



Technische Universität Berlin



Gesundheitsversorgung – Internationale Übersicht

Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH FFPH

**Professor für Management im Gesundheitswesen,
Technische Universität Berlin & Charité – Universitätsmedizin**

**Associate Research Director,
European Observatory on Health Systems and Policies**

Was sind die Ziele von
Gesundheitssystemen?

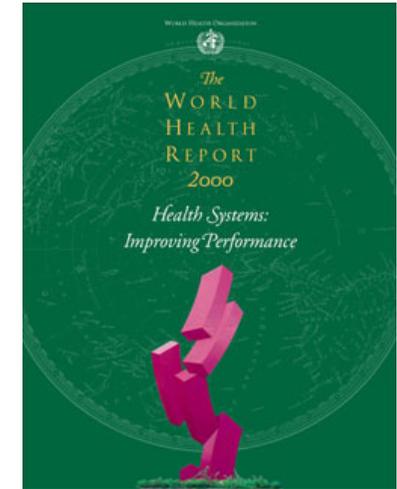
Wie gestalten Länder ihre
Gesundheitssysteme?

Wie bewerten wir
Gesundheitssysteme?

Was sind die Ziele von
Gesundheitssystemen?

Nicht nur Kostendämpfung ...

Ziele im Weltgesundheitsbericht 2000



- **Gesundheit der Bevölkerung**
(hoher Durchschnitt und gleiche Verteilung),
- **Personenorientierung**, d.h. Respekt für Würde, Confidentialität und Autonomie sowie Klientenorientierung durch sofortige Betreuung, Qualität, soziale Unterstützung und Wahl des Leistungserbringers
(hoher Durchschnitt und gleiche Verteilung),
- **“faire” Finanzierung** (d.h. proportional zum Einkommen nach Abzug von Lebensmittelkosten).

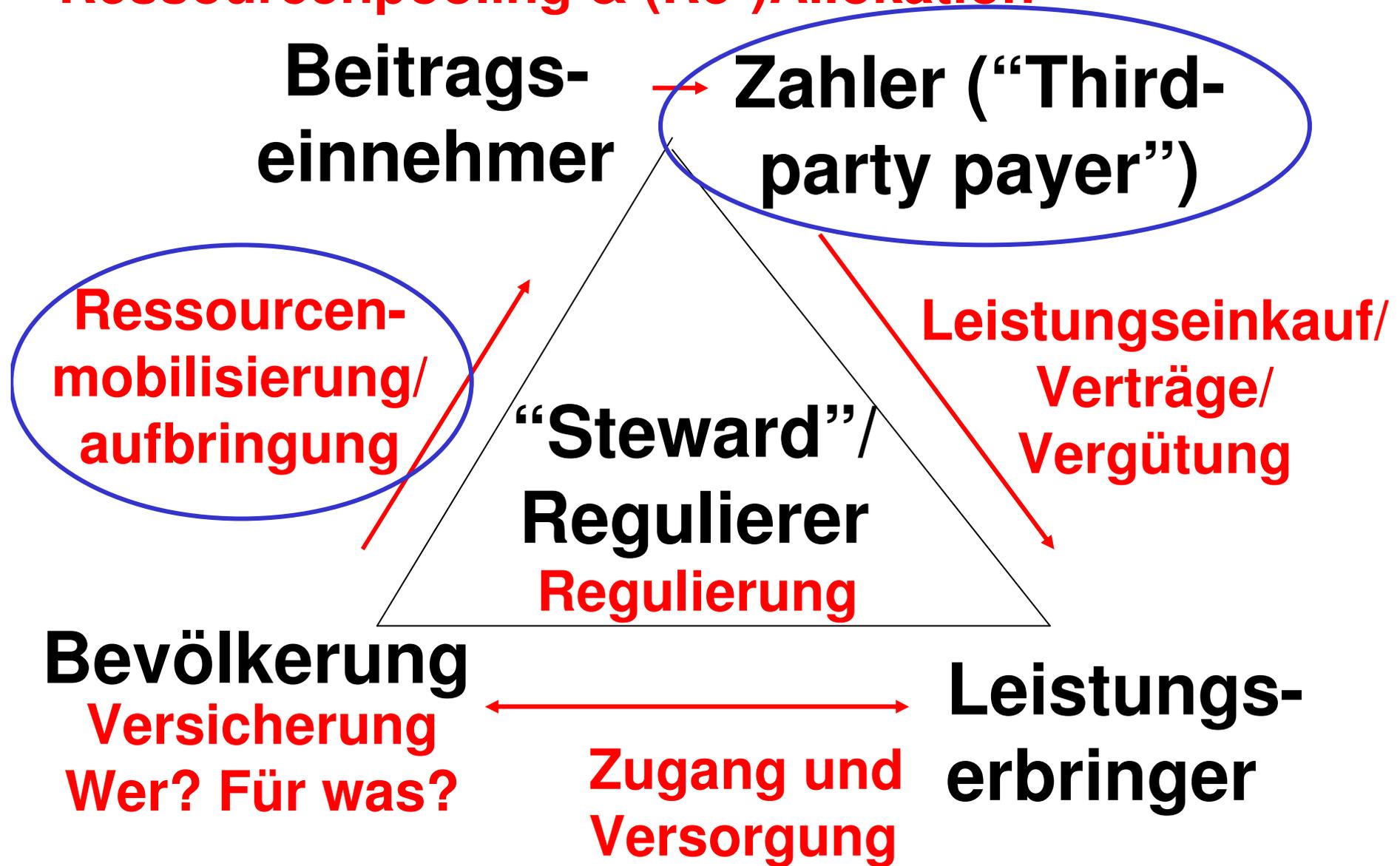
EU-Kommission (April 2004; Mitteilung zur Methode der offenen Koordinierung)



- Sicherung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung: Universalität, Angemessenheit, Solidarität
- Förderung der Versorgungsqualität
- Sicherung der langfristigen Finanzierbarkeit einer zugänglichen und hochwertigen Gesundheitsversorgung

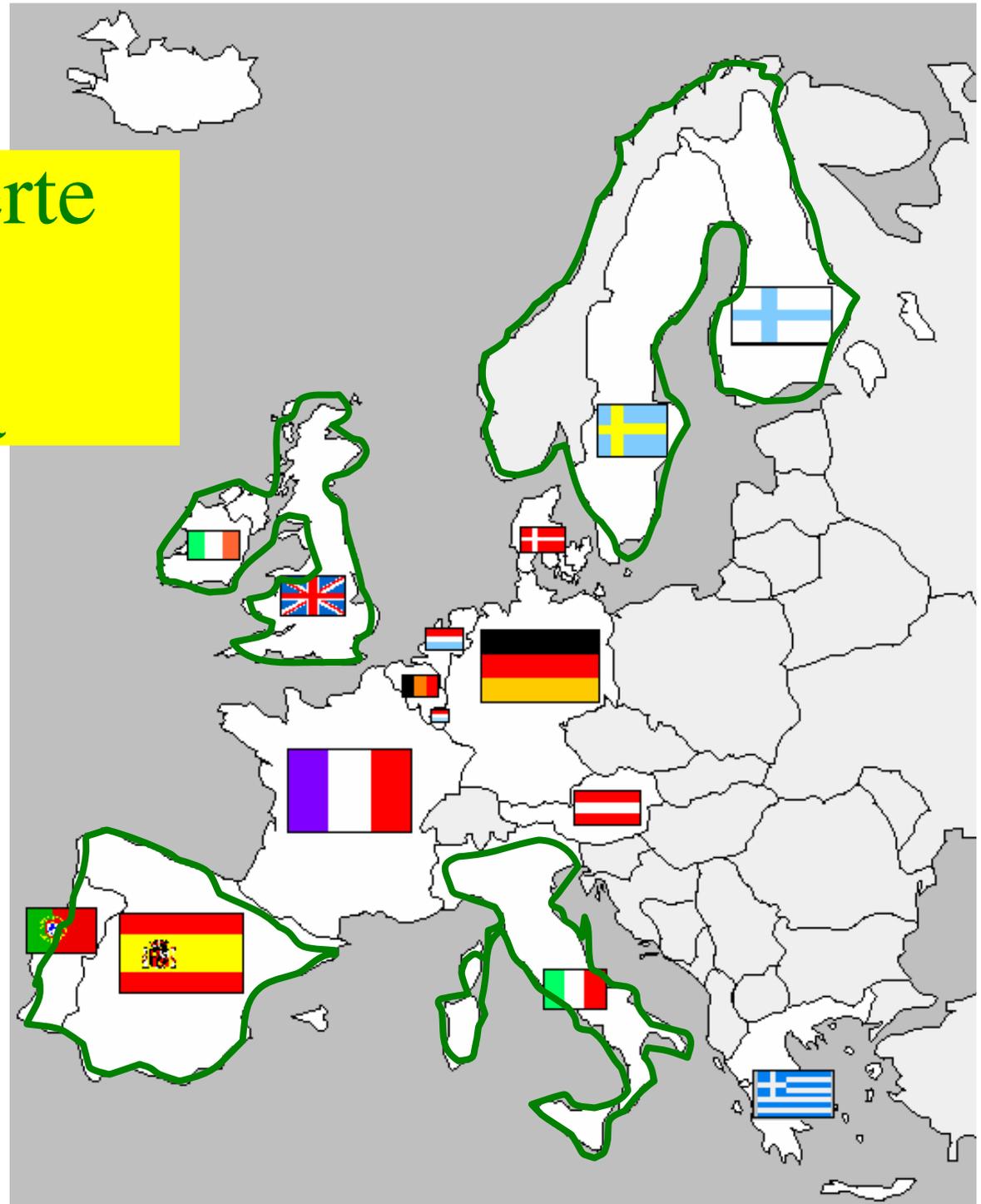
Was gestalten Länder ihre
Gesundheitssysteme?

Ressourcenpooling & (Re-)Allokation

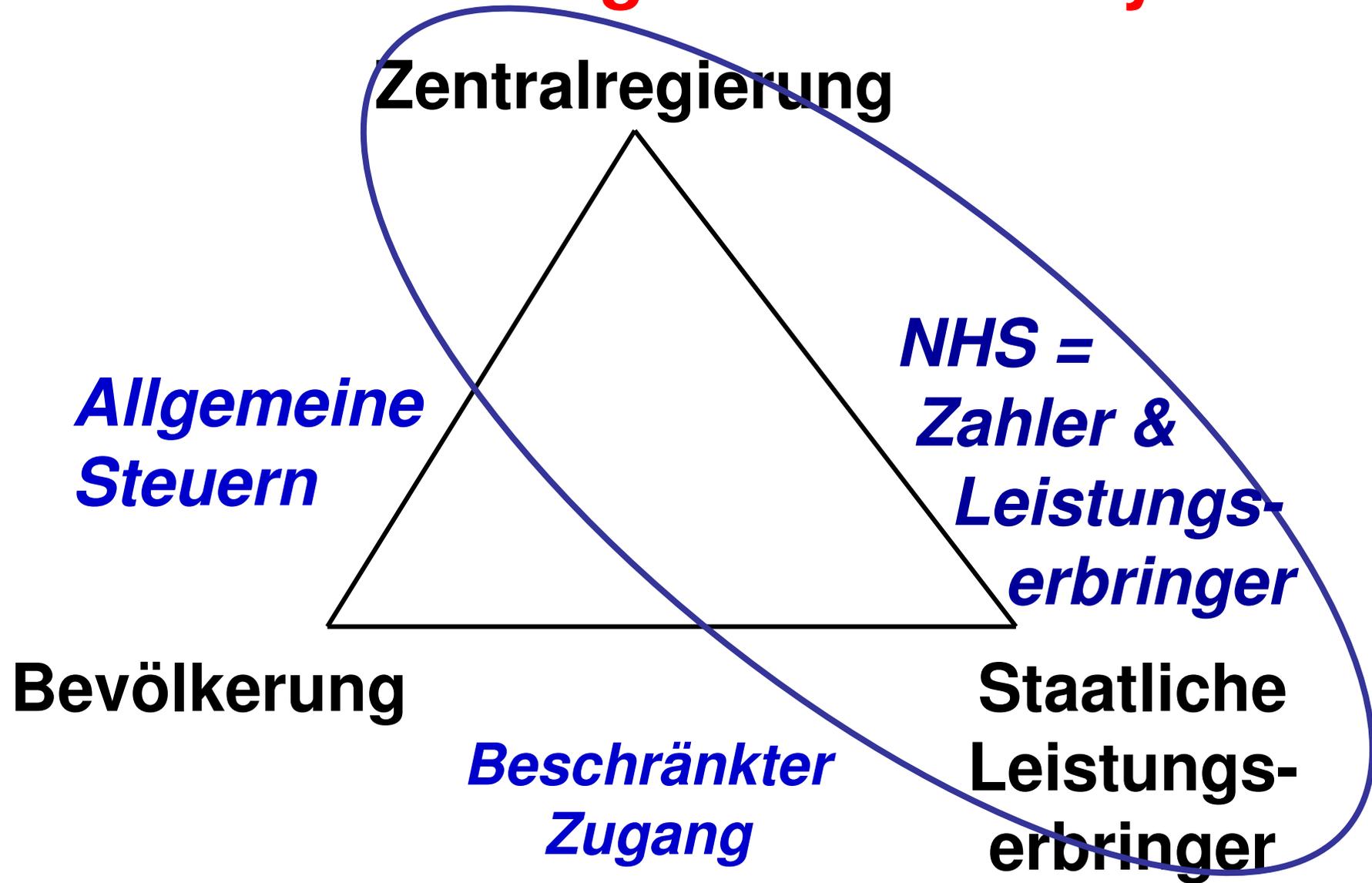


Systemtypologie

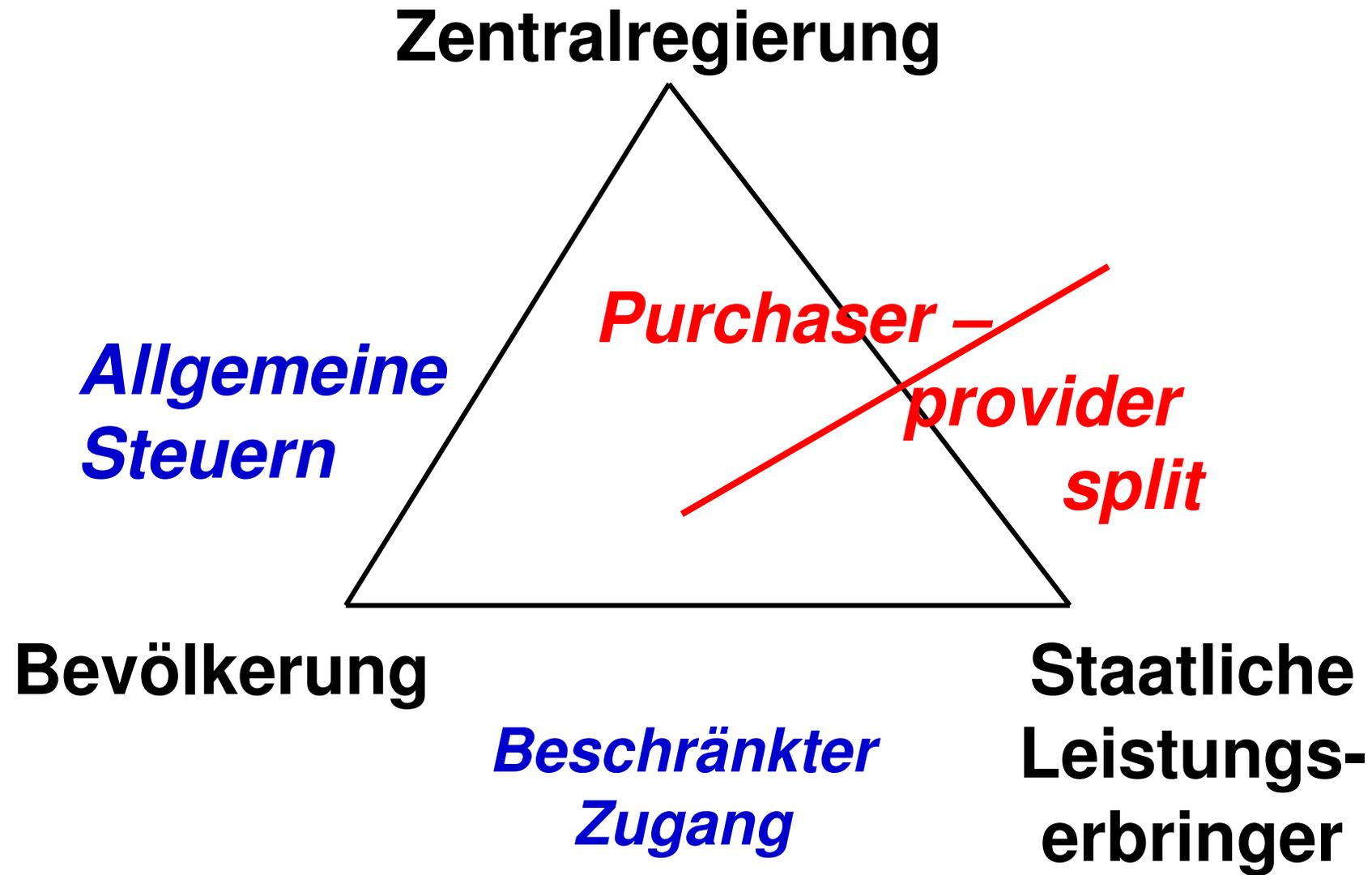
Steuerfinanzierte Systeme in Westeuropa



Klassisches integriertes NHS-System



Reformentwicklung 1



Reformentwicklung 2

~~Zentral~~ **Regional**regierungen

Aber:

- Finanzierung über nationale oder regionale Steuern?
- Einheitlicher Leistungskatalog?
- Angebotsplanung und Qualitätssicherung gleich?
- Zugang über Regionsgrenzen hinweg möglich?

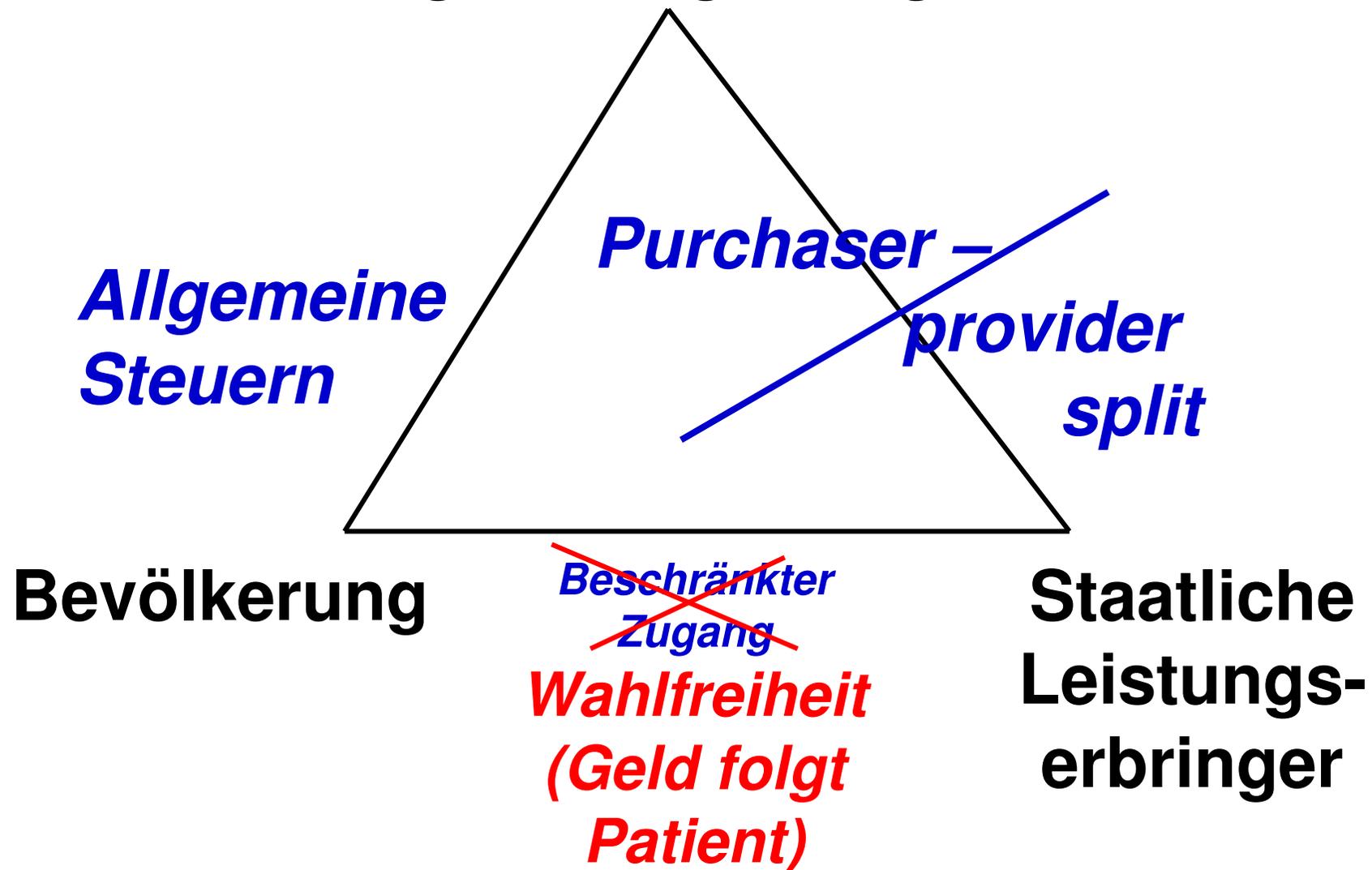
Bevölkerung

*Beschränkter
Zugang*

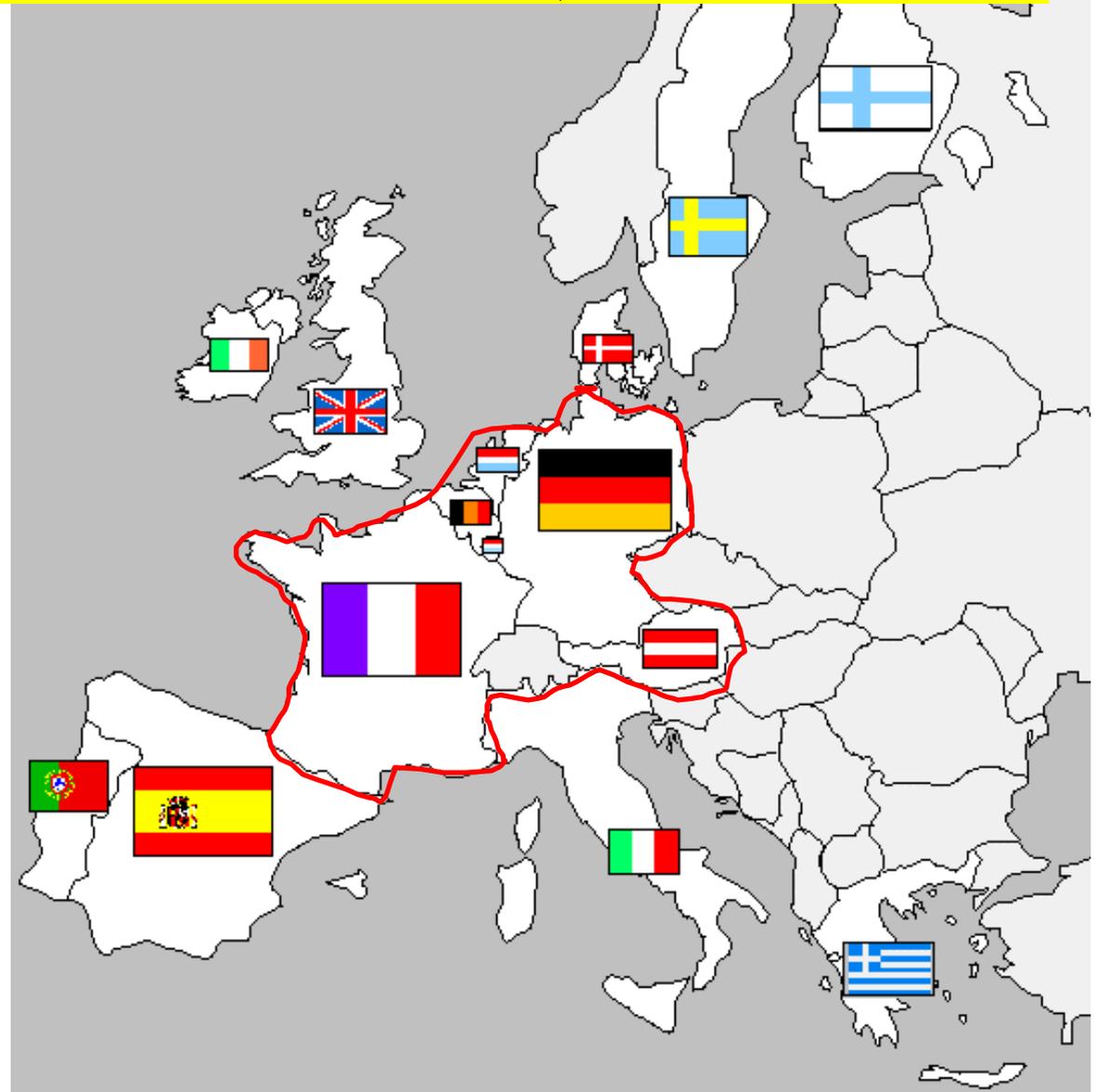
**Staatliche
Leistungs-
erbringer**

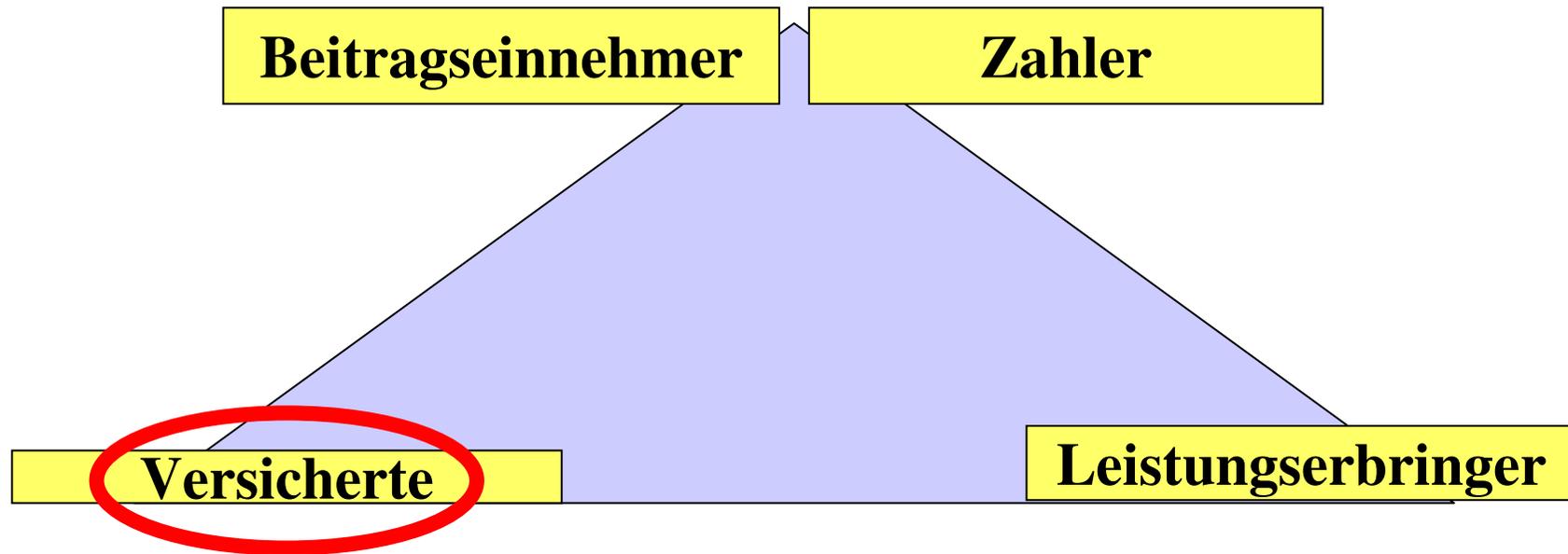
Reformentwicklung 3

Regionalregierungen

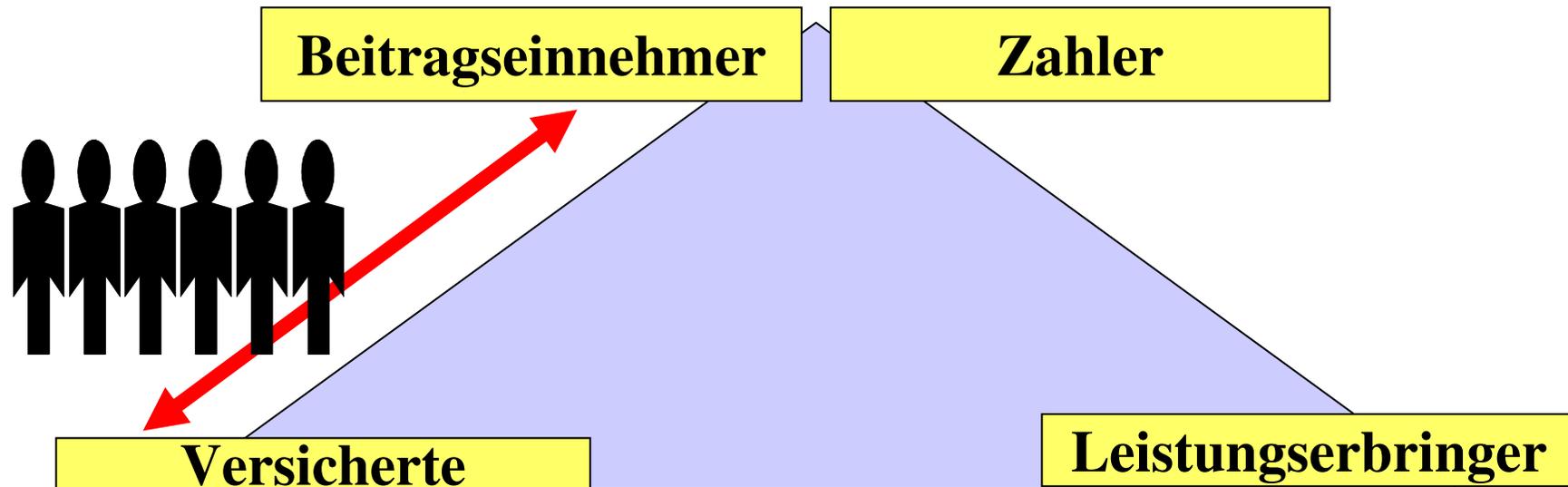


Sozialversicherungssysteme in Westeuropa („Bismarck-Länder“)

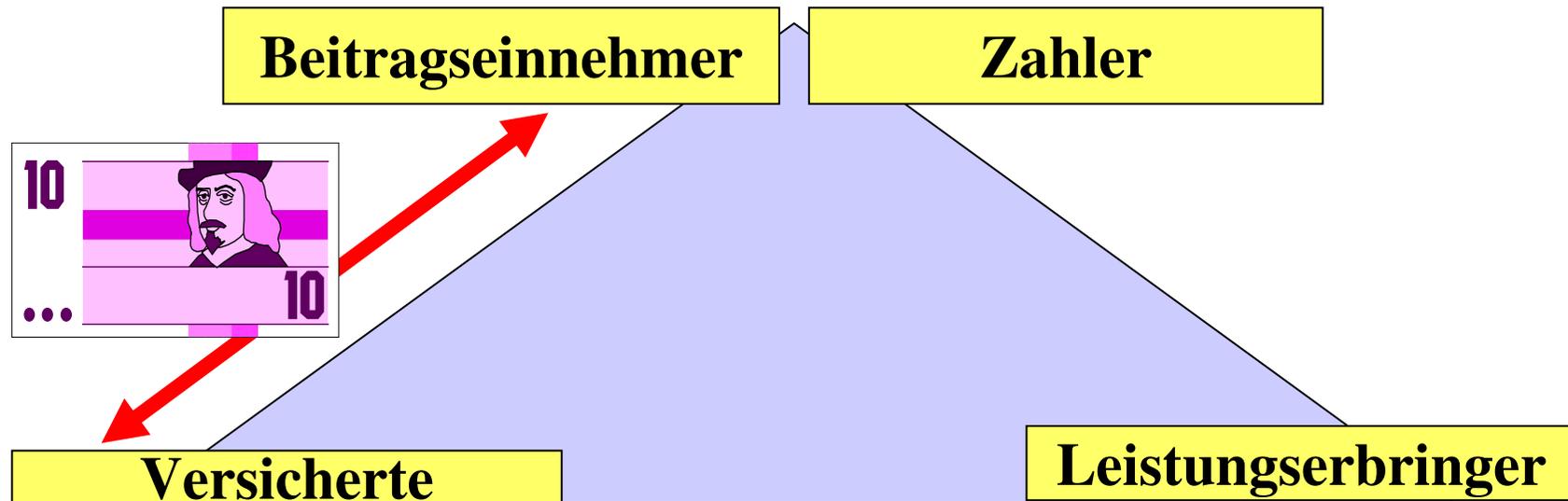




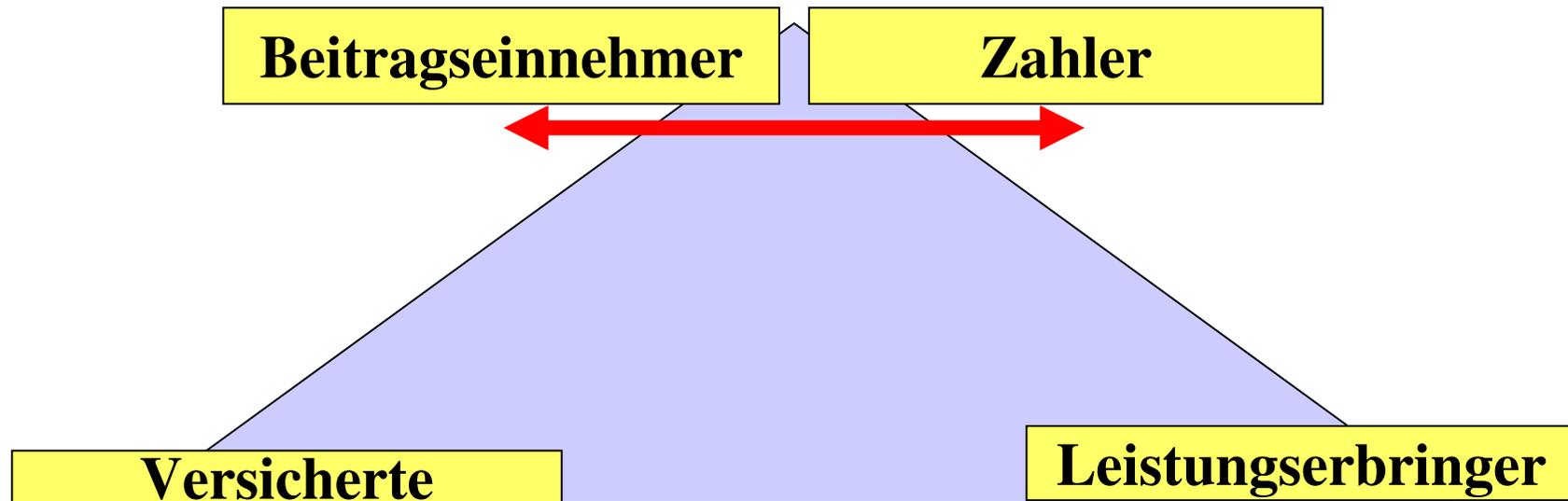
- GKV ist historisch an Arbeitsverhältnis gebunden, dann Versichertenkreis erweitert
- „Bürgerversicherung“ mit 100% gesetzlich nur in Niederlanden (für besondere Ausgaben, seit 1968), Schweiz (seit 1996), Belgien (seit 1998) und Frankreich (seit 2000) – geplant für Niederlande (akute Krankenversorgung) ab 2006



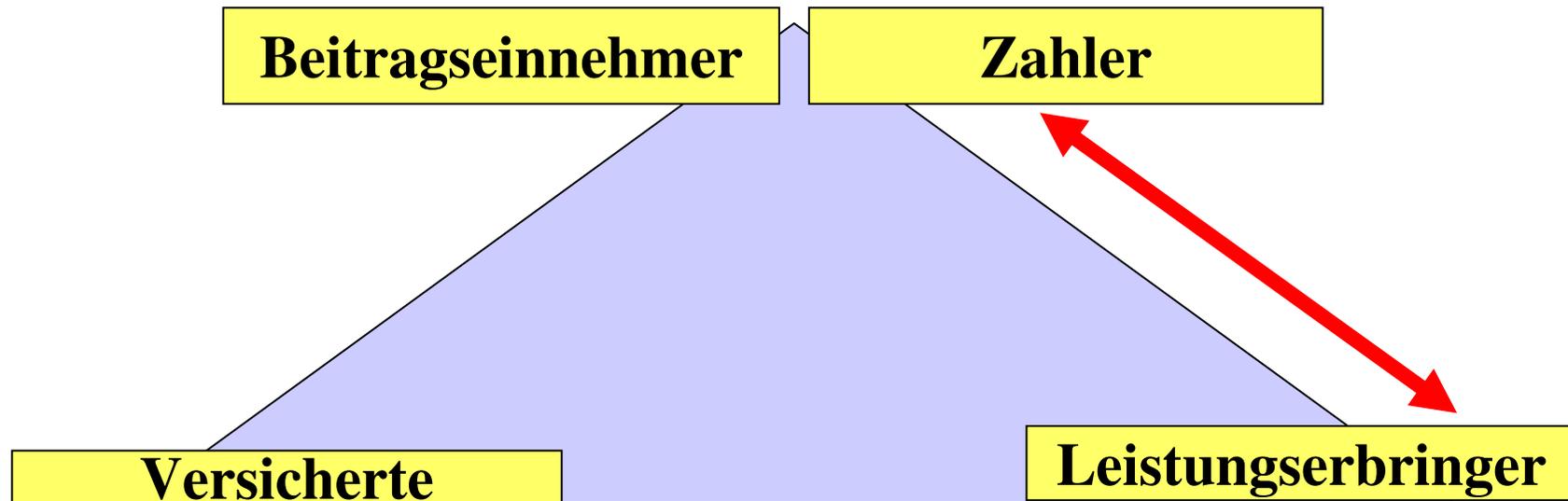
- Krankenkassen-Wahlfreiheit in Belgien, Deutschland, den Niederlanden und Schweiz, d.h. “Responsiveness” potentiell höher
- Deutschland und die Niederlanden erlauben/verlangen private Krankenversicherung von Besserverdienenden/ Selbstständigen (NL: keine Wahl zwischen GKV und PKV)



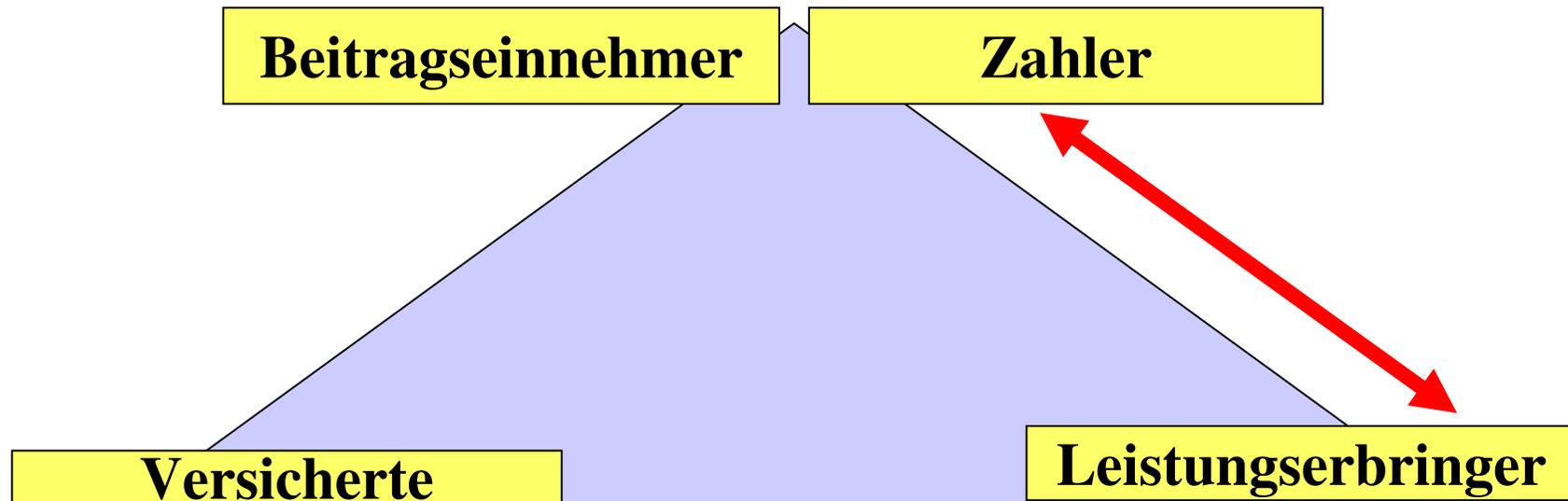
- Frankreich: 1998 Umstellung von Lohn-Beiträgen zu Beiträgen auf Löhne, Zinsen und Mieten = Verringerung von 6,8% auf 6,0%
- Niederlande: Abgabe von Privatversicherten an GKV zwecks Risikoausgleich
- Keine Beitragsmessungsgrenze in Belgien oder Frankreich



- Beitragseinnahmer = Staat (Belgien, Frankreich, Niederlande) oder Kassenverband (Luxemburg); dadurch weniger Probleme bei Finanzallokation
- Finanzieller Risiko-Struktur-Ausgleich in Belgien, Deutschland und Niederlande ermöglicht gleiche bzw. ähnliche Beitragssätze für alle; aber: chronisch Kranke bleiben schlechtes Risiko!



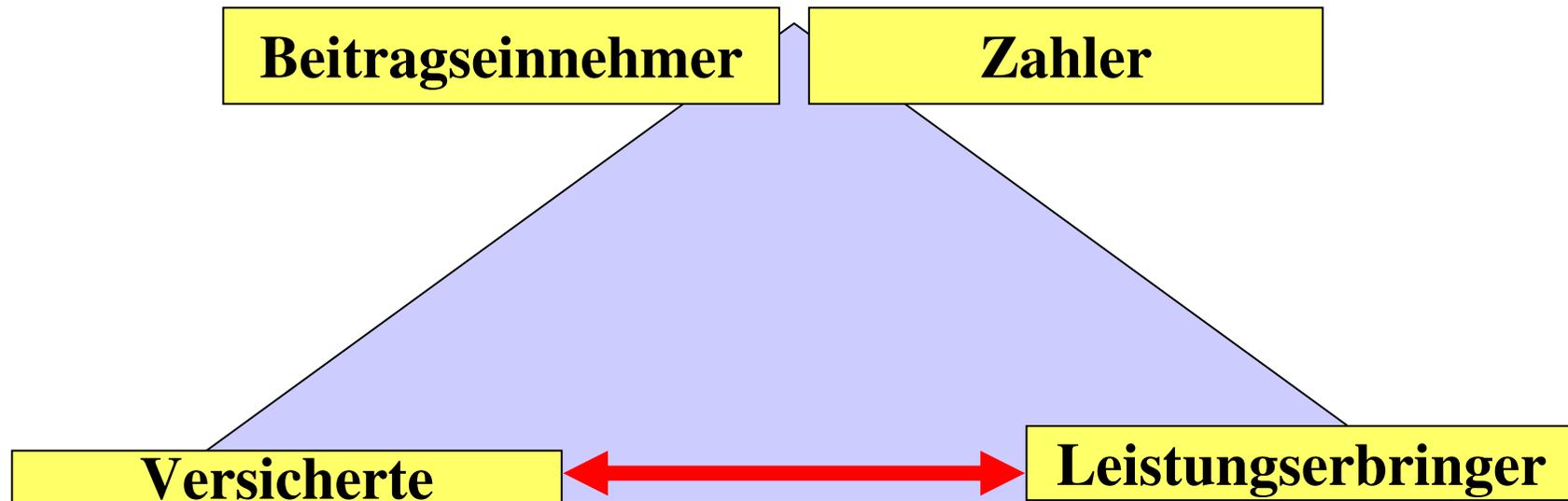
- Verträge = Merkmal aller GKV-Systeme
- Kostendämpfung = typische Schwäche von GKV-Systemen, da viele Zahler (Krankenkassen).
- Klassischer Ansatz: Kollektivverträge, am ausgeprägtesten in Deutschland.



- Neuer Ansatz: Bildung einheitlicher Einkäufer für Krankenhäuser (Frankreich und Österreich)
- Niederlande: Kollektivverträge sind/ werden illegal (Interpretation des EU-Kartellrechts), aber Kassen nutzen Möglichkeit zu Selektivverträgen und Vergütungssenkung nicht.

Mehr Wettbewerb, mehr Planung und Steuerung oder beides?

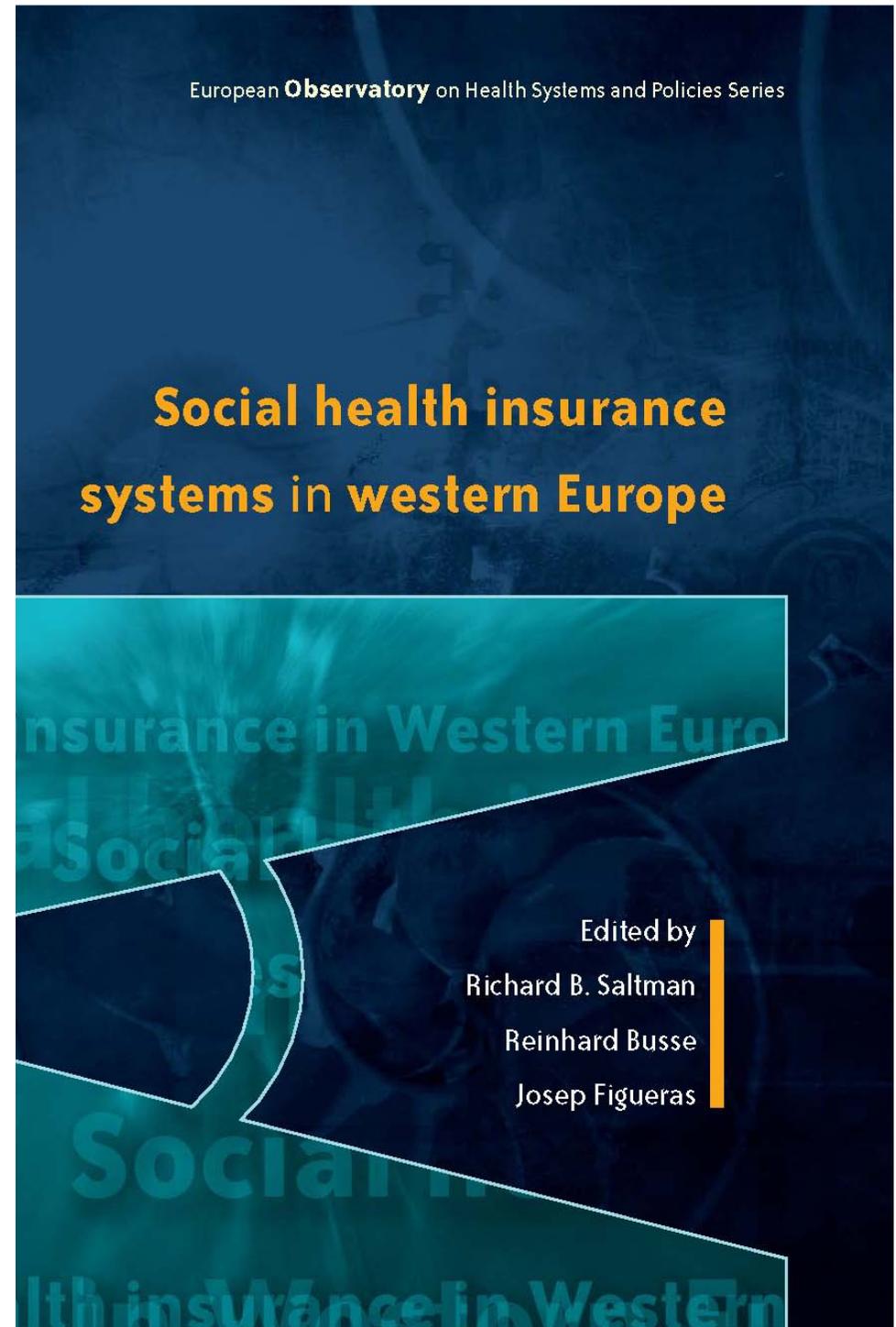
- Verbreitete Marktrhetorik in Deutschland, den Niederlande und der Schweiz – aber für wen und zu welchem Preis?
- D = Gemeinsamer Bundesausschuss zentrales Entscheidungsgremium der Selbstverwaltung
- NL = staatliche Vorgaben und „Selektivverträge“ auf Standardvordrucken
- CH = HMO-Modelle kaum nachgefragt, ansonsten Kontrahierungszwang



- Freier Zugang = Stärke und Schwäche der GKV-Systeme
- Gatekeeping = effektiver, kostengünstiger und unpopulärer?
- Einführung von Wahlleistungen: nur 3% aller Ausgaben für “3. Abteil” in den Niederlanden

Wie bewerten
wir
Gesundheits-
systeme?

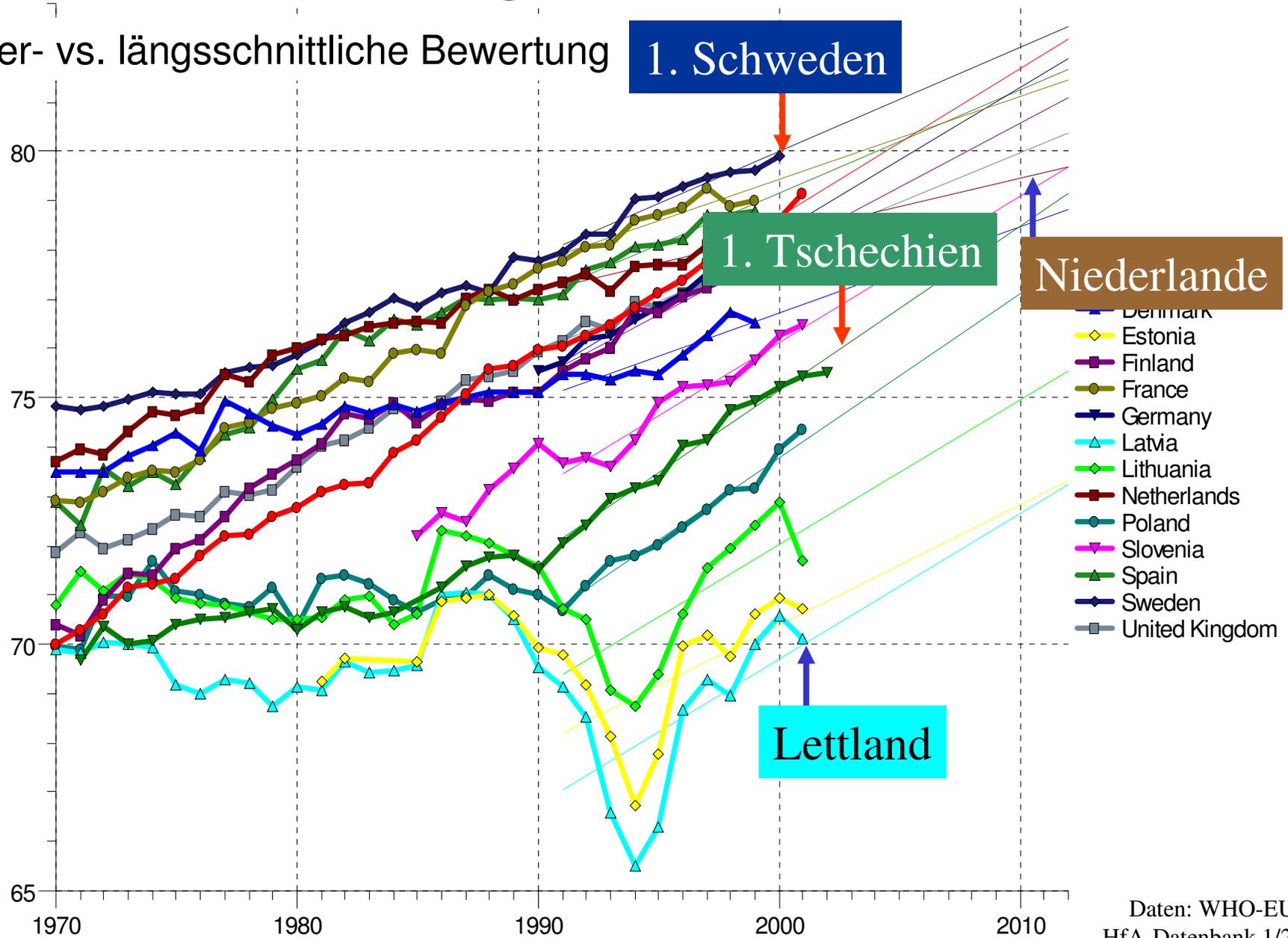
<http://mig.tu-berlin.de>



Ergebnisdimension „Gesundheit“

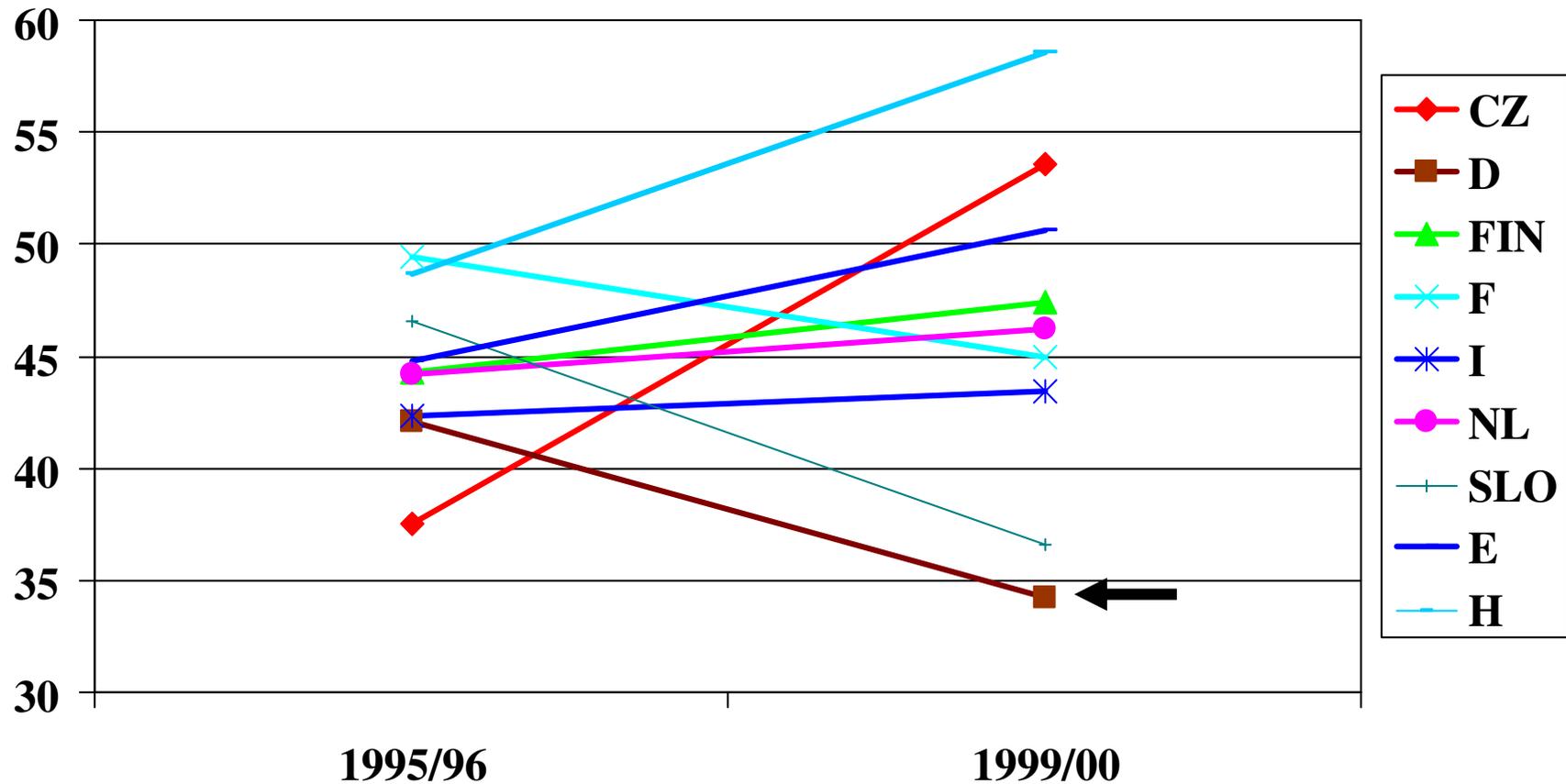
Lebenserwartung bei Geburt (in Jahren)

Quer- vs. längsschnittliche Bewertung



**Ergebnisdimension
„Zugang zu
bedarfsgerechten
Technologien“**

Gute Blutdruckeinstellung 6 Monate nach Krankenhausaufenthalt wegen koronarer Herzerkrankung



Daten: EUROASPIRE „Clinical reality of coronary prevention guidelines“, Lancet 2001; 357: 998

Ergebnisdimension „Bevölkerungs- und Patientenorientierung“

Deutschland:
Zufriedenheit sehr
niedrig
für GKV!



| | “In general, would you say you are very satisfied, fairly satisfied, neither satisfied nor dissatisfied, fairly dissatisfied or very dissatisfied with the way health care runs in (OUR COUNTRY)?”: <i>very or fairly satisfied</i> | | | | | “And, on a scale from 1 to 10, how satisfied are you with health services in (OUR COUNTRY)?”: <i>answers 7, 8, 9 or 10</i> | “Please tell me whether you are very satisfied, fairly satisfied, not very satisfied or not at all satisfied with each of the following?” “(OUR COUNTRY)’s health care system in general”: <i>very or fairly satisfied</i> | |
|----------------|---|--|----------------------|-------------------------|--|--|--|--|
| | 1996 Population [E44.3] (%) | 1998 Population [E49] (%) relative order | 1998 Poor [E49]* (%) | 1998 Elderly [E49]* (%) | Change 1996-1998 Population (%-points) | 1998 Population [E50.1] (%) relative order | 1999 Population [E52.1] (%) relative order | |
| Austria | 63.3 | 72.7 3 | 73 | 74 | 9.4 | 70.6 2 | 83.4 1 | |
| France | 65.1 | 65.0 6 | 69 | 68 | -0.1 | 59.7 4 | 78.2 2 | |
| Belgium | 70.1 | 62.8 7 | 54 | 57 | -7.3 | 56.3 5 | 77.0 3 | |
| Denmark | 90.0 | 90.6 1 | 90 | 93 | 0.6 | 48.2 8 | 75.8 4 | |
| Finland | 86.4 | 81.3 2 | 78 | 83 | -5.1 | 78.0 1 | 74.3 5 | |
| Netherlands | 72.8 | 69.8 4 | 68 | 70 | -3.0 | 69.7 3 | 73.2 6 | |
| Luxembourg | 71.1 | 66.6 5 | 69 | 75 | -4.5 | 49.7 6 | 71.6 7 | |
| Sweden | 67.3 | 57.5 9 | 56 | 66 | -9.8 | 45.9 9 | 58.7 8 | |
| United Kingdom | 48.1 | 57.0 11 | 67 | 69 | 8.9 | 49.3 7 | 55.7 9 | |
| Germany | 66.0 | 57.5 9 | 52 | 57 | -8.5 | 43.2 10 | 49.9 10 | |
| Ireland | 49.9 | 57.9 8 | 65 | 62 | 8.0 | 23.9 12 | 47.7 11 | |
| Spain | 35.6 | 43.1 12 | 47 | 57 | 7.5 | 30.8 11 | 37.6 12 | |
| Italy | 16.3 | 20.1 13 | 22 | 30 | 3.8 | 14.9 13 | 26.3 13 | |
| Portugal | 19.9 | 16.4 14 | 20 | 19 | -3.5 | 5.7 15 | 24.1 14 | |
| Greece | 18.4 | 15.5 15 | 18 | 22 | -2.9 | 10.7 14 | 18.6 15 | |

Beim Hausarzt-Service: GKV besser

Table 4.6 Evaluations of general practice care in four SHI and four other countries, ca. 1998 (%)

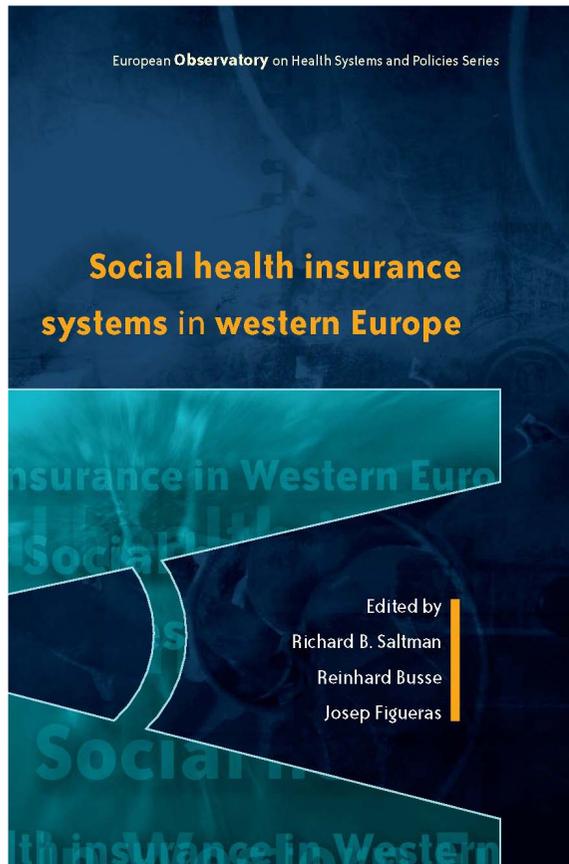
| | CH | D | B | NL | S | N | DK | UK | SHI avg. | Other avg. | Ratio |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----------|------------|-------|
| Overall evaluation | 91 | 88 | 87 | 80 | 78 | 76 | 74 | 72 | 87 | 75 | 1.15 |
| 1. Keeping records and data confidential | 96 | 94 | 97 | 95 | 88 | 91 | 96 | 91 | 96 | 92 | 1.04 |
| 2. Listening to you | 96 | 92 | 93 | 89 | 85 | 85 | 79 | 83 | 93 | 83 | 1.11 |
| 3. Making you feel you had time during consultations | 96 | 90 | 92 | 88 | 85 | 78 | 75 | 80 | 92 | 80 | 1.15 |
| 4. Providing quick services for urgent problems | 96 | 95 | 93 | 85 | 84 | 83 | 81 | 71 | 92 | 80 | 1.16 |
| ... (15 other items) | | | | | | | | | | | |
| 20. Offering you services for preventing disease | 84 | 85 | 77 | 76 | 75 | 67 | 68 | 74 | 81 | 71 | 1.13 |
| 21. Getting through to the practice on the phone | 96 | 95 | 93 | 71 | 67 | 56 | 53 | 62 | 89 | 60 | 1.49 |
| 22. Being able to speak to the GP on the telephone | 91 | 87 | 90 | 72 | 65 | 54 | 59 | 51 | 85 | 57 | 1.48 |
| 23. Waiting time in the waiting room | 79 | 70 | 66 | 61 | 65 | 57 | 59 | 50 | 69 | 58 | 1.19 |
| Rank | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | - | - | - |

Notes: Countries are sorted from left to right by overall evaluation. No data are available for other countries. *Source:* Grol et al. 2000

**Ergebnisdimension
„Gerechtigkeit“ (equity)
bei Finanzierung
(financial fairness)**

| | Verteilung: finanzielle Fairness (1,00 = max.) | Schwelle | |
|----------------|---|--|---|
| | | % an Haushalten mit katastrophalen [> 40%] Gesundheitsausgaben | % an Haushalten mit katastrophalen [> 40%] Selbstzahlungen (out of pocket) |
| Slowakei | 0,941 | 0,00 | 0,00 |
| Großbritannien | 0,921 | 0,33 | 0,04 |
| Dänemark | 0,920 | 0,38 | 0,07 |
| Schweden | 0,920 | 0,39 | 0,18 |
| Deutschland | 0,913 | 0,54 | 0,03 |
| Ungarn | 0,905 | 0,96 | 0,20 |
| Tschechien | 0,904 | 0,01 | 0,00 |
| Belgien | 0,903 | 0,23 | 0,09 |
| Finnland | 0,901 | 1,36 | 0,44 |
| Spanien | 0,899 | 0,89 | 0,48 |
| Slowenien | 0,890 | 1,88 | 0,06 |
| Frankreich | 0,889 | 0,68 | 0,01 |
| Litauen | 0,875 | 1,68 | 1,34 |
| Estland | 0,872 | 2,47 | 1,30 |
| Griechenland | 0,858 | 3,29 | 2,17 |
| Portugal | 0,845 | 4,01 | 2,71 |
| Lettland | 0,828 | 4,05 | 2,75 |

Daten: Murray & Evans „Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism“, WHO 2003: 525-6



**Präsentation, Buch
und weiteres Material
ist verfügbar auf:**

<http://mig.tu-berlin.de>

