

**DIBOGS-Beiträge zur
Gesundheitsökonomik
und Sozialpolitik**

11

**Topics in Health Economics and
Management**

**Abstracts of the 12th DIBOGS-
Workshop, München 2016**

herausgegeben von Laura Birg,
Annika Herr und Andreas Schmid

DIBOGS-Beiträge zur Gesundheits- ökonomik und Sozialpolitik

Herausgegeben von Laura Birg^{*}, Annika
Herr^{**} und Andreas Schmid^{***}

* Georg-August-Universität Göttingen

** Düsseldorf Institute for Competition Economics (DICE), Heinrich-Heine-
Universität Düsseldorf und CINCH, Universität Duisburg-Essen

*** Universität Bayreuth

Band 11

DIBOGS

Inhaltsverzeichnis

Was ist DIBOGS?	2
Out-of-pocket expenditure and financial protection in the Chilean health care system – a systematic literature review	3
<i>Kira Johanna Koch, Camilo Cid und Andreas Schmid</i>	
Dynamics in Long-Term Care.....	5
<i>Lewe Christoph Bahnsen</i>	
Das Investitionsverhalten von niedergelassenen Ärzten	7
<i>Lisa Ehrhardt unter Mitwirkung von Marie Demuth und Vera Mößlang</i>	
Capacity management of Bronchoscopy Devices Cost-Efficient Employment of Reusable and Single-Use Systems through Mathematical Programming.....	10
<i>Guenther Michael Edenharter, Daniel Gartner und Dominik Pfürringer</i>	
Reference Pricing and Parallel Imports	12
<i>Laura Birg</i>	
Regional Variation in the Utilization of Nursing Home Services in Germany: A Spatial Approach	14
<i>Amela Saric</i>	

Was ist DIBOGS?

Beim DIBOGS handelt es sich um ein jährlich stattfindendes Workshop-Format, das primär Nachwuchswissenschaftler ansprechen soll. Ziel ist es, einen möglichst regen Erfahrungsaustausch herbeizuführen und insofern Unterstützung bei der Vorbereitung und Durchführung von Dissertations- oder Habilitationsvorhaben, sowie sonstigen wissenschaftlichen Projekten oder Publikationen zu bieten.

Der Workshop stellt nicht die Präsentation an sich, sondern den Austausch über das jeweilige Thema in den Mittelpunkt. Alle Papiere gehen den Teilnehmern im Vorfeld zu. Während des Workshops stehen für jedes Papier 45 Minuten zur Verfügung. Anstatt eines Vortrags setzt sich ein Ko-Referent intensiv mit dem Papier auseinander, worauf sich eine Diskussion unter den Teilnehmenden anschließt.

Der Workshop wurde erstmals 2005 als Duisburg-Ilmenau-Bayreuther Oberseminar zur Gesundheitsökonomik und Sozialpolitik (DIBOGS) ausgerichtet. Von 2006 bis 2015 wurde er durch den DIBOGS e.V. administriert. Der Verein hatte sich zum Ziel gesetzt, den wissenschaftlichen Nachwuchs auf dem Gebiet der Wirtschaftswissenschaften in den Forschungsfeldern Gesundheitsökonomik, Gesundheitspolitik und Sozialpolitik zu fördern. Mittlerweile wurde – auch durch eine stärkere Anbindung an den Ausschuss Nachwuchswissenschaftler der dggö – die formale Vereinsstruktur obsolet, sodass der Verein 2015 aufgelöst wurde, der Fortbestand des Workshops in seiner gewohnten Form aber gesichert ist. Die Teilnahme steht allen interessierten Nachwuchswissenschaftlern offen, eine Mitgliedschaft in der dggö ist keine Voraussetzung.

Seit 2006 gibt es zu jedem Workshop einen Sammelband, der die (fach-)politische Öffentlichkeit über die diskutierten Themen informieren soll. Der vorliegende Band „DIBOGS-Beiträge zur Gesundheitsökonomik und Sozialpolitik“ enthält die Zusammenfassungen/Abstracts ausgewählter Beiträge des zwölften DIBOGS, das von 17.-18. November 2016 in München stattgefunden hat. Die Zusammenfassung soll einen ersten Überblick über die diskutierten Papiere geben, die unter den ggf. jeweils angegebenen Links auch im Detail gelesen werden können. Weitere Informationen zum Sammelband sowie zur Teilnahme am Workshop entnehmen Sie bitte der Webseite der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (www.dggoe.de) unter der Rubrik Ausschüsse: Nachwuchswissenschaftler.

Out-of-pocket expenditure and financial protection in the Chilean health care system – a systematic literature review

Kira Johanna Koch*, Camilo Cid** und Andreas Schmid***

Koreferent: Lewe Christoph Bahnsen[#]

Background:

Protection against financial risk due to medical spending is an explicit health guarantee within Chile's health reform (AUGE). Still, ten years after implementation, Chilean households are confronted with high out-of-pocket expenditure. This paper seeks to analyse the degree to which Chilean households are exposed to financial hardship and to explore inequalities in financial protection.

Methods:

We apply the conceptual framework of financial protection, as portrayed in the World Health Report 2013, that distinguishes between indirect and direct indicators, with the latter encompassing the two concepts of catastrophic health expenditure and impoverishment. A systematic literature review was conducted to identify empirical studies analysing financial protection caused by out-of-pocket spending in Chile. The literature was screened via PubMed, Science Direct and Google Scholar. Grey literature was also included, i.e. screening of governmental and institutional webpages such as those from the Ministry of Health, the national health fund FONASA and the Superintendence of Health.

Results:

The literature review rendered a list of n=16 studies that fulfilled the inclusion criteria. Empirical studies using data from Chile's EPF household budget survey exhibit that around 4% of Chilean households faced catastrophic health expenditure defined as out-of-pocket expenditure equal or exceeding more than 30% of household's capacity to pay, while less than 1% were pushed into poverty in 2012. Due to the according insurance setup, higher income groups were more exposed to financial catastrophe, while lower income groups were more likely to be driven into poverty. In contrast to prior studies, recent data report that even publicly insured who should be fully protected from co-payments in the public system were affected by catastrophic health expenditure. Moreover, vulnerable groups such as elderly people and people with chronic diseases were particularly suffering from financial hardship. However, data gaps were identified which infringe a comprehensive assessment of the situation.

Conclusion:

Out-of-pocket expenditure continue to be a core pillar in the Chilean health financing system, while general governmental expenditure on health remain low. Analysis indicate significant differences in the probability of being exposed by financial hardship between privately and publicly insured as to subpopulation groups, with the poor and vulnerable groups being most affected. More research is required to understand why current mechanisms are not as effective as expected and to enable according reforms of the insurance system.

Mittlerweile erschienen:

Koch, Kira Johanna; Cid Pedraza, Camilo; Schmid, Andreas (2017): Out-of-pocket expenditure and financial protection in the Chilean health care system: a systematic review. In: Health Policy. Bd. 121 Heft 5. S. 481 - 494.

* Kira Johanna Koch
JP Gesundheitsmanagement
Universität Bayreuth
E-Mail: Kira-Johanna.Koch@uni-bayreuth.de

** Camilo Cid
Pontificia Universidad Católica de Chile

*** Andreas Schmid
JP Gesundheitsmanagement
Universität Bayreuth
E-Mail: andreas.schmid@uni-bayreuth.de

Lewe Christoph Bahnsen
Institut für Finanzwissenschaft I
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
E-Mail: lewe.bahnsen@vwl.uni-freiburg.de

Dynamics in Long-Term Care

Lewe Christoph Bahnsen*

Koreferentin: Laura Birg[#]

The average life expectancy at birth is increasing. Hence, the number of elderly people aged 80 and above is estimated to increase from 4.4 million in 2013 to around 9 million in 2060. As in particular the elderly are at higher risk of becoming care-dependent, it can be expected that the demand for long-term care (LTC) will increase simultaneously. But not only will the demand change, also its structure due to changes in household compositions, LTC benefits, health conditions as well as latent factors.

Current statistics show that 71 percent of the care-dependent live at home while 29 percent are located in nursing homes. In 2015 expenditures for outpatient care (formal and informal home care) amounted to 14.6 billion Euro while inpatient care (nursing home care) cost 12.1 billion Euro. Thus, from the government's perspective, policies supporting professional home care and especially informal care might be options to slow down expenditure growth as inpatient care is a main driver of costs. Nevertheless, encouraging the development of informal care can only be effective if it is a substitute for formal care. Being mainly a monetary issue for the government, LTC and decisions concerning utilization are by contrast much more complex for individuals. To develop effective public policies of LTC provision for elderly individuals and to deal with expenditures, it is necessary to understand the dynamic issues arising from LTC decisions. Therefore, it is crucial to examine the dynamic factors that affect the living arrangements of the elderly.

Dynamics are an integral part in LTC and play an important role in the decision making process regarding the caregiving arrangement. Since informal care is still a major source in caregiving, opportunity costs in terms of forgone earnings, household production and leisure are important factors of influence in the caregiving decision. Besides the economic aspects, LTC has profound psychological and health-related implications. Thus, dynamics in LTC relate to state/duration dependence (state and the time spent in that state affect transition, future preferences and the environment), human capital accumulation (learning effects) and caregiver burnout. However, there is currently a relatively small literature on the dynamics in LTC compared to other fields. Most results point out the roles of both observed heterogeneity and true state dependence regarding the persistence of LTC arrangements, thus highlighting the importance of linking care arrangements over time.

A variety of data sources may be used to investigate dynamics in LTC. Containing useful information, these are the Study of Assets and Health Dynamics Among the Oldest Old

(AHEAD)/Health and Retirement Survey (HRS), the British Household Panel Survey (BHPS), the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA), the National Long Term Care Survey (NLTCS), the Panel Study of Income Dynamics (PSID), and the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe (SHARE). The latter is of particular interest for a specific look on Germany or a European comparison regarding LTC utilization. Nevertheless, there are several advantages and disadvantages within these data sources.

Special issues when dealing with this topic which have to be kept in mind are the initial conditions problem due to dynamic panel modelling, the complicate measurement of state dependence and unobserved heterogeneity and the proper model specification with a latent factor like people's underlying valuation for certain care arrangements as the dependent variable.

* Lewe Christoph Bahnsen
Institut für Finanzwissenschaft I
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
E-Mail: lewe.bahnsen@vwl.uni-freiburg.de

Laura Birg
Centrum für Europa-, Governance- und Entwicklungsforschung (cege)
Georg-August-Universität Göttingen
E-Mail: laura.birg@wiwi.uni-goettingen.de

Das Investitionsverhalten von niedergelassenen Ärzten

Lisa Ehrhardt* unter Mitwirkung von Marie Demuth und Vera Mößlang

Koreferent: Sebastian Himmler#

Der ambulante Sektor unterliegt versorgungsrelevanten Herausforderungen, die genau wie im stationären Bereich ökonomische, betriebswirtschaftlich fundierte Entscheidungen erfordern. Diesen Herausforderungen liegen in beiden Sektoren jedoch unterschiedliche Voraussetzungen zugrunde, sodass insbesondere in Bezug auf das Investitionsverhalten für niedergelassene Ärzte eine gesonderte Untersuchung notwendig ist, welche bislang nicht vorliegt. Motivation und Datenbasis bildet darüber hinaus das vom Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) jährlich veröffentlichte Praxis-Panel (ZiPP), in dem Kosten- und Versorgungsstrukturen niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten untersucht werden. Dieses konstatierte in den vergangenen Jahren regelmäßig stagnierende bis rückläufige Investitionssummen, welche sich perspektivisch negativ auf die Versorgungsqualität auswirken können. Daher hat sich das Forschungsvorhaben zwischen ZI und Universität Bayreuth zum Ziel gesetzt, das Investitionsverhalten von niedergelassenen Ärzten zu analysieren und gegebenenfalls Handlungs- und Gestaltungsempfehlungen für zielgerichtete Förderprogramme abzuleiten.

Hierzu wird eine gemeinsame Sondererhebung der Forschungspartner als Onlineumfrage umgesetzt und an eine Auswahl bisheriger ZiPP-Teilnehmer versandt. Die anvisierte Stichprobe bietet mehrere Vorteile: Zum einen wird bei ZiPP-Teilnehmern eine erhöhte Motivation zur Beantwortung angenommen. Zum anderen ermöglicht dieses Vorgehen eine Gegenüberstellung der Umfrageergebnisse mit den Paneldaten. Variablen wie Fachrichtung, Organisationsform oder auch das Investitionsvolumen müssen daher nicht (wiederholt) abgefragt werden, wodurch der Beantwortungsaufwand für die Teilnehmer verringert und der Rücklauf eventuell erhöht wird. Aus Datenschutzgründen erfolgen die Datenspeicherung und -auswertung in den Räumlichkeiten des ZI. Ergänzend werden in zwei Teilstudien Dienstleister interviewt, die an Investitions- und Finanzierungsentscheidungen der niedergelassenen Ärzte maßgeblich beteiligt sind. Eine Teilstudie konzentriert sich daher auf Steuer- und Praxisberater sowie Sachverständige, die andere auf Banken. Die Ergebnisse der Teilstudien liegen bereits vor und liefern einen wertvollen Beitrag zur Gestaltung der Haupterhebung.

Zusammenfassend können in den Experteninterviews mit beratenden Dienstleistern die Aspekte Fachgruppenzugehörigkeit, Praxisstandort inklusive Wettbewerbsintensität und

Nachfolgeproblematik, Praxisgröße und Organisationsform sowie Patientenspektrum als die wichtigsten Einflussfaktoren auf die Investitionstätigkeit niedergelassener Ärzte identifiziert werden. Daneben bestimmen sozio-demografische Merkmale, wie etwa Alter und Geschlecht, das Investitionsverhalten der Ärzte. Resultierend aus den genannten Einflussfaktoren lässt sich wiederum der individuelle Kenntnisstand um betriebswirtschaftliches Know-How beobachten. Erst durch die Summe aller Aspekte begründet sich das durchaus heterogene Investitionsverhalten, welches auch durch die bisherigen Ergebnisse des ZiPP bestätigt wird. Gemeinsamkeiten lassen sich deshalb kaum pauschalisieren und nur bedingt festhalten: Investitionen erfolgen anlassbezogen und sind zum größten Teil Ersatzinvestitionen in medizinisch-technische Geräte. Dementsprechend lässt sich erklären, dass eine detaillierte, mittel- oder langfristige Investitionsplanung selten erfolgt. Fragen der Investitionsbewertung und -finanzierung werden bis zu einem gewissen Grenzwert der Investitionssumme durch den niedergelassenen Arzt selbst entschieden und weniger nach fundierten betriebswirtschaftlichen Aussagen. Bei höheren Investitionssummen übernehmen häufig professionelle Berater die betriebswirtschaftliche Investitionsbewertung. Darüber hinaus lässt sich der typische Verlauf des Investitionszyklus einer Arztpraxis ableiten. Dieser beginnt mit einem Investitionsmaximum zum Zeitpunkt der Gründung oder Übernahme einer Praxis, spätestens jedoch zwei Jahre danach. Anschließend nimmt das Investitionsvolumen trotz sprunghafter Steigerungen nach jeweils etwa 10-15 Jahren insgesamt ab. Fünf bis zehn Jahre vor Renteneintritt ist eine überwiegende Investitionszurückhaltung des niedergelassenen Arztes zu beobachten, sofern die Praxis absehbar veräußert oder geschlossen wird. Für den Fall, dass ein potenzieller Nachfolger gefunden wird, ergibt sich die häufige Konstellation eines Angestelltenverhältnisses, wodurch sich die Investitionssumme nach individuellen Absprachen noch mal erhöhen kann. Dabei variiert der Investitionszyklus stark und ist von den oben genannten Einflussfaktoren individuell abhängig. Strukturelle und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen wie z. B. die angesprochene Nachfolgeproblematik können als Investitionshemmnisse wahrgenommen werden. Welche Handlungsempfehlungen daraus abzuleiten sind, wird mit der Hauptstudie zusammen in einem gemeinsamen Abschlussbericht diskutiert.

* Lisa Ehrhardt
Lehrstuhl BWL V, Prof. Schlüchtermann
Universität Bayreuth
E-Mail: Lisa.Ehrhardt@uni-bayreuth.de

#

Sebastian Himmler

WifOR

E-Mail: sebastian.himmler@WifOR.com

Capacity management of Bronchoscopy Devices Cost-Efficient Employment of Reusable and Single-Use Systems through Mathematical Programming

Guenther Michael Edenharter*, Daniel Gartner** und Dominik Pflörringer***

Koreferent: Florian Rinsche[#]

Increasing costs of material resources pose a challenge to hospitals to stay profitable. Particularly in anesthesia departments and intensive care units (ICUs) where bronchoscopy devices are used for various indications, inefficient management of single and multiple use devices can influence the hospitals' material costs substantially.

Objectives: In this study, we determine the optimum mix of disposable and reusable bronchoscopy devices in the setting of an ICU on a strategic level.

Material and Methods:

A mathematical model with the objective to minimize costs in relation to demand constraints for bronchoscopy devices was formulated. The stochastic model decides whether single-, multi-use- or a strategically chosen mix of both device types should be utilized. A decision support tool was developed in which parameters for uncertain demand such as mean, standard deviation and a reliability parameter can be inserted. Furthermore, reprocessing costs per procedure, procurement and maintenance costs for devices can be parametrized.

Results:

Our experiments show for which demand pattern it is efficient to only use reusable or disposable devices and under which circumstances the combination of both device types is beneficial.

Conclusion:

To determine the optimum mix of single-use and reusable bronchoscopy devices effectively and efficiently, managers can enter their hospital-specific parameters such as demand and prices into the flexible model.

* Guenther Michael Edenharter, M.D.

Klinik für Anaesthesiologie,

Klinikum rechts der Isar der TU München, Munich, Germany

E-Mail: g.edenharter@tum.de

**

Daniel Gartner, M.S.

School of Mathematics, Cardiff University, Senghenydd road, Cardiff
CF24 4AG, United Kingdom

E-Mail: gartnerd@cardiff.ac.uk

Dominik Pfoerringer, M.D.

Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie,
Klinikum rechts der Isar der TU München, Munich, Germany

E-Mail: Dominik.Pfoerringer@mri.tum.de

#

Florian Rinsche

JP Gesundheitsmanagement^[1]_[SEP]

Universität Bayreuth

E-Mail: florian.rinsche@uni-bayreuth.de

Reference Pricing and Parallel Imports

Laura Birg*

Koreferent: Manuel Batram[#]

This paper studies the effect of the reference pricing on competition by parallel imports, in particular the market share of parallel imports and the number of parallel traders.

Parallel trade refers to trade in goods, which were placed on the market in one country and which then are exported to another country without the authorization of the manufacturer (Maskus, 2000). In the European Union, where parallel trade is legal, manufacturers' price discrimination between different countries and/or differences in pharmaceutical regulation in the individual member states may give rise to considerable price differences of up to 100%-300%, making parallel importing attractive (Kanavos et al., 2004; Enemark et al., 2006). Typical source countries of parallel imports are low price-countries with strict price regulation, e.g. Greece, Italy, Portugal, and Spain, while typical destination countries are high price-countries, e.g. Denmark, Germany, the Netherlands, and Sweden (Kanavos & Costa-Font, 2005).

Pharmaceuticals parallel trade takes place in highly regulated markets. A common demand side instrument is the reference price system, where the reference price is the maximum reimbursement for a group of drugs. If consumers purchase a drug at a market price above the reference price, they have to pay the difference between both prices out-of-pocket. Reference pricing is commonly applied in the European Union, where pharmaceutical parallel trade is a prevalent phenomenon. Accordingly, pharmaceutical regulation in the form of reference pricing is one potential determinant of competition by parallel imports in destination countries. This is, the effect of reference pricing is important in understanding what drives competition in pharmaceutical markets.

First, I study the effect of reference pricing on competition by parallel imports in a vertical differentiation model with a locally sourced version and a parallel import offered by n identical parallel traders. The model predicts that the introduction of reference pricing decreases the number of parallel traders, but increases the market share of the parallel import. Moreover, it predicts that a decrease in the reference price decreases the number of parallel traders and decreases the market share of the parallel import.

Second, I estimate the effect of reference pricing on competition by parallel imports using a dataset with prescription drugs with competition from parallel imports sold in Germany

from January 2004 to December 2011. Estimation results suggest that decrease in the reference price decreases the number of parallel traders and decreases the market share of the parallel import.

These results suggest that stricter regulation in destination countries weakens competition from parallel imports.

Literature

- Enemark, U.; Møller Pedersen, K.; Sørensen, J. (2006): The economic impact of parallel imports of pharmaceuticals. University of Odense.
- Kanavos, P. & Costa-Font, J. (2005): Pharmaceutical parallel trade in Europe: stakeholders and competition effects. *Economic Policy* 20, 751-798.
- Kanavos, P.; Costa-Font, J.; Merkur, S; Gemmill, M. (2004): The Economic Impact of Pharmaceutical Parallel Trade in European Union Member States: A Stakeholder Analysis. London: LSE Health and Social Care Special Research Paper.
- Maskus, K. E. (2000): Parallel imports. *The World Economy*, 23, 1269-1284.

JEL Classification: F12, I11, I18

Keywords: reference pricing, parallel trade

* Laura Birg
Centrum für Europa-, Governance- und Entwicklungsforschung (cege)
Georg-August-Universität Göttingen
E-Mail: laura.birg@wiwi.uni-goettingen.de

Manuel Batram
Lehrstuhl für Ökonometrie
Universität Bielefeld
E-Mail: mbatram@uni-bielefeld.de

Regional Variation in the Utilization of Nursing Home Services in Germany: A Spatial Approach

Amela Saric*

Koreferent: Andreas Schmid[#]

This paper investigates regional differences in the utilization of nursing home (inpatient) services in Germany.¹ According to the German social law, the provision of accessible and efficient long-term care is a task concerning the whole society (SGB XI §8), whereas all care-dependent individuals are entitled to a desired form of care (SGB XI §2). Yet, we observe a substantial regional variation in the utilization of different long-term care services. For example, unadjusted state-level data for the years 2007-2011 show that shares of care recipients in nursing homes vary between 83 and 132 percent of national average. Regional variation in the utilization of inpatient care may be due to a range of factors, including different caregiving needs and availability of informal care (through relatives or paid workers). Yet, the variation due to factors such as income, quality of care, availability of nursing home places, travel or waiting times, may be indicative of inequitable access to nursing homes. Considering the resource intensity and significance of inpatient care, this issue warrants a concerted policy action.

We attempt to explain the observed regional differences by applying the Andersen-Newman framework for medical care utilization. We thereby distinguish between (a) caregiving needs, (b) predisposing, and (c) enabling factors. Predisposing factors reflect the propensity of care recipients to seek inpatient care, and include proxies for the availability of informal caregivers. Enabling factors include direct determinants of the demand for inpatient care, such as income, price, travel times, and supply of nursing home places and ambulatory care services. We employ a rich county-level dataset for the period 2007-2011, with information on all care recipients, characteristics of inpatient and outpatient services, and structural characteristics of the counties. Our methodological approach addresses the issue of price endogeneity by employing several cost shifters as instruments. Furthermore, we account for potential spatial dependencies in the utilization of inpatient care by applying a spatial-autoregressive model with spatial-autoregressive disturbances (SARAR).

Our results show that the largest share of regional variation can be explained by predisposing variables, i.e. the availability of informal caregivers. Enabling variables, which indicate potential access inequities, have a considerably lower explanatory power. Surprisingly,

¹ We focus on full-time inpatient care in nursing homes for elderly (aged 65+), whose care needs are due to aging, chronic illness or disability.

caregiving needs explain relatively little variation. This may be due to the characteristics of the German long-term care system, which places the primary responsibility for care provision on family. Furthermore, we detect significant spatial dependencies in the utilization of inpatient care, implying a strong regional correlation in demand. Overall, our model achieves a relatively good measure of fit, although it leaves some of the variation unexplained.

Our paper has important policy implications. First, designing appropriate incentives for the provision of informal care should be the cornerstone of future long-term care policy efforts. This is particularly relevant given the growing care-dependent population and lower availability of informal caregivers. Second, barriers in access to inpatient care are evident for some population groups, most notably those from rural areas and with low incomes. Hence, this issue warrants a more determined policy action. Finally, sound policy measures require detailed datasets on the characteristics of care recipients.

* Amela Saric
Düsseldorf Institute for Competition Economics (DICE)
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf,
CINCH, Universität Duisburg-Essen
E-Mail: Amela.Saric@dice.hhu.de

Andreas Schmid
JP Gesundheitsmanagement
Universität Bayreuth
E-Mail: andreas.schmid@uni-bayreuth.de

Bisher erschienene Bände der Reihe „DIBOGS-Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik“

Band 1 – *Steuerungsprobleme im deutschen Gesundheitssystem – Aktuelle Ergebnisse empirischer Forschung*

Band 2 – *Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen und ihre Wettbewerbswirkungen*

Band 3 – *Gesundheitspolitik, Wettbewerb und Gesundheitssystemforschung*

Band 4 – *Wettbewerb und Gesundheitskapital*

Band 5 – *Marktstrukturen und Marktverhalten im deutschen Gesundheitswesen: Die Bereiche Pharma und stationäre Versorgung im Fokus gesundheitsökonomischer Forschung*

Band 6 – *Märkte und Versorgung*

Band 7 – *Topics in Health Economics and Social Policy*

Band 8 – *Wettbewerb und Kosten-Nutzen-Analysen*

Band 9 – *Topics in Health Economics and Health Behavior*

Band 10 – *Individual and Firm Behavior in Health Care Markets*

Impressum

Prof. Dr. Andreas Schmid
JP Gesundheitsmanagement
Universität Bayreuth
95440 Bayreuth

<http://www.dggoe.de/ausschuesse/nachwuchswissenschaftler/>