Technische Universität Berlin

Auf dem Weg zu einer europäischen Gesundheitspolitik?

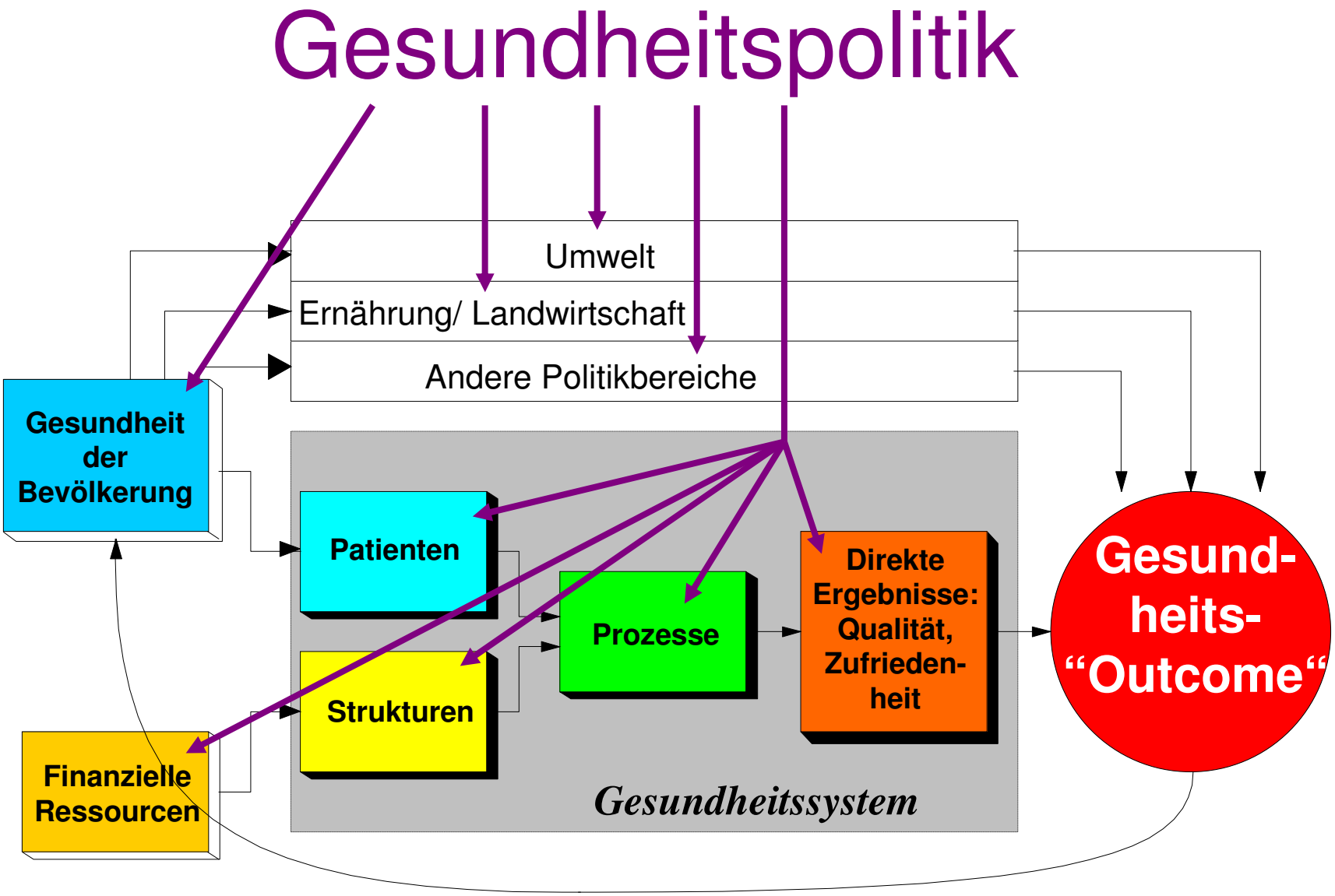
Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH FFPHM

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

Associate Research Director,
European Observatory on Health Care Systems

„Unter Gesundheitspolitik versteht man alle Maßnahmen zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, die sich auf die Gesundheitsvorsorge, die Krankenbehandlung und die Krankheitsfolgen beziehen.“

(Kleines Lexikon der Politik,
hrsg. von der Bundeszentrale für politische Bildung 2001)


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

Verankerung gesundheits-politischer Regelungen im EGV

Artikel (Version nach Amsterdam)	Bedeutung
3 Abs. 1 (p)	Verpflichtung der Gemeinschaft in all ihren Politiken und Maßnahmen einen Beitrag zur Erreichung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus zu leisten
30	Gesundheitsschutzvorbehalt Warenverkehr
39 Abs. 3	Gesundheitsschutzvorbehalt Freizügigkeit der Arbeitnehmer
46 Abs. 1	Gesundheitsschutzvorbehalt Niederlassungsrecht
95 Abs. 3	Gebot der Erreichung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus bei der Angleichung von Rechtsvorschriften
95 Abs. 6	Gesundheitsschutzvorbehalt bei der Angleichung von Rechtsvorschriften
95 Abs. 8	Meldeverpflichtung beim Auftreten von Gesundheitsproblemen in einem Bereich, der bereits der Harmonisierung unterworfen ist
137	Gesundheitsschutz in der Arbeitsumwelt
140	Gesundheitsschutz durch Sozialvorschriften
152	**„Gesundheitswesen“ (Public Health)**
153	Gesundheitsschutz im Verbraucherschutz
174 Abs. 1	Gesundheitsschutz in der Umweltpolitik
186	Gesundheitsschutzvorbehalt Freizügigkeit aus assoziierten und überseeischen Hoheitsgebieten

GESUNDHEITSWESEN

Artikel 152 (ex-Artikel 129)

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

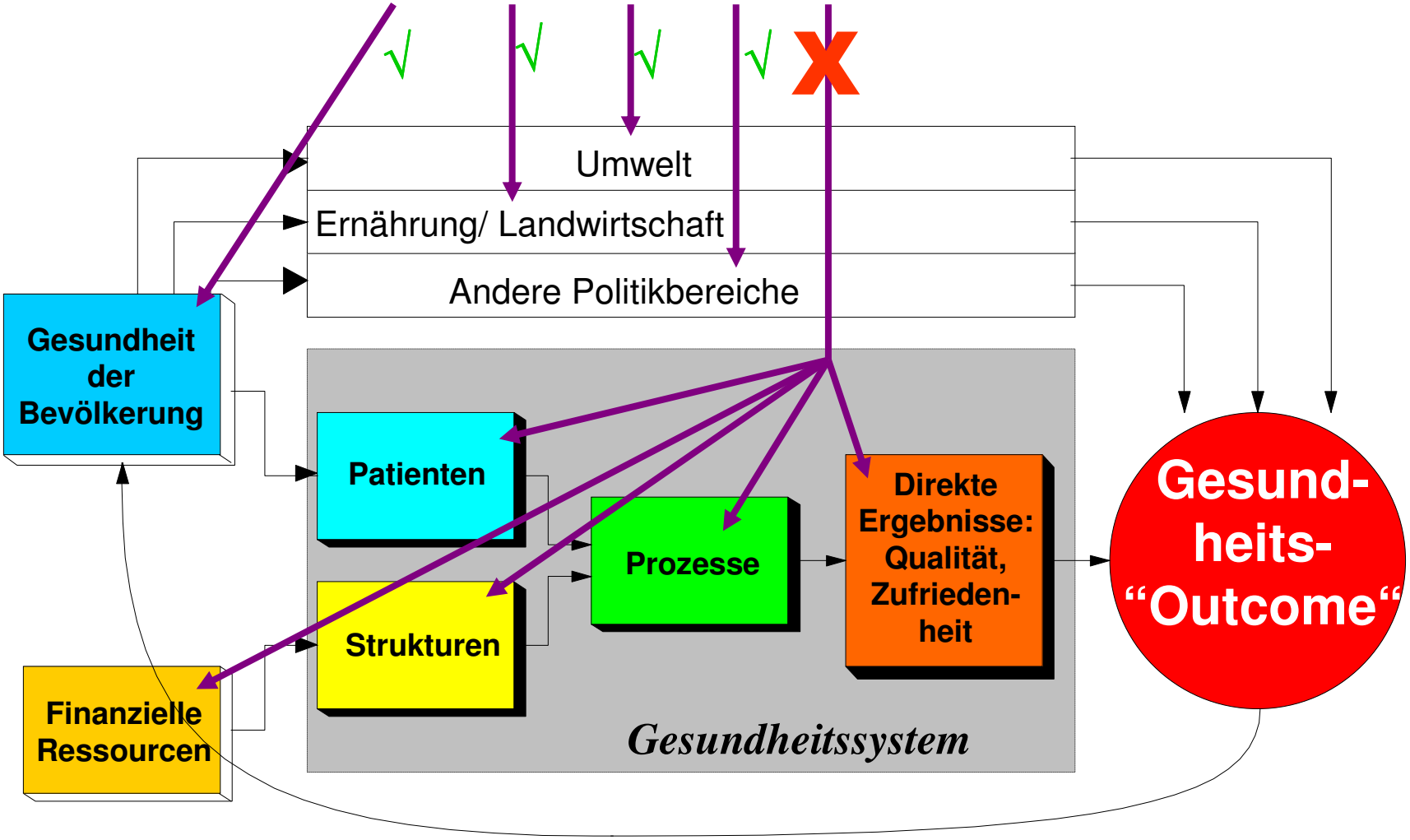
Die Tätigkeit der Gemeinschaft ergänzt die Politik der Mitgliedstaaten und ist auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit gerichtet. Sie umfaßt die Bekämpfung der weitverbreiteten 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.

EU-Gesundheitspolitik



Gesundheitsstrategie

(Mitteilung vom Mai 2000)

- **Neues Gesundheitsprogramm**
- **Koordination mit anderen Politikbereichen**
- **Neue Initiativen in der Gesundheitspolitik**
  - Tabak, Alkohol, Übertragbare Krankheiten, Blut, Gewebe und Zellen, Gesundheitsförderung

Gesundheitsprogramm 2003-2008

3 Aktionsfelder

Gesundheits-information

Gesund-heits-gefahren

Gesundheits-determinanten

EU-Mitgliedsstaaten haben die Einbeziehung von Health Technology Assessment **abgelehnt!**

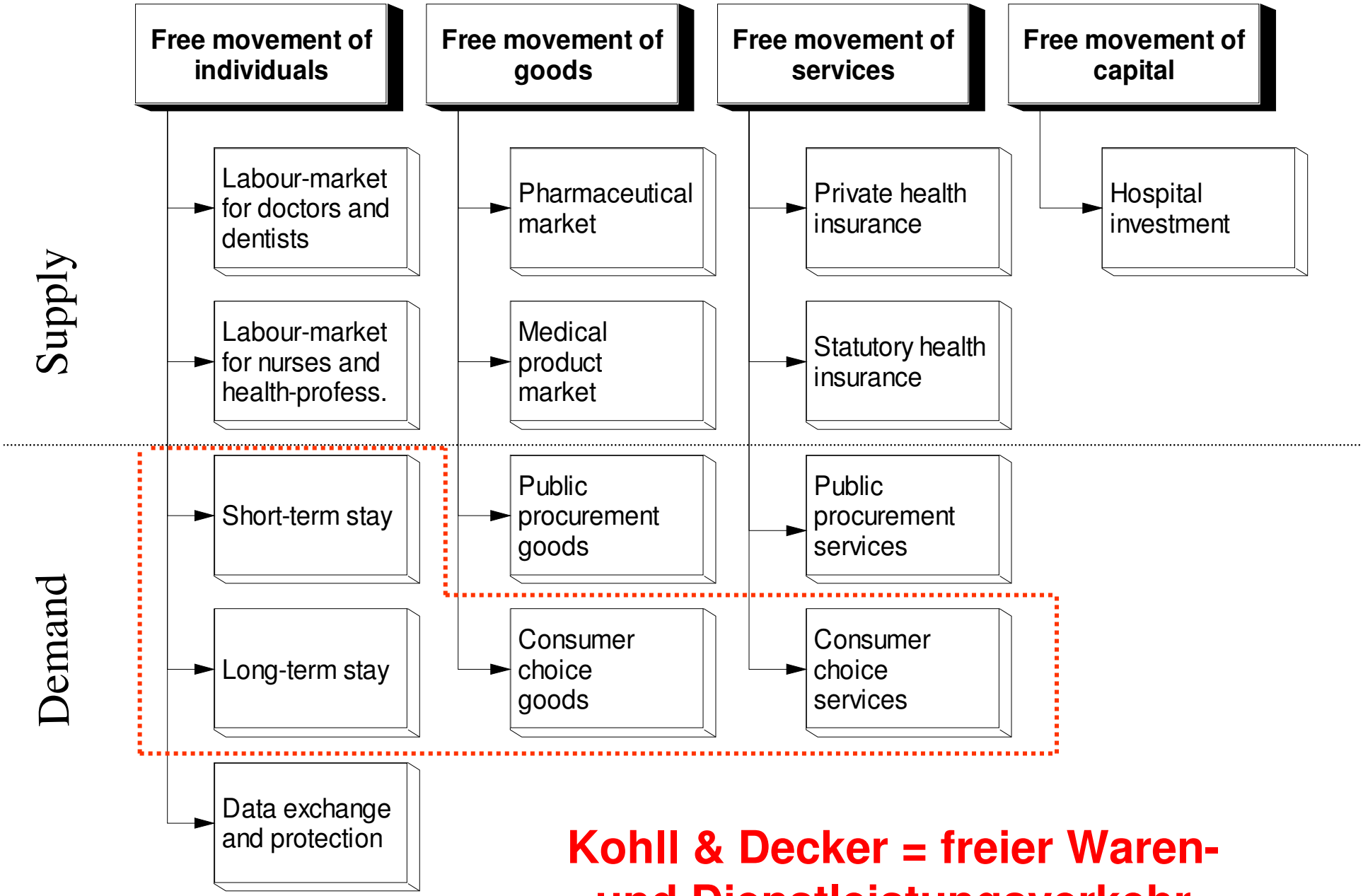
ABER:

- 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*

- Verordnung 1408/71: freier Personenverkehr (insb. Arbeitnehmer)

EuGH-Urteile:

- 1998 Kohll & Decker: freier Waren- und Dienstleistungsverkehr gilt auch im Gesundheitswesen (nur ambulant?, nur bei Kostenerstattung?)
- 2001 Peerbooms & Smits-Geraets: Leistungsausschlüsse müssen evidenz-basiert sein (mittelfristig = EU-Leistungskatalog?); Präautorisierung darf bei unangemessenen Wartezeiten bzw. mangelnden Kapazitäten nicht verweigert werden
- 2003 Müller-Fauré & Van Riet: Erstattungsanspruch für ambulante Leistungen besteht grundsätzlich; für stationäre Leistungen kann dieser eingeschränkt bleiben, aber die Kriterien müssen klar definiert werden (*aber:* was ist ambulant? ambulantes Operieren? was ist zu planende Hochleistungsmedizin?)



Kohll & Decker = freier Waren- und Dienstleistungsverkehr (nicht freier Personenverkehr)!

De-facto bleibt grenzüber-schreitender Gesundheits-verkehr bisher klein: Volumen importierter Gesundheits-leistungen in € pro Person

	1989	1993	1997	1998
Belgium	3.62	8.93	8.93	4.38
Denmark	-	0.16	0.83	0.63
France	0.79	1.87	1.21	1.05
Germany	1.77	1.83	2.08	2.21
Greece	0.95	2.51	2.68	3.15
Ireland	0.18	0.65	1.68	0.93
Italy	2.99	8.36	3.52	2.89
Luxembourg	58.01	149.55	135.29	116.00
Netherlands	1.95	0.26	1.98	2.85
Portugal	0.82	3.76	6.81	7.00
Spain	0.33	1.48	1.03	1.11
United Kingdom	0.33	1.61	1.92	0.36
Austria	-	-	0.48	1.87
Finland	-	-	0.49	0.52
Sweden	-	-	0.65	0.96
AVERAGE	1.31	2.95	2.37	1.99

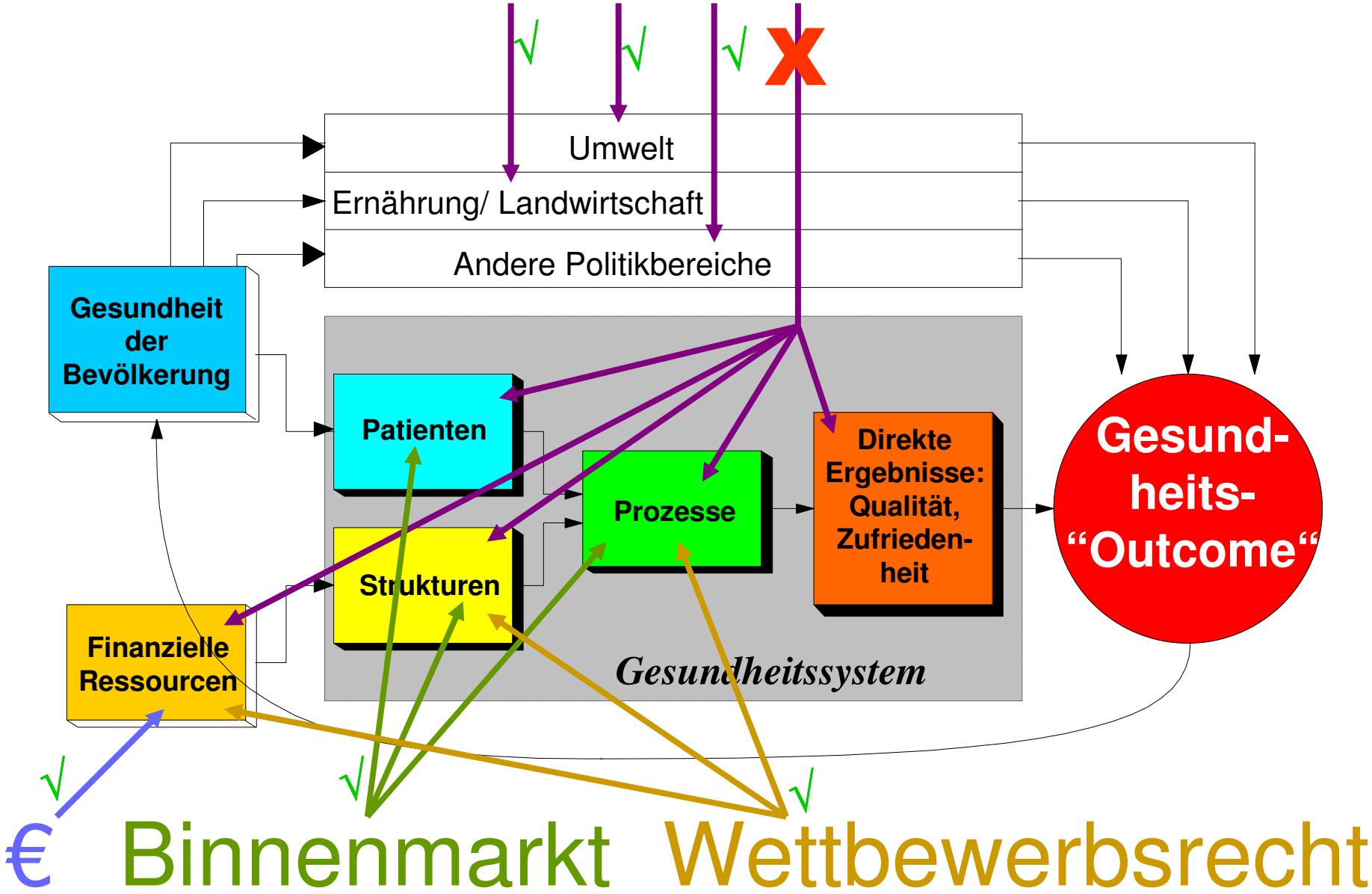
Source: Palm et al. 2000

Neue Daten der Europäischen Kommission von 10/03

Treatment of persons insured elsewhere:

- Austria: 1,000 persons, € 5 million (2000)
- Belgium: €195 million in 2000
- France: 435,000 persons (2001), € 297 million (2002)
- Ireland: “one patient in recent years“
- UK: 776 persons, € 1.9 million

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?

„Reguläre“ Instrumente der Gemeinschaftspolitik

Instrument	**Verord-nung**	**Richt-linie**	**Ent-schei-dung**	**Empfeh-lung/ Stellung nahme**	**Son-stige Beschlü sse**
Adres-saten	alle Bürger der Euro-päischen Union	alle Mitglied-staaten	alle oder einzelne Mitglied-staaten	alle (selten auch einzelne) Mitglied-staaten	EU-Organe und Admi-nistration
Wirkungs-weise	allgemeine und unmit-telbare Geltung	verbindli-che Ziele, freie Wahl der Mittel	individuel-le oder konkrete Einzellfall -regelung	unverbind-liche Äus-serung mit politischer Bindung	Innenwir-kung

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

Rechtliche Grundlage: Artikel 137 EGV
in der Version von Nizza (gültig seit 1.2.2003)

(1) Zur Verwirklichung der Ziele des Artikels 136 unterstützt und ergänzt die Gemeinschaft die Tätigkeit der Mitgliedstaaten auf folgenden Gebieten: ... c) *soziale Sicherheit und sozialer Schutz der Arbeitnehmer* ...

(2) Zu diesem Zweck kann der Rat *unter Ausschluss jeglicher Harmonisierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten* Maßnahmen annehmen, ... die die Verbesserung des Wissensstandes, die Entwicklung des Austausches von Informationen und bewährten Verfahren ... und die Bewertungen von Erfahrungen zum Ziel haben. ...

- *Europäischer Rat (ER) März 2000 Lissabon*: Sozialschutzsysteme müssen reformiert werden, um (medizinische) Leistungen von hoher Qualität zu erbringen
- *ER Juni 2001 Göteburg*: EU-Kommission soll Bericht über mögliche Leitlinien für Gesundheitswesen und Altenpflege erarbeiten
- *5.12.2001 Kommissionsbericht* „Die Zukunft des Gesundheitswesens ... : Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern“
- *ER März 2002 Barcelona* heißt Ziele für gut ...

- ... und ersucht, *„die Fragen der Zugänglichkeit, der Qualität und der finanziellen Tragfähigkeit noch genauer zu prüfen“*
- *3.1.2003 Vorschlag der Kommission zu einem Bericht* „Gesundheitsversorgung und Altenpflege: Unterstützung nationaler Strategien zur Sicherung eines hohen Sozialschutzniveaus“
- *Herbst 2003: Vorschläge der Kommission* für Fortsetzung und Ausdehnung auf neue Mitglieder
- April 2004: *neue Mitteilung*

KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN

Brüssel, den 3.1.2003
KOM(2002) 774 endgültig

MITTEILUNG DER KOMMISSION AN DEN RAT, DAS EUROPÄISCHE PARLAMENT, DEN EUROPÄISCHEN WIRTSCHAFTS- UND SOZIALAUSSCHUSS UND DEN AUSSCHUSS DER REGIONEN

Vorschlag für einen

GEMEINSAMEN BERICHT

Gesundheitsversorgung und Altenpflege: Unterstützung nationaler Strategien zur Sicherung eines hohen Sozialschutzniveaus

Wie kann sie im Gesundheitswesen eingesetzt werden?

Laut Kommissionsmitteilung April 2004

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

Aber: welche Indikatoren, wie die Ziele quantifizieren?

Welche Ziele wären inhaltlich relevant?

- 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.

Daten gibt es übrigens mehr als oft gedacht ...

	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

Wie könnte dies die europäischen Gesundheitssysteme beeinflussen? 1

Initial zwar nicht direkt, aber

- *Vergleichbarkeit* von Leistungen, ihrer Zugänglichkeit und Qualität *wird zunehmen*,

und damit die durch

- Mobilität von Kurz- und Langzeit-Touristen,
- EuGH-Urteile Kohll/Decker und Peerbooms et al.,
- grenzüberschreitende Verträge/ Euregios,
- EU-Krankenversicherungskarte (ab 2004)

ausgelöste *Europäisierung weiter voran treiben*.

Wie könnte dies die europäischen Gesundheitssysteme beeinflussen? 2

Dadurch mittelfristig vermutlich Entwicklung

- eines europäischen *Leistungskataloges* (jedoch nicht einheitlicher Preise),
- europaweiter Regeln für *Akkreditierung* und *Qualitätssicherung*,
- europaweiten Diagnose-/Behandlungs-*Leitlinien*.

Dies würde *Europa für seine Bürger fassbarer* machen.

De-facto verläuft die Entwicklung (noch) zögerlich und ohne klaren Kurs ...

High-level reflection group 2003

KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN

Brüssel, den 20.04.2004
KOM(2004) 301 endgültig

MITTEILUNG DER KOMMISSION

Reaktion auf den Reflexionsprozess auf hoher Ebene über die Patientenmobilität und die Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union

David BYRNE

Europäischer Kommissar für Gesundheit und Verbraucherschutz

Gesundheit für alle ermöglichen

Ein Reflexionsprozess mit Blick auf eine neue gesundheitspolitische Strategie der EU

15. Juli 2004

Verfassung

Artikel II-35: Gesundheitsschutz

Jeder Mensch hat das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten. Bei der Festlegung und Durchführung der Politik und Aktionen der Union in allen Bereichen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.

Neu: Deutlichere Verankerung der offenen Methode der Koordinierung im „Gesundheitswesen“-Artikel

Universität Berlin

Anwendung der „offenen Methode der Koordinierung“ auf die europäischen Gesundheitswesen

Hintergrund, mögliche Ziele und Indikatoren, Auswirkungen auf Gesundheitssysteme

von Reinhard Busse, MPH*

ABSTRACT

sen und Erwartungen der Bevölkerungen“, „Zugang zu … gerechten und wirksamen Gesundheitstechnologien“ so … cherstellung fairer und nachhaltiger Finanzierung“ in Fra… so fundierte EU-Gesundheitspolitik könnte das Spannu… hältnis zwischen wirtschaftlicher EU-Regulierung und na… Finanzierung und Leistungserbringung lösen helfen.

Schlüsselworte: *Europäische Union, Gesundheitspoliti… offene Methode der Koordinierung*

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

http://mig.tu-berlin.de

r Erreichung eines hohen Niveaus beim … zu leisten. Artikel 30 stellt den freien Ware… en Gesundheitsschutzvorbehalt, Artikel 39 … n Arbeitnehmern, Artikel 46 das Niederl… rtikel 95 die Angleichung von Rechtsvorsc… isst sich also feststellen: Viele Grundpfeiler … ere der Binnenmarkt mit seinen vier Gru… sonen, Waren, Dienstleistungen und Kapit… issen – dann eingeschränkt werden, wenn … r Bürger gefährdet ist. Beispiel: die Expor… eisch 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 Verbrauche… Fest steht, dass die gesundheitlichen Belange b… meinschaftspolitiken zu berücksichtigen sind – u… nalen Gesundheitsminister können auf EU-Ebene … litikbereichen mitbestimmen. Nur in einem Berei… 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

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…