

Gesundheitspersonal: Scheinwerfer auf ALLE, jetzt

Maria M. Hofmarcher-Holzhacker

<http://www.healthsystemintelligence.eu>

<http://austrianhealthacademy.at>

Gesundheitswirtschaftskongress

22.6.- 23.6. 2023

Agenda

- Was wir wissen
- Was wir zu wenig wissen
- Wo wir hinschauen sollten

Was wir wissen (1)

- Gesundheit ist eine „Frauenbranche“
- Angebot von ÄrztInnen ist in Österreich top
- Angebot von PflegerInnen und Hebammen unterdurchschnittlich und stagnierend
- Ausbildung ist medizin-lastig
- Die Kassenmedizin ist männlich und rückläufig
- Die KassenVERSORGUNG stagniert auch, oder hinkt hinter dem Bedarf nach, Stichwort: psychosoziale Versorgung
- Die Pflege außerhalb von Krankenanstalten ist unterentwickelt
- Die informelle Pflege ist gegenüber 2014 zurückgegangen, insbesondere von Männern

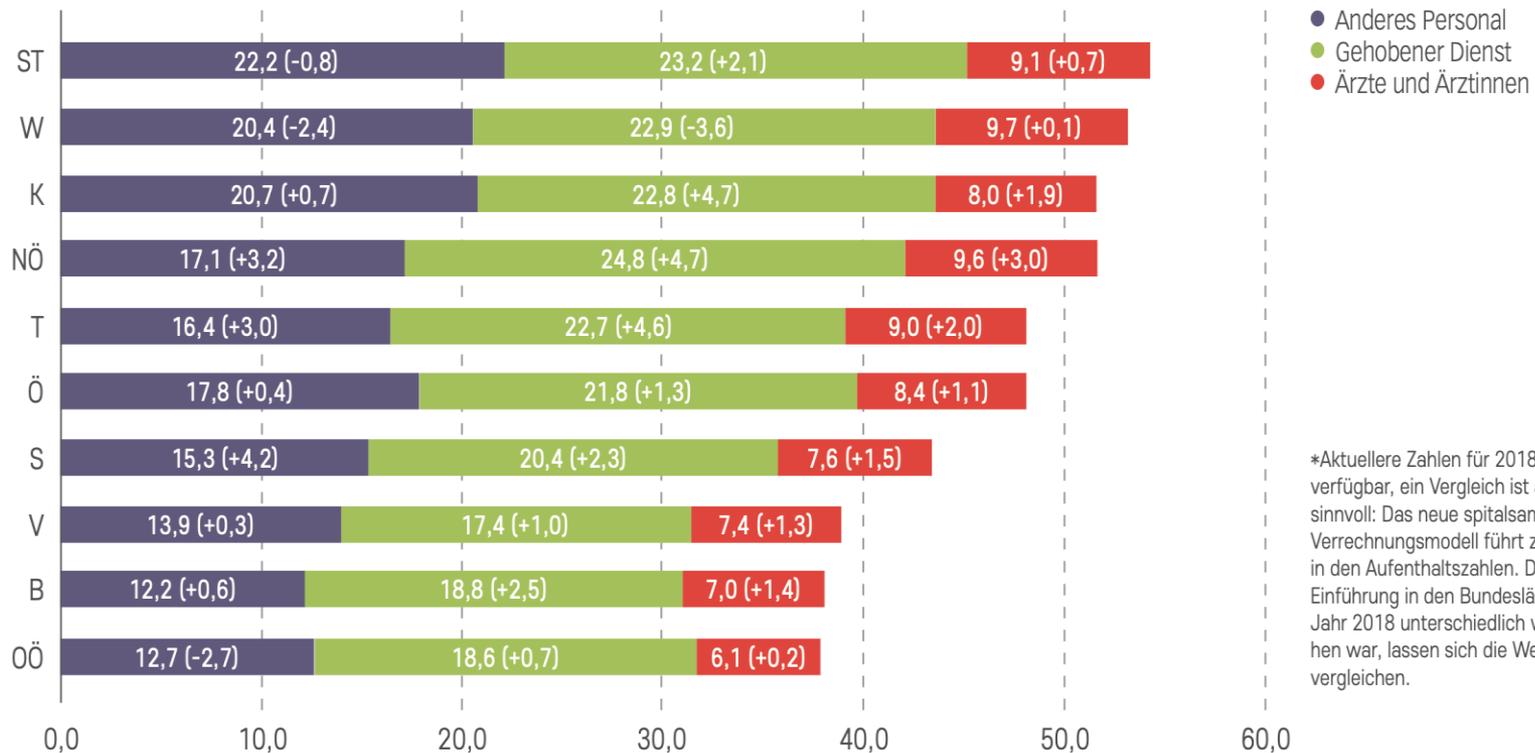
Was wir wissen (2)

- Die Lebenserwartung steigt, damit die Nachfrage
 - 2030 werden 11 % der Menschen 75 Jahre und älter sein
- Die Nachfrage und das Gesundheitsverhalten zwischen Bevölkerungsgruppen unterscheiden sich stark, Stichwort: MigrantInnen
- Die gesunde Lebenserwartung ist im internationalen Vergleich gering, gegeben das hohe Ausgabenniveau
- Es gibt große, unerklärte Unterschiede der gesunden Lebenserwartung zwischen den Bundesländern und zwischen Männern und Frauen
- Der technische Fortschritt führt zu mehr Nachfrage, Stichworte: Behandlung&Digitalisierung, Medikamente
- Die Ansprüche nach mehr Zeit und Zuwendung durch Kassenversorgung steigen

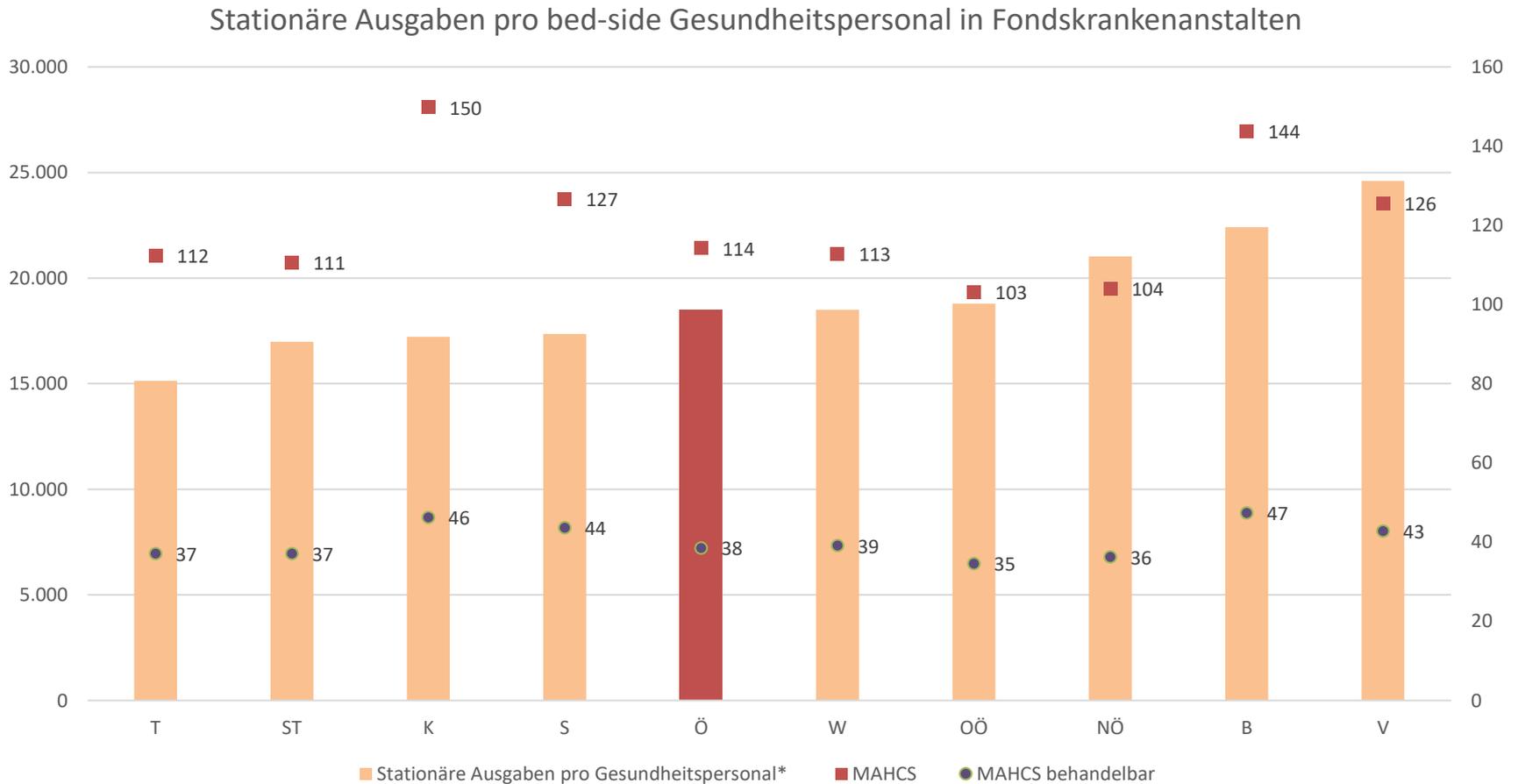
Was wir wissen (3)

Proxy für Arbeitsproduktivität in den Krankenanstalten zeigt große Unterschiede ?!?

Personal je 1.000 stationäre Aufenthalte 2017 in Vollzeitäquivalenten (Veränderung zu 2007 in Klammern)



Was wir wissen (4): Stationäre Kosten hängen nicht mit Ergebnissen zusammen !?!



*ÄrztInnen, Gehobener Dienst, Anderes Personal in VZÄ

Quelle: HS&I Fact Book 2020, Statistik Austria, eigene Berechnungen

Was wir wissen (4a):

Vermeidbare Sterblichkeit ist in einigen Regionen bedenklich hoch

Vermeidbare Sterblichkeit vor 75 (MAHCS) 2018, je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert

	Ö	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Vermeidbar (gesamt)	114	144	150	104	103	127	111	112	126	113
durch Prävention	76	96	104	68	69	83	73	75	83	74
	Ö	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Infektiöse Krankheiten	3	2	3	2	2	3	2	2	1	4
Neubildungen	31	47	40	28	28	36	31	34	42	27
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	6	8	8	5	5	4	5	5	3	6
Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems	26	37	35	23	23	32	25	25	29	24
Krankheiten der Atmungsorgane	9	14	12	8	8	11	8	9	12	11
Verletzungen (inkl. Suizide)	22	18	28	21	22	22	24	21	19	19
Todesfälle im Zusammenhang mit Alkohol und Drogen	12	13	17	10	10	11	10	12	14	14

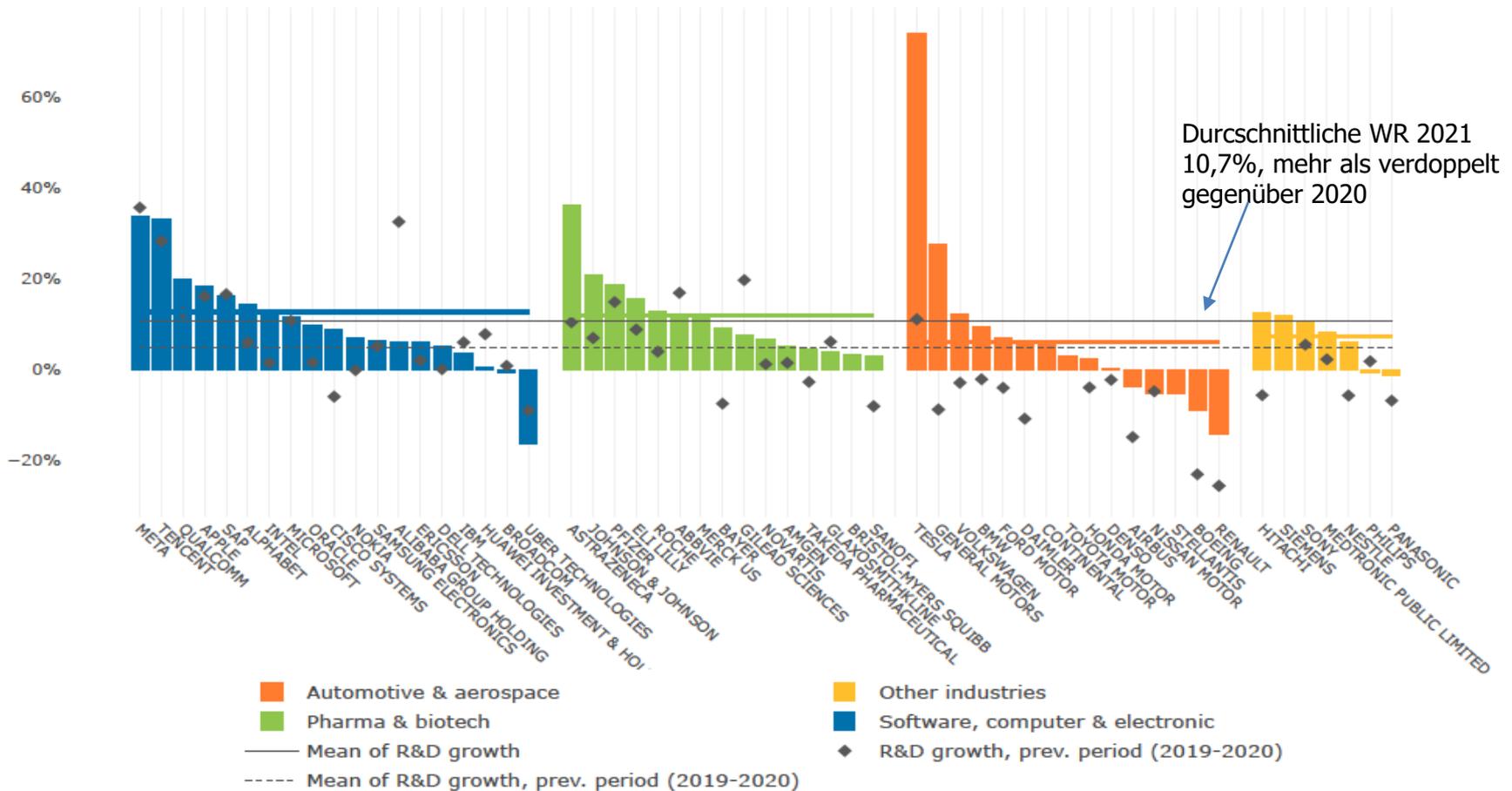
Quelle: HS&I Fact Book 2020, Statistik Austria

- 10.069 oder 12 % aller Todesfälle (83.975) waren in Österreich laut OECD-Definition vermeidbar.
- Mehr Prävention könnte die Qualität der Versorgung deutlich fördern, im internationalen Vergleich fällt Österreich in dieser Kategorie einige Plätze zurück.
- Schwankungsbreiten ergeben sich vermutlich durch unterschiedliche Ausgaben für Behandlung und Risikofaktoren der Gesundheit, mehr Forschung ist erforderlich.

Was wir wissen (5):

IKT- und die Pharmabranche sind Wachstumstreiber

Reported R&D growth between 2020 and 2021 (calendar year)



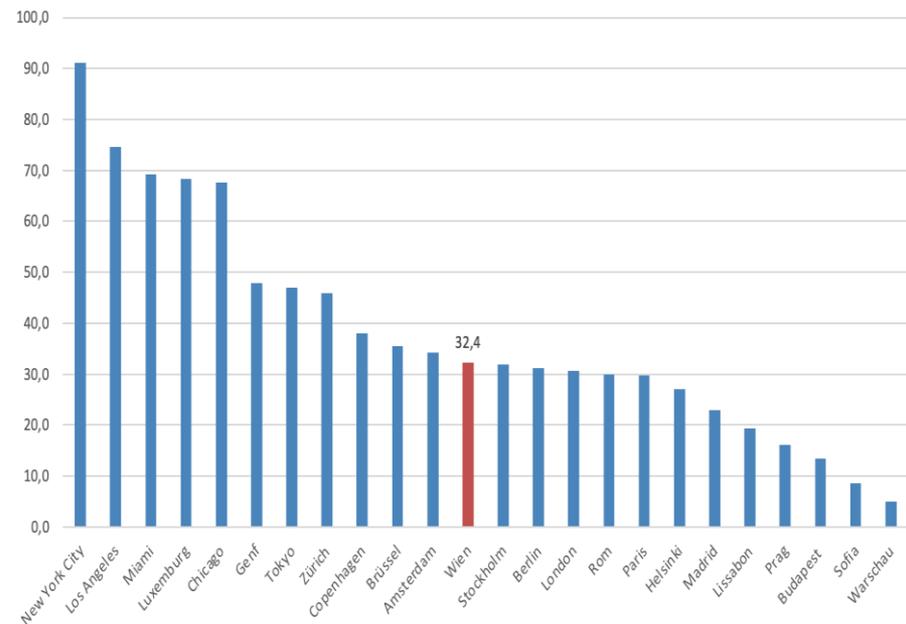
Source: OECD Short-term Financial Tracker of Business R&D (SwiFTBeRD) dashboard, <https://oecd-main.shinyapps.io/swiftberd/>.

Was wir wissen (6): Gesundheit ist ein Jobmotor, die Gehälter für Pflege (Wien) im schwachen Mittelfeld

	Erwerbstätige, Tausend Personen			Arbeitsvolumen, Mio. Stunden		
	Gesundheits- und Sozialwesen <Q>	GESAMT	Q in % GESAMT	Gesundheits- und Sozialwesen <Q>	GESAMT	Q in % GESAMT
2015	420,6	4148,4	10,1	577,9	6654,3	8,7
2016	435,5	4220,4	10,3	607,8	6811,6	8,9
2017	452,7	4260,3	10,6	634,3	6813,7	9,3
2018	459,0	4319,0	10,6	634,2	6905,4	9,2
2019	468,9	4355,1	10,8	659,1	7021,7	9,4
2020	466,4	4296,8	10,9	621,9	6374,4	9,8
2021	480,0	4306,3	11,1	652,9	6620,0	9,9
2022	496,3	4442,6	11,2	653,7	6821,6	9,6
% Veränderung	18,0	7,1		13,1	2,5	

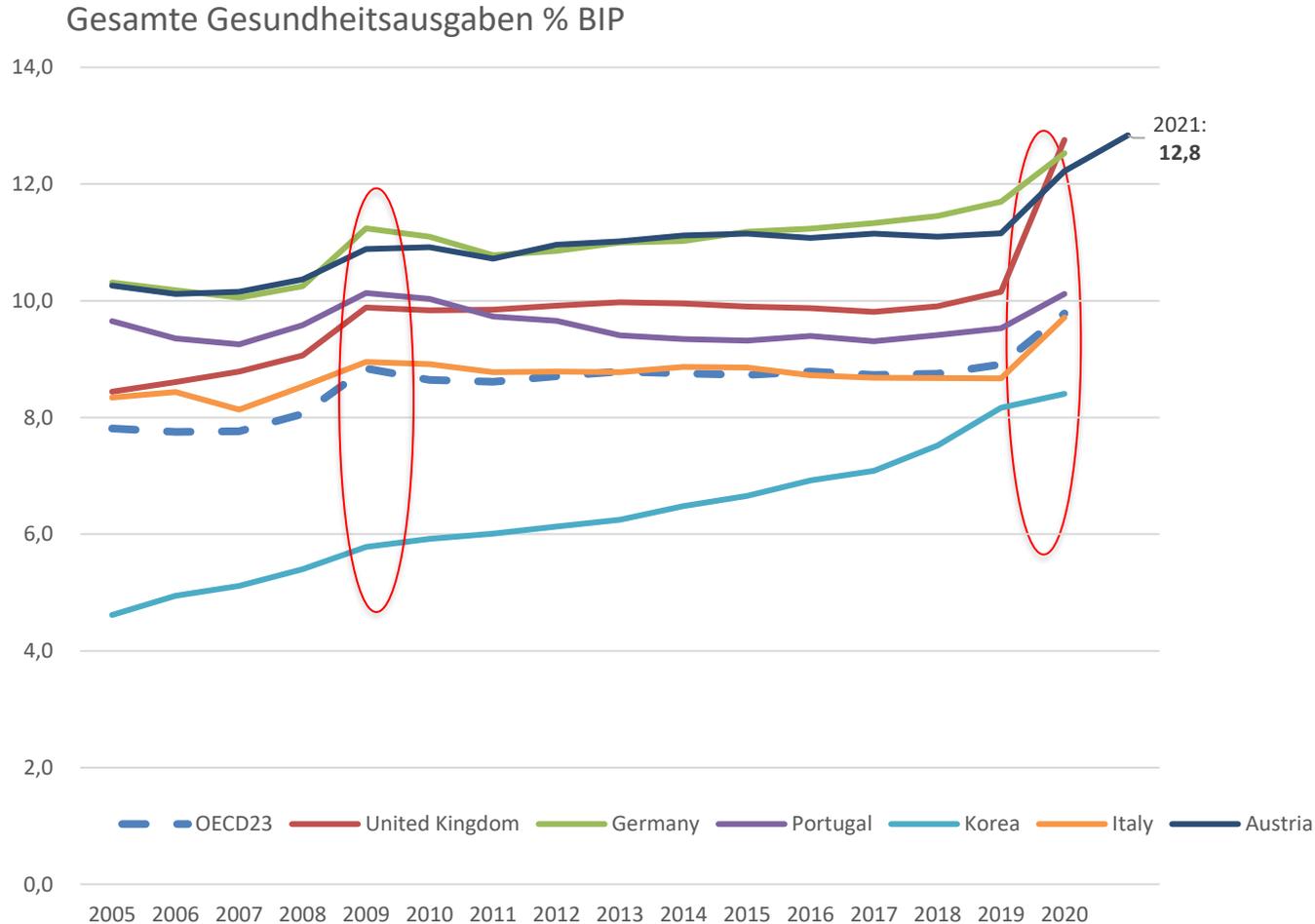
Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung
Jahresdaten, ÖNACE 2008, eigene Berechnungen und Darstellung

Jahresbruttoeinkommen 2015 für Krankenpflege im Verhältnis zu den Lebenskosten
(EU-28=100, in 1000 Euro)



Quelle: Preise und Löhne 2015. UBS Zürich, 2015, 44 S., EuroSTAT Nov. 2015, eigene Berechnung

Was wir wissen (7): Die (hohen) Ausgaben sichern Einkommen, die Bezahlung der Leistungen ist fragmentiert



2020

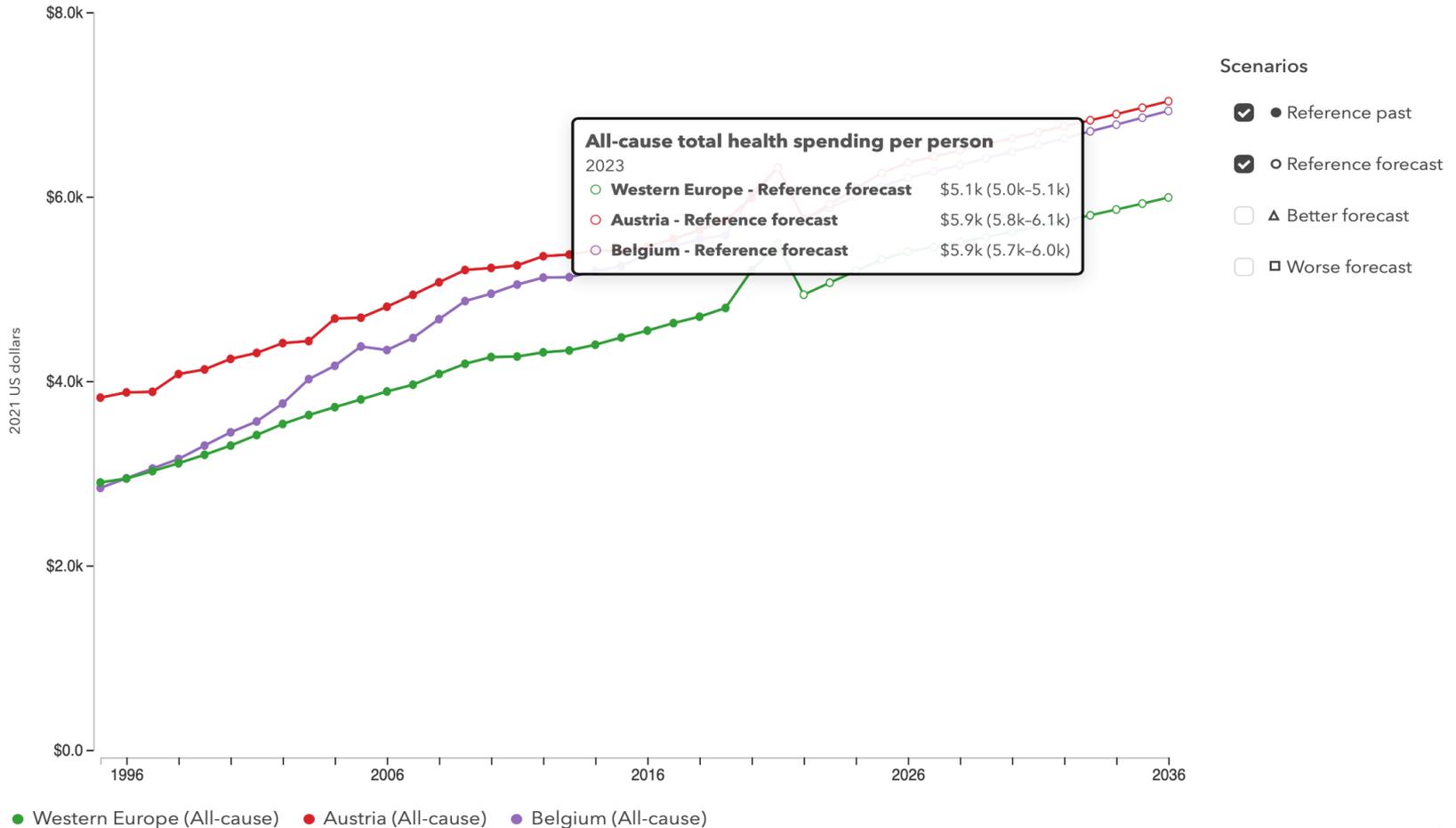
Öffentliche COVID-19 Ausgaben: 1,42 Mrd. Euro identifiziert²

- Schutzausrüstung
- Testungen
- Contact-Tracing
- Hotline 1450
- Barackenspitäler
- Medienkampagnen

Quelle: Health at a Glance 2021 - © OECD 2022, Statistik Austria 2021 Schnellschätzung

Was wir wissen (7a): Die Ausgaben werden stärker steigen als in vergleichbaren Ländern

All-cause, total health spending, Spending per person, 1995-2036

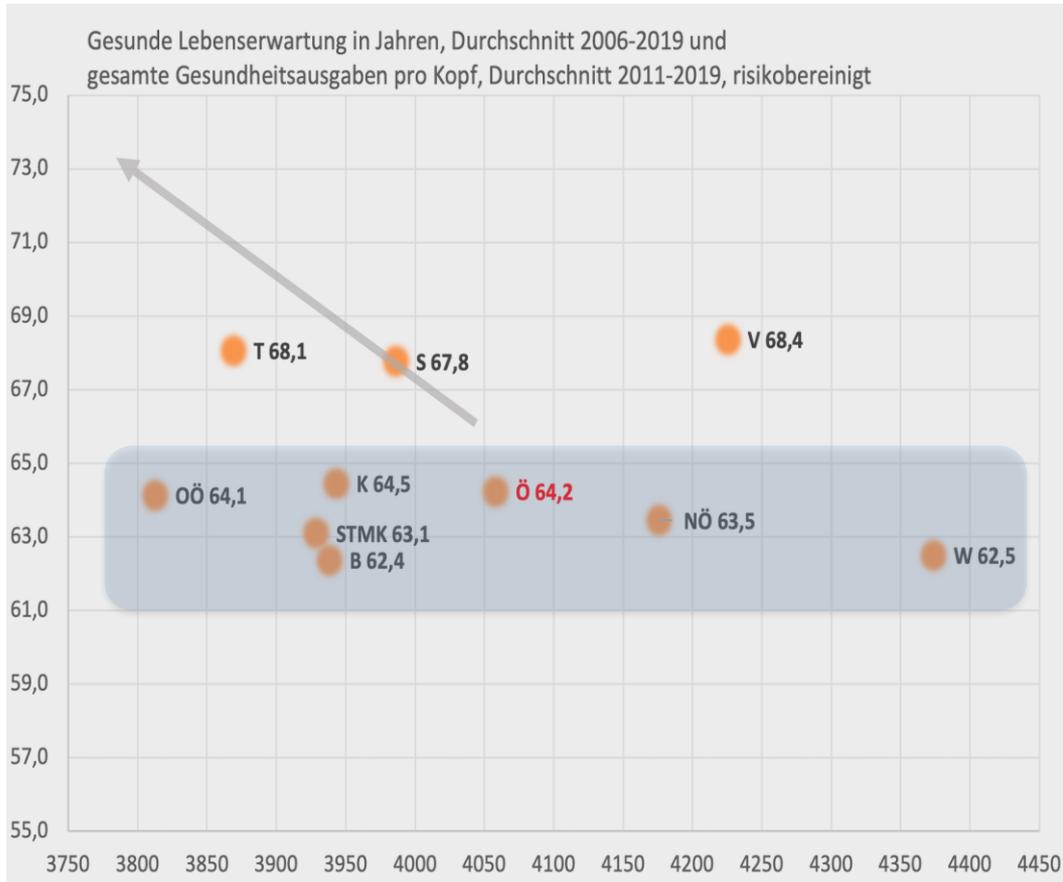


Agenda

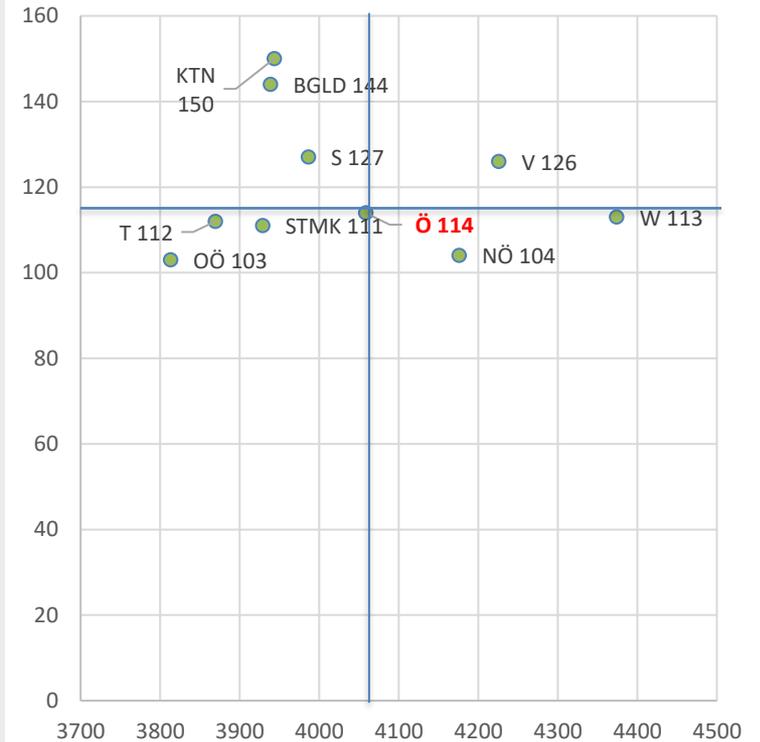
- Was wir wissen
- Was wir zu wenig wissen
- Wo wir hinschauen sollten

Was wir zu wenig wissen:

Wie tanzen Ausgaben und Systemergebnisse miteinander und warum streuen die Ausgaben stark?



Vermeidbare Sterblichkeit vor 75, je 100 000 EW 2018, altersstandardisiert und gesamte Gesundheitsausgaben pro Kopf 2011-2019, risikobereinigt



Quelle: Statistik Austria, HS&I Fact Book 2020, HS&I-eigene Berechnungen und Darstellung

Was wir zu wenig wissen:

Wie hängt die Steuerung mit der Leistungskraft zusammen ?



Das Wappen des italienischen Adelsgeschlechts der Borromäer enthält eine Anordnung von drei ineinander greifenden Ringen, die nicht auseinander gezogen werden können, aber keine verbundenen Paare enthalten.

Alle gehen allein, und fühlen sich als einsame Meister ?!

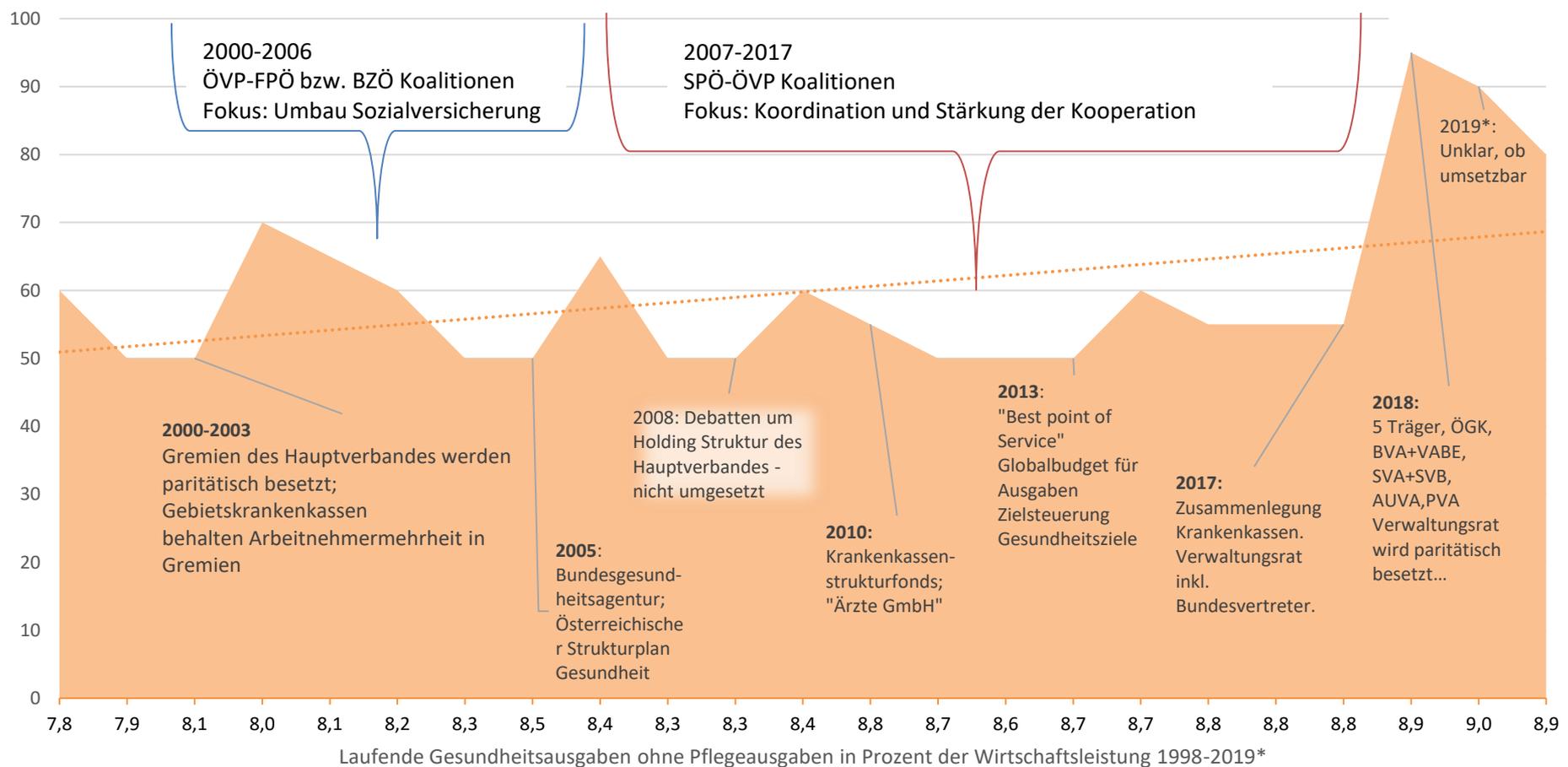


Otto Robert Nowak, "Der einsame Meister" (Beethoven auf einem Spaziergang in der Nähe Wiens), 1908, Wien Museum

Es gab immer wieder Bemühungen das Miteinander zu stärken, mit Ausnahmen und mäßig erfolgreich

Grad des Umbaus und Schlüsselreformen

100=Kassenlandschaft vollständig umgebaut, $50 \leq x \leq 100$ =Straffung der Steuerung am Status quo

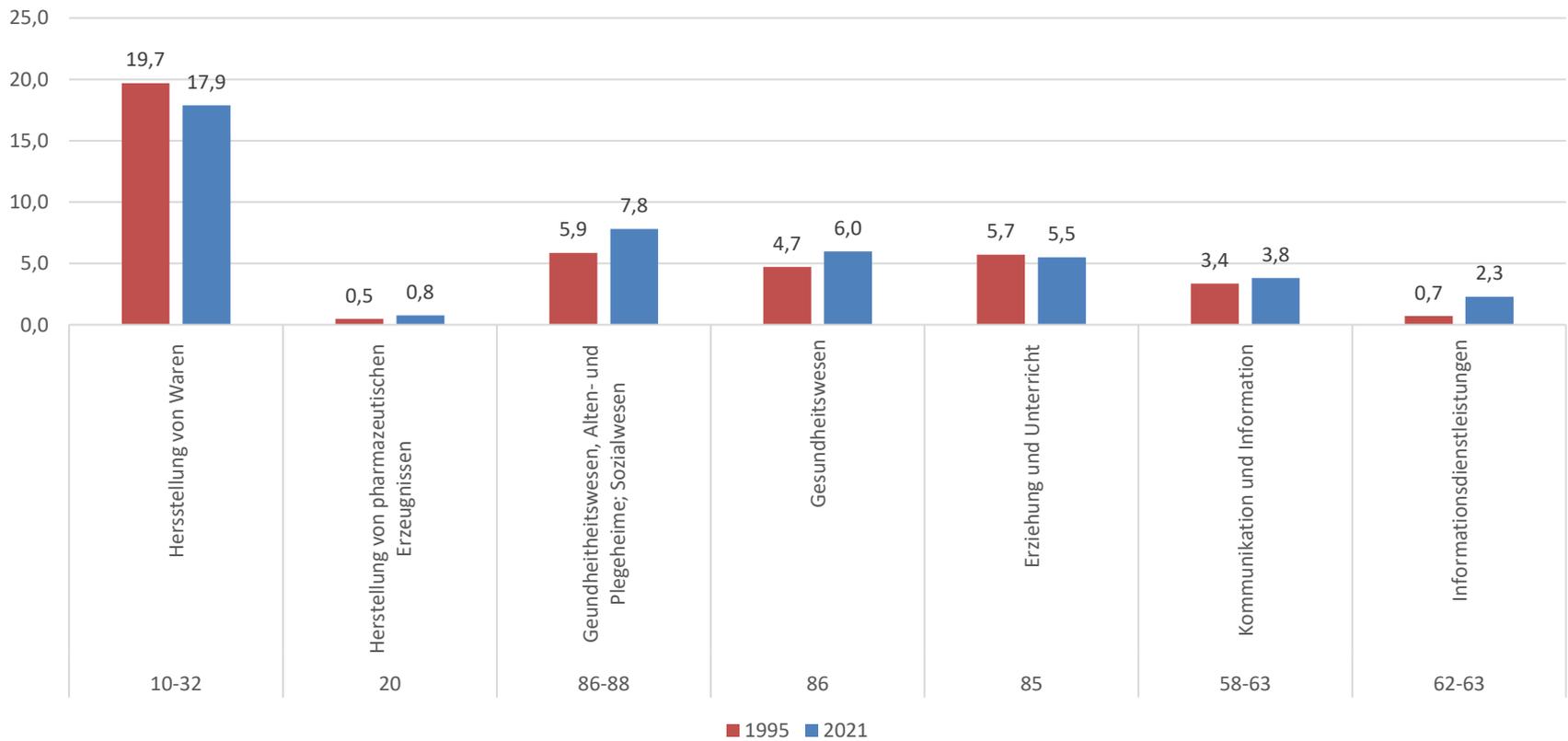


Agenda

- Was wir wissen
- Was wir zu wenig wissen
- Wo wir hinschauen sollten

Wertschöpfungsbeitrag Gesundheit+ (Q) kompensiert Rückgang in anderen Bereichen

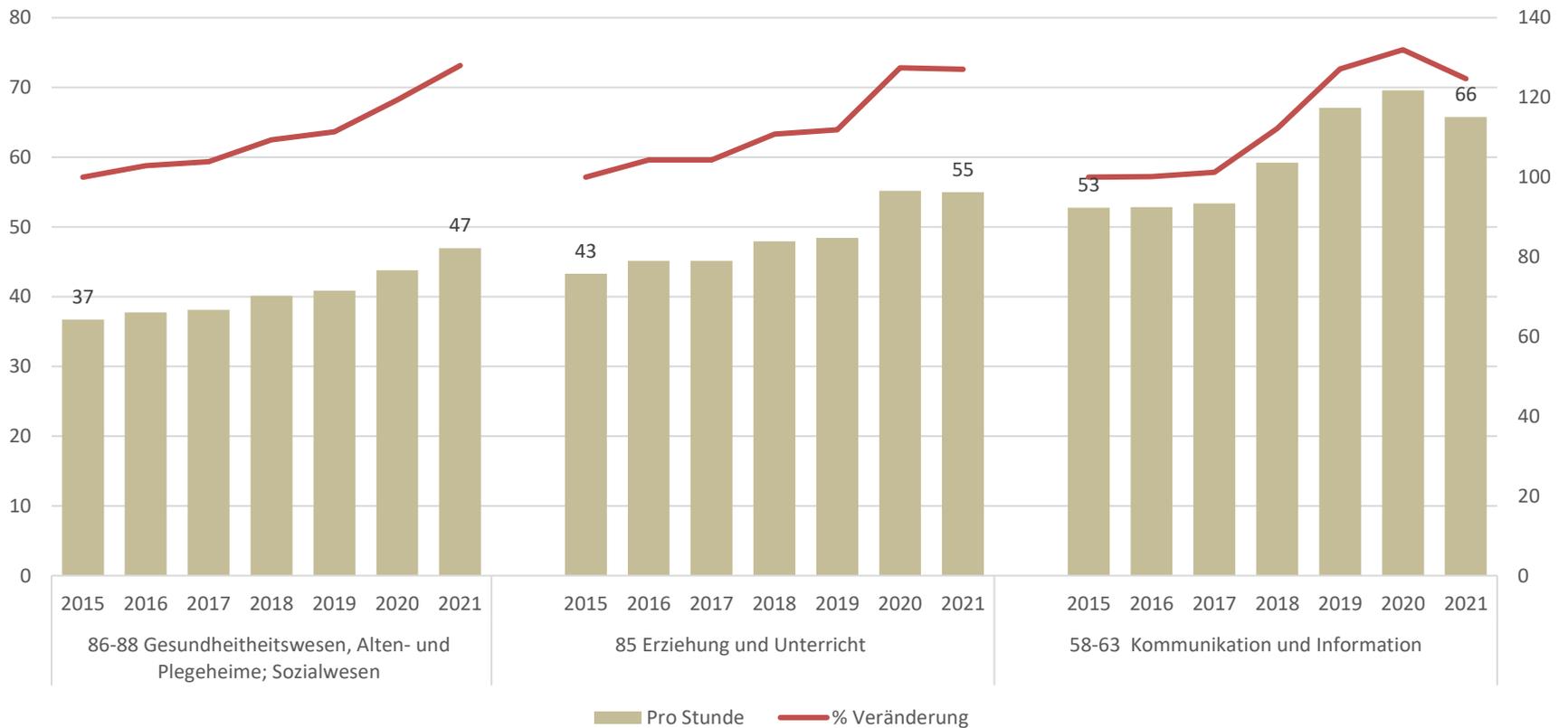
Bruttowertschöpfung zu Herstellungspreisen nach ÖNACE-Abteilungen, laufende Preise,
in % von Gesamt



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, eigene Berechnungen und Darstellung

Produktivität in Q holt auf, ausgehend von einem geringeren Niveau

Bruttowertschöpfung **pro Stunde** zu Herstellungspreisen nach ÖNACE-Abteilungen, verkettete Volumenindizes. 2015=100

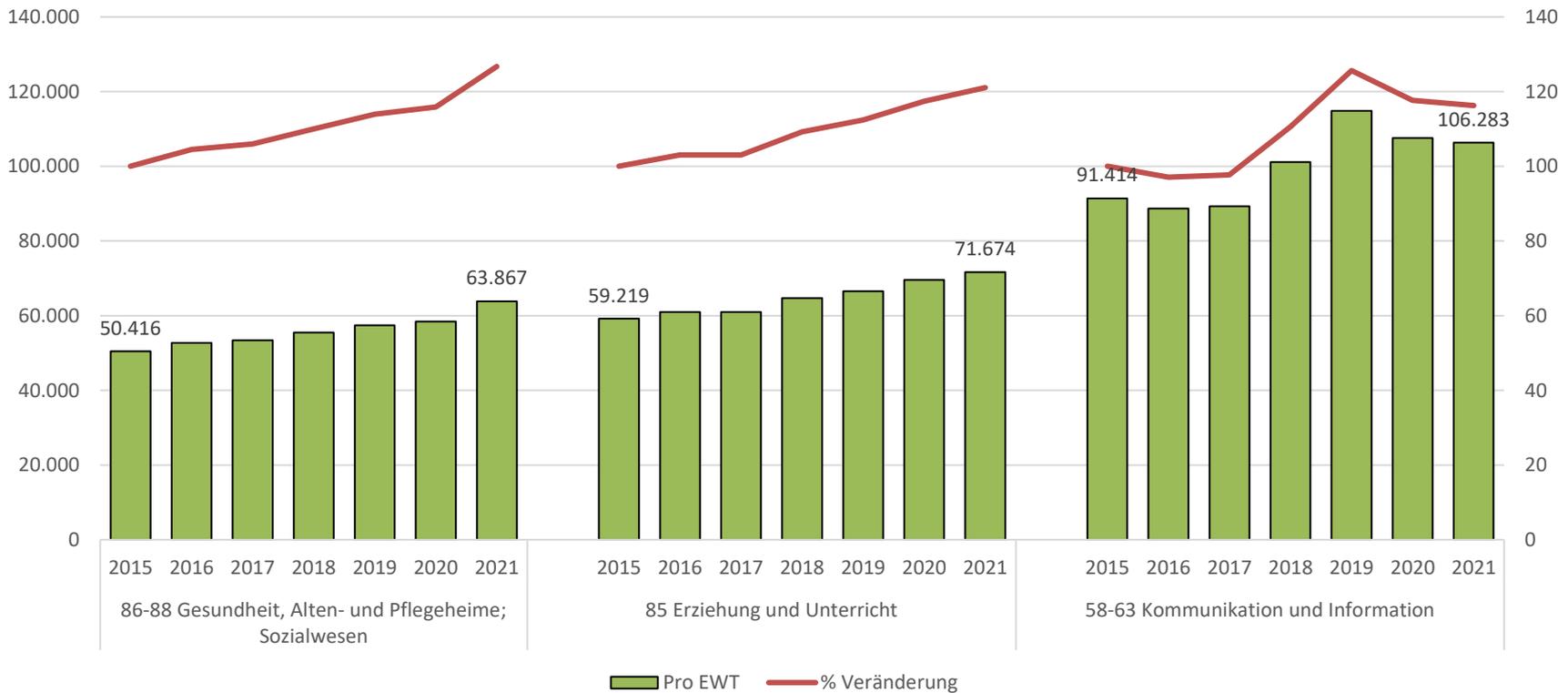


Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung Jahresdaten, Arbeitsvolumen eigene Berechnungen und Darstellung

Niveau der Wertschöpfung in Q ist geringer Lohnabschlüsse?, Frauenmalus? Wachstum im Vergleich dynamischer

Einkommenslücke zwischen Vollzeit beschäftigten Menschen in der Metallbranche (13% Frauen) und Gesundheitswesen (64% Frauen) betrug 2021 selbst nach Anpassung der Bruttojahresverdienste im Gesundheitswesen an die Metallabschlüsse (ca 3.300 EUR) noch immer 1.800 EUR

Bruttowertschöpfung zu Herstellungspreisen **pro Erwerbstätige (EWT)**, nach ÖNACE-Abteilungen, verkettete Volumenindizes, 2015 = 100

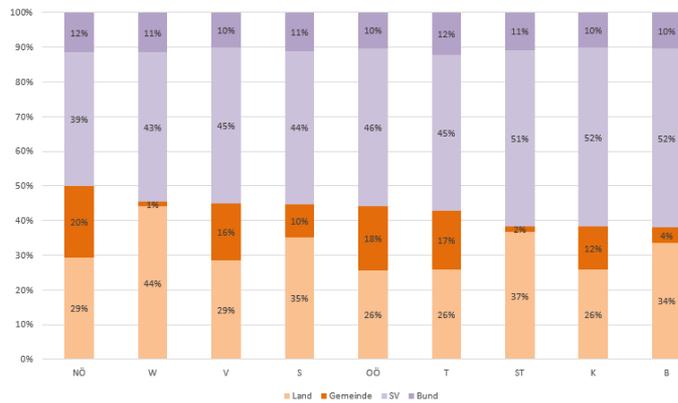


Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung Jahresdaten, Personen in ÖNACE 2008, eigene Berechnungen und Darstellung

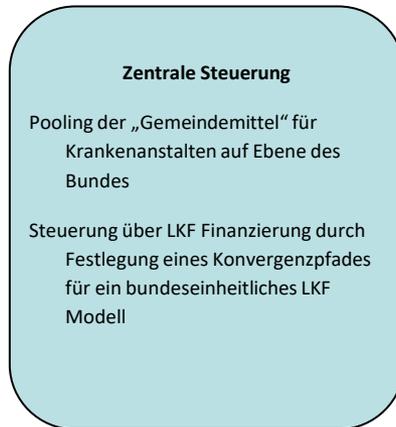
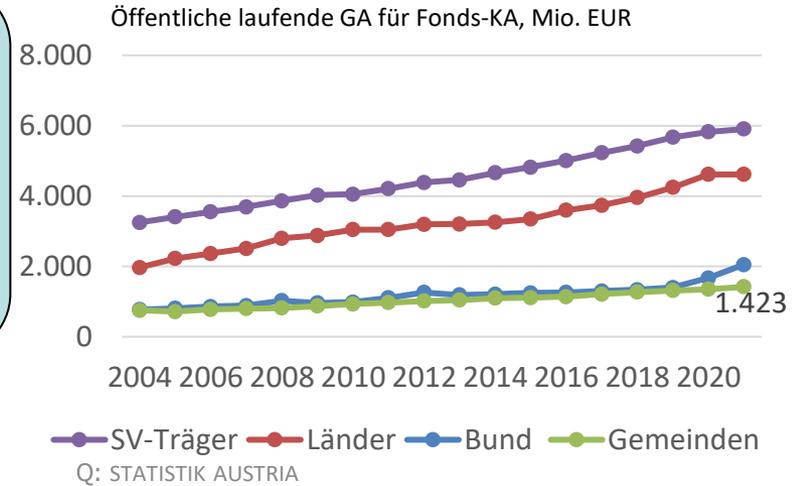
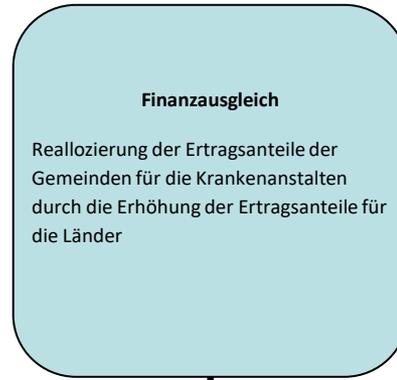
Aufgabenorientierung: Straffung der Finanzierung der Krankenanstalten über den Finanzausgleich

Dezentrale Zentralisierung („Gemeindemodell“)

Finanzierungsträger in Fonds-Krankenanstalten, stationär 2019

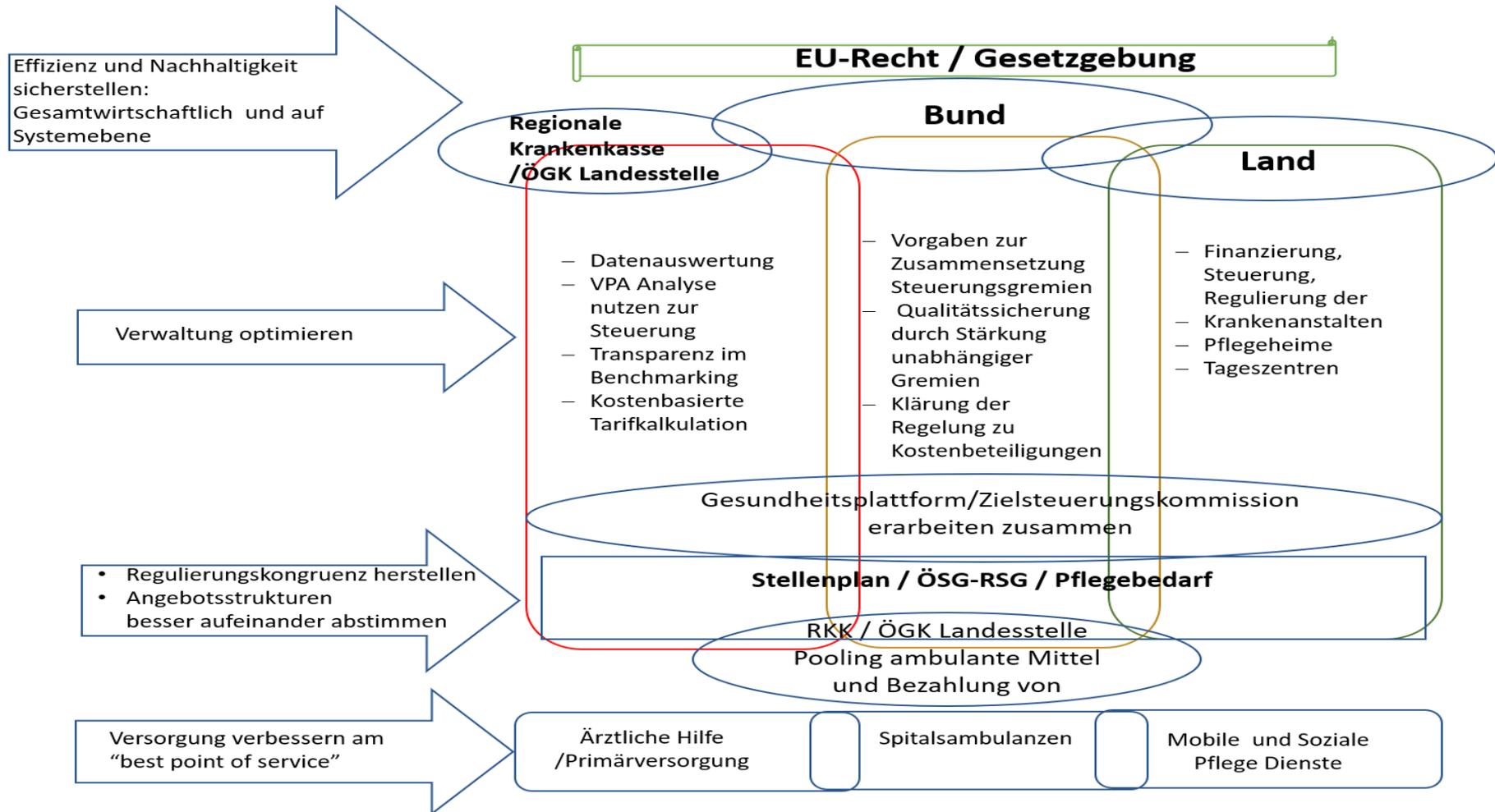


Quelle: Statistik Austria 2019, eigene Berechnungen



Quelle: HS&I-eigene Zusammenstellung

Optimierung ambulante Versorgung durch Schulterschluss Bund / KV- Dachverband – Vorgaben für Mittelpooling ambulanter Sektor - Ausschüttung regional auf Basis abgestimmter Pläne zwischen KV- Landesstellen und Länder



Ziel: bessere Dotierung des ambulanten Sektor

Ambulanztöpfe der Bundesländer

"Ambulanztopf"	Gesamt	Ambulant*	Spitals-ambulant**	Pflege zu Hause***
Ö	8 151 100%	5 159 63%	2 559 31%	433 5%
B	230 100%	171 74%	47 21%	12 5%
K	530 100%	319 60%	178 34%	32 6%
NÖ	1 475 100%	1 032 70%	367 25%	76 5%
OÖ	1 208 100%	796 66%	371 31%	40 3%
S	521 100%	318 61%	179 34%	23 4%
ST	1 121 100%	711 63%	360 32%	51 5%
T	673 100%	437 65%	201 30%	35 5%
V	318 100%	231 73%	72 23%	15 5%
W	2 076 100%	1 145 55%	783 38%	149 7%

...ermöglichen u.a. abgestimmte Planung von Ressourcen und koordinierte Versorgung chronisch Kranker Menschen.

* Öffentliche Ausgaben für ambulante Versorgung (HC.1.3/HC.2.3 x HF.1-HF.3) exklusive Ausgaben für Spitalsambulanzen (HF.1 x HP.1), Statistik Austria/SHA 2018

** Spitalsambulante Endkosten, BMG/KAZ (2018)

*** Öffentliche Ausgaben (HP.3.5 x HF.1) und Ausgaben von Non-Profit Unternehmen (HP.3.5 x HF.2), Statistik Austria/SHA 2018; Bundesländer-Aufteilungsschlüssel gemäß Nettoausgaben für mobile Dienste aus der Pflegedienstleistungsstatistik, Statistik Austria 2018

Quellen: Statistik Austria, OECD, HS&I-eigene Berechnungen und Darstellung

Herausforderungen für das Gesundheitssystem der Zukunft auf einen Blick

- **die wachsende Anzahl chronisch kranker Menschen** und die Schaffung von Möglichkeiten für alle Menschen gesund und aktiv zu altern,
- der notwendige Aus- und Aufbau der ambulanten Versorgung am „**best point of service**“
- die ausreichende **Sicherstellung personeller Ressourcen** auf allen Ebenen des Gesundheitswesens
- die bessere **Abstimmung der Versorgung** zwischen Gesundheit und Pflege.

Finanzielle Nachhaltigkeit
bei gegebenem technischen
Fortschritt und Digitalisierung

Es gibt ein Trilemma der Gesundheitspolitik, aber Fortschritt MUSS sein

Unmöglichkeit Souveränität, Autonomie, und öffentliches System gleichzeitig anzukurbeln, von 3 Zielen sind nur zwei erfüllbar!?!

Jetzt

- Finanzausgleich
- Ambulanztopf
- Personaloffensive / Arbeitszeiten / Arbeitsteilung / Honorarstruktur

Mittelfristig

- Strategische Partnerschaften zwischen Staat und Industrie
- Zukunftsorientierte Regulierung der IT und Medizinproduktebranche
- Etablierung
 - Berichte Gesundheitswirtschaft
 - Ausschuss zur Definition und Messung von „Care Arbeit“

Längerfristig

- Innovation und Wachstum durch Investition in Gesundheitssysteme ohne Verschwendung
- „GesundheitsPlus“ : Planung der notwendigen Finanzmittel auf Basis des Bedarfes

Konfliktbewältigung

„Paternalismus“
Soziale Gerechtigkeit



Regulierungen



Souveränität



Autonomie

„Treuhandverhältnis“

Finanzbedarf braucht "GesundheitsPlus", davon etwa die Hälfte für Personal

Finanzbedarf, der nachhaltig ist, Mio. EUR, nominell

		2022	2023	2024	2024		
"Gesundheitsplus"		3.461	3.814	4.048	3.774		
"Pflegeplus"		601	662	703	656		
Zukunftsorientierter Finanzbedarf, gesamt: davon gehen		4.062,3	4.476,5	4.751,2	4.430		
Personal	0,52	2.112,4	2.327,8	2.470,6	2.304		
Gesundheit	0,44	1.799,8	1.983,3	2.105,0	1.963		
Langzeitpflege	0,08	312,6	344,5	365,6	341		
Prävention, IT, Gesundheitsförderung	0,18	731,2	805,8	855,2	797		
Technischer Fortschritt, F&E	0,20	812,5	895,3	950,2	886		
Gesundheitsplus	0,90	3.656,1	4.028,9	4.276,1	3.987		
Effizienzgewinne	0,10	406,2	447,7	475,1	443		
Gesundheits- und Pflegeplus - Effizienzgewinne	1,00	3.249,9	3.581,2	3.800,9	3.544		
Gesamte laufende Gesundheitsausgaben		52.378	55.959	59.760	56.032		
pro Kopf		5.863	6.264	6.690	6.272		
% GDP		11,70	11,78	12,08	11,9		
Veränderung in %-Punkten			0,08	0,30	0,38		
Memorandum item							
Zusätzlich erforderliche Mittel gemäß OECD					Insgesamt	min	max
% GDP					1,38	0,56	2,51
In Mrd. EUR					6.178	2.507	11.236
Gesamte laufende Gesundheitsausgaben (2022)					55.305	51.634	60.364
% GDP (2022)					12,35	11,53	13,48

"GesundheitsPlus",
bildet demographische und technologische Entwicklungen ab

Quellen: Hofmarcher et al 2019, OECD November 2022, STAT AT 2023, Morgan&James (2022), adaptiert und, eigene Berechnungen

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Ausgewählte Literatur

- Glied, S., St. Ma, C. Solis-Roman. Where The Money Goes: The Evolving Expenses Of The US Health Care System Health Affairs 35, no.7 (2016):1197-1203doi: 10.1377/hlthaff.2015.1356
- Hofmarcher M.M., E. Festl, L. Tarver (2016): Health sector employment growth calls for improvements in labor productivity. Health Policy: DOI 10.1016/j.healthpol.2016.06.001.
- Hofmarcher M.M. (2019). Umbau der Steuerung in der Gesundheitspolitik seit 2000: Etappensiege für Schwarz-Blau, in Tálos E, Wenninger F (Ed): Die Schwarz-Blauende Wende in Österreich, LiT Verlag, Band 11, Wien 2019.
- Hofmarcher, M.M., Singhuber, Ch., Mosburger, R. (2019). Wachstum der Gesundheitsausgaben Braucht Nachhaltigkeit Budgetobergrenzen? HS&I Projektbericht. Wien Dezember 2019.
http://www.healthsystemintelligence.eu/docs/HSI_RReport_FOPI_OEAEK_Final_Dezember_2019.pdf
- Hofmarcher, M. M., Singhuber, C. (2020): Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme in Zeiten von COVID-19. HS&I Projektbericht. Projekt mit Unterstützung von Philips Austria. Wien August 2020.
http://www.HealthSystemIntelligence.eu/Ambulante_Versorgung
- Kocher R, Sahni NR. Rethinking Health Care Labor. N Engl J Med 2011; 365:1370-1372
- Mara, Isilda (2020). Health Professionals Wanted: Chain Mobility across European Countries WIIW Research Report 445, June, Vienna. <https://wiiw.ac.at/health-professionals-wanted-chain-mobility-across-european-countries-dlp-5339.pdf>
- Mazzucato, M. (2017) 'Mission-oriented Innovation Policy: Challenges and Opportunities', UCL Institute for Innovation and Public Purpose Working Paper, (2017-1)
- Morgan, D., Ch. James (2022). Investing in health systems to protect society and boost the economy Priority investments and order-of-magnitude cost estimates. OECD Health Working Papers n°144. Paris, July.
- Pardes H, Manton K, Lander E, Tolley HD, Ullian AD, Palmer H. Effects of medical research on health care and the economy. Science 1. 1999;283(January): 36-37. doi: 10.1126/science.283.5398.36.
- UBS (2015). Preise und Löhne 2015. UBS Zürich, 2015, 44 S., www.ubs.com/global/de/about_ubs/media/switzerland/releases/news-display-media-switzerland.html/de/2015/09/17/earnings2015-switzerland.html
- WHO Council on the Economics of Health for All (2021). Governing health innovation for the common good, COUNCIL BRIEF NO. 19 JUNE 2021
- Weisbrod BA. The health care quadrilemma. An essay on technological change, insurance, quality of care, and cost containment. *Journal of Economic Perspectives*. 1991; 29 (2):523-52.