



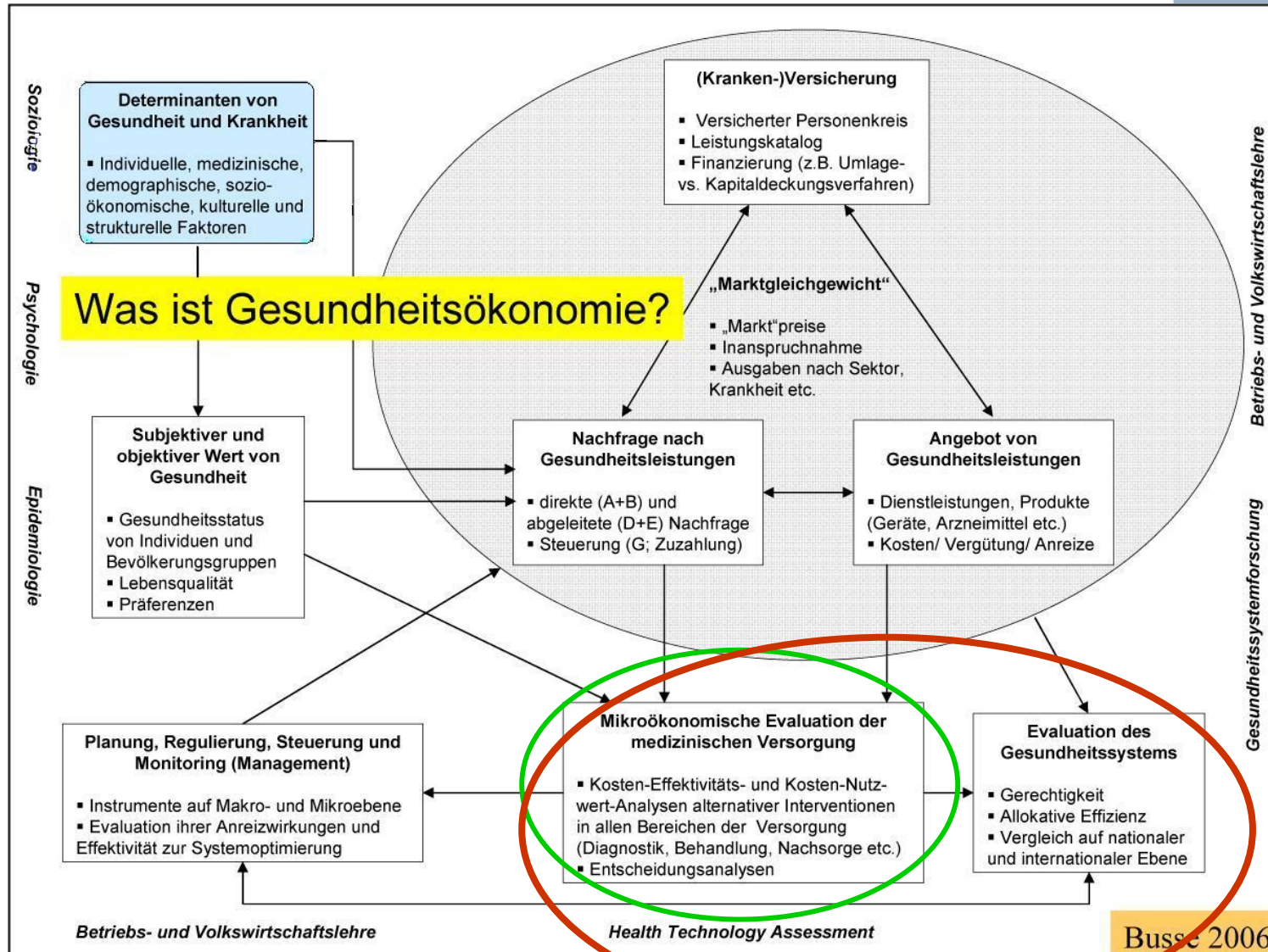
HTA aus der Perspektive der Gesundheitsökonomie

Ingrid Zechmeister



HTA und Gesundheitsökonomie

- „Wir bieten die wissenschaftliche Grundlage für Entscheidungen zu Gunsten eines **effizienten und angemessenen Ressourceneinsatzes**“ (Leitbild LBI-HTA)
- HTA ist „...a form of policy research that systematically examines short- and long-term consequences – in terms of **health and resources use** – of the application of a health technology“ (Henshall et al. 1997)



Häufige Sichtweisen

„Ich interessiere mich nicht für Gesundheitsökonomie, ich bin Arzt!“

Leben kann man nicht mit Geld aufwiegen

„Jede Behandlung, die mehr Nutzen als Schaden für PatientInnen bringt, soll bezahlt werden, egal was sie kostet“

„Wir haben kein Finanzierungsproblem. Wir hatten nie eine Kostenexplosion. Wir können uns das leisten. Es ist die Frage, ob wir das wollen. Österreich ist das drittreichste Land der EU“



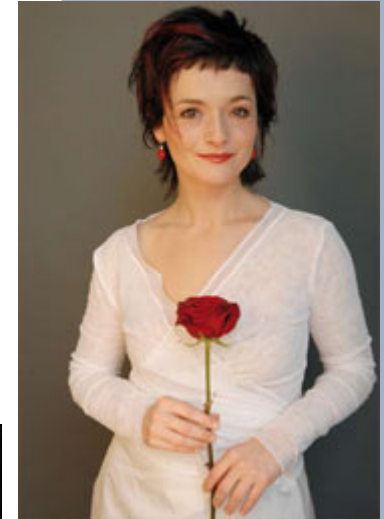


Argument Einzelschicksale „...das rettet aber Menschenleben“

„Mit Julia Stemberger hat die Initiative eine Frau gewonnen, die aus eigener Erfahrung weiß, was es heißt, mit der Diagnose Gebärmutterhalskrebs konfrontiert zu sein.“ „...fordert die Initiative neben Aufklärungsmaßnahmen auch die Möglichkeit der **kostenlosen Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs für alle Frauen und Mädchen.**“



„Cancer drug woman wins mums award“
A former nurse who battled to get Herceptin has been honoured for her achievement in forcing a change in government policy over the drug





Gegenthesen

- Ökonomie ignorieren ist „unethisch“, denn...
 - begrenzte Ressourcen: Finanzierung einer Leistung = „Nicht-Finanzierung“ einer anderen
 - betrifft genau so Menschenleben, aber weniger sichtbar
 - es geht um öffentliche Gelder, die sinnvoll einzusetzen sind
- Höhe der Ressourcen für Gesundheitswesen ist zwar politisch definiert und damit steigerbar, aber...
 - auch andere gesellschaftliche Bereiche sind zu finanzieren (Pflege, Bildung...)
 - Nachfrage wird langfristig Ressourcen übersteigen
- Lösung mit Intuition alleine ist nicht zufriedenstellend



Theoretisches Beispiel

(Burls 2008)

- Old Bore ®
- Kosten: €
100/Patient
- Heilt 10 von 20
- New Wonder ®
- Kosten: €
120/Patient
- Heilt 11 von 20



Annahme: Budget = € 2400

- Mit „Old Bore“ können 24 Patienten behandelt werden
- 12 profitieren
- Mit „New Wonder“ können 20 Patienten behandelt werden
- 11 profitieren



- **Klinische Perspektive**

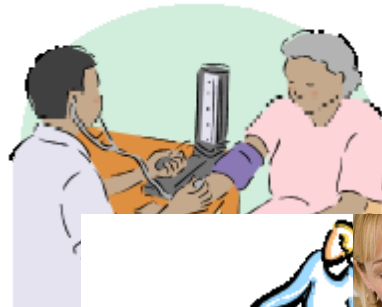
- Intervention einsetzen, wenn
 - wirksam
 - mehr Nutzen als Schaden

- **Gesundheitsökonomische Perspektive**

- Ressourcen so einsetzen, dass zur Gesundheit möglichst vieler beigetragen wird
- Unter Berücksichtigung von Verteilungswirkungen



Individuelle Ebene



Gesellschaftliche Ebene



Beispiel HPV-Impfung

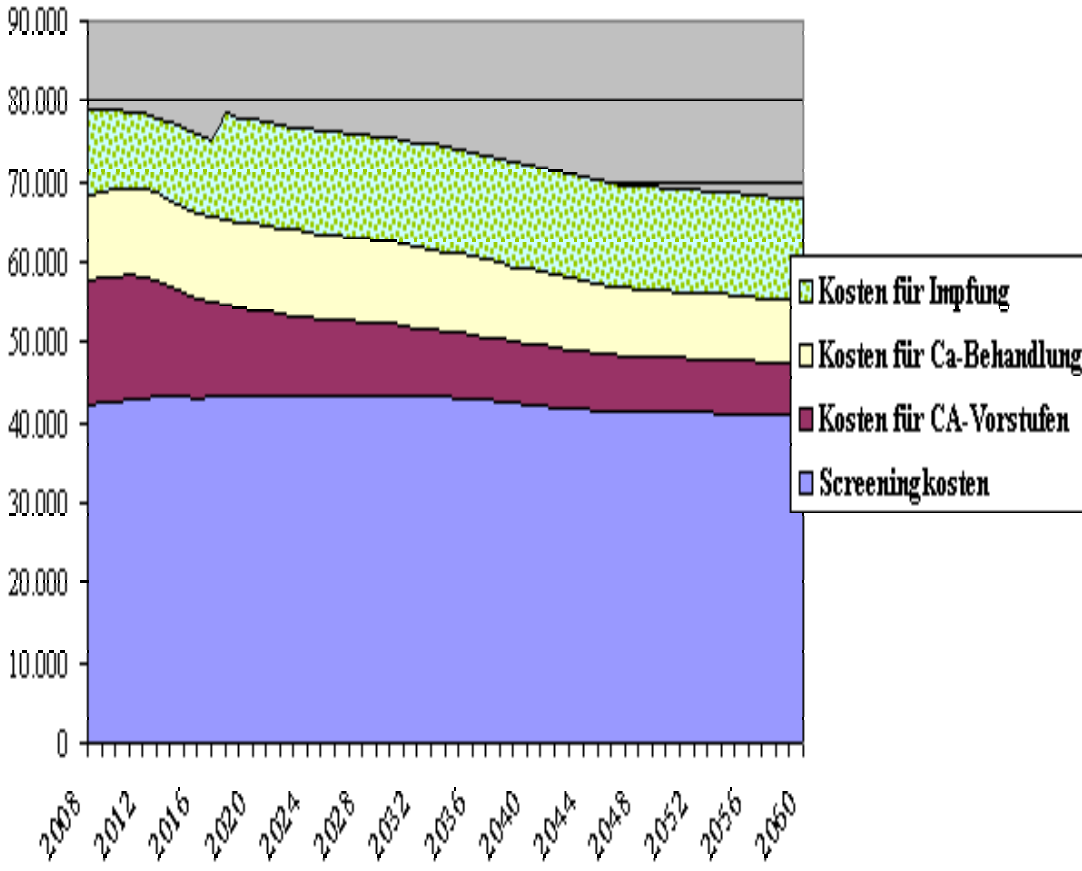


Ökonomische Evaluation

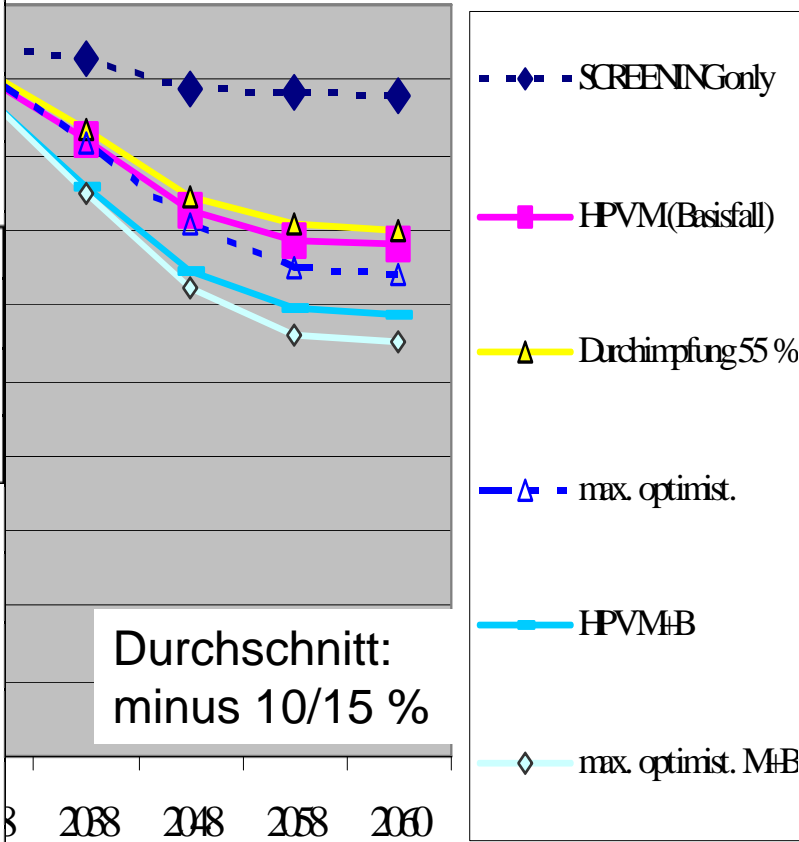
Zielparameter (Diskontierung 5 %)	SCREENING only	HPV M	Inkrement	HPV M+B	Inkrement
medizinische Outcomes					
Life years lost	34.370	32.381	-1.988	31.161	-1.220
LYG			1.988		1.220
Ökonomische Outcomes (in 1.000 €)					
Gesamtprogrammkosten direkt	1.347.711	1.474.929	127.217	1.854.390	379.461
Gesamtprogrammkosten indirekt	1.718.219	1.816.992	98.773	1.820.723	365.078
Kosteneffektivität direkte Kosten (in 1.000 €/LYG)			64		311
Kosteneffektivität direkte + indirekte Kosten (in 1.000 €/LYG)			50		299

Budgetfolgen und Gesundheitseffekte

Impfung 12-jähriger Mädchen (In 1.000 €)



minizidenz in verschiedenen Szenarien (2008 bis 2060)



Durchschnitt: minus 10/15 %



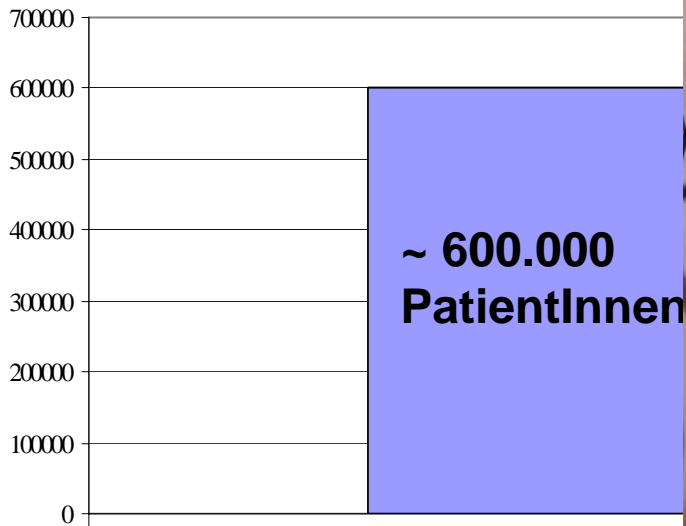
Beispiel Statine/1

Geschlecht	Alter	Zusätzliche Kosten	Zusätzliche QALYs	Kosten-Nutzwert Verhältnis (€/QALY)
Männer	45	7,877	0.34	23,217
	55	6,608	0.36	18,228
	65	5,360	0.37	14,400
	75	3,864	0.31	12,633
	85	2,376	0.21	11,366
Frauen	45	8,056	0.35	23,057
	55	6,894	0.39	17,800
	65	5,859	0.44	13,311
	75	3,944	0.29	13,803
	85	2,445	0.20	12,508



Beispiel Statine/2

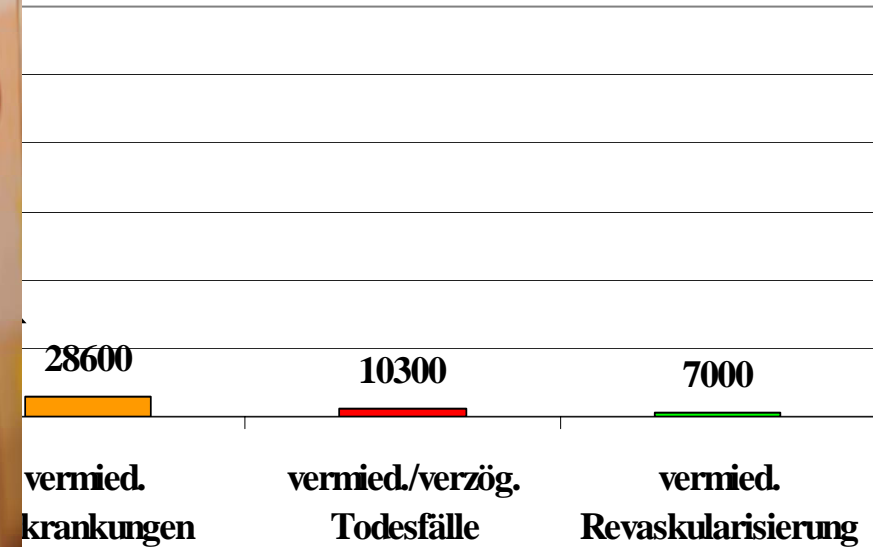
Geschätzte StatinpatientInnen 1



~ 600.000
PatientInnen

~ 700
Mio. €

Geschätzte Gesundheitseffekte durch Statine
1997-2007





Gesundheitsökonomie und HTA in Österreich

- Arzneimittel: Formale „4. Hürde“ ohne praktische Relevanz
- Andere Technologien höchstens sporadischer Einsatz
- Kein Diskurs zu Standards/Leitlinien
- Wenig qualifizierte WissenschaftlerInnen



Limitationen

- Entscheidung bleibt politisch
 - gesellschaftliche Zahlungsbereitschaft ist nicht wissenschaftlich ableitbar
- Unsicherheiten
 - Datenmängel
 - Langfristige Prognosen
- Verständnis/Kommunikationsprobleme
- Kein „neutrales“ Verfahren: Beinhaltet Werthaltungen
- Kein Instrument zur Definition der Höhe des Gesundheitsbudgets!



Schlussfolgerung

- Gesundheitsökonomie ist inhärenter Bestandteil von HTA
 - Ökonomische Evaluation alleine „zu enge Sichtweise“
 - Für Entscheidungsträger ökonomische Evaluation + Budgetfolgen + „Budget allocation“ relevant
 - Macht Größenordnungen sichtbar
- Beitrag zu
 - mehr Rationalität in Vergütungsentscheidungen
 - nachhaltige Finanzierbarkeit eines solidarischen Gesundheitssystems
- Methoden haben Grenzen
 - Transparenz!
- In Österreich Nachholbedarf!



„Neither science nor economics will resolve the pain of choice. The best we can hope for is to strive to improve the process by which we reach the decision“ (Rudolf Klein)



Vielen Dank!