Health Policy International

Strategien im Gesundheitswesen

„Gesundheitsökonomie und Schilddrüse"

Ernest G. Pichlbauer
Weihburggasse 26
A – 1010 Wien
www.hpi-sag.com

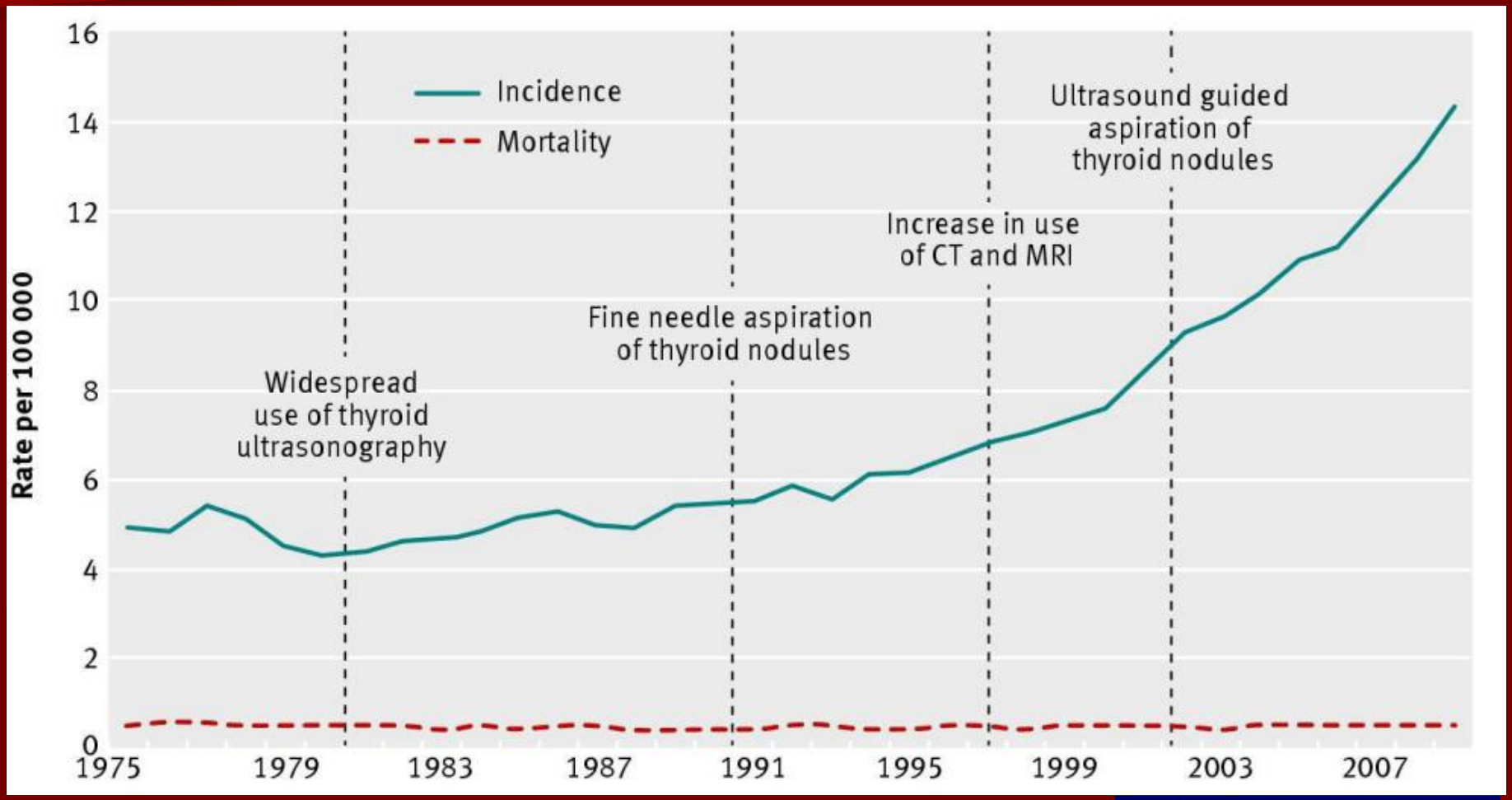
Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen

Die Schilddrüse ist gesundheitsökonomisch wenig interessant

- **Schilddrüsen-Operationen sind der wichtigste Kostentreiber in der Versorgung**
- **Schilddrüsenoperationen sind relativ selten, günstig und (offenbar immer) kosteneffektiv**
- **Vielleicht wird zu viel operiert?**

Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen

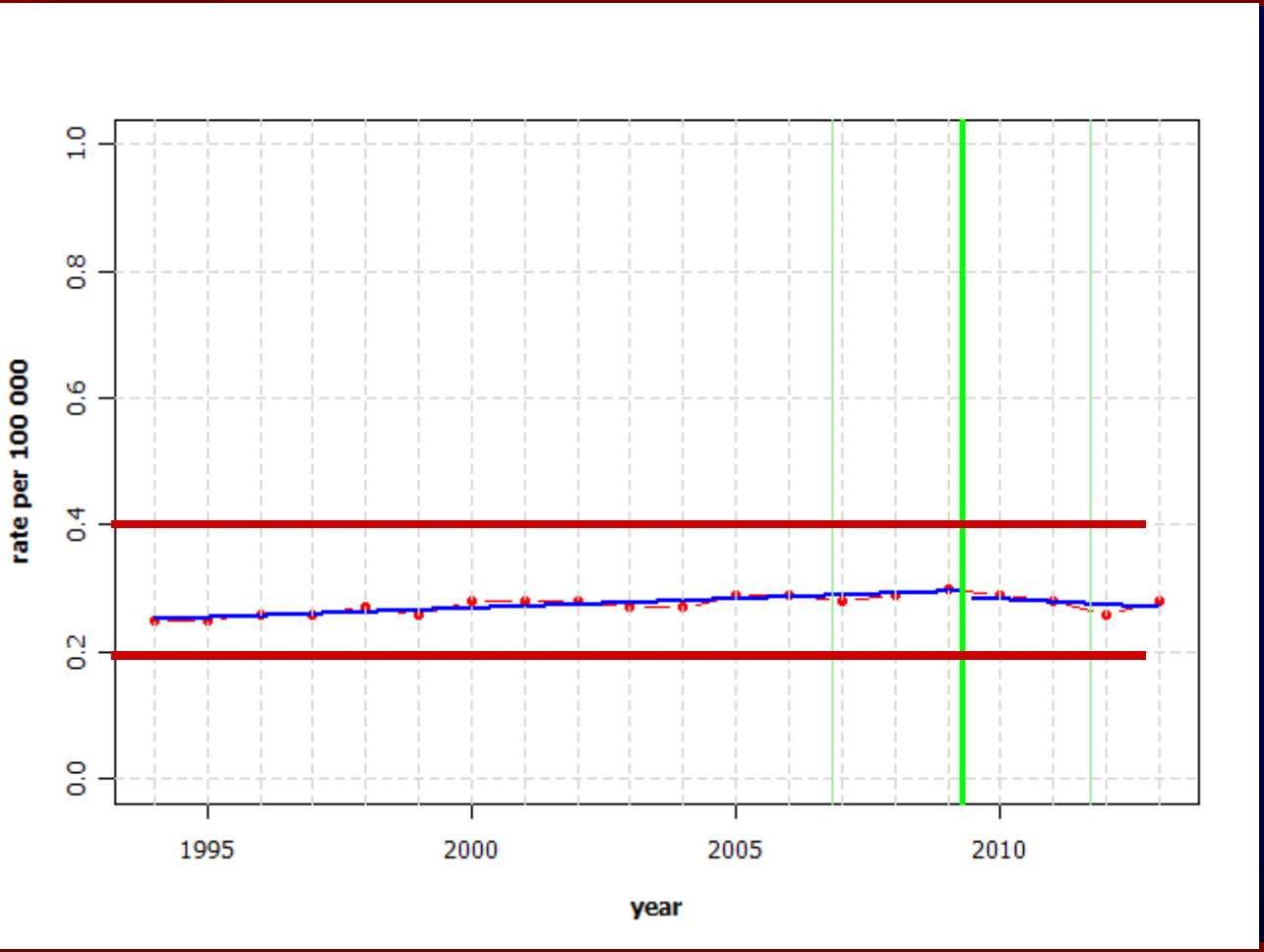
Inzidenz und Mortalität des TC



Should we be operating on all thyroid cancers? The paradigm of papillary thyroid microcarcinoma
G Garas, et al. Department of Surgery and Cancer, St. Maryös Hospital, Imperial College London; 5th IFHNOS World Congress 2014

Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen

Mortalität des TC



USA

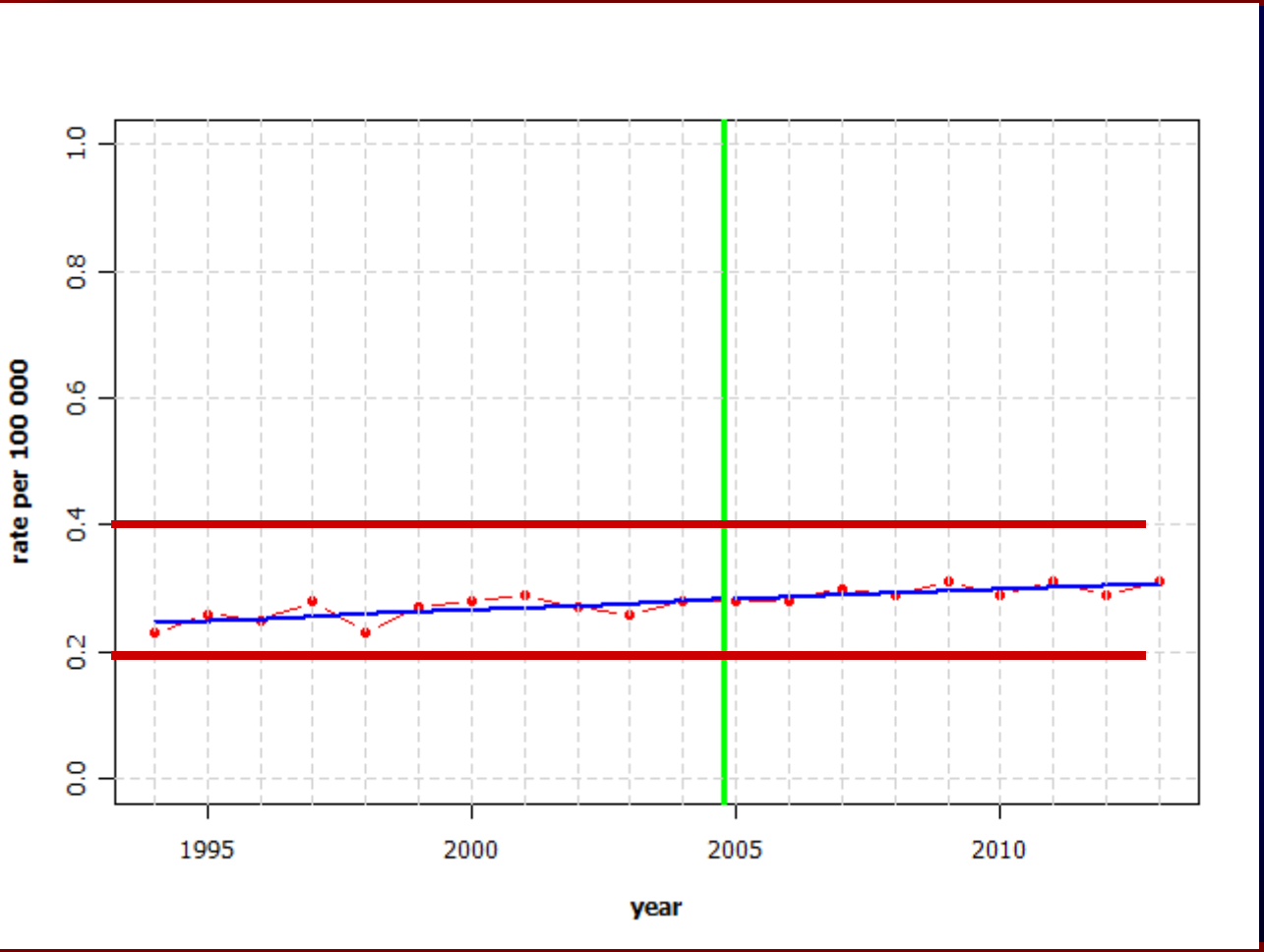
Mortality from Thyroid Cancer: Female: ASR (W) all ages

♀

http://www-dep.iarc.fr/WHOdb/graph10_sel.asp

Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen

Mortalität des TC



USA

Mortality from Thyroid Cancer: Male: ASR (W) all ages

http://www-dep.iarc.fr/WHOdb/graph10_sel.asp

Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen

Prävention ist irrational beliebt

ĂDas Polypen-Puzzle ñ

Nicht jede Krebsvorstufe führt zu Krebs und nicht jedem Krebs gehen Krebsvorstufen voraus

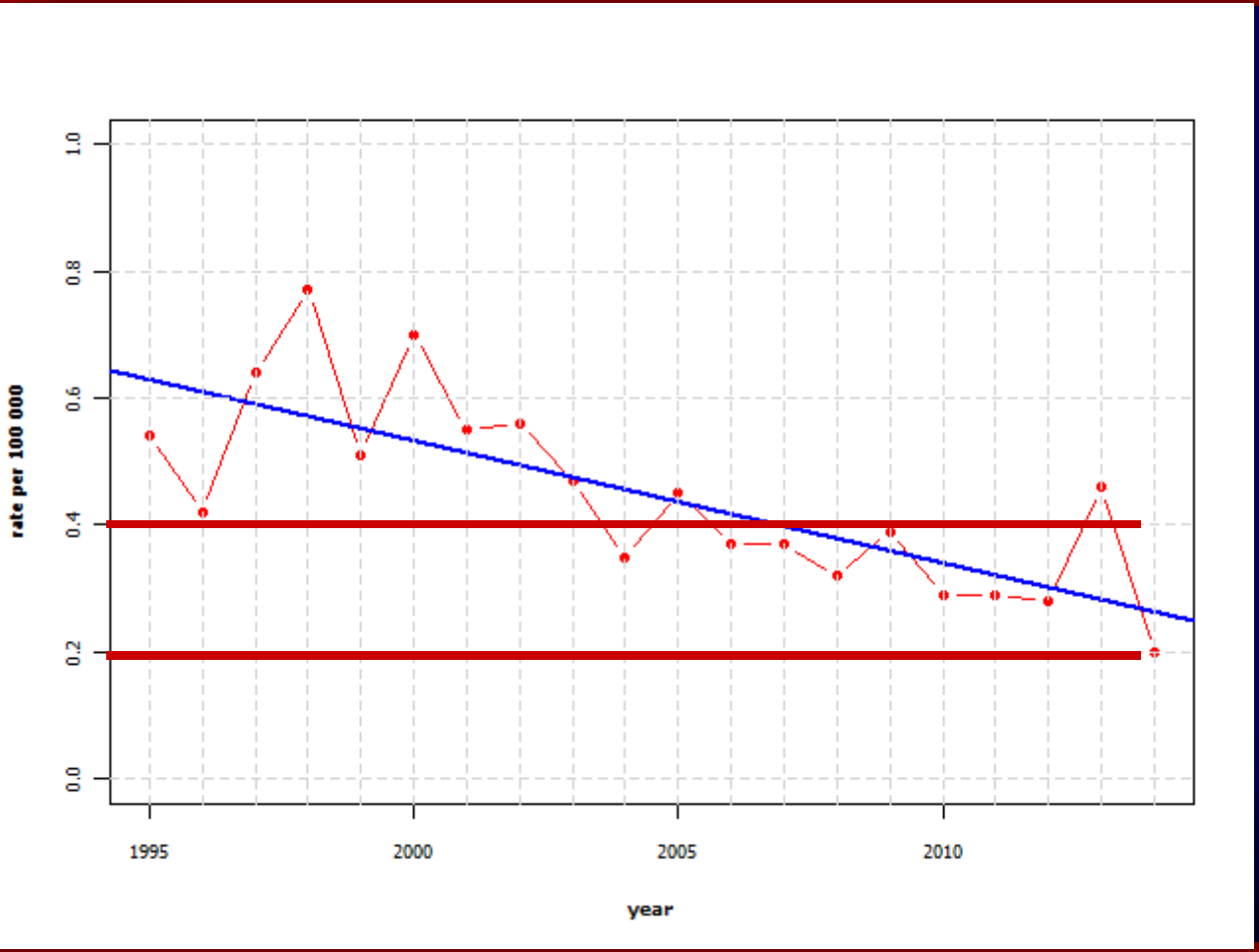
Wenn es kein eindeutiges Krankheits- bzw. Risikomodell gibt, besteht die Gefahr der Überdiagnose, Übertherapie und Scharlatanerie

Trotzdem werden alle Patienten, die nicht an der in der Prävention eingeschlossene Krankheit erkranken, das auf die Prävention zurückführen

Gilt das bei TC allerdings auch in Österreich und Europa?

Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen

Mortalität des TC



Austria

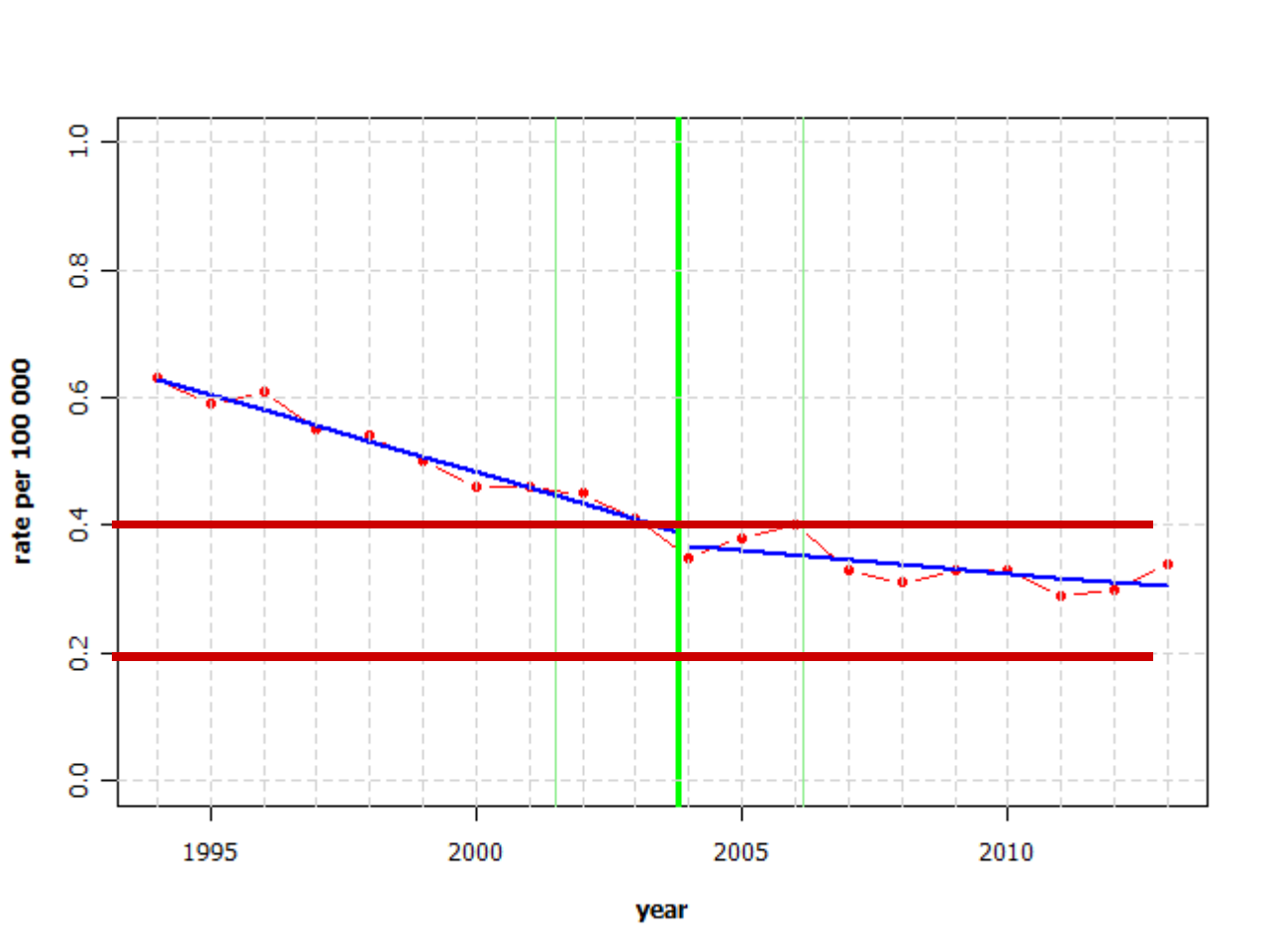
Mortality from Thyroid Cancer: Female: ASR (W) all ages

♀

http://www-dep.iarc.fr/WHOdb/graph10_sel.asp

Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen

Mortalität des TC



Germany

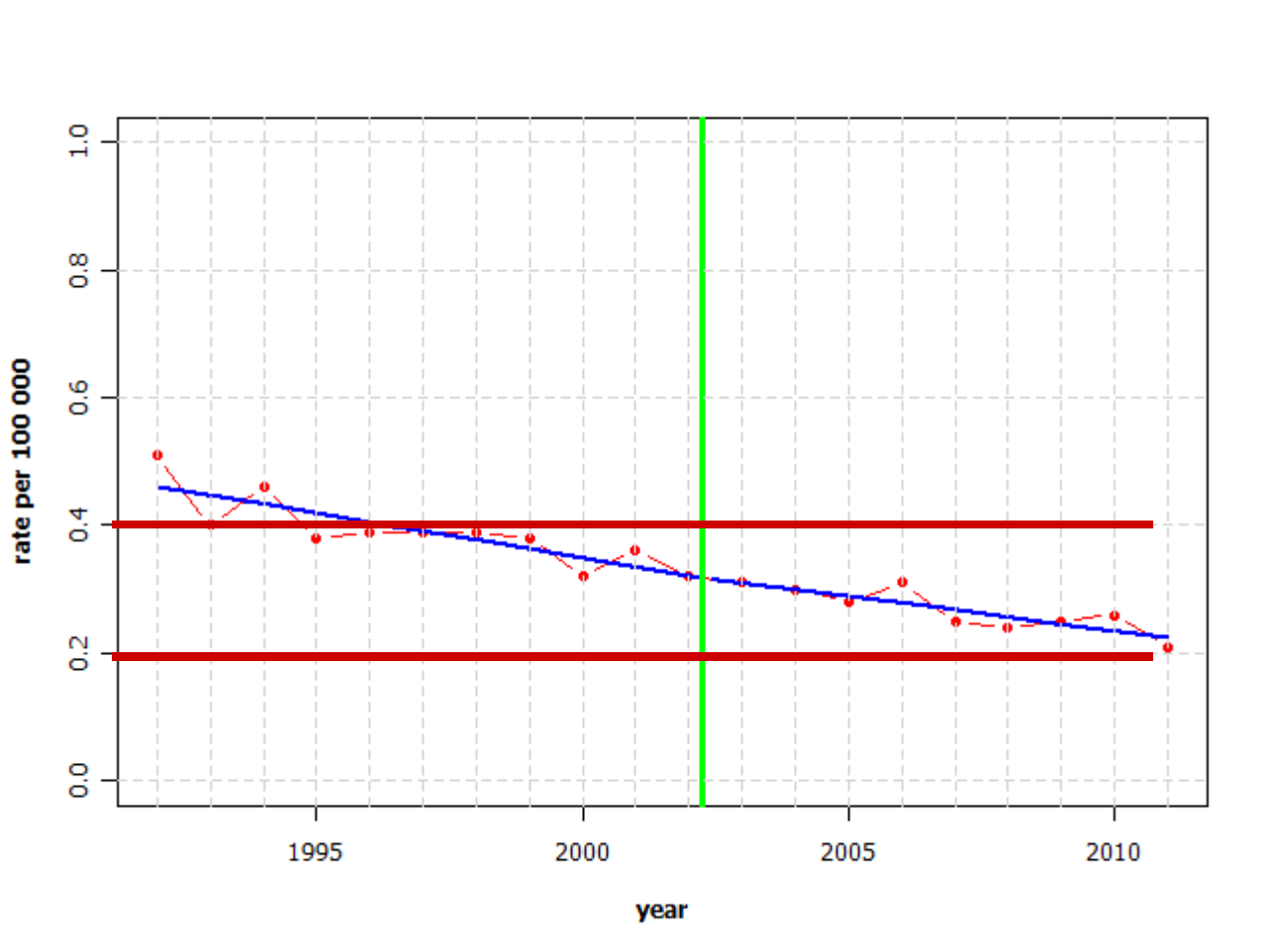
Mortality from Thyroid Cancer: Female: ASR (W) all ages

♀

http://www-dep.iarc.fr/WHOdb/graph10_sel.asp

Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen

Mortalität des TC



France

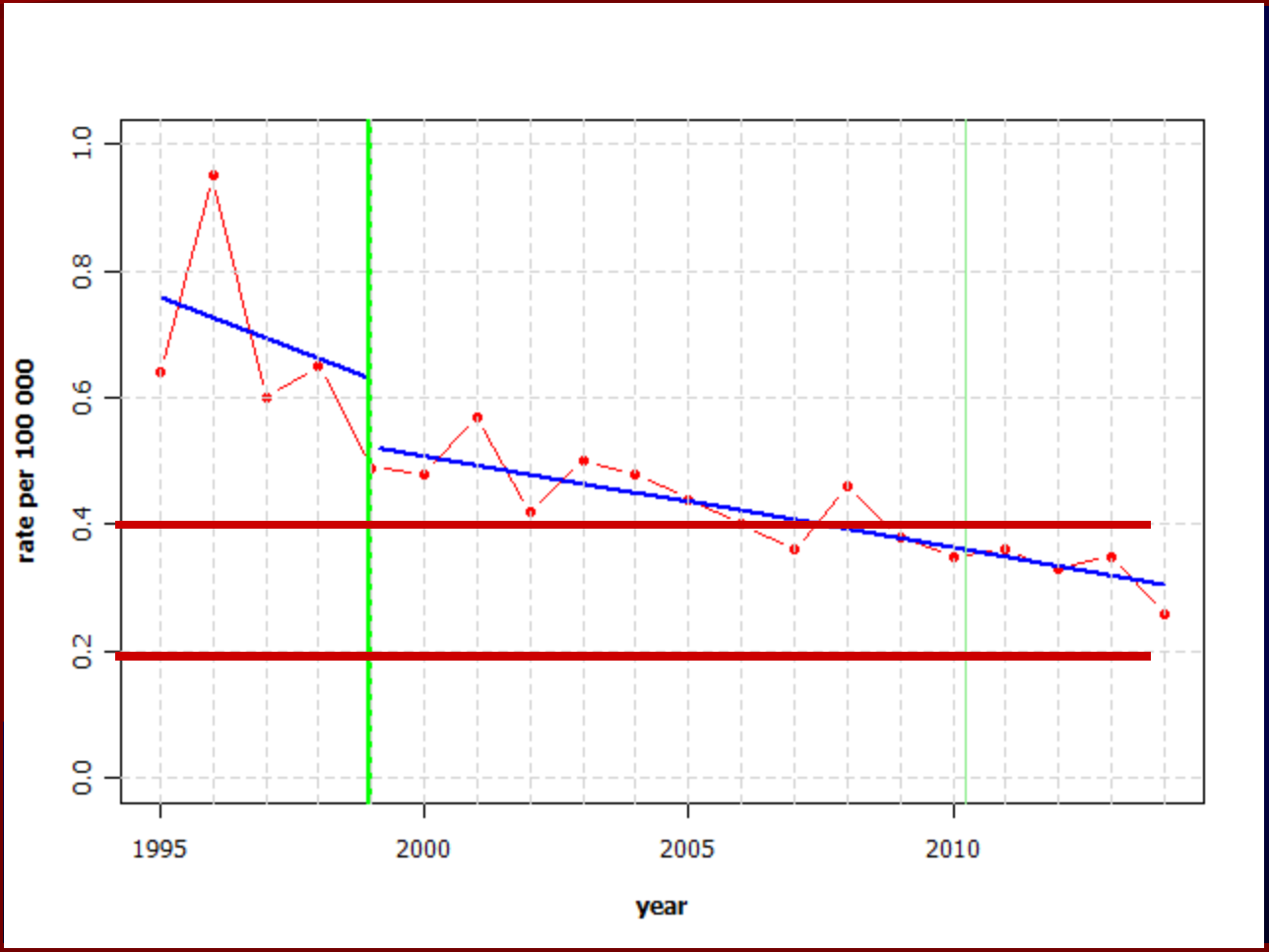
Mortality from Thyroid Cancer: Female: ASR (W) all ages

♀

http://www-dep.iarc.fr/WHOdb/graph10_sel.asp

Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen

Mortalität des TC



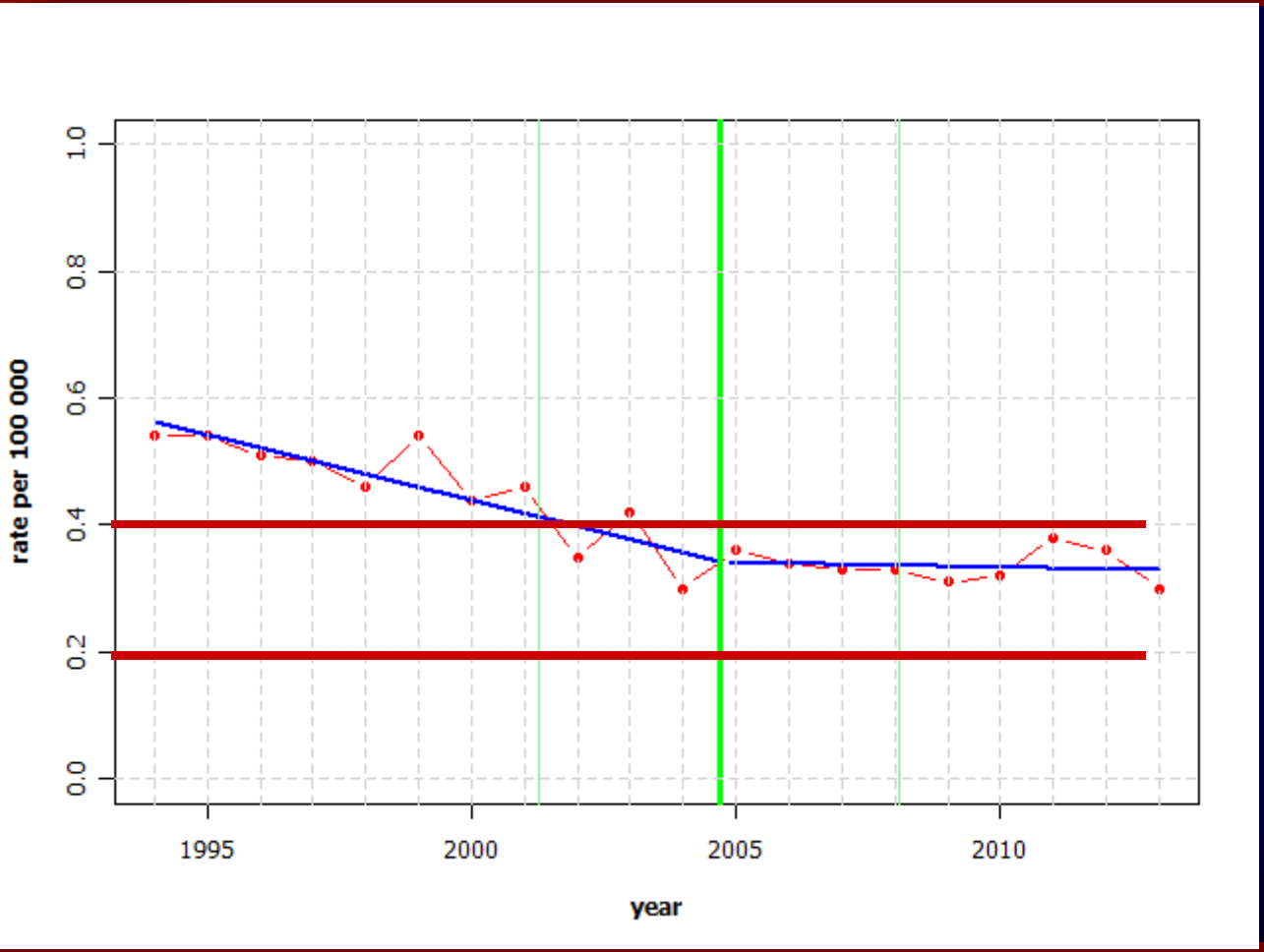
Austria

Mortality from Thyroid Cancer: Male: ASR (W) all ages

http://www-dep.iarc.fr/WHOdb/graph10_sel.asp

Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen

Mortalität des TC



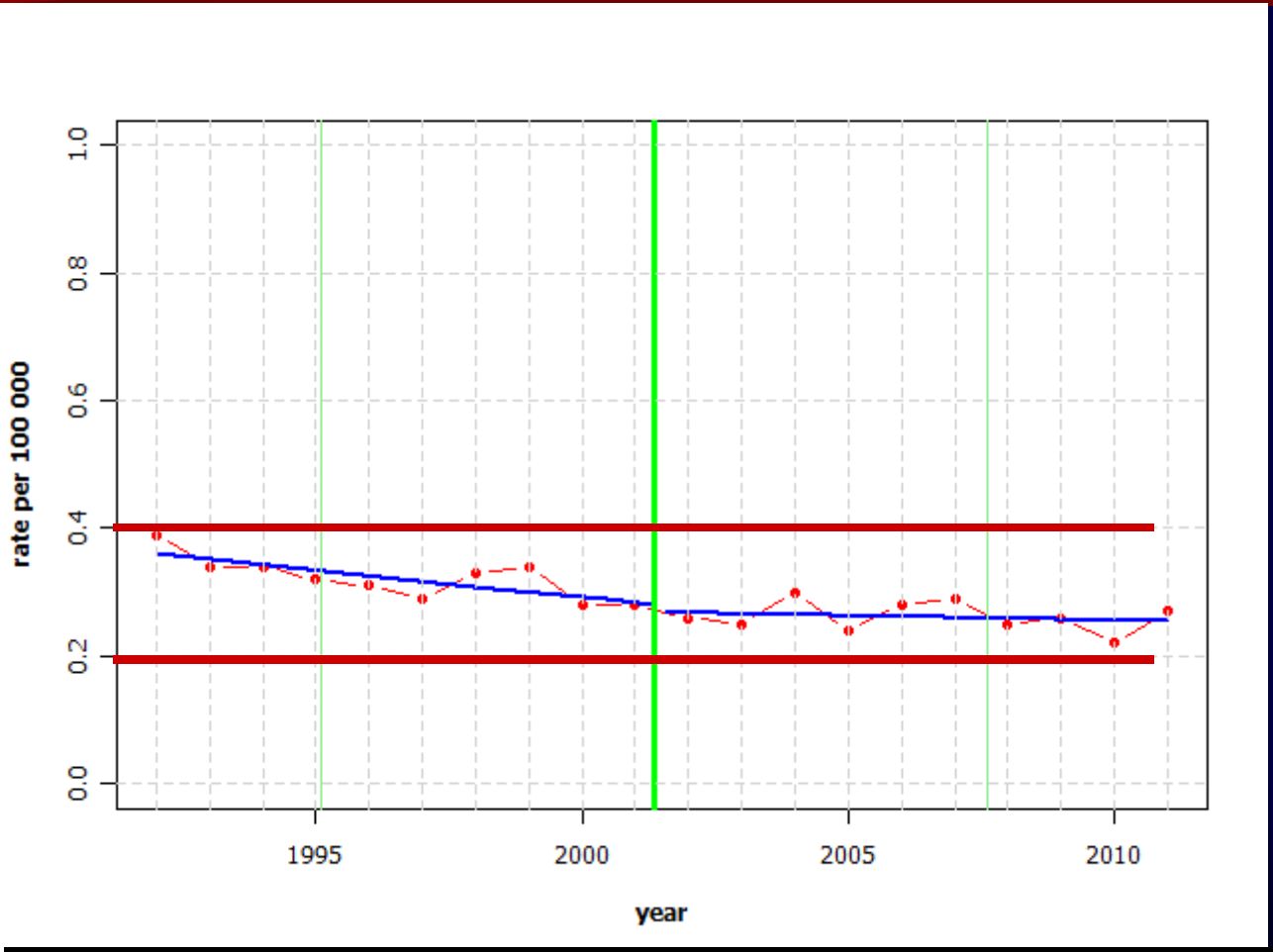
Germany

Mortality from Thyroid Cancer: Male: ASR (W) all ages

http://www-dep.iarc.fr/WHOdb/graph10_sel.asp

Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen

Mortalität des TC



France

Mortality from Thyroid Cancer: Male: ASR (W) all ages

http://www-dep.iarc.fr/WHOdb/graph10_sel.asp

Wenn, dann gilt es nur bei französischen Männern?

Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen

Frage?

Was tun wir nun?

Wollen Sie Grundsätzliches über das Österreichische Gesundheitswesen und sein Desinteresse gegenüber Gesundheitsökonomie lernen?

Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen

Abgrenzungen: Ökonomie

Wichtige Abgrenzungen

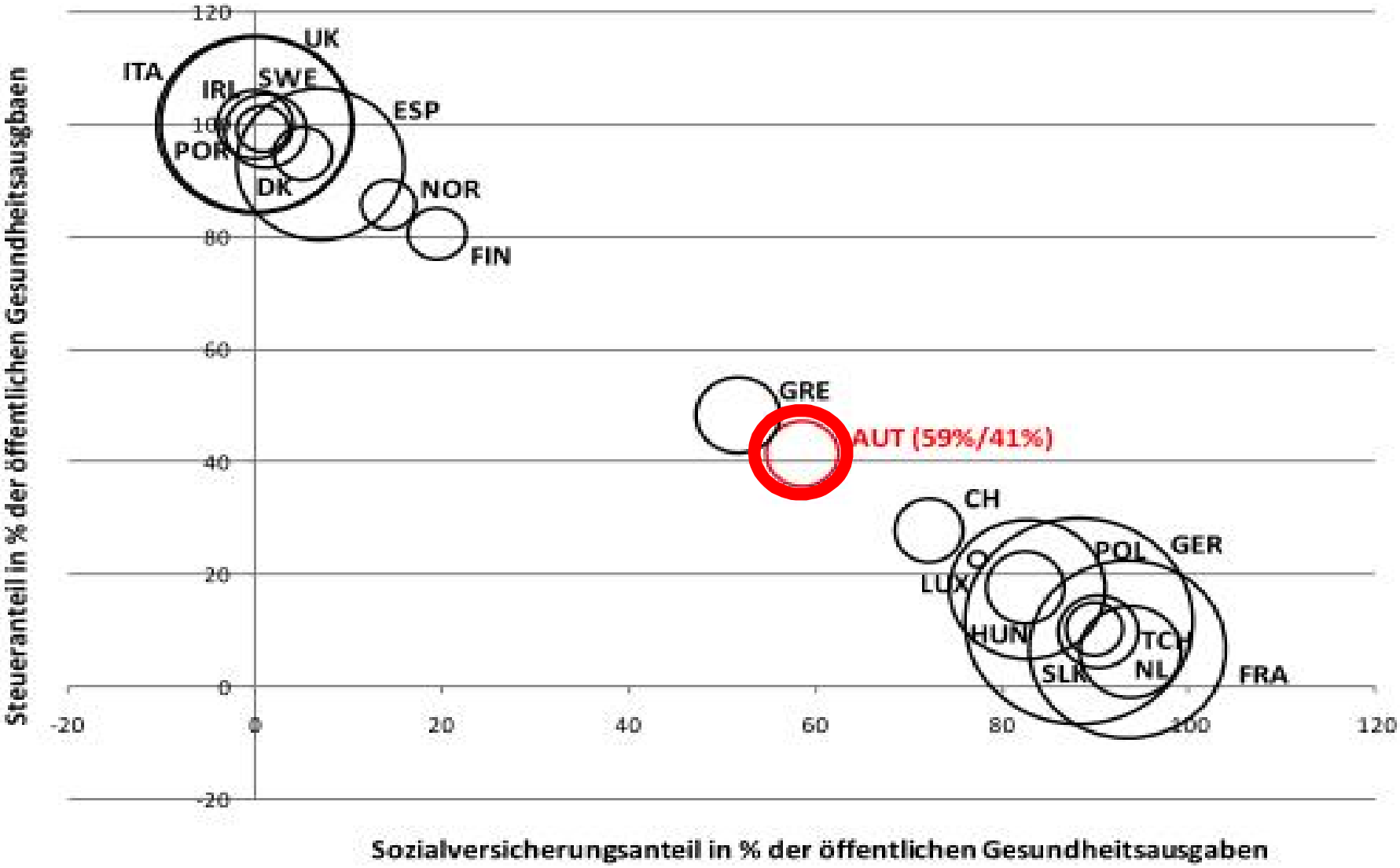
Gesundheitsökonomie	Í	Ökonomie im Gesundheitswesen
Kosten pro Patientennutzen-Einheit		Kosten (*Ressourcenverbrauch*) pro Einrichtung, Fall etc.
Direkte Kosten (Behandlungskosten) Indirekte Kosten (Produktivitätsausfall) Risikobewertung der Behandlung (Nebenwirkungen, Behandlungs- u. Versorgungsfehler) Nutzen gemessen in QALY		Direkte Kosten der leistungserbringenden Einheit Pro Spital / Bett / Ordination Bestenfalls pro Fall (Durchschnittspatient)

Í politische Ökonomie — Stimmen/Einfluss-Verlust/Gewinn pro real durchgeführter Maßnahme

Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen

Warum erschlägt die politische Ökonomie alles?

Die Finanzierung



Anmerkung: Daten Österreich: Statistik Austria Feb. 2010.
Quelle: OECD Health data, November 2009, Darstellung Kollege Röhrling 2010.

Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen

Warum erschlägt die politische Ökonomie alles?

Die Zersplitterung

Health Policy International
Strategic Advisory Group

Es gibt kein österreichisches Gesundheitssystem, sondern ein nebeneinander unabhängiger Subsystem ï ohne gemeinsame Strategie

ĂPatientenñ		ĂZuständigkeitenñSystem?
Prim.	x00 Tsd.	1 Bund + ÖÄK
Sek.		ca. 21 SV (+ x KFA) + 10 ÄK + Markt (Wahlärzte)
Amb. extra	6 Mio. (130 Mio.)	
Amb. intra	7,5 Mio.	1 Bund + 9 Länder + x dzd. Träger
Stat.	2,6 Mio.	
Amb.		PV + SV + x Gewerkschaften **Kinder**: + Länder
Stat.	x0 Tsd.	
mob. (inkl tert. Präv.)		Patienten und Familien + Träger+ Illegale
Amb. (inkl tert. Präv.)	450 Tsd.	
Stat. (inkl tert. Präv.)		
Amb./mob.	X Tsd.	CHAOS
Stat.		

Prävention / Kuration / Reha / Pflege / Pall

= Schnittstelle

In einem integrierten System sind Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege und Palliativbehandlung so aufeinander abgestimmt, dass Patienten zum richtigen Zeitpunkt, an der richtigen Stelle die richtige Leistung erhalten.

Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen

Aussagen

Die Praxis des Desinteresses an Gesundheitsökonomie ï

Eine Milchmädchenrechnung

Health Policy International
Strategic Advisory Group

Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen

Hypothetische Krankheit **X** und seine Therapie **Y**

Medikamentenstudie; RCT, 5 Jahre

Kontrollgruppe:	Placebo
Interventionsgruppe 1:	Medikament Y OHNE Compliance-Programm
Interventionsgruppe 2:	Medikament Y MIT Compliance-Programm

Compliance-Programm

Jeden dritten Tag telefonischer Kontakt mit DKGP (im Schnitt 3 Min)

Gesundheitsökonomische (Versorgungswissenschaftliche) Endpunkte

- Spitalstage
- Facharzt-Besuche
  - Spitalsambulanz
  - Kassen-Facharzt
- Hausarzt-Besuche
- Indirekte Kosten (Produktivitätsausfall)
- QALY

Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen

Eine plakative Milchmädchenrechnung

Ergebnisse: Versorgungswissenschaftliche Endpunkte

	placebo	mit	ohne Compliance-Programm
Spitalstage	50	25	40
Spitalsambulanz	25	10	20
Kassen-Facharzt	25	10	20
Hausarzt	20	30	20
Produktivitätsausfall	1	0	0,5
QALY	0	0,75	0,3

Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen

Eine plakative Milchmädchenrechnung

	placebo			Compliance-Prog. mit			ohne			Steuer/Beitragzahler		
Spitaltage	*50*	ú	25.000	*25*	ú	12.500	*40*	ú	20.000	ú	500	Kosten pro Spitalstag
Spitalsambulanz-Besuche	*25*	ú	2.250	*10*	ú	900	*20*	ú	1.800	ú	90	Kosten pro Ambulanzbesuch
Facharzt-Besuche	*25*	ú	1.750	*10*	ú	700	*20*	ú	1.400	ú	70	Kosten pro FA-Ordination
Hausarzt-Besuche	*20*	ú	700	*30*	ú	1.050	*20*	ú	700	ú	35	Kosten pro AM-Ordination
DGKP Tel.-Min.	*0*	ú	-	*1800*	ú	1.800	*0*	ú	-	ú	1	Kosten pro DGKP-Minute
Medikamente Tagesdosen	*0*	ú	-	*1800*	ú	9.000	*900*	ú	4.500	ú	5,0	Kosten pro Tagesdosis
		ú	29.700		ú	25.950		ú	28.400	direkte Kosten		

Es ist praktische alles gleich teuer!

Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen

Eine plakative Milchmädchenrechnung

	placebo			Compliance-Prog. mit			ohne			Länder		
Spitaltage	*50*	ú	25.000	*25*	ú	12.500	*40*	ú	20.000	ú	500	Kosten pro Spitalstag
Spitalsambulanz-Besuche	*25*	ú	2.250	*10*	ú	900	*20*	ú	1.800	ú	90	Kosten pro Ambulanzbesuch
Facharzt-Besuche	*25*	ú	-	*10*	ú	-	*20*	ú	-	ú	-	Kosten pro FA-Ordination
Hausarzt-Besuche	*20*	ú	-	*30*	ú	-	*20*	ú	-	ú	-	Kosten pro AM-Ordination
DGKP Tel.-Min.	*0*	ú	-	*1800*	ú	-	*0*	ú	-	ú	-	Kosten pro DGKP-Minute
Medikamente Tagesdosen	*0*	ú	-	*1800*	ú	-	*900*	ú	-	ú	-	Kosten pro Tagesdosis
		ú	27.250		ú	13.400		ú	21.800	direkte Kosten		

Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen

Eine plakative Milchmädchenrechnung

	placebo			Compliance-Prog. mit			ohne			Kassen		
Spitaltage	*50*	ú	-	*25*	ú	-	*40*	ú	-	ú	-	Kosten pro Spitalstag
Spitalsambulanz-Besuche	*25*	ú	-	*10*	ú	-	*20*	ú	-	ú	-	Kosten pro Ambulanzbesuch
Facharzt-Besuche	*25*	ú	1.750	*10*	ú	700	*20*	ú	1.400	ú	70	Kosten pro FA-Ordination
Hausarzt-Besuche	*20*	ú	700	*30*	ú	1.050	*20*	ú	700	ú	35	Kosten pro AM-Ordination
DGKP Tel.-Min.	*0*	ú	-	*1800*	ú	1.800	*0*	ú	-	ú	1	Kosten pro DGKP-Minute
Medikamente Tagesdosen	*0*	ú	-	*1800*	ú	9.000	*900*	ú	4.500	ú	5,0	Kosten pro Tagesdosis
		ú	2.450		ú	12.550		ú	6.600	direkte Kosten		

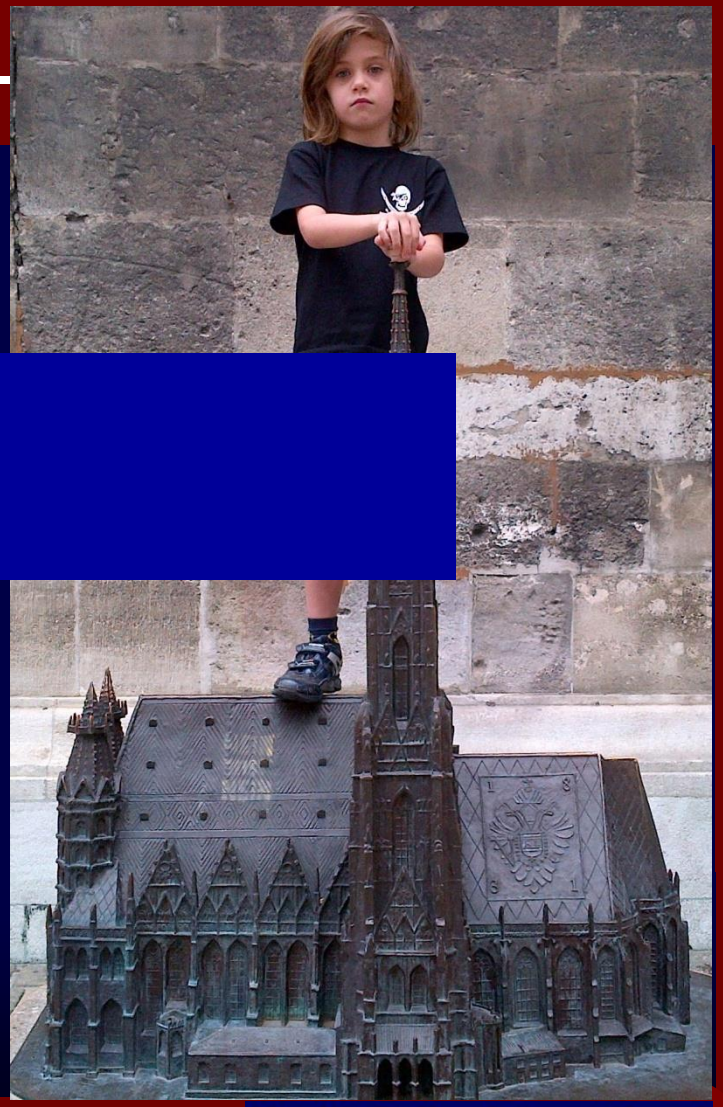
Länder und Kassen haben diametrale Interessen!

Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen

Eine plakative Milchmädchenrechnung

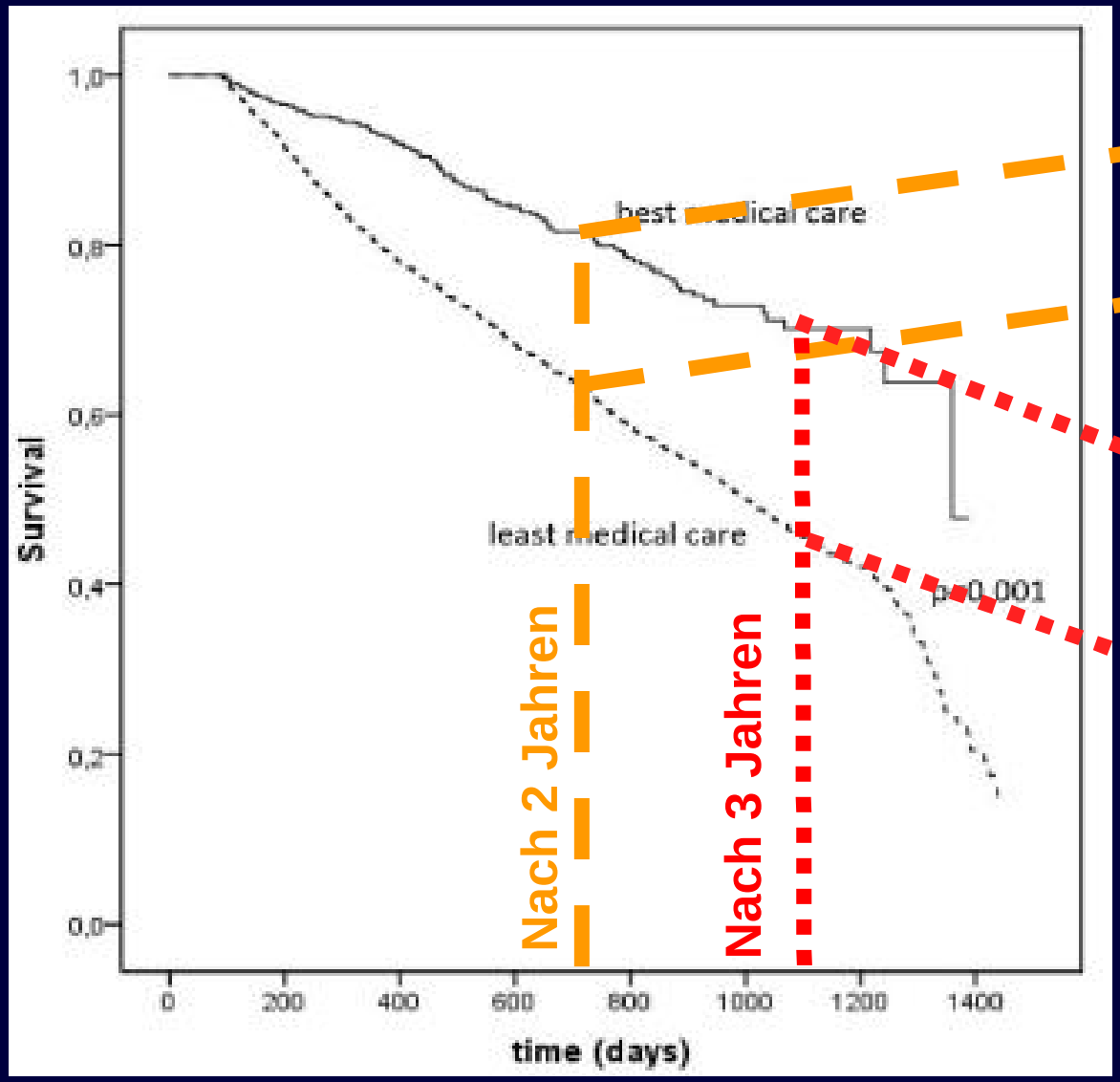
	placebo			Compliance-Prog. mit			ohne			Steuer/Beitragzahler		
Spitaltage	*50*	ú	25.000	*25*	ú	12.500	*40*	ú	20.000	ú	500	Kosten pro Spitalstag
Spitalsambulanz-Besuche	*25*	ú	2.250	*10*	ú	900	*20*	ú	1.800	ú	90	Kosten pro Ambulanzbesuch
Facharzt-Besuche	*25*	ú	1.750	*10*	ú	700	*20*	ú	1.400	ú	70	Kosten pro FA-Ordination
Hausarzt-Besuche	*20*	ú	700	*30*	ú	1.050	*20*	ú	700	ú	35	Kosten pro AM-Ordination
DGKP Tel.-Min.	*0*	ú	-	*1800*	ú	1.800	*0*	ú	-	ú	1	Kosten pro DGKP-Minute
Medikamente Tagesdosen	*0*	ú	-	*1800*	ú	9.000	*900*	ú	4.500	ú	5,0	Kosten pro Tagesdosis
		ú	29.700		ú	25.950	<>	ú	28.400	direkte Kosten		
Frühpension, Krankenstand in Jahren	*1*	ú	38.000	*0*	ú	-	*0,5*	ú	19.000	ú	38.000	Kosten f. verlorene Produktivität pro Jahr
		ú	67.700		ú	25.950	<>	ú	47.400	direkte + indirekte Kosten		
verlorene QALYs	*0,75*	ú	75.000	*0*	ú	-	*0,3*	ú	30.000	ú	100.000	"Kosten" für verlorenes QALY
		ú	142.700		ú	25.950	<>	ú	77.400	direkte + indirekte Kosten + verlorene QALYs		

Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen



Oder doch keine Milchmädchenrechnung ?

Von 100 Herzschwäche-Patienten sind tot



MIT Adherence
~ 20

OHNE Adherence
~ 35

MIT Adherence
~ 30

OHNE Adherence
~ 55

Es gibt etwa 200.000 Patienten

The influence of drug adherence and medical care on survival.ĚBest medical care = adherence to a combination of ACEI/ARB + ß-blocker + Ald.-Ant. (medication group 3) and mean medical service items per quarter of a year > 2.25; n=580 Least medical care = non-adherence to ACEI/ARB, BB, or AA (medication group 0) and mean medical service items per quarter of a year < 2.25; n=3922; Comparison between groups: p<0.001;

Quelle: Hauptverband: Unterlage zum Hintergrundgespräch ĂHerzinsuffizienzñ am 18. März 2013 nach M.Wolzt:ñInfluence of quality of primary care on outcome for heart failureñ

Von 100 Herzschwäche-Patienten sind tot

Best Medical Care: 580

Least Medical Care: 3.922

87% der bekannten Patienten sind schlecht versorgt, sie verlieren etwa 300.000 Lebensjahre pro Jahr

The influence of drug adherence and medical care on survival.ĚBest medical care = adherence to a combination of ACEI/ARB + ß-blocker + Ald.-Ant. (medication group 3) and mean medical service items per quarter of a year > 2.25; n=580 Least medical care = non-adherence to ACEI/ARB, BB, or AA (medication group 0) and mean medical service items per quarter of a year < 2.25; n=3922;

Quelle: Hauptverband: Unterlage zum Hintergrundgespräch ĂHerzinsuffizienzñ am 18. März 2013 nach M.Wolzt:ñInfluence of quality of primary care on outcome for heart failureñ

Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen

Gesundheitsökonomie - unbekannt oder ignoriert

ĂReformpool-Projektñ am LKH Krems

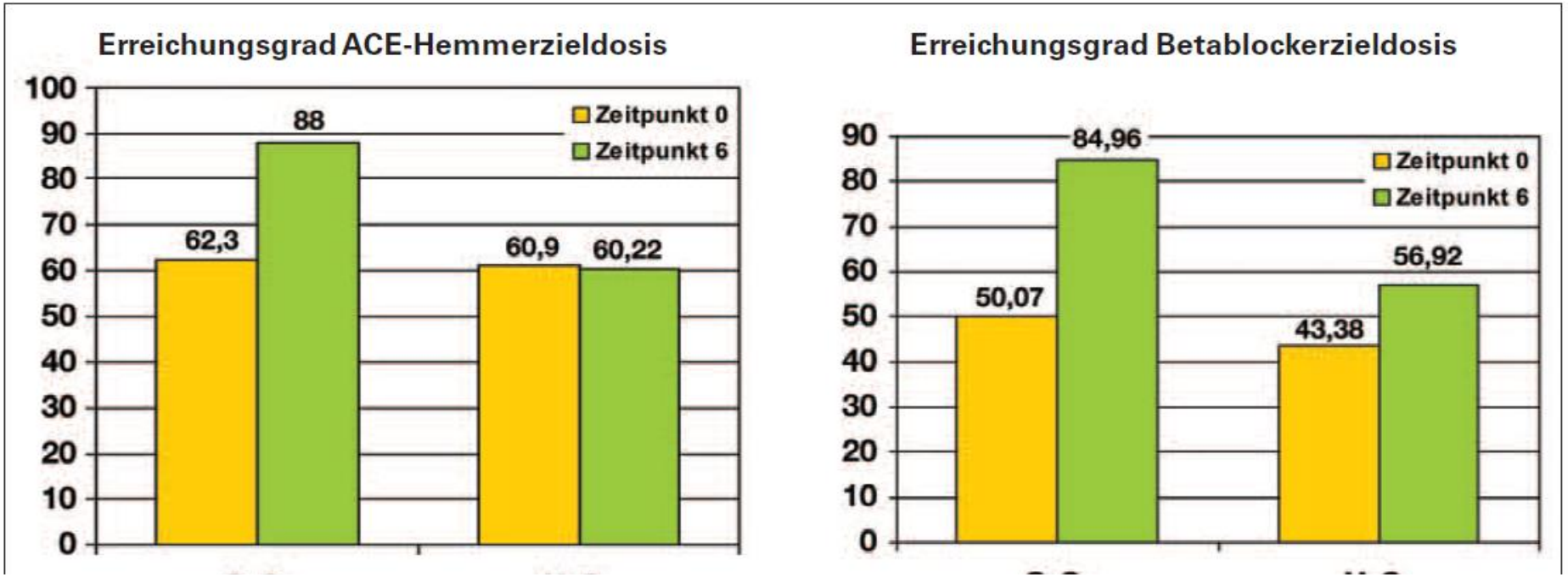
- 200 HI-Patienten in 2 Gruppen bei Spitalsentlassung randomisiert (Ăspecial careñ versus Ăusual careñ); November 2006-Juli 2008

Usual-care-Gruppe

- Entlassung mit Arztbrief mit den üblichen Empfehlungen zur Auftitrierung der HI-Therapie

Special-care-Gruppe

- Ausführliche Patientenschulung
- 2-wöchentlich Telefonanruf durch HI-Schwester
- 4-wöchentlich Ko in der HI-Ambulanz inkl. Med.-optimierung
- 3 und 6 Mo nach Entl: Ko HI-Amb. mit EKG, Labor, Echo, ev C/P



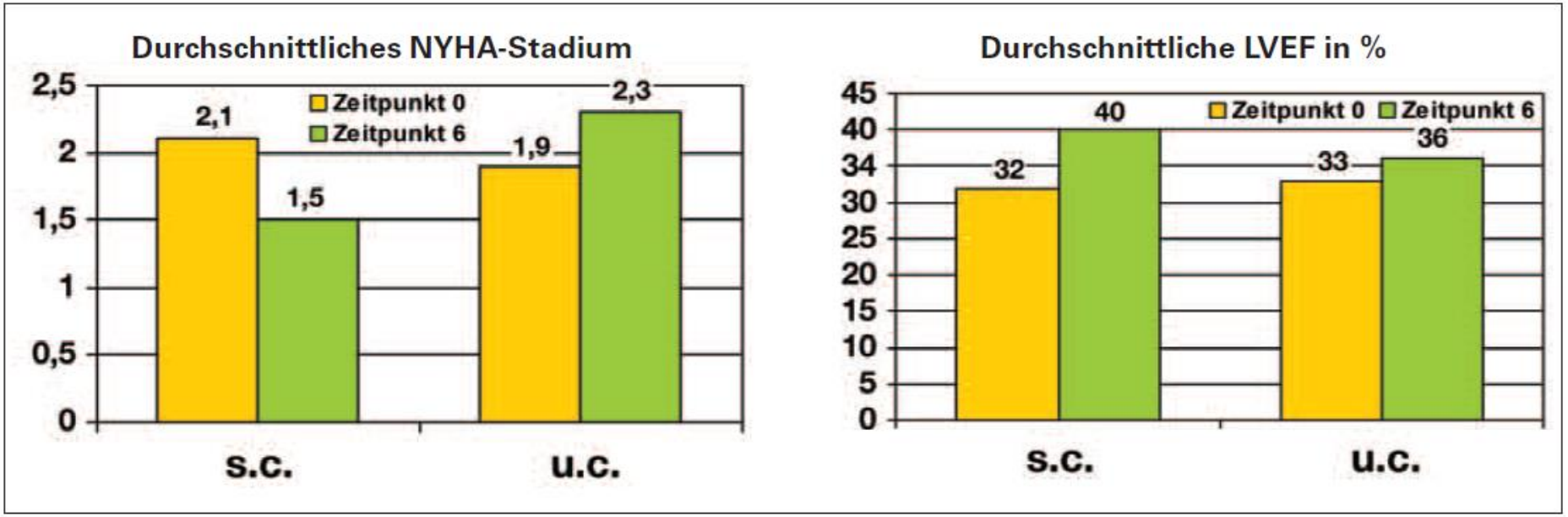


Abbildung 3: Entwicklung des durchschnittlichen NYHA-Stadiums sowie Verlauf der durchschnittlichen LVEF (in %) vor Beginn (Zeitpunkt 0) und nach Beendigung (Zeitpunkt 6) der Betreuungszeit in der Interventionsgruppe (s.c.) im Vergleich zur Kontrollgruppe (u.c.).

Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen

Gesundheitsökonomie - unbekannt oder ignoriert

ĂReformpool-Projektñ am LKH Krems

Bei Qualitätsverbesserung Kostenersparnis 193.574ú

- **Reduzierte Wiederaufnahmerate in der Ăspecial-careñ-Gruppe (0,5:1,45)**
- **Bei Wiederaufnahme um 2 Tage kürzere Aufenthaltsdauer**
- **Nicht miteingerechnet: Ersparnisse durch nach intensiver Betreuung nicht mehr notwendige Device-Implantation**

Die Ausrollung eines DMP scheitert an den Streitereien zwischen Ländern und Kassen

Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen

Danke für Ihre Aufmerksamkeit

Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen

Warum erschlägt die politische Ökonomie alles?

Die unstrukturierte ambulante Versorgung

Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen

IST-Situation ambulante Versorgung Österreich

Ambulante Versorgung

Spitalsambulanzen	Ambulatorien	Kassenärzte	Wahlärzte
10 KAG	10 KAG	ASVG / SoV (ca. 35 Kassen)	Ausbildungs-Ordnung
Angestellte Ärzte	Selbständige UND angestellte Ärzte	ĂScheinñselbständ. Ärzte	Selbständige Ärzte
Sachleistung	Sachleistung	Sachleistung	Ăfreier?ñ Markt
Ăkeinñ Katalog Ăkeine echteñ Honorierung?	14 Honorarkataloge	14 Honorarkataloge	

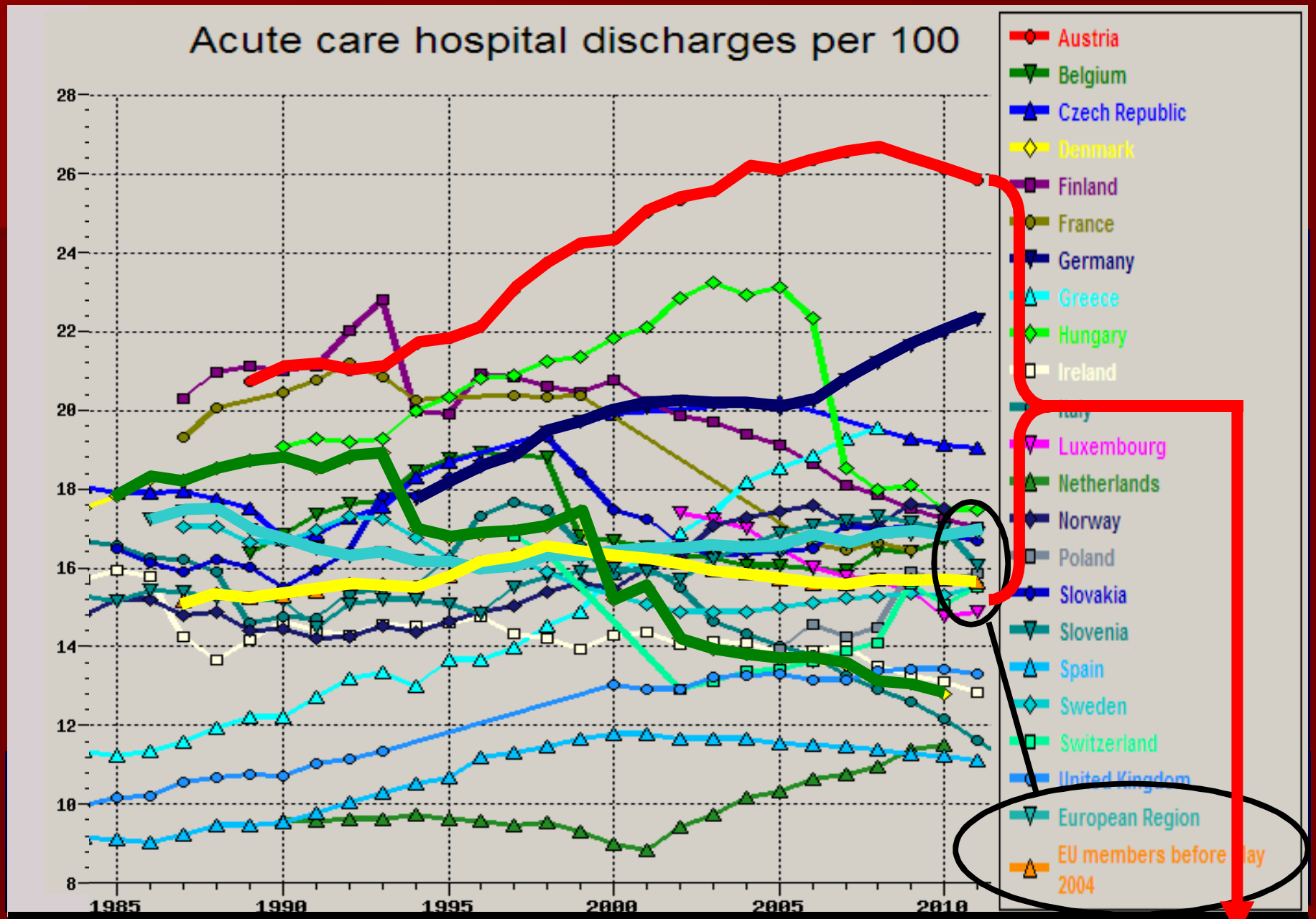
Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen

IST-Situation ambulante Versorgung Österreich

Ambulante Versorgung

Aufnahme-Stat.	PHC	Spitalsambulanzen	Ambulatorien	Kassenärzte	Wahlärzte
10 KAG	10 PHC-Gesetze?	10 KAG	10 KAG	ASVG / SoV	Ausbildungs-Ordnung
Angestellte Ärzte	Selbst. Ärzte?	Angestellte Ärzte	Selbständige UND Angestellte Ärzte	„schein“Selbständ. Ärzte	Selbständige Ärzte
Sachleistung	Sachleistung	Sachleistung	Sachleistung	Sachleistung	„freier?“ Markt
Ăkeinñ Katalog Ăkeine echteñ Honorierung?	Ăeigeneñ Kataloge?	„kein“ Katalog „keine echte“ Honorierung?	14 Honorarkataloge	14 Honorarkataloge	

Und alles mit völlig freiem Zugang und divergierenden Anreizen in der Folge, enorm hoher Hospitalisierung



900.000 Patienten sind (vermtl) gut behandelt, aber schlecht versorgt

ĂBevölkerungñ

Passt das System zu **modernen Versorgungskonzepten**?

Prim. — x00 Tsd.

Sek. — 6 Mio. (130 Mio.)

Amb. extra

Amb. intra — 7,5 Mio.

Stat. — 2,6 Mio.

Prä Kuration

1 Bund + ÖÄK

ca. 21 SV (+ x KFA)
+ 10 ÄK +Markt (Wahlärzte)

1 Bund + 9 Länder
+ x dzd. Träger

Amb.

Stat. — x0 Tsd.

Reha

PV + SV + Gewerk.

mob.

Amb.

Stat. — 450 Tsd.

Pflege

Patienten + Träger
+ Illegale

Amb/mob.

Stat. — X Tsd.

Pall

CHAOS

Pflichtsysteme zum Wohle des Patienten !?

PHC

PHC