

Europäisches Forum Alpbach 2006



**Arbeitskreis 2: Ohne
Forschung keine Sicherheit:
Vom Patientenrecht auf
medizinischen Fortschritt**

Dr. Evelyn Walter:

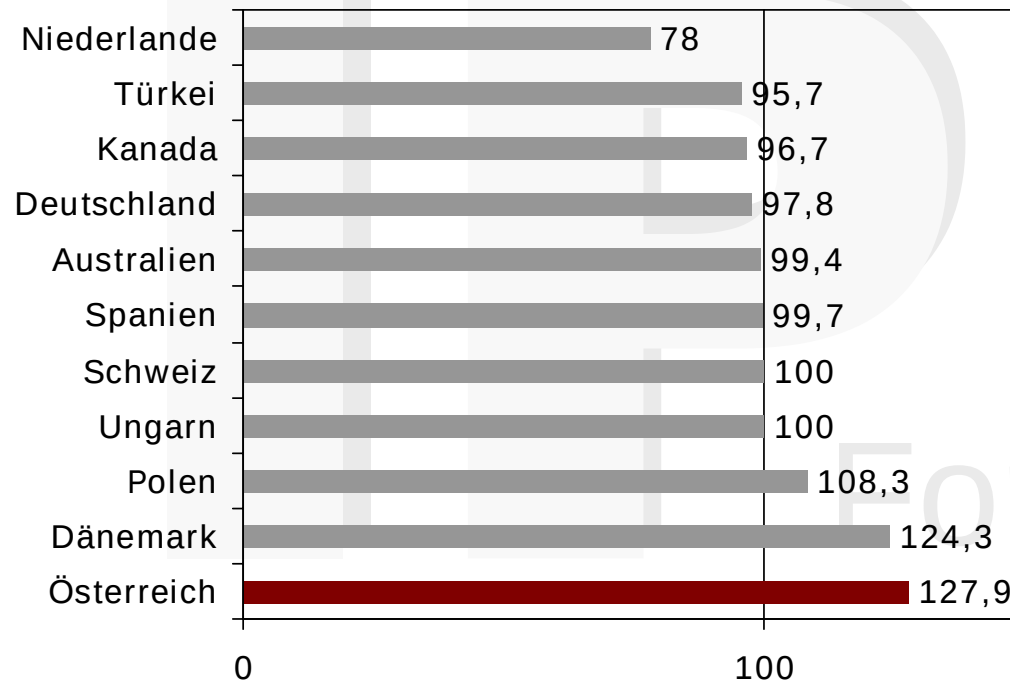
***„Gesundheitsausgaben: Neuberechnung, investiver
Charakter und Folgewirkungen“***

22.08.2006

- ▶ Medizinischer Fortschritt schlägt sich in den Gesundheitsausgaben nieder!
Vor allem, wenn der Zugang für alle möglich ist, d.h. wenn es keine Rationierung gibt.
 - ⇒ Medizinischer Fortschritt führt zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit!
 - ⇒ Medizinischer Fortschritt trägt zum Wirtschaftswachstum der Volkswirtschaft bei!
- ▶ *Milton Friedman* bezeichnet in seinem Buch „Input and Output of Medical Care“ den Gesundheitssektor **als schwarzes Loch der Volkswirtschaft. Der Sektor verschlingt immer mehr Ressourcen, ohne einen spürbaren Zuwachs an Output zu realisieren.**
- ▶ Aus der Statistik und Literatur der letzten Jahre muss jedoch ein umgekehrter Schluss gezogen werden:
 - ⇒ (1) Der Gesundheitssektor verschlingt „nicht“ immer mehr Ressourcen, d.h. es findet keine Explosion der Gesundheitsausgaben statt.
 - ⇒ (2) Der Zuwachs an Output ist spürbar und messbar.
 - ⇒ (3) Gesundheitsausgaben stellen Investitionen in das Humankapital dar.

- ▶ Nationale Gesundheitsquoten waren in der Vergangenheit schlecht vergleichbar – erst eine Vereinheitlichung im Rahmen der „**System of Health Accounts**“
SHA schafft eine einheitliche Basis!

Gesundheitsausgaben gemäß SHA als %-satz der nationalen Statistiken (OECD/VGR-Konzept)



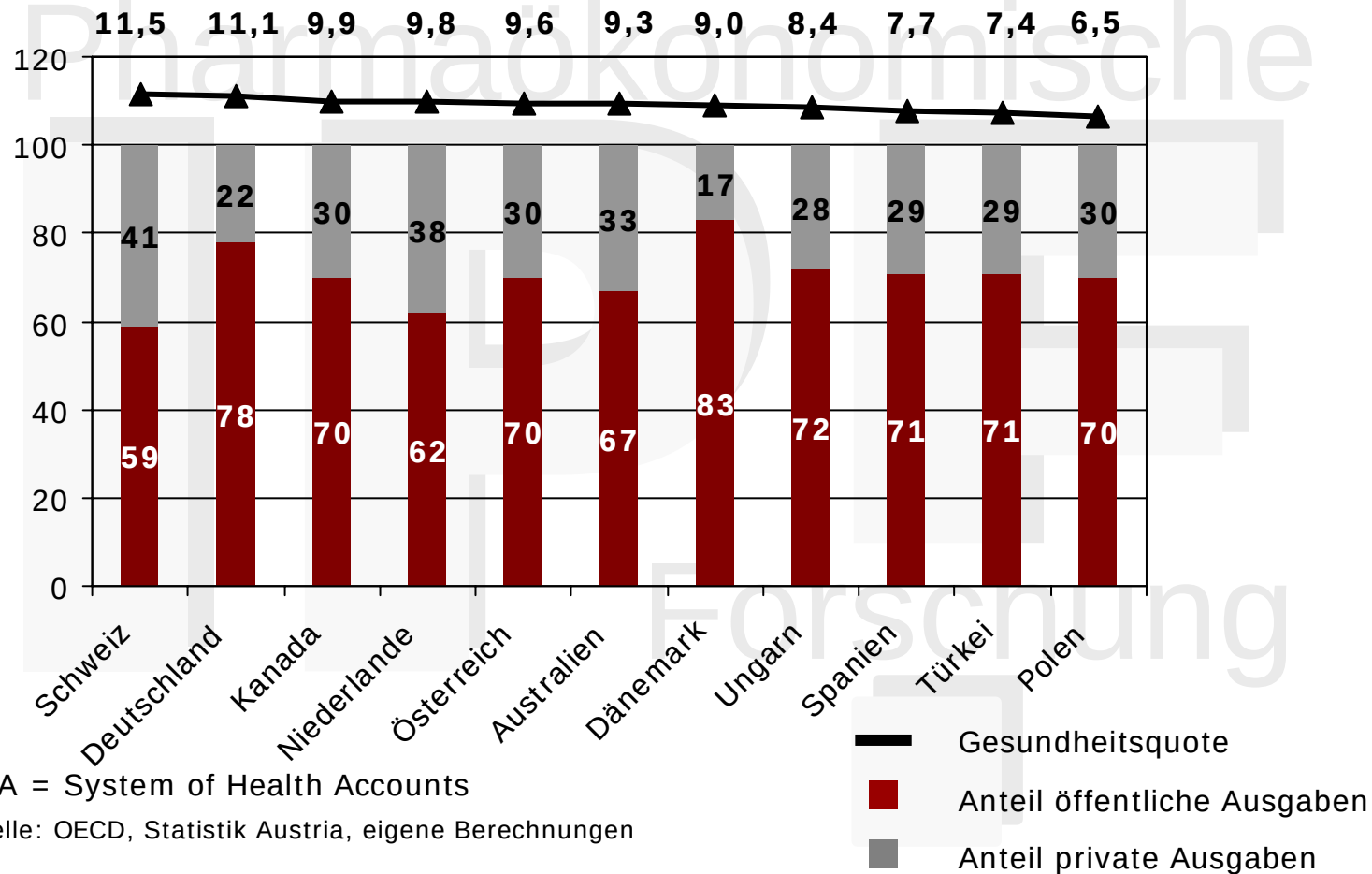
Quelle: OECD, Statistik Austria, eigene Berechnungen

- ▶ **In Österreich wurden die Gesundheitsausgaben bis 2003 massiv unterschätzt.**
Für das Jahr 2003 wurden Gesundheitsausgaben in Höhe von 17 Mrd. € oder 2.085 € pro Einwohner publiziert. Dies entspricht 7,5% des BIP.

Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich

Es gibt keine **optimale Höhe der Gesundheitsausgaben** – diese muss durch die jeweilige Gesellschaft definiert werden und ist historisch geprägt!

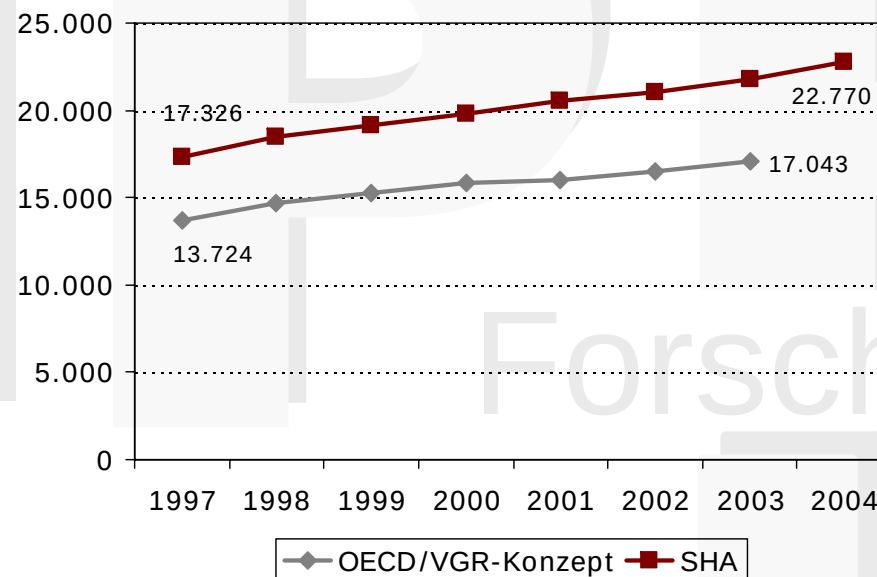
Gesundheitsquoten und Finanzierungsanteile gemäß SHA 2003



Gesundheitsausgaben in Österreich

- ▶ Insgesamt wurden gemäß SHA im Jahr 2004 für Gesundheit knapp 23 Mrd. € ausgegeben.
- ▶ Durchschnittlich sind die **Gesundheitsausgaben** zwischen 1997 und 2004 jährlich um 4,5% (**im Gleichschritt mit BIP**) gestiegen (BIP Wachstum $\varnothing$ 4%).
- ▶ Betrachtet man die anteilmäßige Entwicklung am Bruttoinlandsprodukt, so entwickelten sich die Gesundheitsausgaben von 9,4% des BIP im Jahre 1997 relativ konstant bis 9,6% des BIP im Jahre 2004.

Entwicklung der Gesundheitsausgaben gemäß SHA und OECD / VGR-Konzept in Österreich



Quelle: OECD, Statistik Austria

Unterschiede ergeben sich aufgrund von:

► Öffentlich:

- ⇒ Die Finanzierung des Betriebsabganges der Fondskrankenanstalten ist in den SHA enthalten. Das OECD/VGR-Konzept berücksichtigte nur die Mittel der Landesfonds (die LKF Finanzierung) und lies somit 40% der Spitalskosten außer Acht!
- ⇒ Ausgaben für Langzeitpflege
- ⇒ Gesundheitsausgaben für Insassen von Justizanstalten inklusive Einrichtungen
- ⇒ Ausgaben für Krankentransport und Rettungsdienst

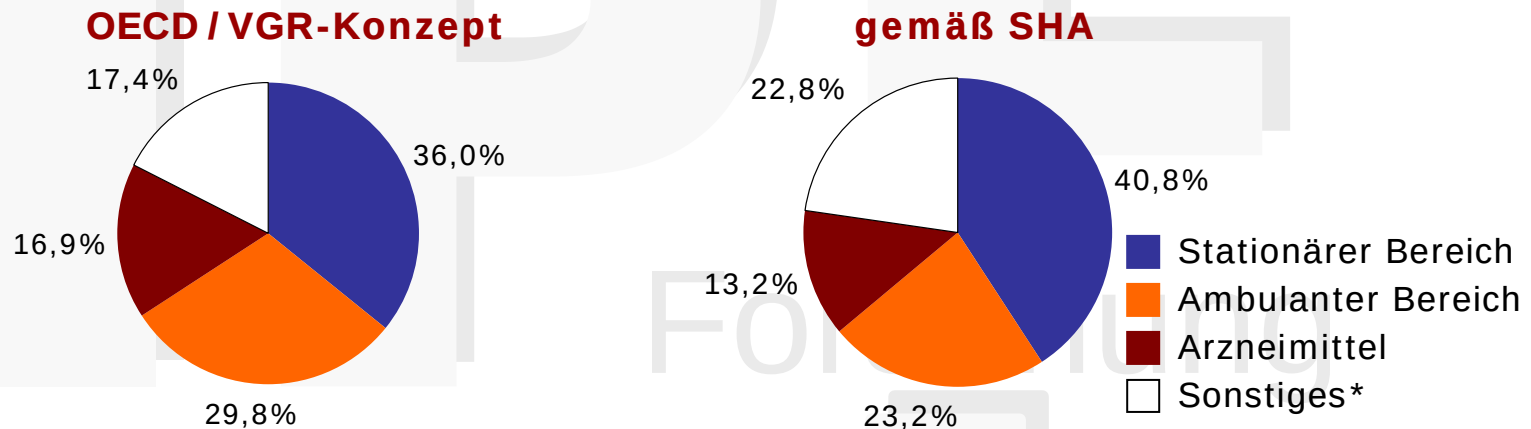
► Privat:

- ⇒ Ausgaben der privaten Haushalte für stationäre Gesundheitsleistungen in Pflegeheimen
- ⇒ Schätzung der Gesundheitsausgaben der privaten Organisationen ohne Erwerbszweck (private Krankenanstalten Rettungsdienste)

Konsequenzen der SHA

- ▶ Die vollständige Erfassung der Gesundheitsausgaben im Rahmen der SHA bewirkt folgendes:
 - ⇒ Der Anteil der privaten Gesundheitsausgaben wurde überschätzt; er liegt bei 30%.
 - ⇒ Es kam zu einer Veränderung der Größenordnung der Settings der Gesundheitsausgaben.
 - » Infolge der vollständigen Erfassung der stationären Ausgaben liegt deren Anteil bei rund 41% an den Gesamtausgaben!
 - » **Die Pharmaquote verringert sich von rund 16,9 auf 13,2 %!**
 - ⇒ **Der steuerfinanzierte Anteil der Gesundheitsausgaben wurde im OECD / VGR-Konzept unterschätzt, dieser liegt bereits über 28%**

Verteilung der Gesundheitsausgaben 2003 nach Settings gemäß



* Langzeitpflege, Krankentransporte, der öffentliche Gesundheitsdienst und Prävention, Verwaltung, med. Geräte und Ausrüstungen und die priv. Versicherung

Quelle: OECD, Statistik Austria, Walter 2005

Patientenrecht auf medizinischen Fortschritt

- ▶ Eine Gesellschaft hat gewisse **Grenzen ihrer Kapazität Gesundheitsleistungen anzubieten**. Der erste Schritt zur Optimierung der Gesundheitssysteme wäre die Bestimmung des „gerechten“ Anteils der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) einer Gesellschaft (explizites Rationieren z.B. Kopfpauschalen!) ⇒ **Dies ist weder gerecht noch effizient (inferiores Rationierungsprinzip)!**
- ▶ Rationaler kann das Recht des Patienten auf med. Fortschritt mithilfe von Kosten-Effektivitäts-Analysen und **Kosten-Effektivitäts-Schwellenwerten** entschieden werden.
 - ⇒ D.h. liegen die Kosten für eine neue innovative Behandlungsmethode unter dem Schwellenwert, ist die Behandlung kosteneffektiv und wird durch das öffentliche Gesundheitswesen erstattet.
 - ⇒ Rationierung nach Kosteneffektivität wird in UK, USA (Medicare/Medicaid), Neuseeland, Schweden angewendet.
- ▶ Es gibt verschiedene Ansätze Schwellenwerte zu definieren! Der World Health Report (2002) schlug folgenden Ansatz vor:
3 x BIP pro Kopf für einen QALY (quality-adjusted life-year)
AUT = € 87.000

- ▶ Beispiele für Kosten-Effektivitäts-Schwellenwerte
 - ⇒ US \$ 50.000/QALY
 - ⇒ CAN CAN\$ 20.000/QALY
 - ⇒ UK (by NICE) £ 30.000/QALY
- ▶ QALYs sind Outcomeparameter, die die Lebensqualität mit der Lebenszeit verbinden, d.h. der Nutzwert (Lebensqualität) entspricht dem Gesundheitszustand des Patienten.
 - ⇒ ein Jahr verbracht mit der Lebensqualität von 0,7 (zwischen 0=Tod und 1=Gesund) entspricht auch einer Menge von 0,7 QALYs
- ▶ Beispiele:
 - ⇒ Herzschrittmacher € 2.405/QALY ¹
 - ⇒ Herztransplantation € 11.401/QALY ¹
 - ⇒ Hämodialyse im Krankenhaus £ 21.970 /QALY ²
 - ⇒ Präventive Behandlung mit Interferon Beta bei MS £ 51,582 per QALY ³

¹ F Krummenauer 2005

² Maynard 1991

³ Mark et al. 2002 für NICE

Ausgaben für Gesundheit als Investition

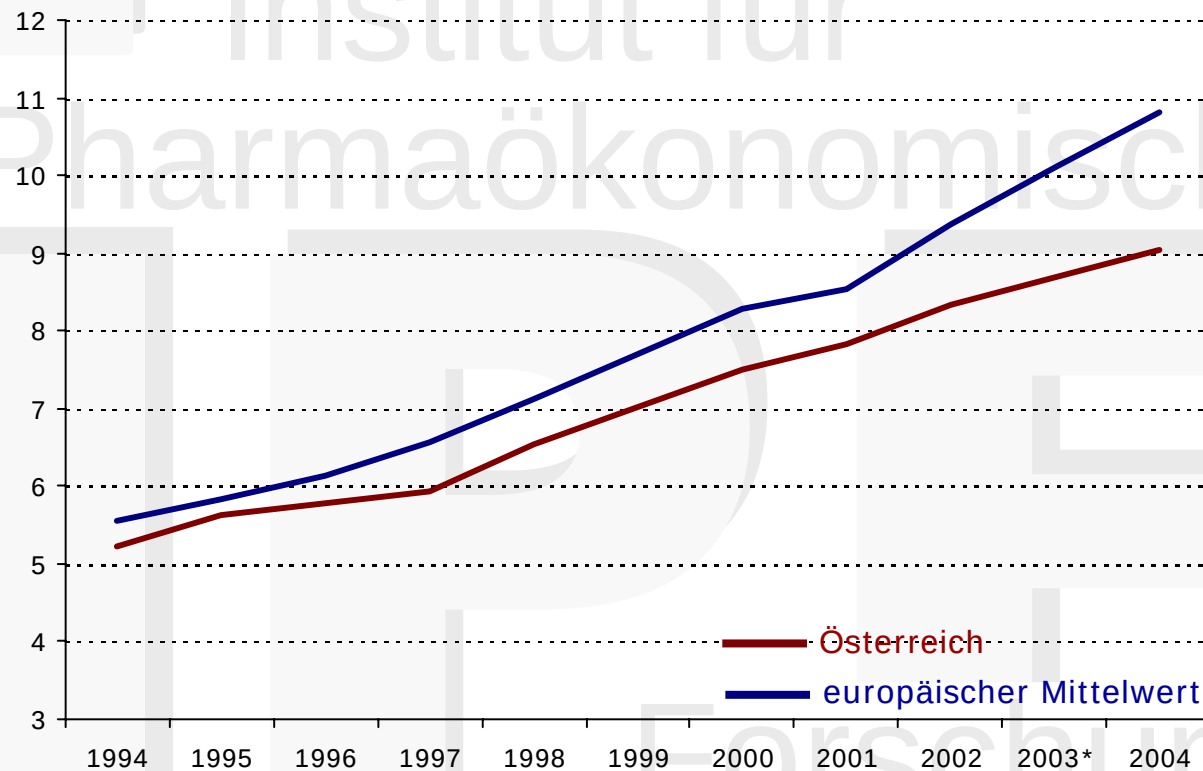
- ▶ Gesundheit ist neben Bildung ein wesentlicher Bestandteil des Humankapitals! Je höher der Gesundheitskapitalstock ist, desto höher ist auch das Arbeitsangebot, da durch die Zahl der krank verbrachten Tage, die Invalidität und der vorzeitige Arbeitsausfall reduziert wird! ⇒ **negativer Einkommenseffekt!**
- ▶ Die Wachstumsrate des Humankapitals und damit des Einkommens sind dann um so höher, je höher der Gesundheitskapitalstock ist, d.h. je mehr in die Gesundheit investiert wird. ⇒ **führt allerdings zu einem Trade-Off zwischen der Gesundheit und anderen Sektoren der Volkswirtschaft z.B. Bildung!**
- ▶ **Es existiert eine starke Korrelation zwischen Gesundheit und Einkommen** (The World Bank)

- ▶ In den westlichen Ländern ist die Entwicklung der **Krankheitslast** in den letzten Jahrzehnten gekennzeichnet durch eine Abnahme der Mortalität in der Bevölkerung bei gleichzeitiger Zunahme der Morbidität. In den Industrienationen hat sich das Krankheitsspektrum mit den demographischen Entwicklungen in Richtung chronische Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebs, Diabetes, Erkrankungen des Bewegungsapparates etc. (World Health Report 2002) entwickelt.
- ▶ Konsequenzen von Investitionen (Forschung) sind beispielsweise:
 - ⇒ Die 5-Jahre Überlebensrate bei einer **Krebserkrankung** lag bei Diagnosestellung in den 80iger Jahren bei bis zu 20%; in den 90iger Jahren bei bis zu 47% (Sant et al. 2003)
- ▶ Beispiel zur Krankheitslast – **Diabetes**:
 - ⇒ Weltweit sind 150 Mio. Personen betroffen.
 - ⇒ Die Prävalenz liegt bei 4% und wird sich bis 2020 vermutlich verdoppeln.
 - ⇒ Die direkten medizinischen Kosten liegen in den europäischen Ländern bei rund € 2.800 pro Jahr (Jonsson 2002).

- ▶ Medizinischer Fortschritt führt nicht zur Explosion der Gesundheitsausgaben!
 - ⇒ Im Jahr 2004 wurden in Österreich rund 23 Mrd. € oder 9,6% des BIP für Gesundheit ausgegeben! Quote ist mittelfristig nahezu konstant. 16 Mrd. € oder 70% wurden öffentlich finanziert!
- ▶ Folgen der Neuerfassung im Rahmen der SHA:
 - ⇒ Der Anteil der privaten Gesundheitsausgaben wurde überschätzt!
 - ⇒ Die Pharmaquote liegt nur bei 13,2 % (nicht bei 16,9 %)! Diese Zahl erscheint im europäischen Vergleich realistisch, da Österreich einen unterdurchschnittlichen Verbrauch (rund 22 Packungen pro Jahr versus rund 24 Packungen der EU-15) gekoppelt mit unterdurchschnittlichen Packungspreisen aufweist!
 - ⇒ Die steuerfinanzierte Anteil der Gesundheitsausgaben wurde unterschätzt, dieser liegt bereits bei 28%!
- ▶ Gesundheitsausgaben sind Investitionen:
 - ⇒ Sie reduzieren Krankheitslast und tragen zum Wirtschaftswachstum bei.
 - ⇒ Beispielsweise führte die Forschung in Österr. im Bereich Pharma in Höhe von 250 Mio. € über einen Multiplikator zu einer heimischen Wertschöpfung von rund 540 Mio. €.

Institut für
Pharmaökonomische
Back Up
IPF
Forschung

FAP pro Packung in Österreich vs. europäischer Mittelwert 1994 bis 2004 in EUR



* geschätzter Wert

Mittelwert der Länder: AUT, BEL, CH, ESP, FIN, FR, GER, IRL, IT, NL, POR, UK

Quelle: IMS Health, eigene Berechnungen