

Hoa Thi Nguyen  
Dr. sc. hum.

## **Health value for money: Economic evaluation of user fee reduction and removal policies for delivery care services in Burkina Faso**

Fach/Einrichtung: Public Health  
Doktormutter: Prof. Dr. Manuela De Allegri

Senkung oder Abschaffung von Nutzerentgelten für Müttergesundheitsdienstleistungen zur Förderung flächendeckender Versorgung mit essentiellen Gesundheitsdienstleistungen ist eine weitverbreitete Praxis in Subsahara-Afrika. Obwohl umfangreiche Untersuchungen zur Wirkung der Senkung oder Abschaffung von Nutzerentgelten durchgeführt wurden, gibt es nur wenig harte Evidenz für langfristige Wirkungen bezüglich der Inanspruchnahme institutioneller Geburten und kaum Evidenz für ihre wirtschaftlichen Auswirkungen, dh ihrer Implikationen für Kosten und Kosteneffektivität. Dieser Mangel an Evidenz kann hauptsächlich methodischen Herausforderungen bei der Bewertung wirtschaftlicher Auswirkungen komplexer Interventionen zuzuschreiben ist, und bedingt kritische Wissenslücken bezüglich der Wirkungen von Abschaffung von Nutzerentgelten.

Meine Dissertation trug zur Schließung dieser Wissenslücken bei, indem sie die Auswirkungen zweier Richtlinien zur Abschaffung von Nutzerentgelten für Müttergesundheitsdienstleistungen, die zwischen 2007 und 2015 in Burkina Faso eingeführt wurden, auf Gesundheitsfaktoren, ökonomische Kosten, und Kostenwirksamkeit untersuchte: die nationale Richtlinie zur Reduzierung der Nutzerentgelte um 80% für institutionelle Geburten („SONU“), und die vollständige Abschaffung von Nutzerentgelten für institutionelle Geburten, die in der Sahelzone pilotiert wurde („Pilotrichtlinie“). Konkret bestand mein erstes Studienziel darin, die längerfristigen Wirkungen beider Interventionen und den relativen Nutzen der vollständigen Abschaffung gegenüber der achtzigprozentigen Senkung der Entgelte für die Inanspruchnahme institutioneller Geburtsdienstleistungen zu ermitteln. Mein zweites Studienziel war die Schätzung der Programmkosten (Verwaltungskosten für die Planung und Durchführung) beider Interventionen. Mein drittes Studienziel war es, die Kostenwirksamkeit beider Interventionen gegenüber des Status Quo (dh Nutzerentgelte) und die inkrementelle Kostenwirksamkeit im Übergang von einer achtzigprozentigen Reduktion hin zu vollständiger Abschaffung von Nutzerentgelten für institutionelle Geburten in Burkina Faso zu ermitteln.

Entsprechend den Studienzielen besteht meine Arbeit aus drei Komponenten. Die erste Studienkomponente stützte sich auf ein quasi-experimentelles Design, konkret eine Interrupted Time Series-Analyse mit unabhängigen Kontrollen, um die längerfristigen Wirkungen beider Richtlinien zu schätzen. Für diese Analyse habe ich Routinedaten aus dem nationalen Gesundheits-Informationssystem verwendet, die von Januar 2004 bis Dezember 2014 von allen 87 Primärversorgungszentren in den vier Studienbezirken in der Sahelzone berichtet wurden. Die

zweite Studienkomponente bestand in einer Schätzung der Programmkosten beider Interventionen, die auf den in der Buchhaltung der implementierenden Institutionen erfassten monetären Ausgaben basierte. Die dritte Studienkomponente umfasste eine modellbasierte Kosten-Nutzen-Analyse für zwei verschiedene Ergebnismaße: gewonnene Lebensjahre (life-years saved; LYs) und behinderungsangepasste Lebensjahre (disability-adjusted life years; DALYs). Die Kosteneffizienz beider Interventionen in Relation zum Status Quo wurde in einem gemeinsamen Entscheidungsbaum bewertet, der auf den Schätzungen der Interventionseffekte und Kosten aus den Studienkomponenten 1 und 2 sowie den besten verfügbaren epidemiologischen Daten basierte. Die Kostenwirksamkeit der Studieninterventionen wurde anhand der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Schwellenwerte und der für Burkina Faso geschätzten Schwellenwerte auf Länderebene bewertet.

Sowohl SONU als auch die Pilotrichtlinie führten zu einer dauerhaften Zunahme institutioneller Geburten. SONU erzielte über einen Zeitraum von 8 Jahren einen kumulativen Anstieg von 31,4% ( $P < 0,01$ ) in den vier Studienregionen. Die Pilotrichtlinie resultierte über einen Zeitraum von 6 Jahren in einem zusätzlichen Anstieg von 23,2% ( $P < 0,001$ ). Diese Trends setzten sich nicht in eine hundertprozentige institutionelle Geburtenrate fort, sondern stabilisierten sich 3 Jahre und 4 Jahre nach dem Einsetzen von SONU bzw. der Pilotrichtlinie. Die durchschnittlichen Programmkosten betragen 418 FCFA (0,71 USD) pro institutioneller Geburt für SONU und 2.718 FCFA (4,59 USD) für die Pilotrichtlinie. Sowohl SONU als auch Pilotrichtlinie erwiesen sich im Vergleich zum Status Quo mit einem inkrementellen Kosten-Nutzen-Verhältnisse (ICERs) von 240,47 USD bzw. 288,84 USD pro gewonnenem LY als äußerst kosteneffizient. Die entsprechenden ICERs pro abgewendetem DALY betragen 210,22 USD bzw. 252,51 USD. Gegenüber SONU ergibt sich für die Pilotrichtlinie ein ICER von 354,30 USD pro gewonnenem LY und 309,74 USD pro abgewendetem DALY.

Meine Studie liefert Evidenz dafür, dass Richtlinien sowohl zur Reduktion von Nutzerentgelten als auch zu deren vollständiger Abschaffung die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen nachhaltig verbessern. Sie allein reichen jedoch nicht aus, um eine vollständige Abdeckung zu erreichen. Dies erfordert die Umsetzung zusätzlicher Maßnahmen, die beispielsweise auf geografische Barrieren und Wissenslücken abzielen. Meine Studie zeigt auch, dass Programmkosten eine wichtige Kostenkomponente darstellten und in eine wirtschaftliche Bewertung einbezogen werden sollten. Darüber hinaus legt meine Studie nahe, dass es sich für Burkina Faso lohnt, von einer achtzigprozentigen Reduktion auf die vollständige Abschaffung der Nutzerentgelte für institutionelle Geburten überzugehen. Zur Feststellung, ob dies auch in anderen Ländern Subsahara-Afrikas der Fall ist, sind lokale Analysen dringend nötig.