Technische Universität Berlin

Strategien zur Gesundheitsversorgung und Finanzierung in Europa

Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH FFPH

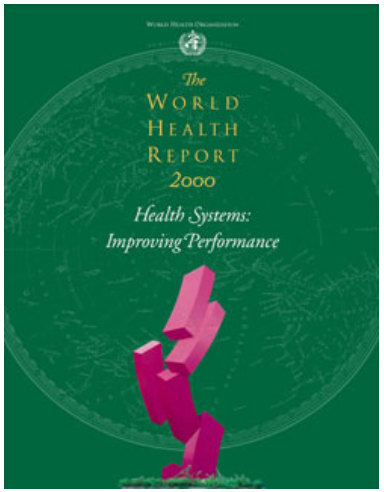
Professor für Management im Gesundheitswesen,
Technische Universität Berlin & Charité – Universitätsmedizin

Associate Research Director,
European Observatory on Health Systems and Policies

Strategien brauchen Ziele – zunächst übergeordnet für das gesamte Gesundheitssystem!

Wer soll diese festlegen?
Wie allgemein bzw. spezifisch sollen diese sein?

Ziele im Weltgesundheits-bericht 2000



- **Gesundheit der Bevölkerung**
  (hoher Durchschnitt und gleiche Verteilung),
- **Personenorientierung**, d.h. Respekt für Würde, Konfidentialität und Autonomie sowie Klientenorientierung durch sofortige Betreuung, Qualität, soziale Unterstützung und Wahl des Leistungerbringers
  (hoher Durchschnitt und gleiche Verteilung),
- **"faire" Finanzierung** (d.h. proportional zum Ein-kommen nach Abzug von Lebensmittelkosten).

OECD (Health Project 2004)

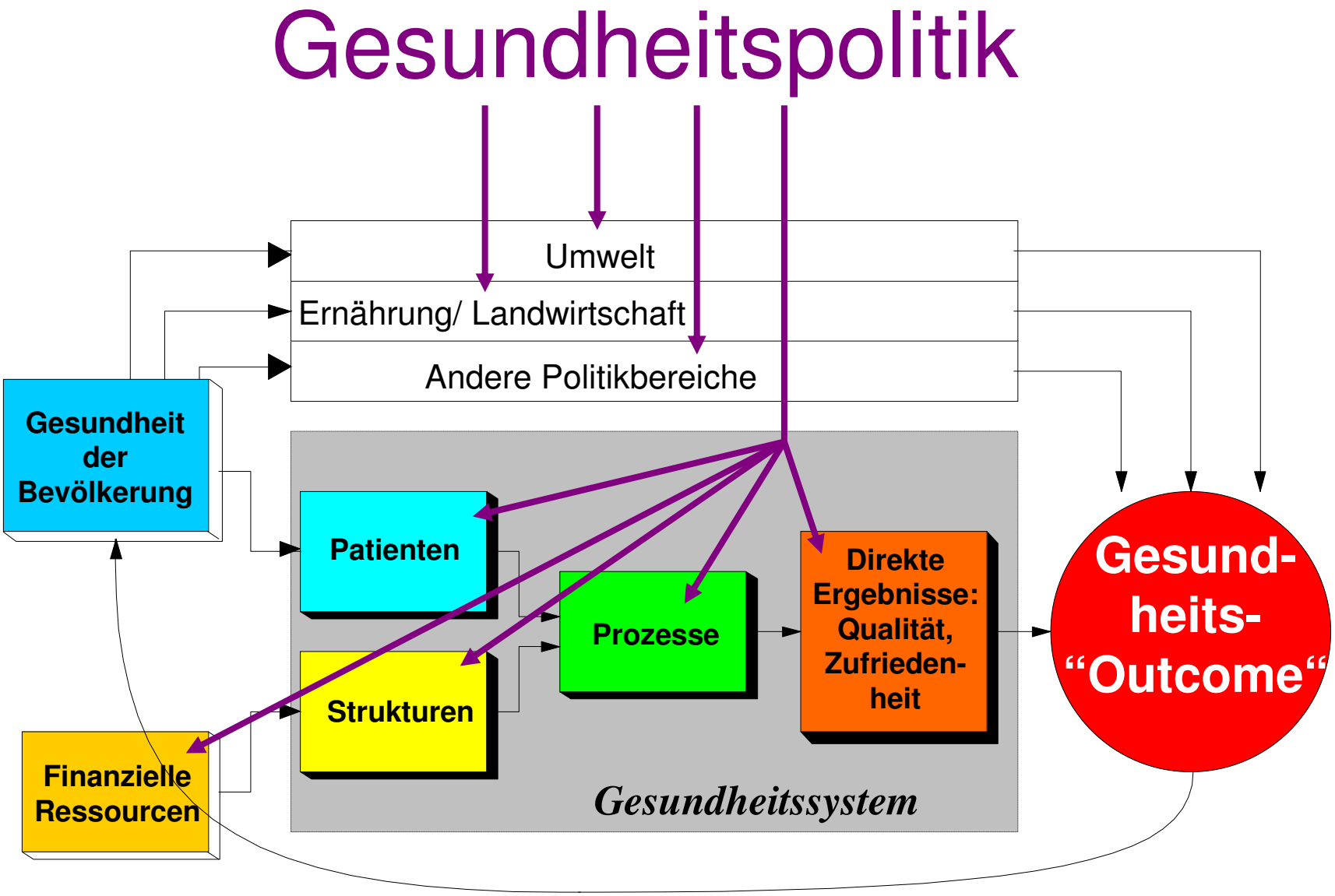
- Improving population health status and health outcomes
- Adaequate and equitable access to care
- Health system responsiveness
- Sustainable costs and financing
- Efficiency

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

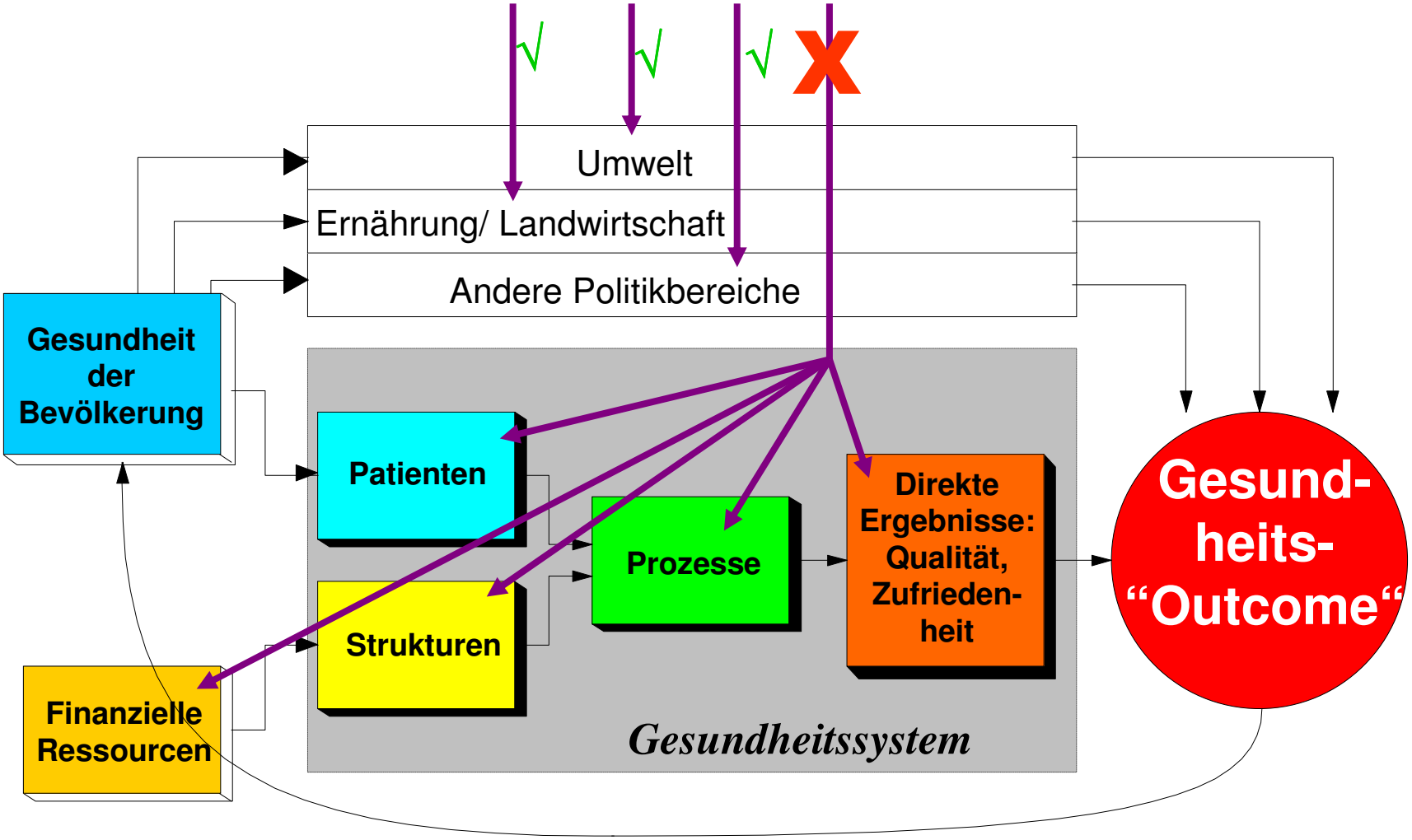
- Sicherung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung: Universalität, Angemessenheit, Solidarität
- Förderung der Versorgungsqualität
- Sicherung der langfristigen Finanzierbarkeit einer zugänglichen und hochwertigen Gesundheitsversorgung

Vorschlag Busse (G+GW 2002)

- Erreichung eines *hohen Gesundheitsniveaus* für die gesamte Bevölkerung,
- Gestaltung und Funktion der Gesundheitswesen entsprechend den *gerechtfertigten Bedürfnissen und Erwartungen* der Bevölkerungen,
- Zugang der gesamten betroffenen Bevölkerung zu *bedarfsgerechten und wirksamen Gesundheitstechnologien*,
- Sicherstellung *fairer und nachhaltiger Finanzierung* der Gesundheitsversorgung.


Gesundheitspolitik
Umwelt
Ernährung/ Landwirtschaft
Andere Politikbereiche
Gesundheit der Bevölkerung
Patienten
Prozesse
Direkte Ergebnisse: Qualität, Zufrieden-heit
Strukturen
Finanzielle Ressourcen
Gesundheitssystem
Gesund-heits-"Outcome"

EU-Gesundheitspolitik



GESUNDHEITSWESEN

Artikel 152 (ex-Artikel 129)

(1) Bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.

Die Tätigkeit der Gemeinschaft ergänzt die Politik der Mitgliedstaaten und ist auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit gerichtet. Sie umfaßt die Bekämpfung der weitverbreiteten schweren Krankheiten; dabei werden die Erforschung der Ursachen, der Übertragung und der Verhütung dieser Krankheiten sowie die Gesundheitsinformation und -erziehung gefördert.

(2) Die Gemeinschaft fördert die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten in den in diesem Artikel genannten Bereichen und unterstützt erforderlichenfalls deren Tätigkeit.

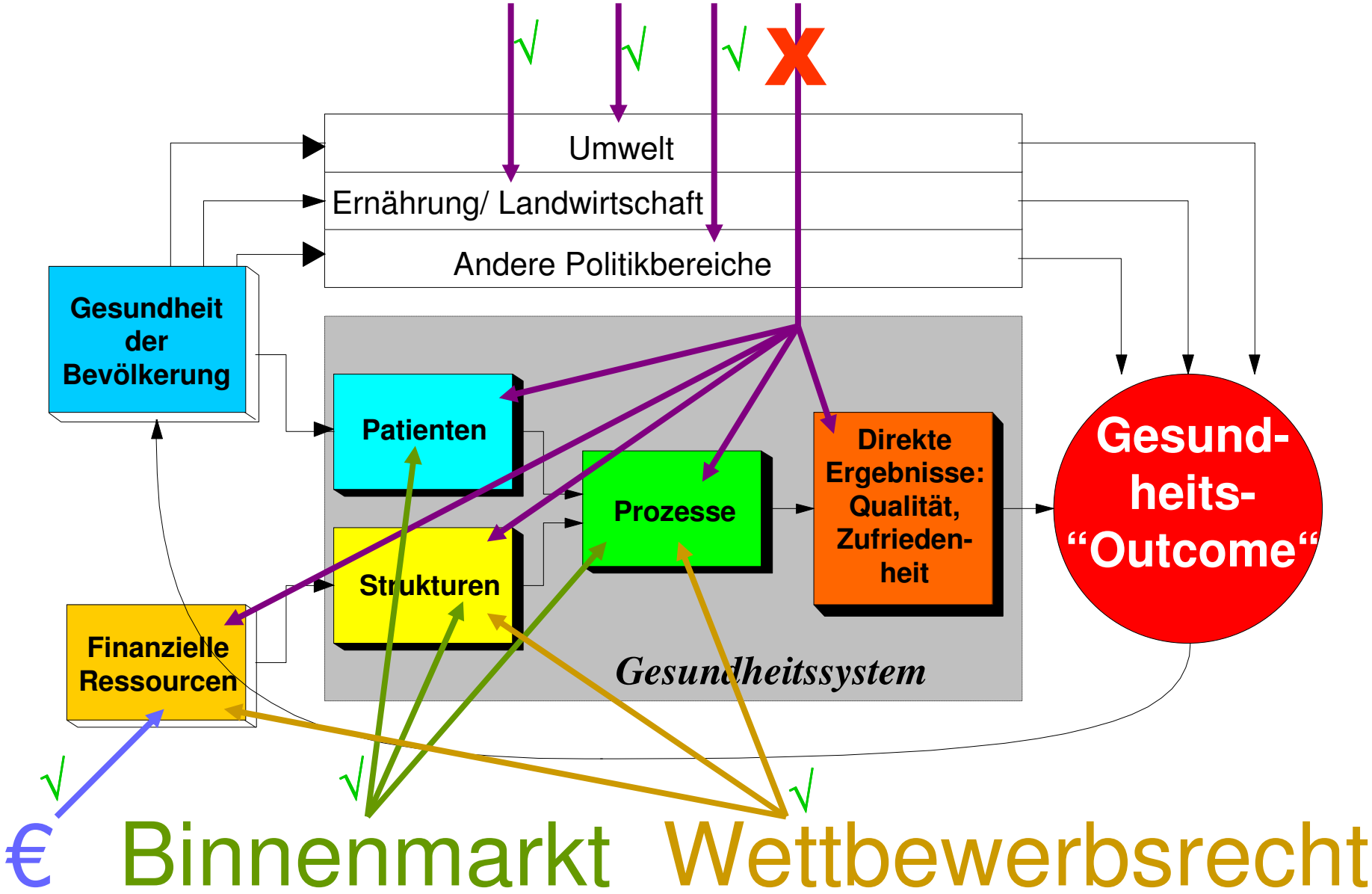
Die Mitgliedstaaten koordinieren untereinander im Benehmen mit der Kommission ihre Politiken und Programme in den in Absatz 1 genannten Bereichen. Die Kommission kann in enger Verbindung mit den Mitgliedstaaten alle Initiativen ergreifen, die dieser Koordinierung förderlich sind.

(5) Bei der Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung wird die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt. Insbesondere lassen die Maßnahmen nach Absatz 4 Buchstabe a die einzelstaatlichen Regelungen über die Spende oder die medizinische Verwendung von Organen und Blut unberührt.

ABER:

- Artikel 152(5) bezieht sich nur auf Public Health-Maßnahmen
- EU-Eingriffe in Gesundheitssysteme erfolgen aber sehr wohl durch
  - Arbeitsrecht (Arbeitszeiten im Krankenhaus!)
  - Wettbewerbsrecht (Arzneimittel-Festbeträge!?)
  - Binnenmarktsrecht mit 4 Freiheiten für Personen, Waren, Dienstleistungen und Kapital – *insbesondere Interpretation durch EuGH-Urteile*

EU-Gesundheitspolitik



€ Binnenmarkt Wettbewerbsrecht

http://www.tu-berlin.de/fak8/ifg/mig/files/2002/publications/EU&HealthServices/EU&HealthServices.htm

"At European level, health services have to adapt to market rules, while at national level, health services are seen as part of a social model.

To overcome this situation and to ensure the social status of health services, we need – possibly paradoxically – to develop a European health policy."

Wenn wir diese Schlussfolgerung akzeptieren, lautet die nächste Frage:

Sollte EU-Gesundheitspolitik auf den “regulären” Instrumenten (Richtlinien, Verordnungen etc.) oder einem Ergebnis-orientierten Ansatz (“Offene Methode der Koordinierung”) beruhen?

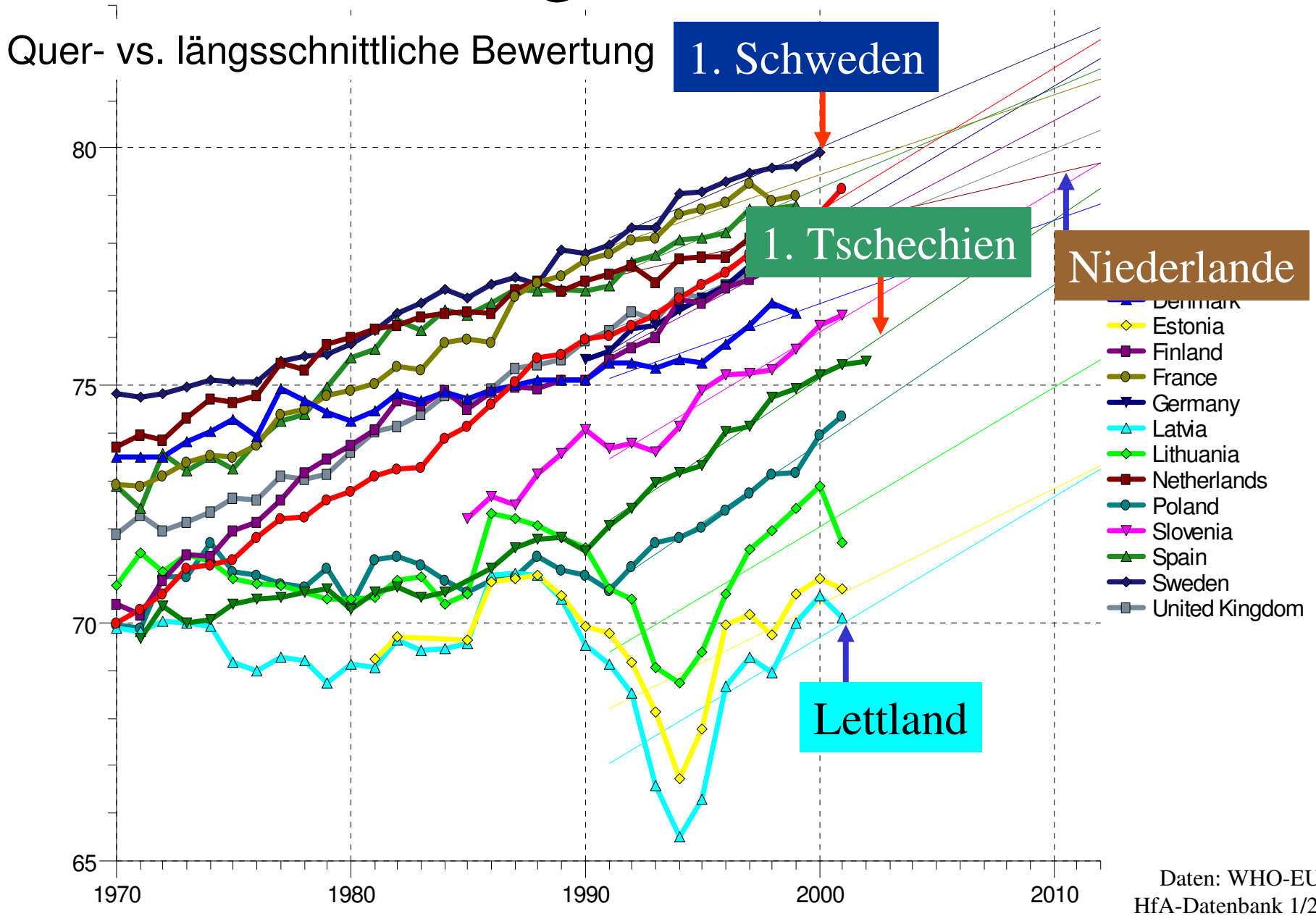
Was ist die offene Methode der Koordinierung?

- Mitgliedstaaten legen, unterstützt von EU-Kommission, für einen Politikbereich unionsweite Leitlinien mit Zielen und ggf. Indikatoren fest
- Art und Weise der Zielerreichung bleibt Mitgliedstaaten überlassen
- Zielerreichung wird regelmäßig überprüft und bewertet; Nichterreichen wird sichtbar und begründungspflichtig

Wie könnten Ziele aussehen?

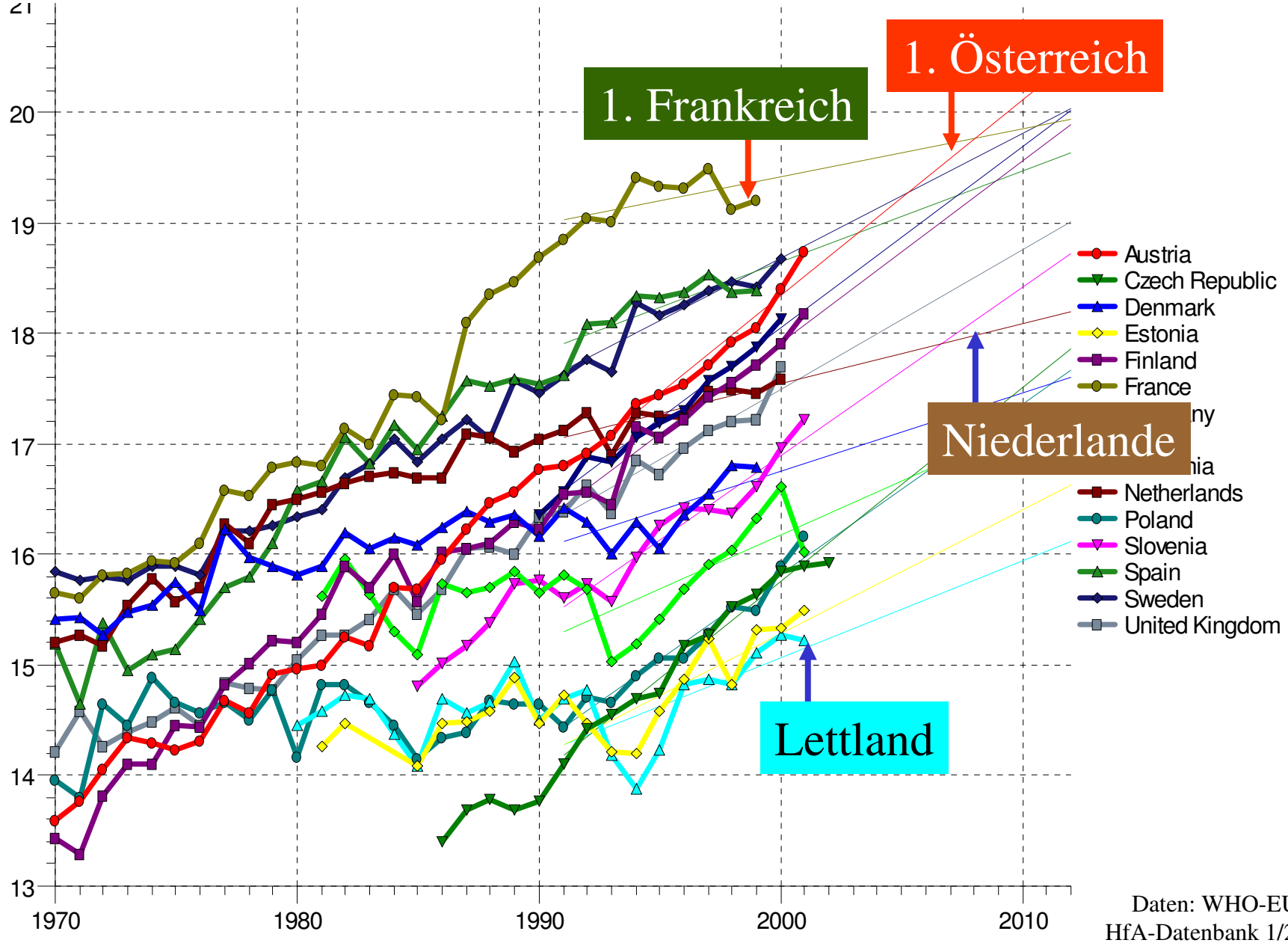
- Erreichung eines *hohen Gesundheitsniveaus* für die gesamte Bevölkerung:
  - hohe und steigende mittlere Lebenserwartung bei Geburt, im Alter von 65
  - geringer Verlust an Lebenszeit durch Krankheit und Behinderung
  - …

Lebenserwartung bei Geburt (in Jahren)



Daten: WHO-EURO
HfA-Datenbank 1/2004

Fernere Lebenserwartung im Alter von 65 (in Jahren)



Daten: WHO-EURO
HfA-Datenbank 1/2004

Geringer Verlust durch Krankheit

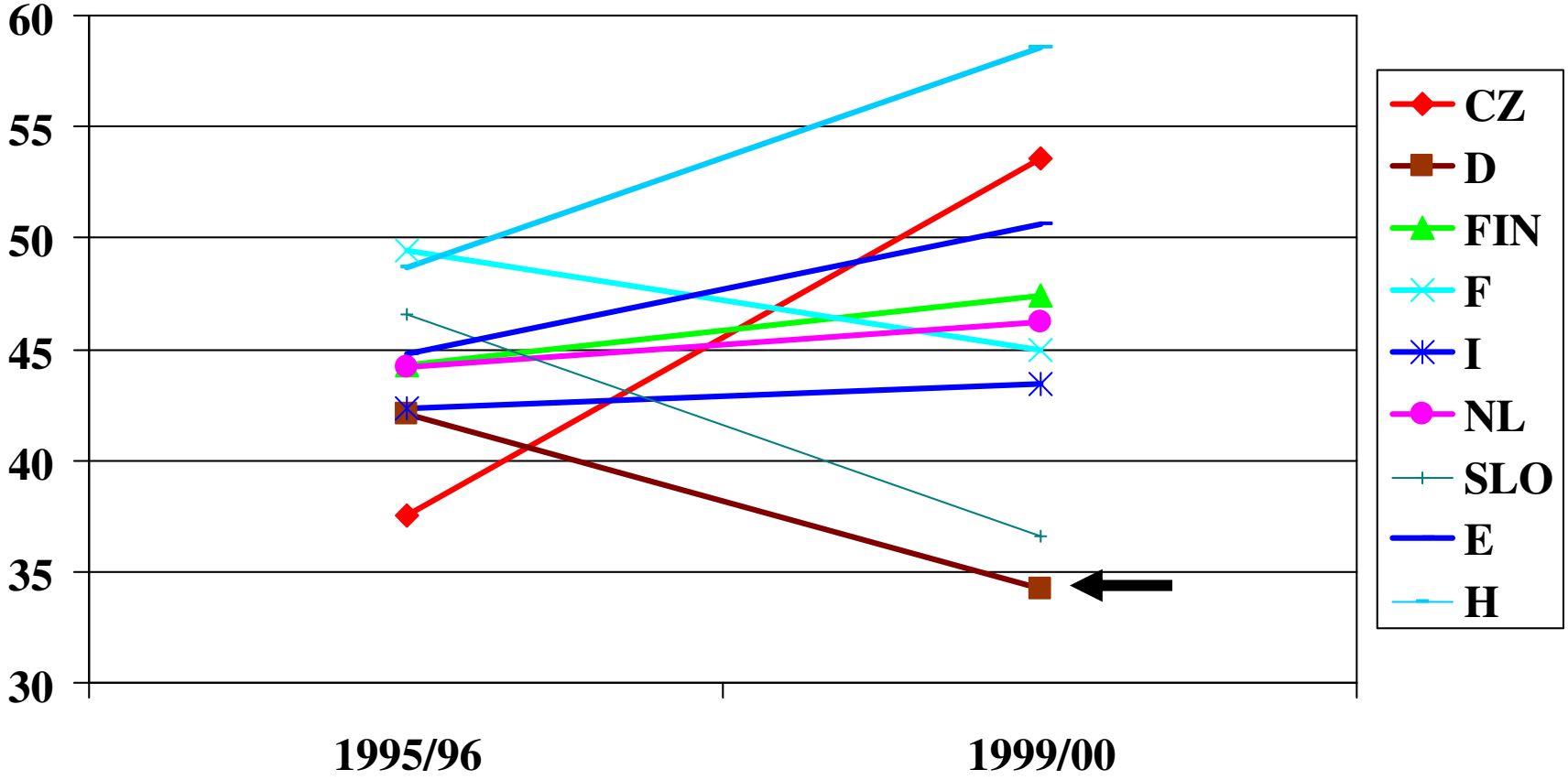
(in % der Lebenserwartung; WHO 2004)

	Männer	Frauen
Deutschland	7,8%	9,3%
Italien	7,8%	9,5%
Schweden	7,9%	9,5%
Spanien	8,2%	9,3%
Finnland	8,1%	9,9%
Luxemburg	8,4%	9,9%
Belgien	8,3%	10,1%
Slowenien	8,4%	10,2%
Niederlande	8,3%	10,4%
Dänemark	8,4%	10,5%
Großbritannien	8,8%	10,4%
Frankreich	8,8%	10,6%
Österreich	9,3%	10,5%
Portugal	9,4%	10,9%
Litauen	10,9%	12,8%

- Zugang der gesamten betroffenen Bevölkerung zu *bedarfsgerechten und wirksamen Gesund-heitstechnologien*

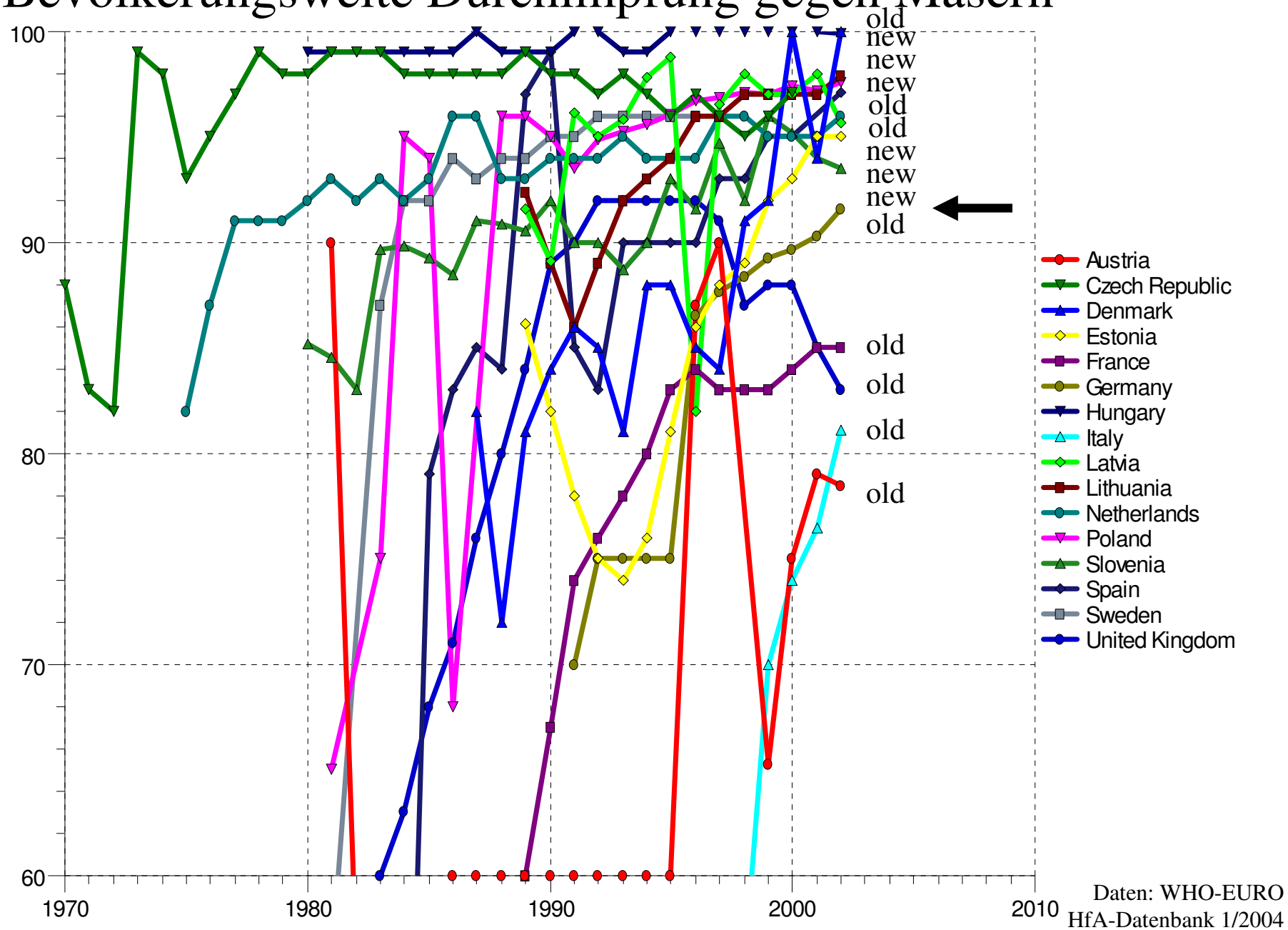
  Hier muss eine sinnvolle Auswahl von vielleicht 10-15 Technologien erfolgen!

Gute Blutdruckeinstellung 6 Monate nach Krankenhausaufenthalt wegen Koronarer Herzerkrankung



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

Bevölkerungsweite Durchimpfung gegen Masern



Daten: WHO-EURO
HfA-Datenbank 1/2004

- Sicherstellung *fairer und nachhaltiger Finanzierung* der Gesundheitsversorgung

	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**

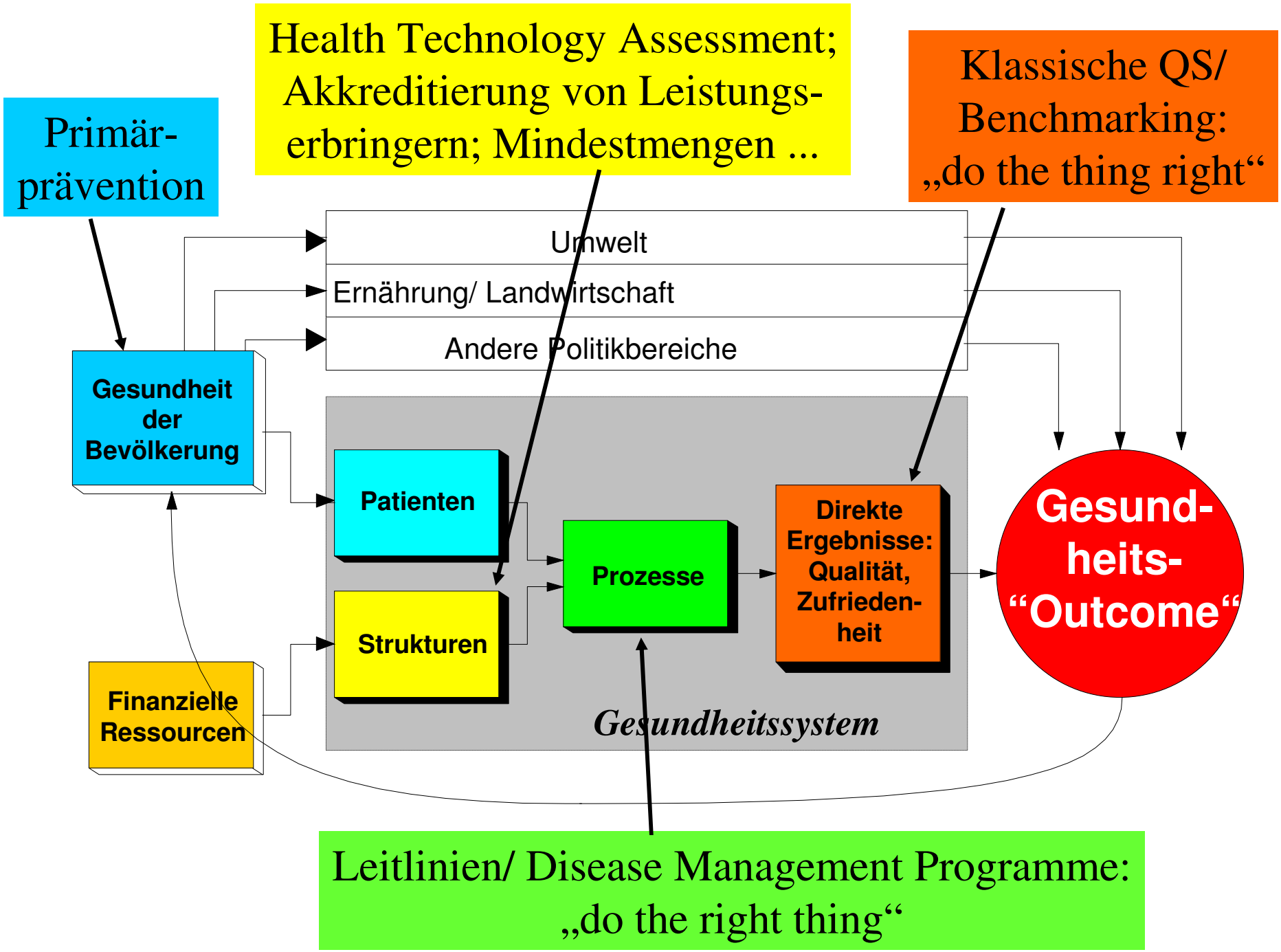
Daten: Murray & Evans „Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism“, WHO 2003: 525-6

Schritt 2: Definition nationaler Ziele/ Gesundheitsziele/ Zielprogramme

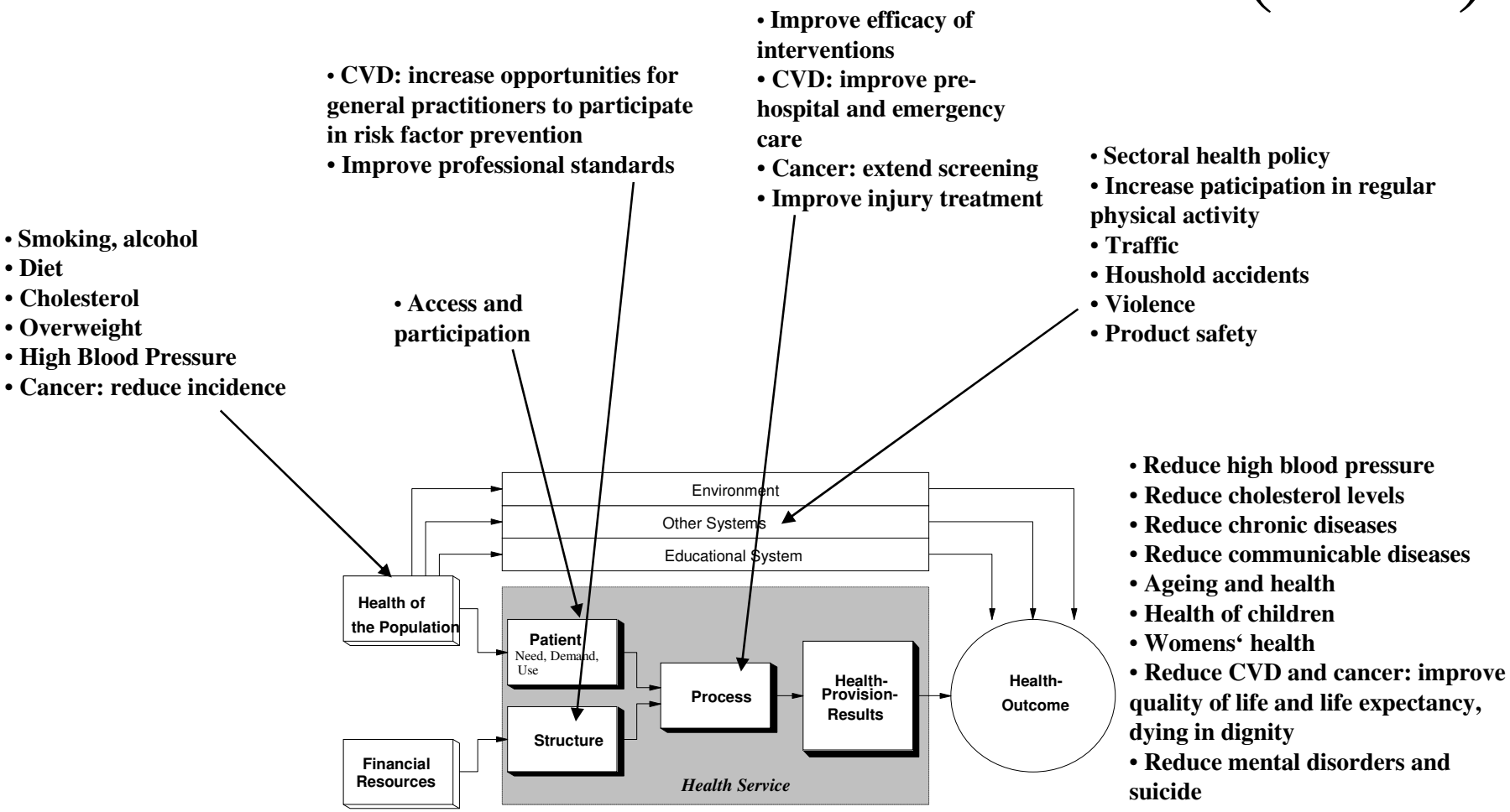
- **Auswahl und Priorisierung von Zielbereichen (z.B. Risikofaktoren, Krankheiten, Indikationen, Leistungserbringer)**
- Festlegung quantitativer Ziele (z.B. Senkung um x %, Erreichen des EU-Mittelwertes in y Jahren)
- **Auswahl der Strategien zum Erreichen der Ziele (z.B. Primärprävention, HTA)**
- Definition von Verantwortlichkeiten

Auswahl und Priorisierung von Zielbereichen

- Beitrag zum (schlechten) Stand auf EU-Ebene
- Verbreitung in Bevölkerung
- Schweregrad (Verlust and Lebenszeit und -qualität für den Einzelnen)
- Vermeidbarkeit/ Intervenierbarkeit
- Ausmaß von Praxisvariationen und Einfluss von Leitlinien/ HTA/ Qualitätssicherung
- Ökonomische Bedeutung


Primär-
prävention
Health Technology Assessment;
Akkreditierung von Leistungs-
erbringern; Mindestmengen ...
Klassische QS/
Benchmarking:
„do the thing right“
Umwelt
Ernährung/ Landwirtschaft
Andere Politikbereiche
Gesundheit
der
Bevölkerung
Patienten
Strukturen
Prozesse
Direkte
Ergebnisse:
Qualität,
Zufrieden-
heit
Gesund-
heits-
“Outcome“
Finanzielle
Ressourcen
Gesundheitssystem
Leitlinien/ Disease Management Programme:
„do the right thing“

Beispiel für ein breit aufgestelltes Gesundheitsziele-Programm: “Better Health Outcomes for Australians” (1994)



(Busse and Wismar; Health Policy 2002)

Beispiel für ein breit aufgestelltes Gesundheitsziele-Programm: “Better Health Outcomes for Australians” (1994)

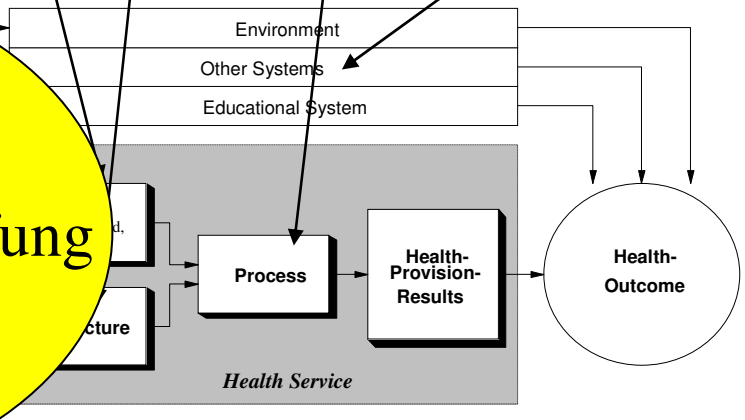
- Smoking, alcohol
- Diet
- Cholesterol
- Overweight
- High Blood Pressure
- Cancer: reduce incidence

- Access and participation

- CVD: increase opportunities for general practitioners to participate in risk factor prevention
- Improve professional standards

- Improve efficacy of interventions
- CVD: improve pre-hospital and emergency care
- Cancer: extend screening
- Improve injury treatment

- Sectoral health policy
- Increase paticipation in regular physical activity
- Traffic
- Houshold accidents
- Violence
- Product safety



- Reduce high blood pressure
- Reduce cholesterol levels
- Reduce chronic diseases
- Reduce communicable diseases
- Ageing and health
- Health of children
- Womens‘ health
- Reduce CVD and cancer: improve quality of life and life expectancy, dying in dignity
- Reduce mental disorders and suicide

Das deutsche Präventionsgesetz kann dagegen als Schaffung eines neuen Sektors betrachtet werden!

(Busse and Wismar; Health Policy 2002)

ELSEVIER

Health Policy 000 (2001) 000–000

HEALTH POLICY

www.elsevier.com/locate/healthpol

Technische Universität Berlin

Health target programmes and health care services—any link? A conceptual and comparative study (part 1)

Reinhard Busse [a,*], Matthias Wismar [b]

[a] European Observatory on Health Care Systems, c/o Escuela Nacional de Sanidad, Sinesio Delgado 8, 28029 Madrid, Spain

[b] Department of Epidemiology, Medical School Hannover, Social Medicine and Health System Research and University of Hannover, Centre for Health Economics and Health System Research, Hannover, Germany

UNCORRECTED PROOF

Präsentation, Artikel u.v.m. verfügbar auf:

http://mig.tu-berlin.de

trag zur Erreichung eines hohen Niveaus beim
schutz zu leisten. Artikel 30 stellt den freien Ware
ter einen Gesundheitsschutzvorbehalt, Artikel 39
keit von Arbeitnehmern, Artikel 46 das Niederl
und Artikel 95 die Angleichung von Rechtsvorsc
kürzt lässt sich also feststellen: Viele Grundpfeiler
besondere der Binnenmarkt mit seinen vier Gr
für Personen, Waren, Dienstleistungen und Kapi
und müssen – dann eingeschränkt werden, wenn
heit der Bürger gefährdet ist. Beispiel: die Expor
Rindfleisch aus EU-Ländern mit bestätigten BSE-
dere Mitgliedstaaten. Verkauf und Verzehr inner
troffenen Länder einzuschränken, lag und liegt da
halb der Gemeinschaftskompetenz. Die BSE-Krise
dass „Gesundheit" auf EU-Ebene als eng verfloch
Verbraucherschutz gesehen wird. Beleg dafür: die
„Generaldirektion für Gesundheit und Verbrauch
Fest steht, dass die gesundheitlichen Belange b
meinschaftspolitiken zu berücksichtigen sind – u
nalen Gesundheitsminister können auf EU-Ebene
litikbereichen mitbestimmen. Nur in einem Bere
Nichts zu sagen: im Gesundheitssystem (Artikel 1
Das heisst aber nicht, dass die EU keinerlei Komp
te, die Einfluss auf die Organisation dieser System

EUROPÄISCHE UNION

Neue Verfassung, neue So

Brüssels Arm reicht weit: Schon heute gibt das europäische Recht in vielen Politikbereichen vor, wo's national lang zu gehen hat. Wie groß aber ist der Einfluss der Europäischen Union auf die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten? Bahnt sich durch die geplante Verfassung eine andere EU-Gesundheitspolitik an? Antworten von Reinhard Busse

Unumstritten ist etwa, dass die Defizite öffentlic
heitssysteme einschließlich der Systeme der gesetz
kenversicherung (GKV) auf die Verschuldungsg
Maastricht angerechnet werden. Das GKV-Defi
immerhin rund drei Milliarden Euro pro Jahr i
2001 bis 2003 – war ein Grund für das Überschrei
Prozent-Verschuldungsgrenze durch Deutschland.

Einfluss der EU auf die Gesundheitssysteme: Natt