

Gesundheitsreformdiskussion 2003: Modernisierungsgesetz, Eckpunkte, Bürgerversicherung und Kopfpauschalen

Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH FFPHM

**Professor für Management im Gesundheitswesen,
Technische Universität Berlin**

**Associate Research Director,
European Observatory on Health Care Systems**

Die Ausgangslage

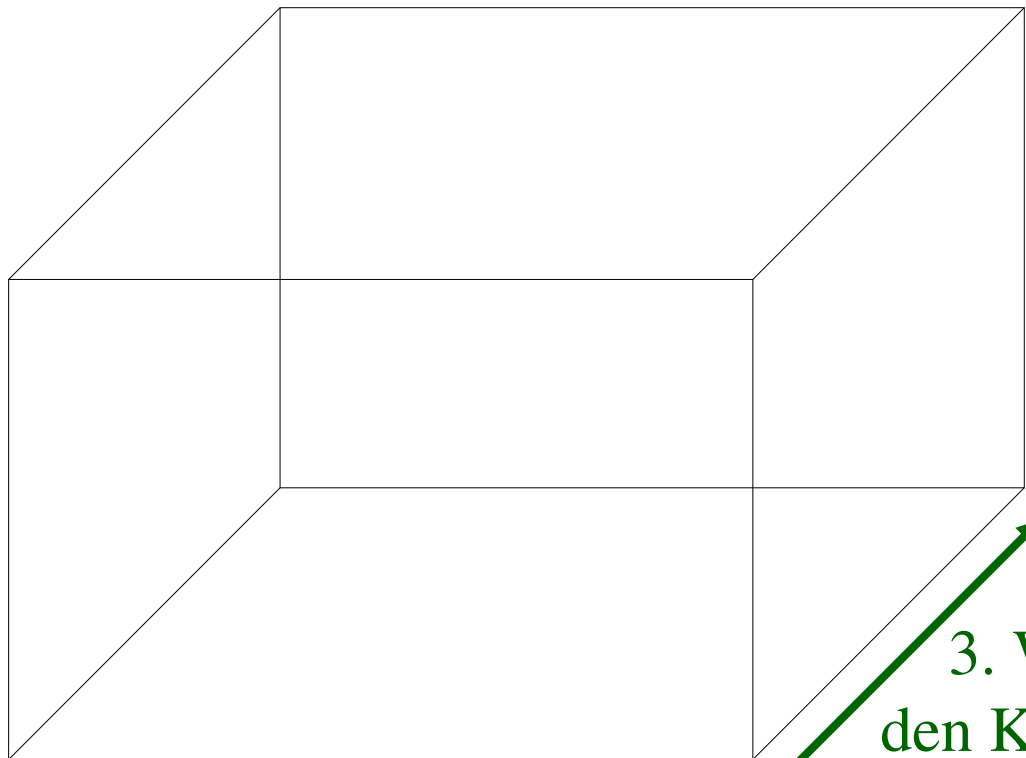
- Das deutsche Gesundheitswesen ist teuer: gemessen an der Wirtschaftskraft weltweit an Platz 3, in absoluten Zahlen an Platz 4
- Die GKV-Beiträge steigen, da 1. die nicht lohnbezogene Wertschöpfung steigt und 2. mehr Versicherte von (niedrigeren) Sozialleistungen leben
- Auch die Ausgaben steigen, insbesondere bei Arzneimitteln
- Die Qualität des Systems ist nicht optimal, insbesondere durch Sektorisierung
- Mittlere Qualität : hohe Kosten = niedrige Effizienz

Bisherige Lösungsversuche

- Einnahmen: keine (im Gegenteil!)
- Ausgaben: Budgetierung (recht erfolgreich; aber mittelfristig durchzuhalten?)
- Sektorierung & Qualität: Möglichkeiten zur „integrierten Versorgung“, „Disease Management Programme“ for chronisch Kranke, *im GMG-Entwurf: selektive Direktverträge der Kassen mit Ärzten & Zentrum für Qualität in der Medizin*

Grundsätzliche(re) Fragen

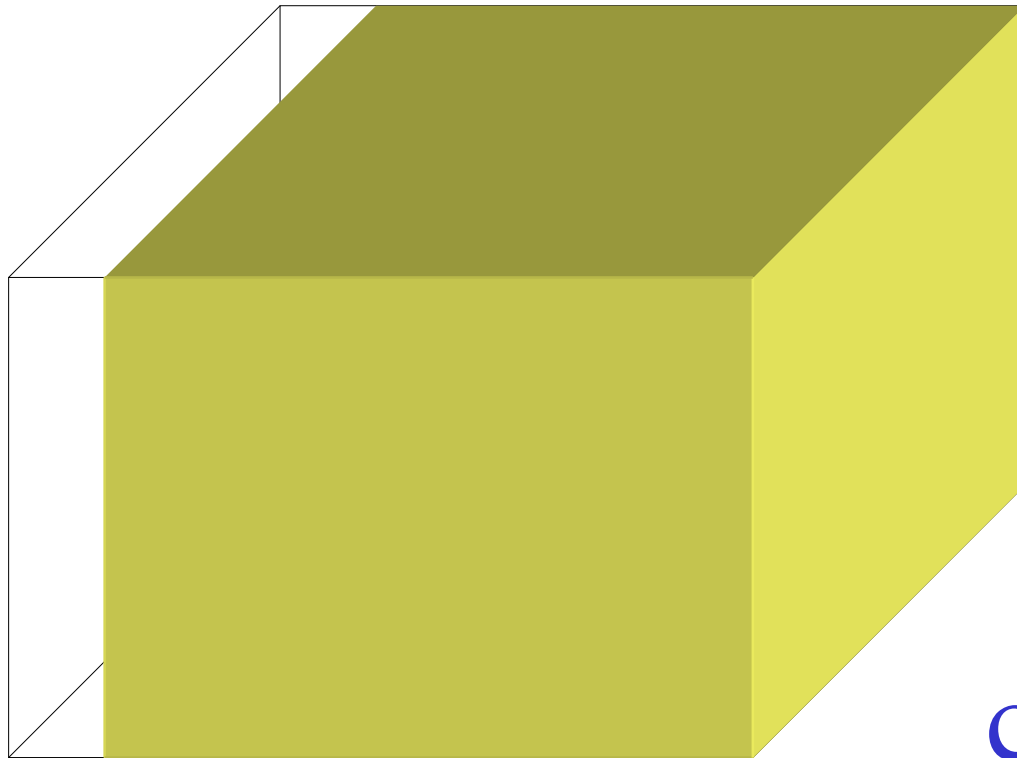
- Ist die gesamte Bevölkerung zu den gleichen Konditionen (Leistungskatalog, Zuzahlungen) versichert bzw. wo liegen die Unterschiede?
- Wie wird dieser „Riskopool“ finanziert?



1. Wieviel Prozent
der Bevölkerung
sind versichert?

3. Welcher Anteil an
den Kosten ist abgedeckt?

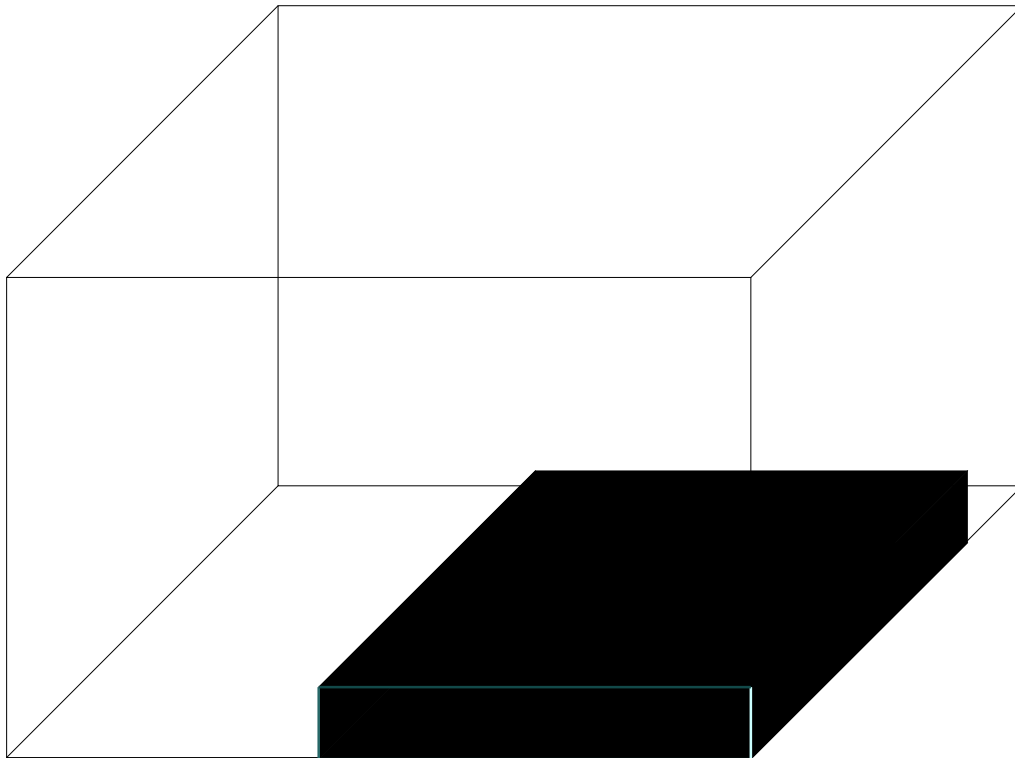
2. Welche Leistungen sind abgedeckt?



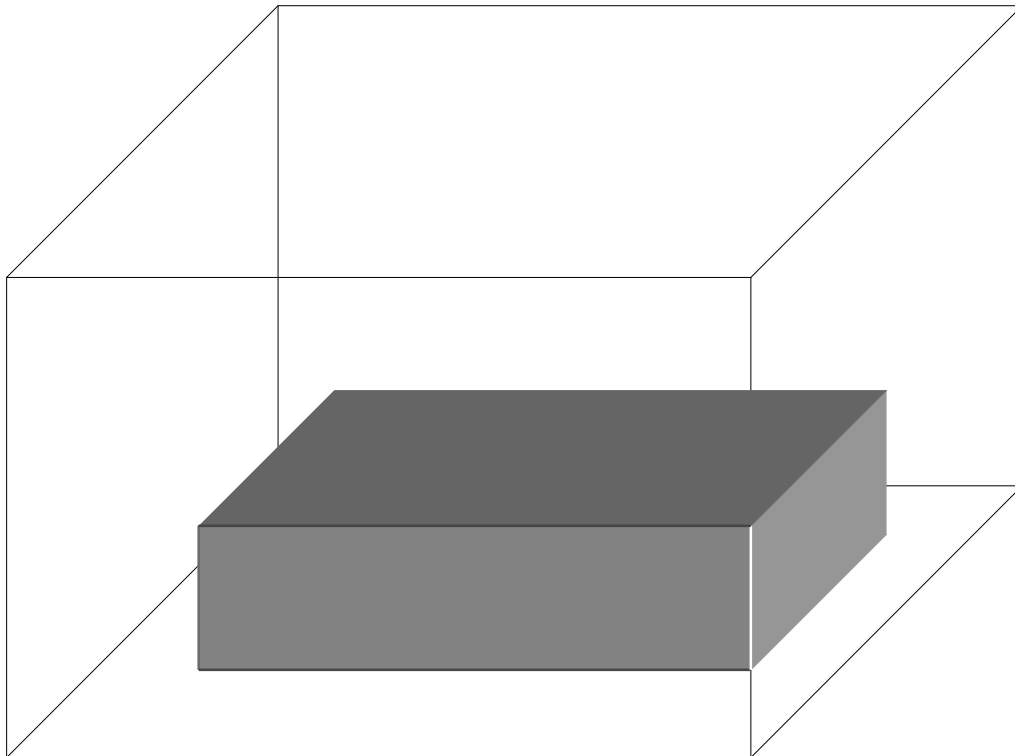
NHS-Prinzip:
„Universal,
comprehensive,
free at the point of service“

- Universeller Schutz in steuerbasierten Ländern die Regel (Skandinavien, Großbritannien, Spanien etc.)
- In GKV-Ländern traditionell kein universeller, sondern arbeitsbezogener Versicherungsschutz;
- Risikopools sind in den meisten Ländern vereinigt worden (wie auch Leistungen);
- ... Universalität erst in der Schweiz (1996), Belgien (1998) und Frankreich (2000)

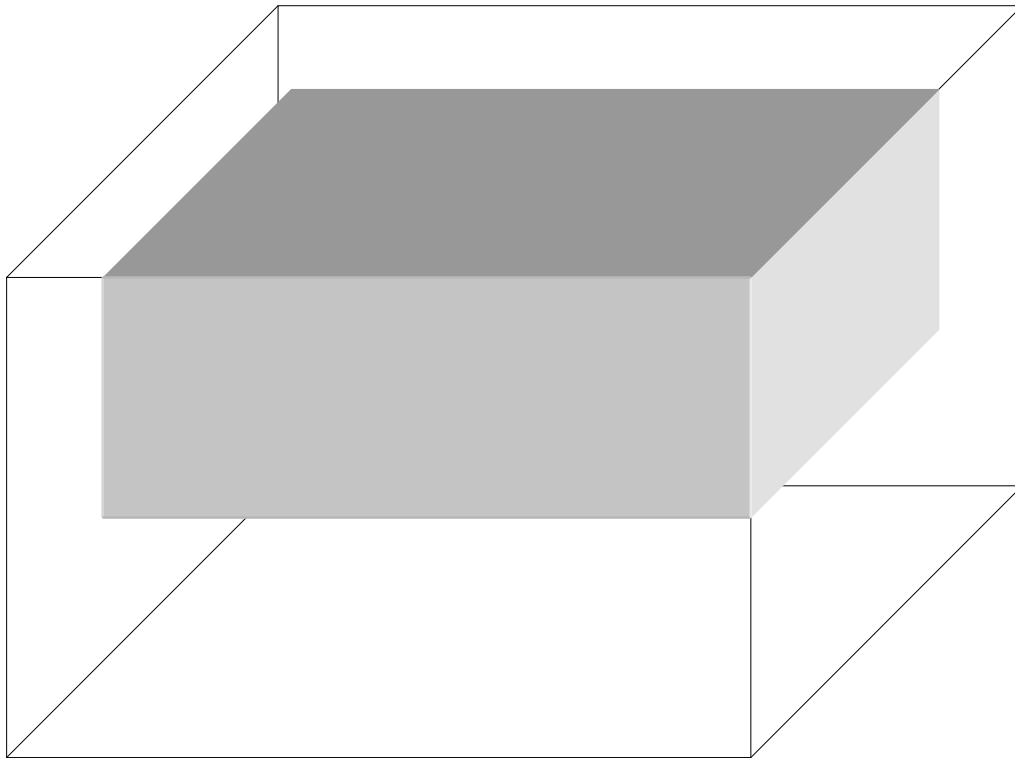
Deutschland = ein Land mit
unterschiedlichen Riskopools I



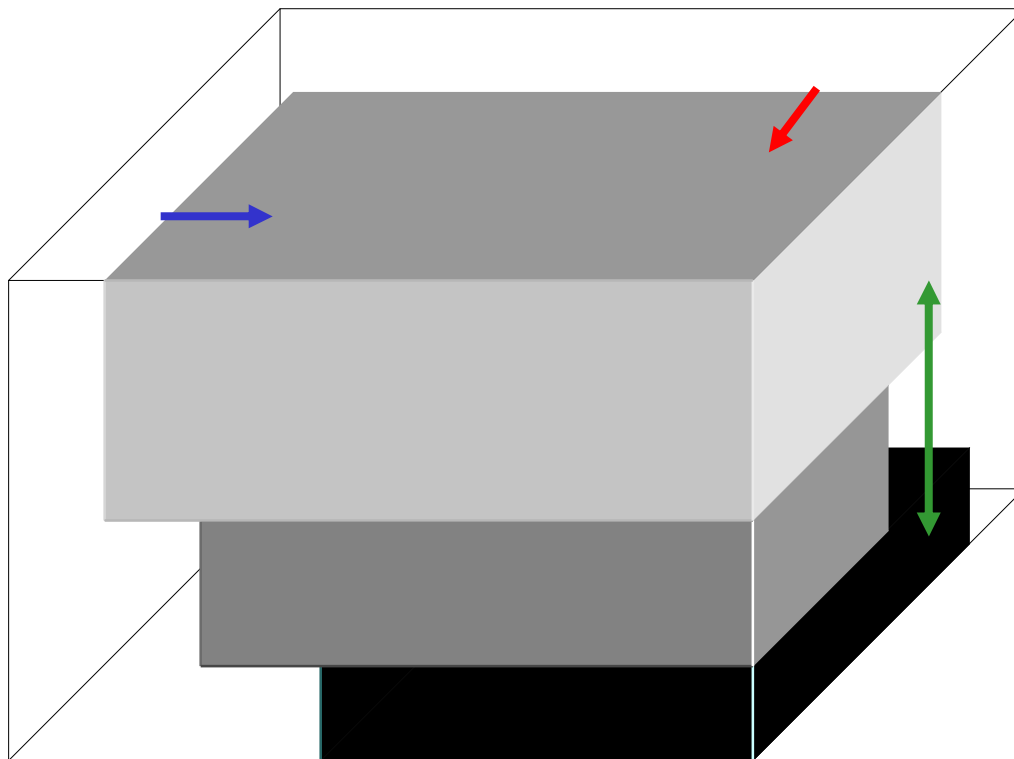
Deutschland = ein Land mit
unterschiedlichen Riskopools II



Deutschland = ein Land mit
unterschiedlichen Riskopools III



Änderung durch Eckpunkte (1. Teil)



Zuzahlungen

Kürzungen des
Leistungskataloges
(u.a. rezeptfreie
Arzneimittel)

Sozialhilfeempfänger
in GKV

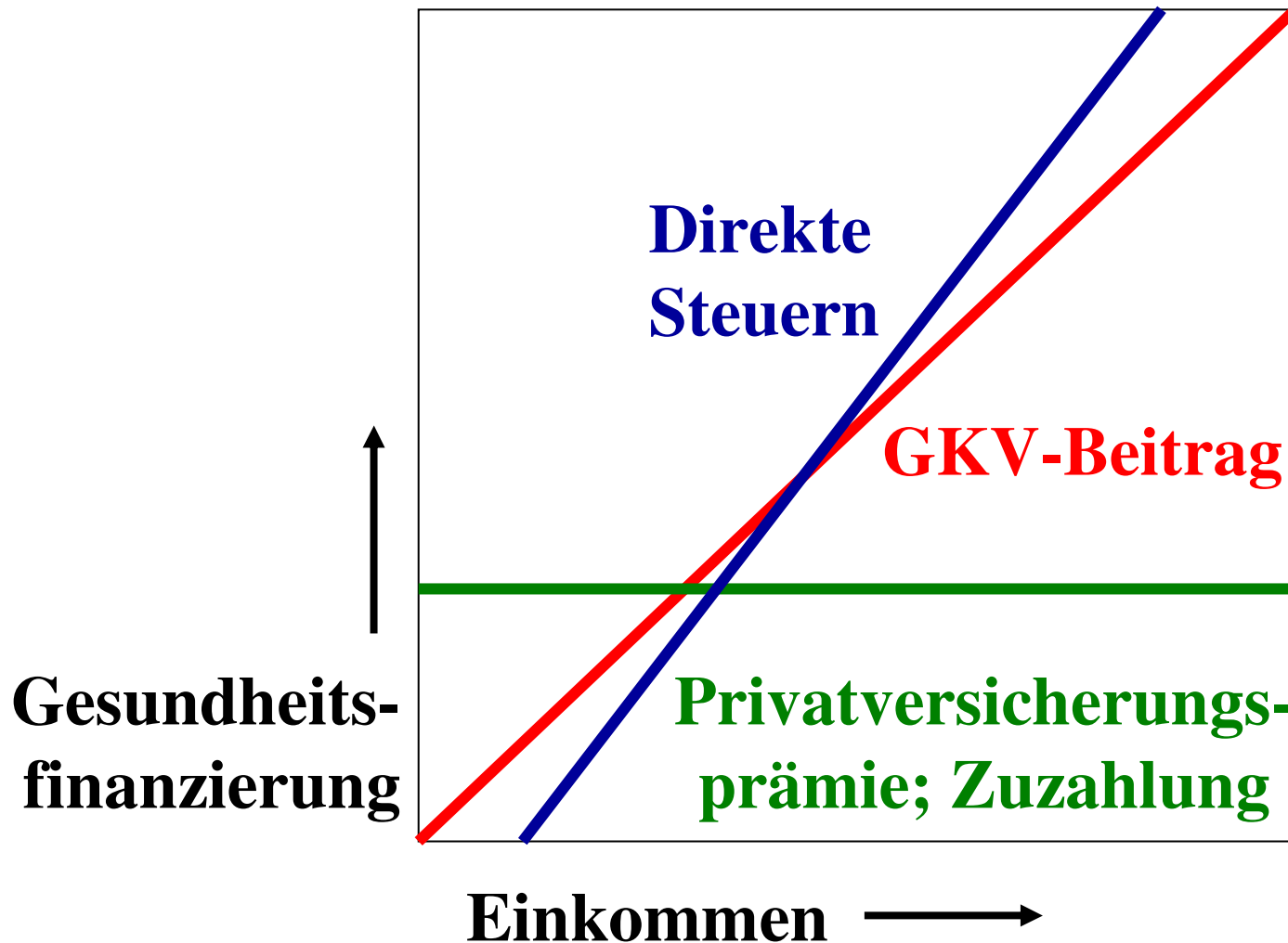
Zweite Frage: Finanzierung

- Wichtigste Varianten: Einkommenssteuer, lohnbezogene Beiträge, Kopfpauschale (Fläche außerhalb der Box = direkte Bezahlung)
- Zusätzliche Komponenten: Aufteilung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer, obere Grenze, Mischung der Grundvarianten ...

progressiv = gerecht = „gut“

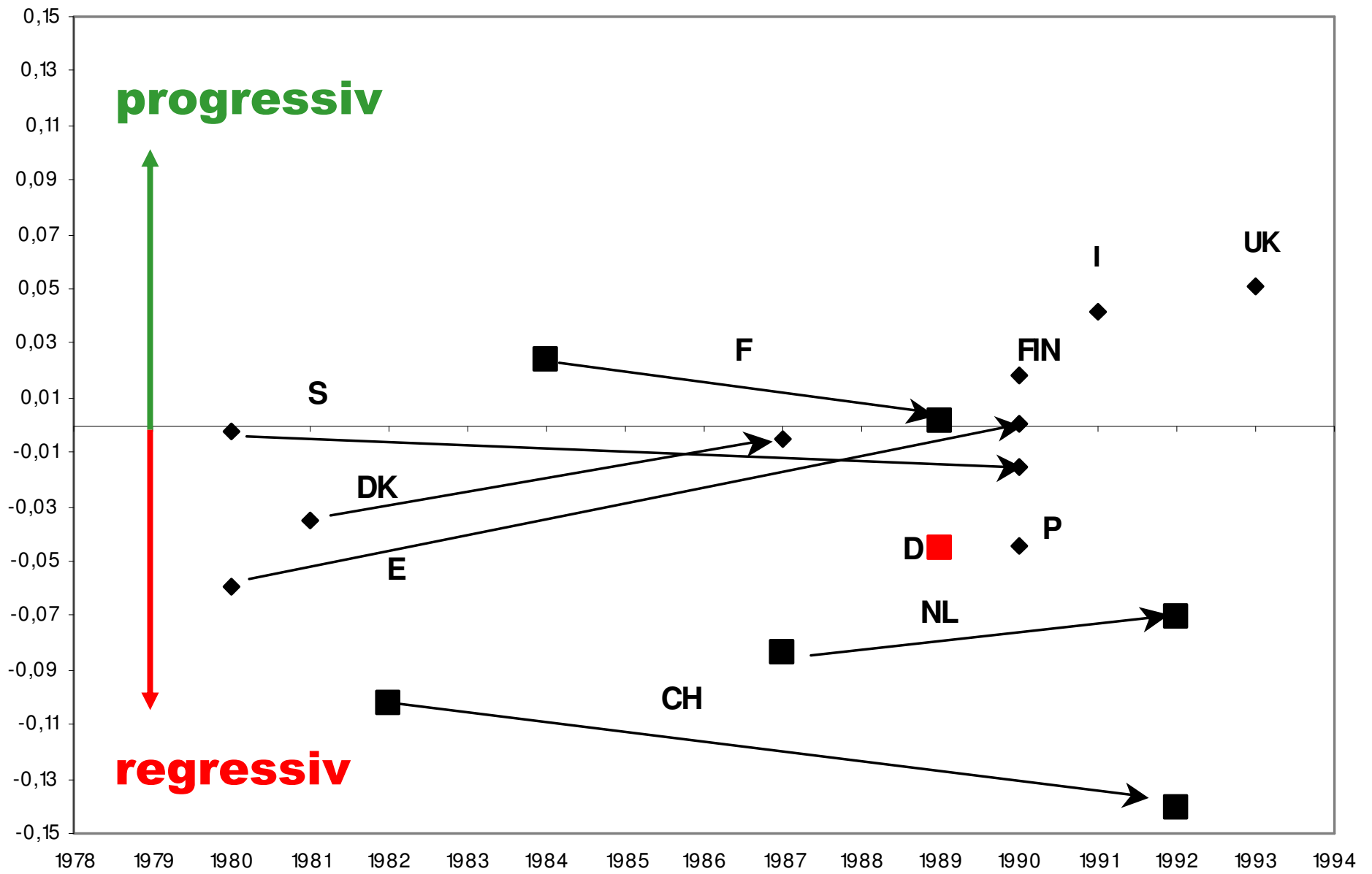
**proportional
= „nicht so
gut“**

**regressiv
= nicht
gerecht
= „schlecht“**



Erfahrungen in Nachbarländern

- Frankreich: Umstellung von Lohn-Beiträgen auf Steuer = Verringerung von 8,9% auf 8,25%
- Keine Beitragsmessungsgrenze in Belgien oder Frankreich
- Niederlande: Abgabe von Privatversicherten an GKV zwecks Risikoausgleich (*EU-Recht?*)



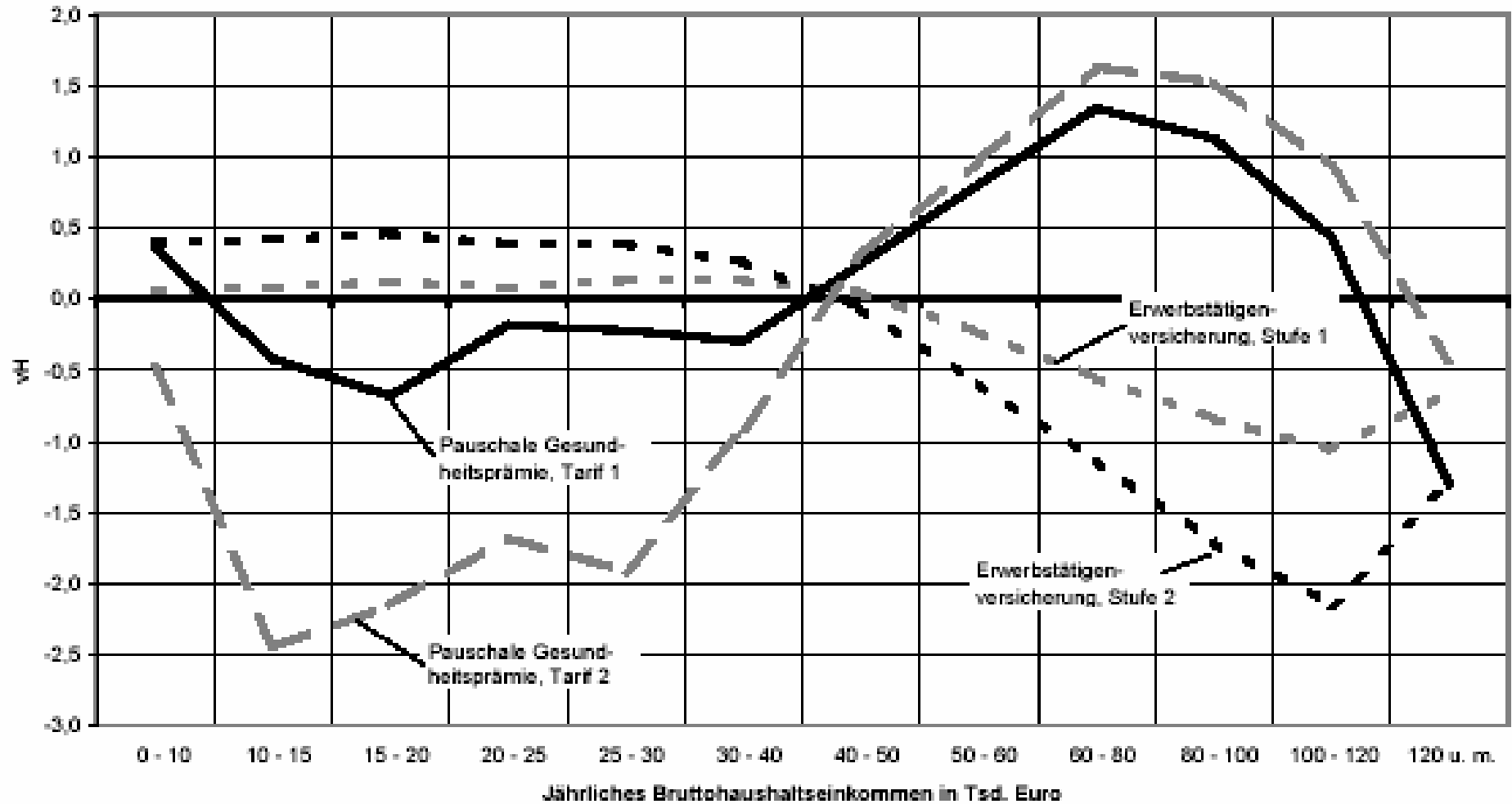
	Finanzielle Fairness der Finanzierung	% der Haushalte mit "katastrophalen" Gesundheitsausgaben	% der Haushalte mit Verarmung wegen Gesundheitsausgaben
Großbritannien	0,92	0,33	0,18
Dänemark	0,92	0,38	0,03
Schweden	0,92	0,39	0,31
Deutschland	0,91	0,54	0,01
Israel	0,91	0,96	0,45
Belgien	0,90	0,23	0,00
Finnland	0,90	1,36	0,08
Spanien	0,90	0,89	0,44
Frankreich	0,89	0,68	0,13
Norwegen	0,89	1,22	0,00
Schweiz //	0,88	3,03	0,08
Griechenland //	0,86	3,29	0,56
Portugal //	0,85	4,01	1,79

// hohe Zuzahlungen	Steuern	Lohnbezogen	Kopfpauschale
----------------------------	----------------	--------------------	----------------------

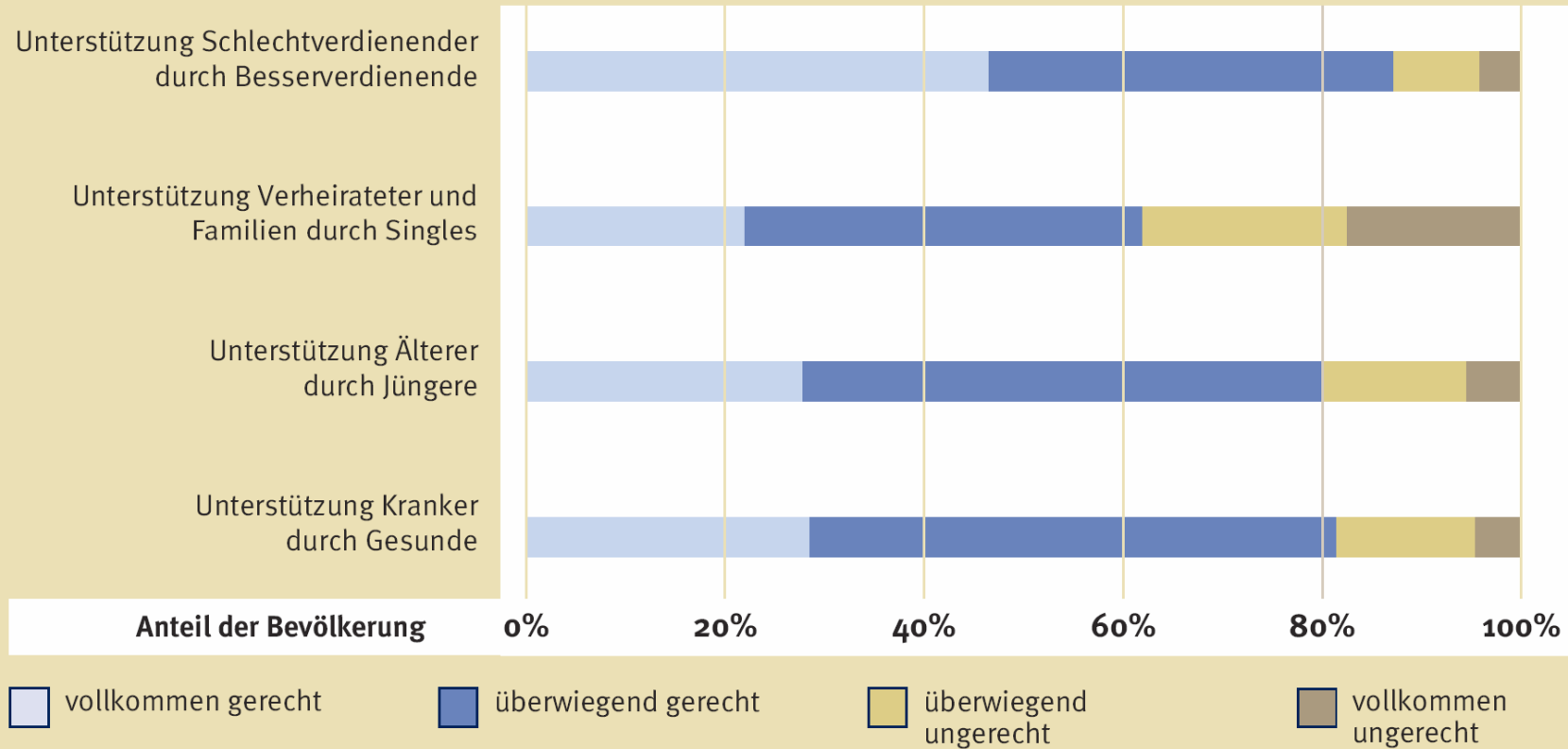
Änderung durch Eckpunkte (2. Teil)

- Mischungsverhältnis lohnbezogene Beiträge vs. Kopfpauschale (für Zahnersatz)
- Mischungsverhältnis lohnbezogene Beiträge vs. Steuern (Tabaksteuer für „versicherungsfremde“ Leistungen)
- Einbeziehung neuer Einkommensarten (Zusatzrenten)
- 50:50-Aufteilung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer (durch AN-Sonderbeitrag)

Belastung (-) und Entlastung (+) in vH des verfügbaren Einkommens



KRANKENVERSICHERUNG: SOLIDARPRINZIP HOCH IM KURS



Quelle: Bertelsmann Stiftung: Gesundheitsmonitor 2002

Eine Untersuchung der Bertelsmann Stiftung zeigt: Die Bundesbürger befürworten das Solidarprinzip. Über 80 Prozent bewerten die Unterstützung von schlechter verdienenden Mitbürgern durch die

Bezieher hoher Einkommen als vollkommen oder überwiegend gerecht. Ebenfalls über 80 Prozent der Bevölkerung meinen, dass gesunde Menschen Kranken helfen sollten.