- ▶ ÖKONOMIE UND ETHIK – zwei unversöhnliche Gegensätze?

Anreize: PatientInnen

- ▶ Anreize zur Veränderung des individuellen Lebensstils
 - ▶ Halla, Pruckner 2014
- ▶ Anreize zur Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen
 - ▶ Halla, Pruckner, Schober 2015
- ▶ Die Wirkung von Selbstbehalten und Zuzahlungen
- ▶ Besuch einer Spitalsambulanz oder einer niedergelassenen Ordination
- ▶ ...

Anreize: ÄrztInnen und Spitäler

- ▶ Stationäre Leistungen und Zusatzversicherungen
- ▶ Einfluss des LKF Systems
- ▶ Leistungsangebot in den Spitalsambulanzen

- ▶ Niedergelassener Bereich: Leistungserbringung und Honorarordnung (Screening Programme, Disease Management Programm Diabetes)
- ▶ **SCHNITTSTELLENPROBLEMATIK: Generikaverschreibung**

▶ Pruckner, Schober 2015

Anreize: Sozialversicherung

- ▶ Schnittstellenproblematik (siehe Verschreibeverhalten)
- ▶ Finanzierung der Spitalsambulanzen
- ▶ Ausgestaltung von Honorarordnungen (degressive Elemente)
- ▶ Vorgabe von Leistungspfaden für niedergelassene ÄrztInnen
- ▶ ...

Politikempfehlungen der Gesundheitsökonomie

- ▶ Einsatz kosteneffizienter Behandlungen (pro QUALY) – Berücksichtigung von Patientenpräferenzen
- ▶ Leistungsumverteilung aus dem stationären System
- ▶ Generika
- ▶ Finanzierung aus einer Hand
- ▶ Alternative Finanzierung der Ambulanzen
- ▶ Zielgruppenspezifische Programme (der freie Zugang zu Leistungen reicht nicht)
- ▶ Eigenverantwortung – Gesundheitsförderung und Vorsorge
- ▶ ...

Mittelverteilung im Gesundheitssystem

RESSOURCEN sind beschränkt

- ▶ **Ökonomische Sichtweise**

- ▶ Präferenzen der PatientInnen (effiziente bzw. kosteneffektive Bereitstellung)
- ▶ Hebung von Effizienzpotenzialen (nicht notwendige Behandlungen, ...)
- ▶ Soziale Verträglichkeit (Verteilungseffekte)

- ▶ **Medizinische Sichtweise**

- ▶ Dringlichkeit
- ▶ Medizinische Erfolgsaussichten
- ▶ Wartezeit
- ▶ Lebensalter der Patienten
- ▶ Soziale Kriterien wie z.B. Mutterschaft
- ▶ Ermessensspielraum des Arztes / der Ärztin
- ▶ ...

Ethisch ökonomische Konfliktpotenziale

- ▶ Die Nachfrage der PatientInnen
 - ▶ Hohe (unbegrenzte) Ansprüche der PatientInnen
 - ▶ Anrecht auf eine zweite, dritte Meinung oder auf ein sehr teures Medikament?
 - ▶ Was bedeuten steigend) Zahlungsbereitschaften?
- ▶ Die Lage von kranken Menschen
 - ▶ Ressourcenverknappung, dass das medizinisch Notwendige nicht mehr gemacht werden kann
 - ▶ (Unzumutbar) lange Wartezeiten
 - ▶ Überforderung des ärztlichen Personals sowie des Pflegepersonals
 - ▶ In Würde sterben (Palliativmedizin)
- ▶ Das Unbezahlbare am ärztlichen Tun
 - ▶ Entsprechen die ärztlichen Anreize immer dem Patientenwohl?

Fazit

- ▶ Differenzierte Sichtweise von Anreizen
- ▶ Gesundheitsökonomie als EIN wichtiger Beitrag zur Versorgungsforschung
- ▶ Verhaltensorientierung – BEHAVIORAL ECONOMICS
- ▶ Ungleichheit – Politikansätze
- ▶ Gesundheit im GESELLSCHAFTLICHEN KONTEXT
Firmenstudie
 - ▶ Sozio-ökonomische/demografische Rahmenbedingungen
 - ▶ Pruckner, Schober, Zocher 2015
 - ▶ Plädoyer für Multidisziplinarität
 - ▶ Bedeutung der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften
 - ▶ Schnittstellen zur klinischen Forschung sind unverzichtbar

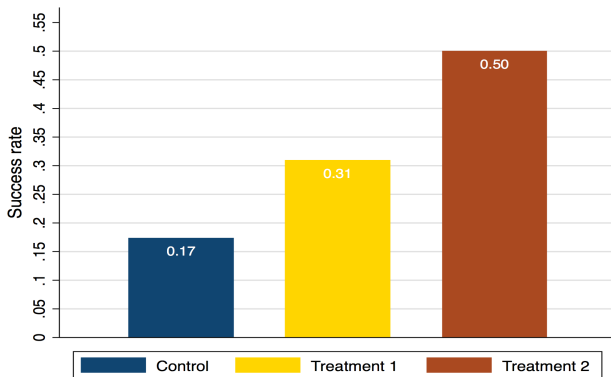
Anreize und Körpergewicht (Halla, Pruckner 2014)

STUDIENDESIGN

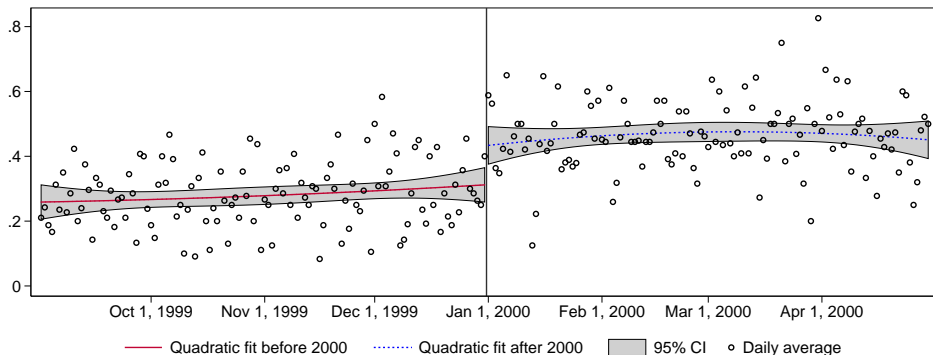
- ▶ RCT: SVA Versicherte mit einem BMI > 25
 - ▶ Kundencenter der SVA in Wien im Jan/Feb 2014
- ▶ Messung von Gewicht, Größe, Bauchumfang; Fragebogen
- ▶ Zielgewicht: -5 Prozent in 5 Monaten
- ▶ Kontrollmessung im Juni/Juli 2014

	N	Anreiz
Kontrollgruppe	303	0 €
Treatment 1	165	150 €
Treatment 2	169	300 €

Erfolgsraten

[▶ back](#)

Teilnahme an den MUKI Untersuchungen (24/36/48 M)



- ▶ Der finanzielle Anreiz (185 €) erhöht die Teilnahme um 14 Prozentpunkte.

Nachfolgende Interventionen (18 bis 54 Monate)

Heterogene Effekte

	Pflichtschule			mehr als Pflichtschule		
	MW	LATE	S.F.	MW	LATE	S.F.
Aggregate:						
Arztleistungen	279.2	402.0***	135.9	313.4	-33.1	85.8
Medikamente	63.7	19.7	56.8	65.2	-68.6*	35.8
Spitalstage	2.6	10.1*	5.7	1.7	-0.6	1.3
Fachärzte:						
Kinderarzt	92.1	233.4***	73.4	102.9	27.9	42.9
Allgemeinmediziner	125.0	58.5	74.2	130.1	-67.2	47.2
Augenarzt	15.7	4.7	16.9	20.0	25.1**	10.7
HNO	8.4	37.5**	18.3	13.2	-4.1	14.0
Orthopäde	2.3	10.1	6.7	3.4	4.9	4.8
Labor	4.1	3.7	9.6	5.9	-2.5	7.5
Radiologe	2.3	13.0*	7.4	3.3	-0.7	5.0
N	2347			7169		

Bemerkungen: * $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

Diskussion

- ▶ Folgebehandlungen in Familien mit niedrigem SÖS
- ▶ Keine Reduktion der langfristigen Ausgaben (Effektivität?)
- ▶ Angebotsinduzierte Nachfrage?
- ▶ Kinder mit hohem SÖS sind entweder gesünder, oder sie werden auch ohne VU behandelt
- ▶ Fokus auf niedrigen SÖS
- ▶ Richtlinien für die Behandlung (Angebotsinduzierung)

▶ back

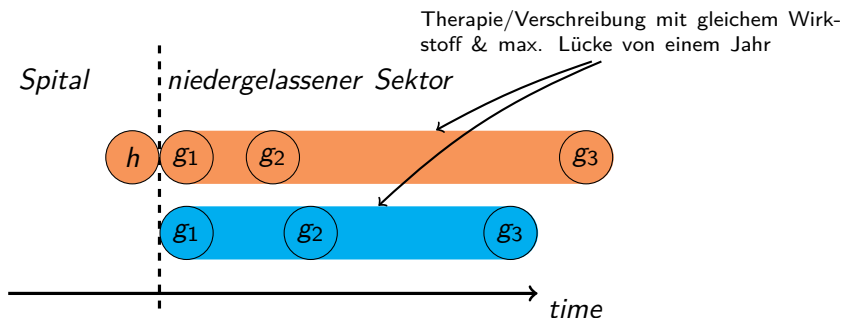
Spitäler und Generika

- ▶ Einfluss von Spitälern auf Verschreibeverhalten
 - ▶ Patienten verlangen gut verträgliche Medikamente
 - ▶ Einfluss von Ärzten (Arztbrief, Empfehlungen, ...)
- ▶ Pharmaindustrie erkennt das
 - ▶ Marketingaktivitäten: Rabatte und kostenfreie Abgabe in Spitälern [Ford 2012], [Vogler et al. 2013]
 - ▶ Studien belegen die Interaktion [Prosser et al. 2003], [Gallini et al. 2012], [Viktil et al. 2014]
- ▶ Verwendung oberösterreichischer Registerdaten

Empirische Strategie

$$\text{Verschreibung: } g = \alpha_0 + \alpha_1 h + \delta \mathbf{Z} + \nu \quad (1)$$

- g Verschreibung (1=Generikum; 0=Originalpräparat)
 h Therapie beginnt im Spital (1=ja; 0=nein)
 \mathbf{Z} Kontrollvariablen: Fixe Effekte für Zeit, Wirkstoff, Arzt, Patient



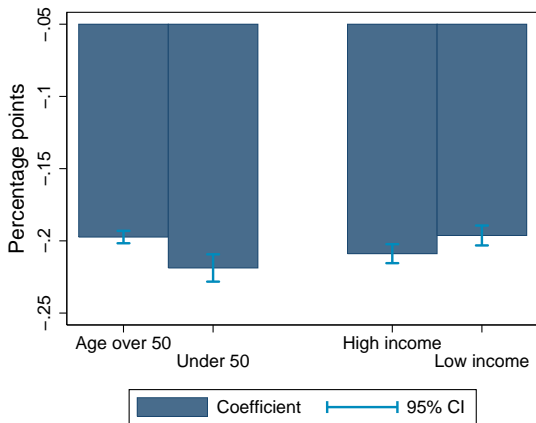
Krankenhausinfluss

Alle Verschreibungen

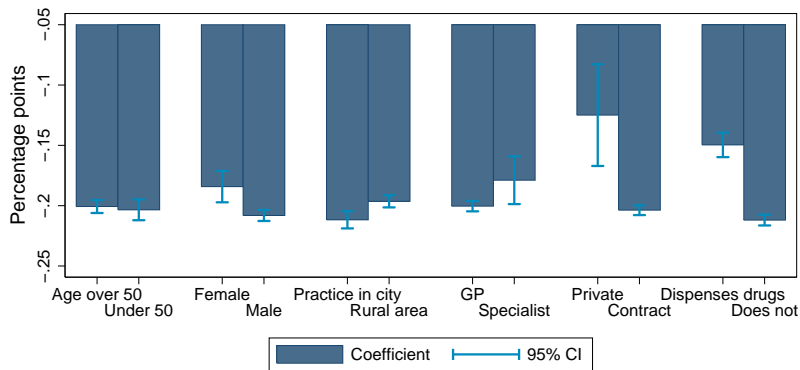
	MW	(2)	(3)	(4)
Spitalsaufenthalt	0.310	-0.087*** (0.000)	-0.085*** (0.000)	-0.060*** (0.000)
SA mit Diagnose	0.149	-0.100*** (0.000)	-0.097*** (0.000)	-0.064*** (0.000)
Entlassungsverschreibung	0.037	-0.183*** (0.001)	-0.179*** (0.001)	-0.145*** (0.001)
Fixe Effekte:				
Zeit		✓	✓	✓
Wirkstoff		✓	✓	✓
Arzt			✓	✓
Patient				✓

Bemerkungen: Jede Zelle ist eine eigene Schätzung. * $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$.

Patienten Heterogenität



Ärzte Heterogenität



▶ back

Firmen, Peers und Gesundheitsverhalten

- ▶ Gesundheitsverhalten am Beispiel Vorsorgeuntersuchung
- ▶ Soziale Beziehungen
- ▶ Arbeitsplatz
 - ▶ Kolleginnen und Kollegen (Peers)
 - ▶ Firmenpolitik
- ▶ 455.000 Individuen in 25.000 Firmen
- ▶ OÖGKK, 2009-2012

- ▶ Robuster EINFLUSS DER FIRMA
- ▶ Einfluss umso stärker, je älter die MitarbeiterInnen
- ▶ Methodische Herausforderung: Peers oder Firmenpolitik

▶ back