

Europa und die Gesundheitspolitik

Annette Riesberg, MPH

**Europäisches Observatorium für
Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik
c/o**

**Fachgebiet Management im Gesundheitswesen
TU Berlin (Lehrstuhl: Prof. R. Busse)**

Inhalte

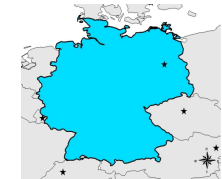
- Quellen
- Ziele von Gesundheitspolitik und Zielerreichung
- Gesundheitssysteme und Reformtendenzen in europäischen Ländern
- Gesundheitspolitik (in) der EU
- Diskussion und Ausblick

European Observatory on Health Care Systems and Policy



www.observatory.dk

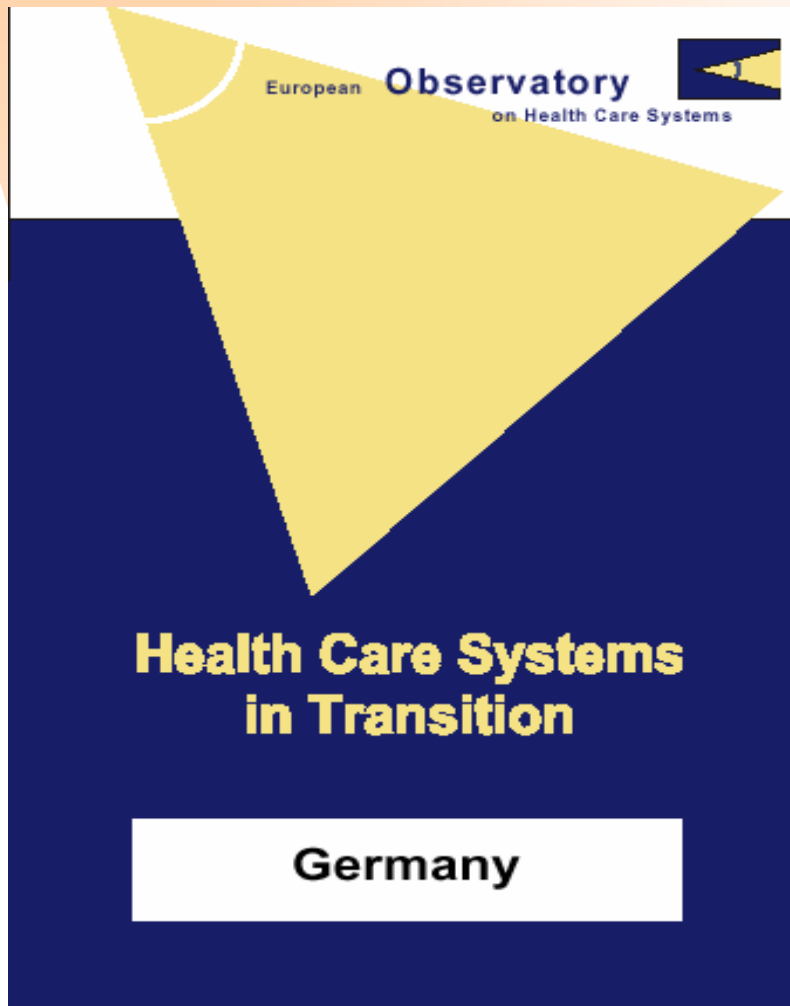
 **Country information**



 **Publications**

Quellen:

Länderberichte: HiT-Profile I



Themenbezogene cross-nationale Vergleiche

- Hospitals in a changing Europe 2002
- Funding health care: Options for Europe 2002
- Health care in central Asia 2002
- **Regulating entrepreneurial behaviour in Europe 2002**

890277888116 European Observatory on Health Care Systems

Policy Brief

The significance of hospitals

Hospitals are a key component of the health care system and are central to the process of health system reform, but as institutions they have received remarkably little attention from policy-makers and researchers. They have long been regarded as “a black box” whose workings are impenetrable. But this is changing: policy-makers are demanding information on what hospitals should look like, how they should interact with the wider health care environment, and how they can be changed. Researchers, in turn, are responding to these questions. Those embarking on health care reform should also focus their attention on hospitals.

opportunities offered by advances in technology; and the expectations and constraints placed upon it as a consequence of wider societal and economic changes.

Ten reasons why hospitals are significant elements in health system reform

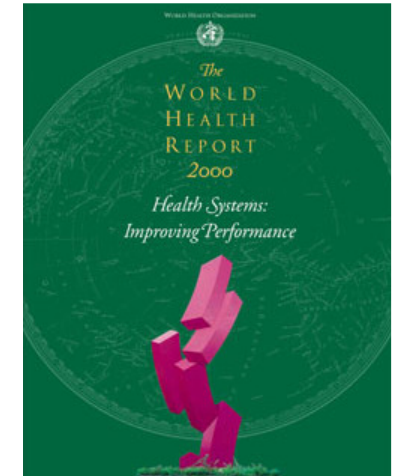
- Hospitals take a large part of the health care budget, up to 70% in some eastern European countries.
- Hospitals employ up to half of physicians and three quarters of nurses.
- Health care systems differ across Europe with hospitals more dominant in the east than the west.
- Their position at the apex of the health care system means that hospital policies and practices have an enormous impact on health care.
- Hospitals do not just treat patients: they play important roles in education, research and local economies.
- Health sector reform often has unintended consequences, for one or more of these roles.
- Yet hospitals can be resistant to change, in spite of intensifying pressures to do so: changing populations, new illness patterns, new opportunities provided by new drugs and technology, and new ideas about the role of the hospital.
- The interfaces with primary and social care are changing continually. As a consequence, treatment patterns are changing enormously: sicker patients spend less time in hospital and ambulatory care is expanding.
- Hospitals are being “re-engineered” with new models of governance, more regulation of performance and new methods for paying hospitals.
- Hospitals have symbolic importance: they are the visible sign of the health care system.

The pressures for change

Hospitals do not exist in isolation. They have to adapt constantly to changing circumstances within the hospital, in their interaction with the rest of the health care system, and in the wider social and economic environment. The hospital faces challenges in three broad areas: demand-side pressures such as the changing health needs of the population that it serves; supply-side pressures such as the new

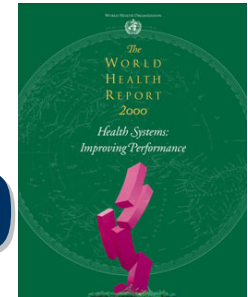
Policy brief 1 Hospitals in a changing Europe






Ziele im Weltgesundheitsbericht 2000 der WHO



- **Gesundheit der Bevölkerung**
(hoher Durchschnitt und gleiche Verteilung),
- **Personenorientierung**, d.h. Respekt für Würde, Confidentialität und Autonomie (je 16.7%) sowie Klientenorientierung durch sofortige Betreuung (20%), Qualität (15%), soziale Unterstützung (10%) und Wahl des Leistungserbringers (5%)
(hoher Durchschnitt und gleiche Verteilung),
- **“faire” Finanzierung** (d.h. proportional zum Einkommen nach Abzug von Lebensmittelkosten).

Zielerreichung gemäß Weltgesundheitsbericht 2000

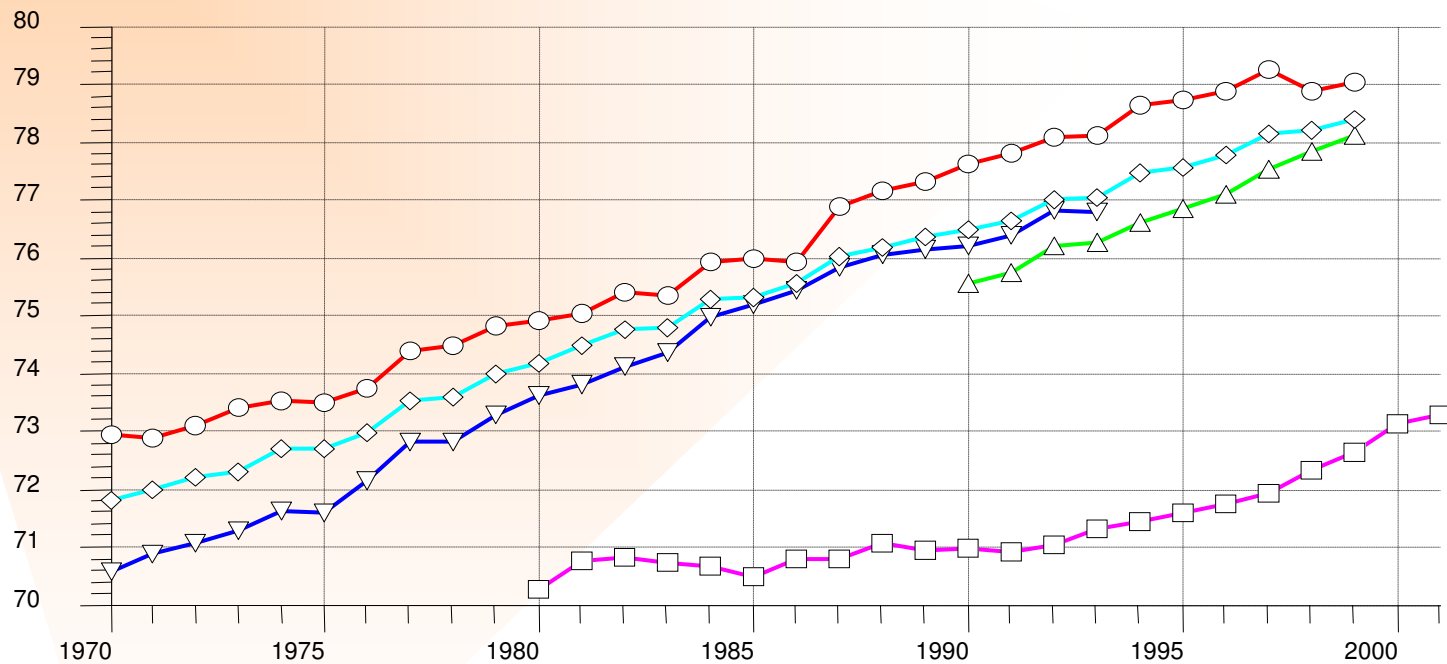


Ranking (level)					
Gesundheit der Bevölkerung (DALE)	22	3	8	14	24
Personenorientierung	5	16-17	2	26-27	1
Faire Finanzierung	6-7	26-29	38-40	8-11	54-55
Gesundheitssystemleistung insgesamt	25	1	20	18	72

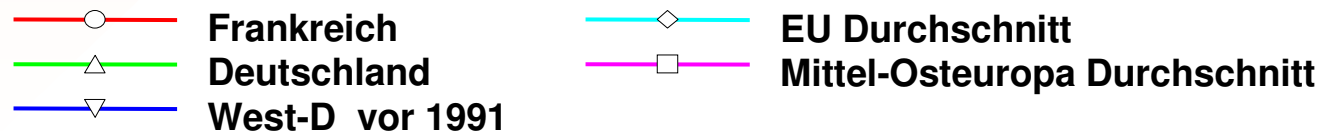
Weitere Informationen und neue Jahresberichte: www.who.int/whr/previous/en/

Rang 22: Lebenserwartung (und DALE) in West-D und Ost-D unter EU-Durchschnitt (aber über Mittel-Osteuropa)

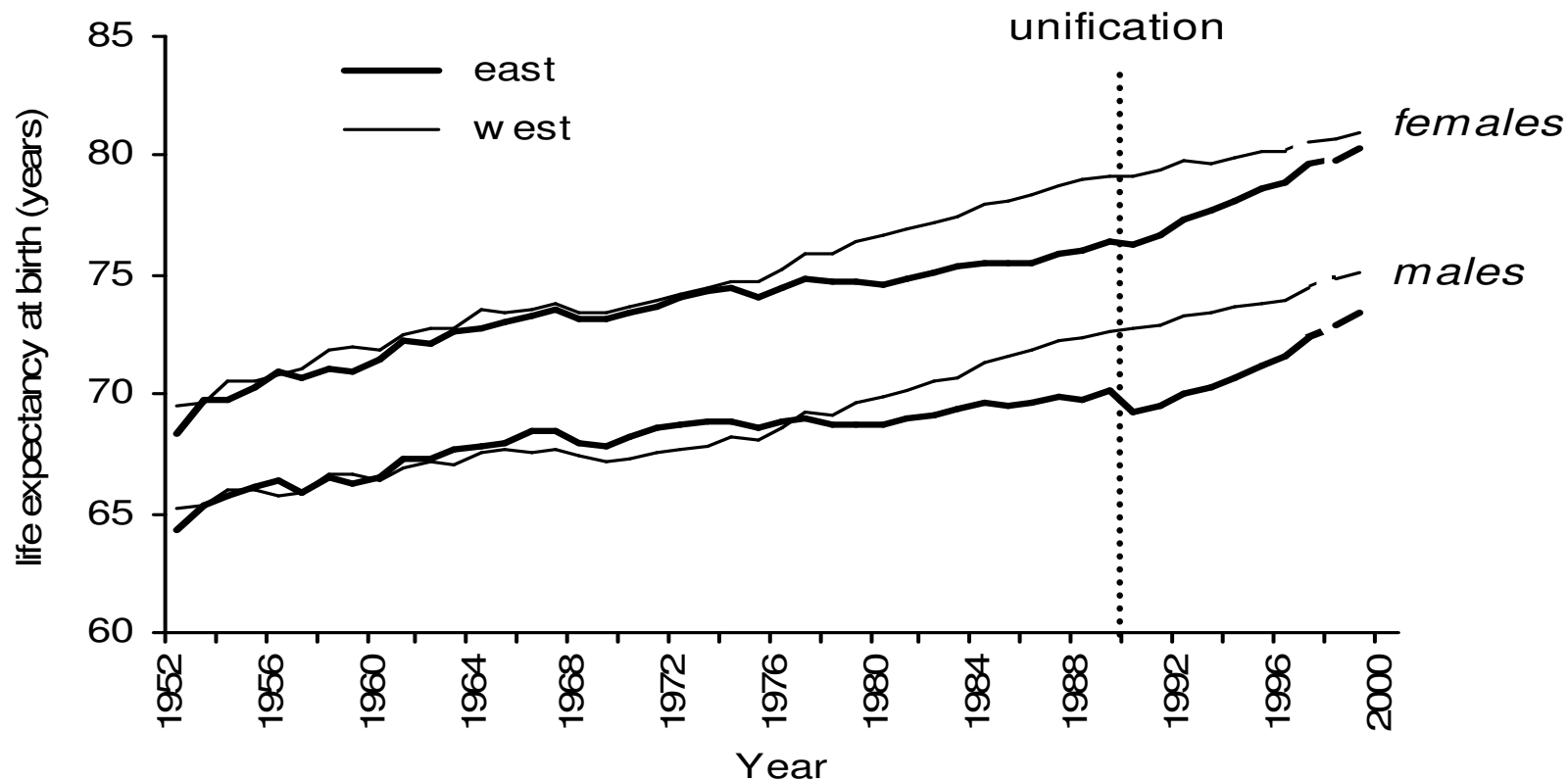
Lebenserwartung bei Geburt in Jahren, 1970-2001



WHO
Health for
All
Databank
2003.



... aber starker Anstieg der Lebenserwartung in Ost-Deutschland seit 1989



Lebenserwartung in Europa im internationalen Kontext

Table 1. LIFE EXPECTANCY AND MORTALITY RATES, BY COUNTRY DEVELOPMENT CATEGORY, (1995–2000)

Development Category	Population (1999 millions)	Annual Average Income (US dollars)	Life Expectancy at Birth (years)	Infant Mortality (deaths before age 1 per 1,000 live births)	Under Five Mortality (deaths before age 5 per 1,000 live births)
Least-Developed Countries	643	296	51	100	159
Other Low-Income Countries	1,777	538	59	80	120
Lower-Middle-Income Countries	2,094	1,200	70	35	39
Upper-Middle-Income Countries	573	4,900	71	26	35
High-Income Countries	891	25,730	78	6	6
Memo: sub-Saharan Africa	642	500	51	92	151

Source: Human Development Report 2001, Table 8, and CMH calculations using World Development Indicators of the World Bank, 2001.

Quelle:
Commission on
Macroeconomics
and Health, 2001
www.cmhealth.org

Inputs/Ausgaben für Gesundheit und Erziehung: D im OECD-Vergleich (Rang)

Gesundheit (2001):

- Pro-Kopf-Gesamtausgaben (KKP): (3)
- Gesamtausgaben: 10.6 % des BIP (3)
- Öffentliche Ausgaben % des BIP: (1)

Bildung (1999):

- Gesamtausgaben: 5.6% des BIP (12)
- Öffentliche Ausgaben % des BIP: (20)
- Private Ausgaben % des BIP: (4)

D: Viel Gesundheitspersonal (aber wenig in Krankenhäusern), viele Ärzte und Spezialisten, mittlere Zahl an Pflegekräften und Allgemeinärzten

Table 2. Comparative health employment in five countries

	Australia	France	Germany	Sweden	UK
Employment in health and social work per 1000 population	44.3	40.8	44.8		50.8
Total employed in healthcare per 1000 population	33.7		42.3	35.2	29.9
Total employed in hospital per 1000 population	21.5	18.6	10.4	24.4	22.2
Practising physicians per 1000 population	2.5	3	3.4	2.9	1.8
General practitioners per 1000 population	1.1	1.5	1	0.6	0.6
Practising specialists per 1000 population	0.8	1.5	2.2	2.2	1.5
Practising nurses per 1000 population	10.7	6	9.6	8.4	4.5

Bloor, Maynard (2003) Planning human resources in health care:
Towards an economic approach. An international comparative review.
Canadian Health Services Research Foundation.

D: viele Betten, viele Tage, mittlere Fallzahl, aber geringe Personal-Betten-Relation

Table 1: Comparative rates of activity in healthcare in five countries

	Australia	France	Germany	Sweden	UK
Inpatient care bed days per capita	2.6	2.4	2.6	1.1	1.2
Acute care bed days per capita	1	1.1	1.9	0.7	0.9
Acute care staff ratio - staff per bed	2.5	1.1	1.5	1.85	3.7
Acute care nurses ratio - staff per bed	1.4	0.5	0.6		1
Admissions of inpatients per 1000 population	159	230	205	181	151
Acute care admissions per 1000 population	156	204	201	166	214
Doctors' consultations per capita	6.5	6.5	6.5	2.9	5.4

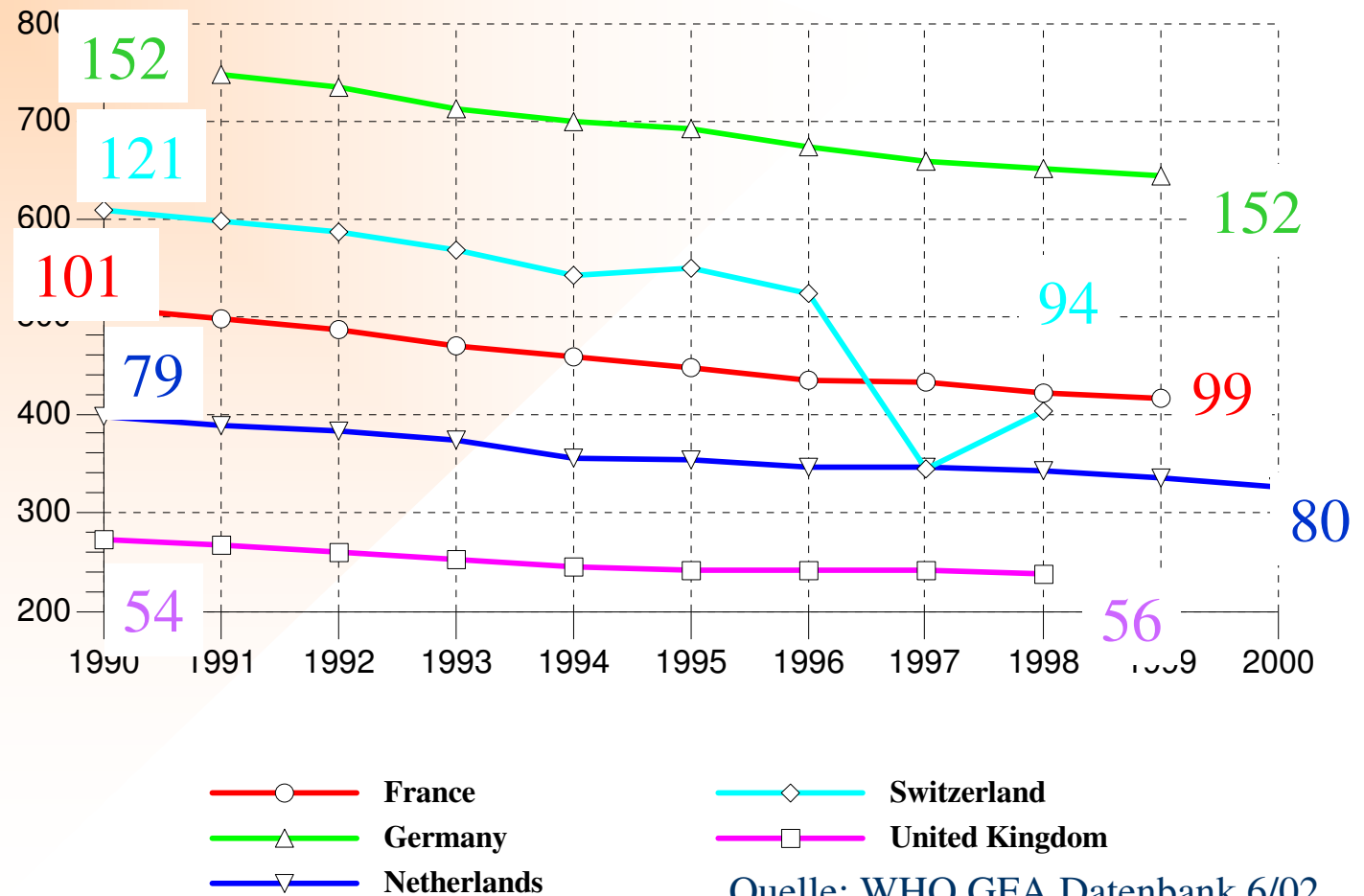
Bloor, Maynard (2003) Planning human resources in health care:
Towards an economic approach. An international comparative review.
Canadian Health Services Research Foundation.

Vergleiche können Einschätzungen von Trends und Reformbedarf beeinflussen: Betten in Akutkrankenhäusern pro 100.000 E

D: hohe Bettendichte

Reduzierung der Betten

aber konstant im Vergleich zum EU-Schnitt (=100)



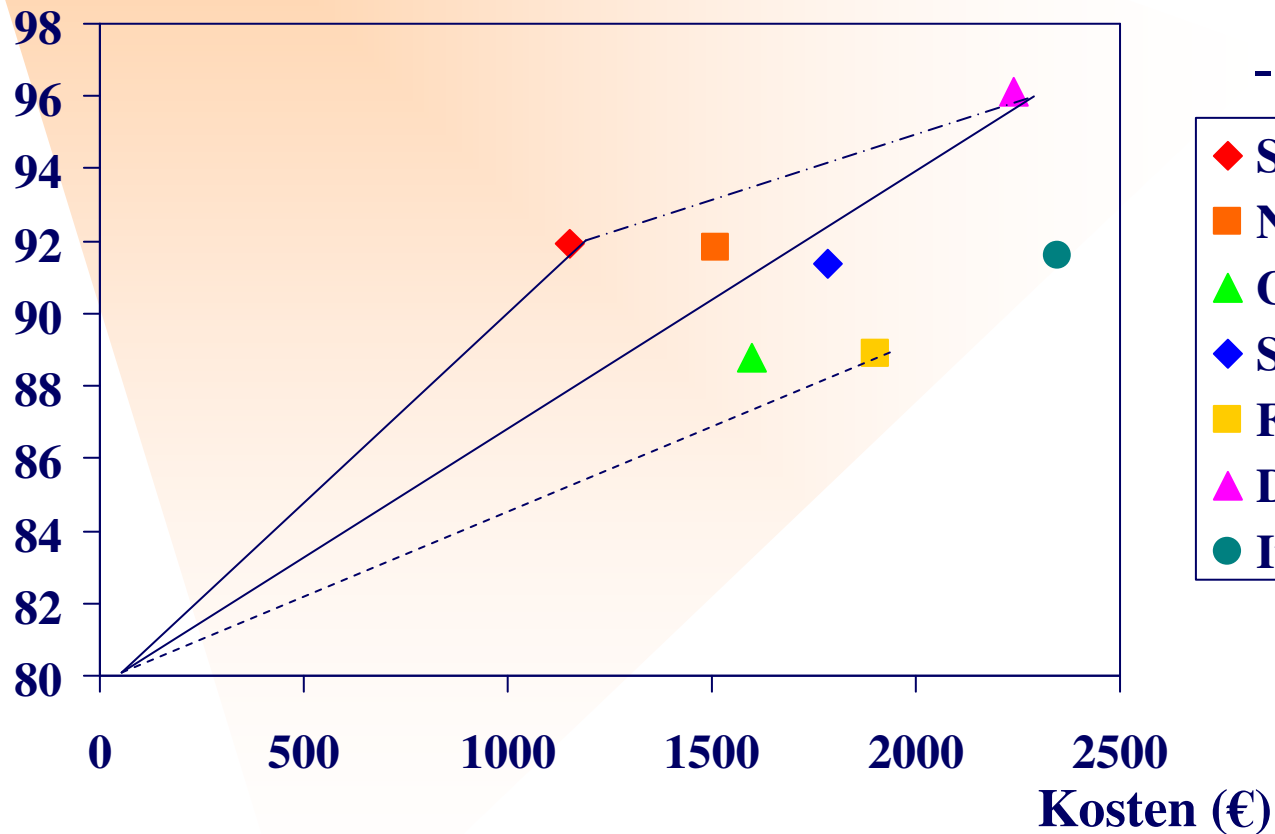
Quelle: WHO GFA Datenbank 6/02

Vergleiche können Einschätzungen von Ländern verändern: Inanspruchnahme von Komplementärmedizin (CAM) 1998/1999

Prävalenz P. in % der Bevölkerung	1-Jahres P. CAM <i>Anbieter</i>	Lebens- zeit P. CAM <i>Anbieter</i>	1-Jahres P. <i>Natur heilmittel</i>	Lebens-zeit P. <i>Natur heilmittel</i>
Groß- britannien	14	32	22	31-46
Deutschland	7	10	34	64
Dixon, Riesberg, Weinbrenner et al. 2003 (http://mig.tu-berlin.de)				

Herzinfarktversorgung im Krankenhaus 2000: Qualität und „Kosten-Effektivität“

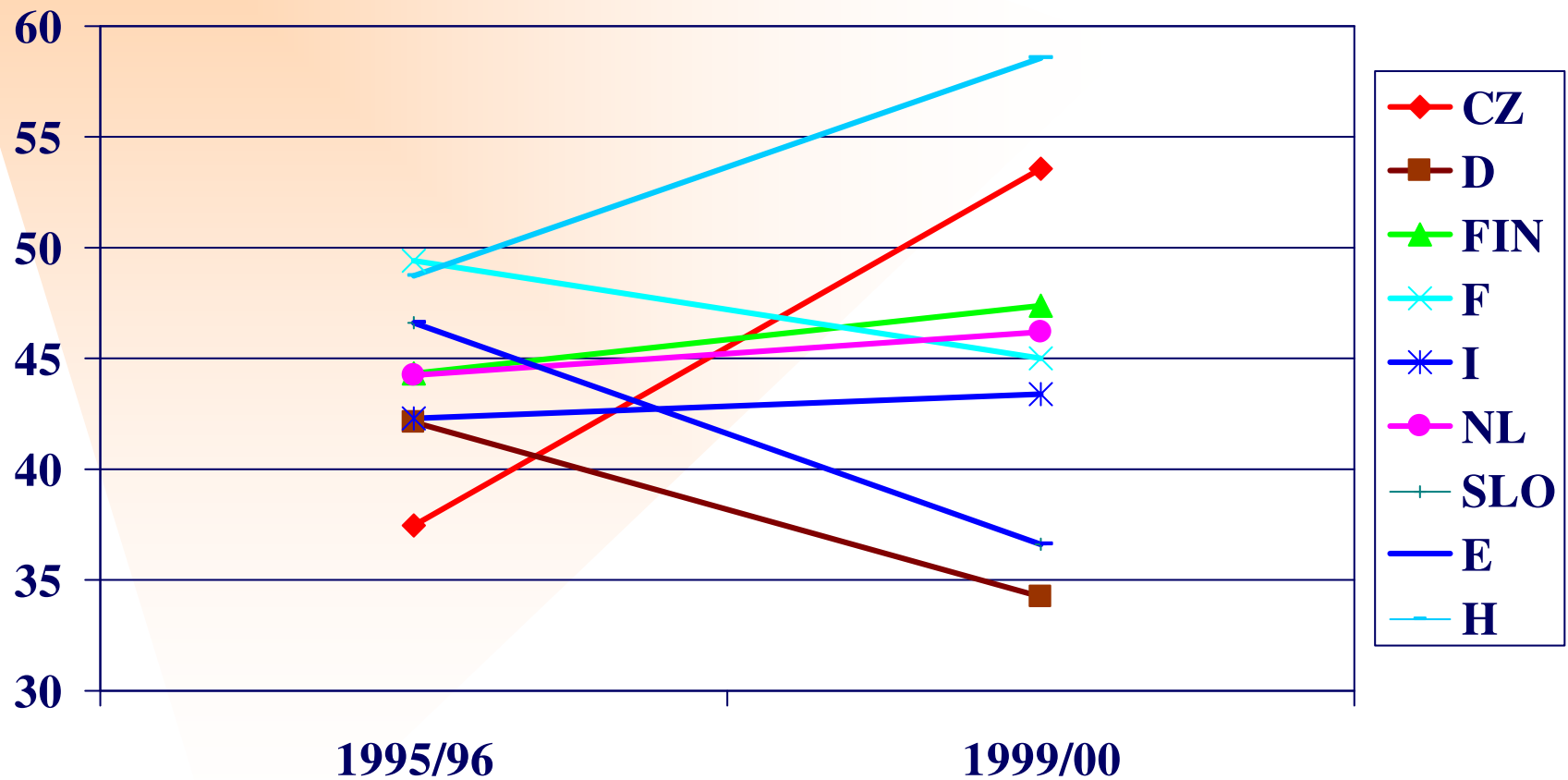
Qualität



Deutschland auf
- dem ersten Platz?
- dritten Platz?

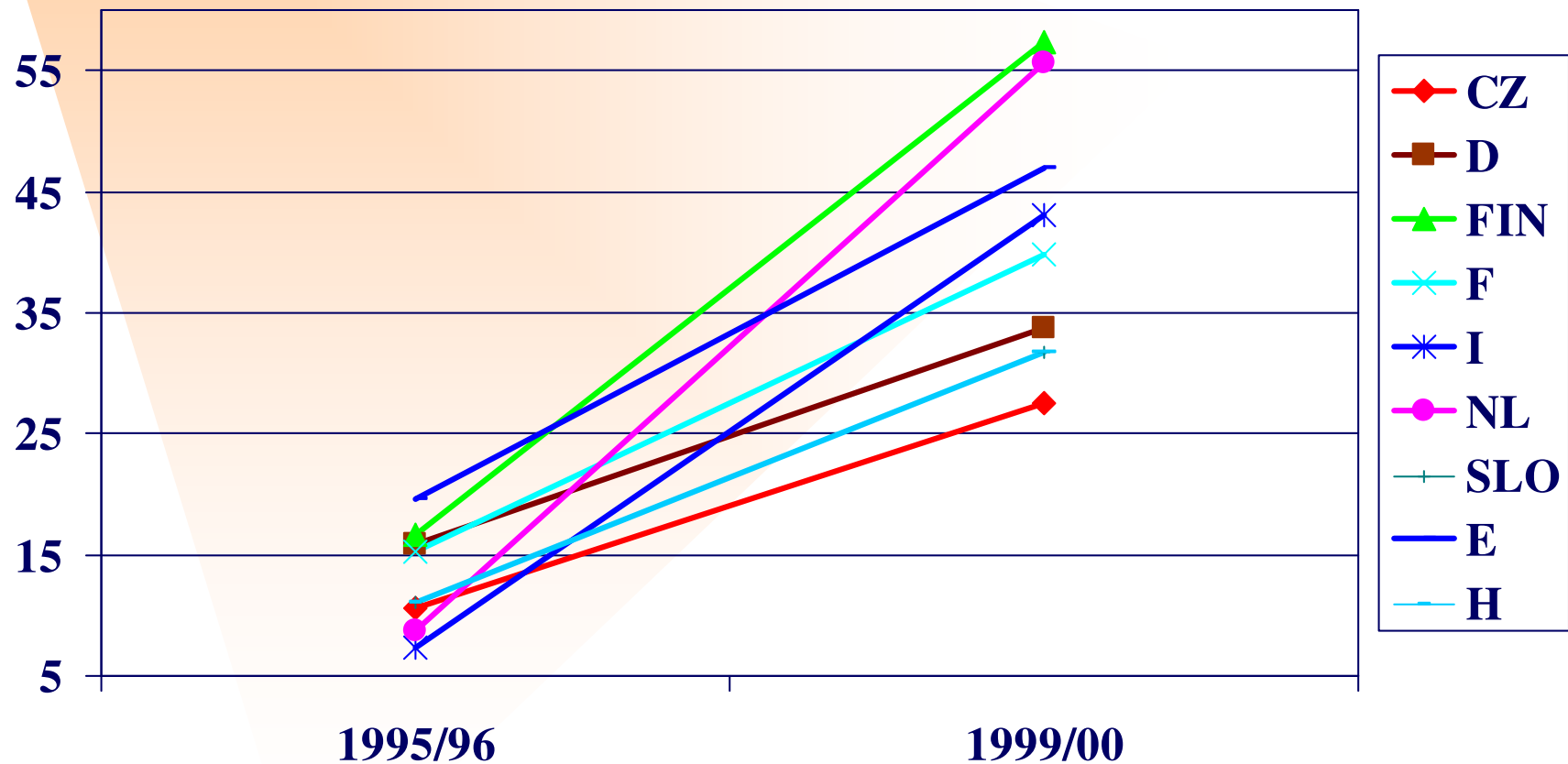


Beispiel: Prozess-/Ergebnisqualität: % mit guter Blutdruckkontrolle 6 Monate nach Krankenhausentlassung



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

Gute Cholesterineinstellung 6 Monate nach stationärem Aufenthalt



Daten: EUROASPIRE „Clinical reality of coronary prevention guidelines“, Lancet 2001; 357: 999



Gesundheitssysteme und Reformtendenzen in europäischen Ländern

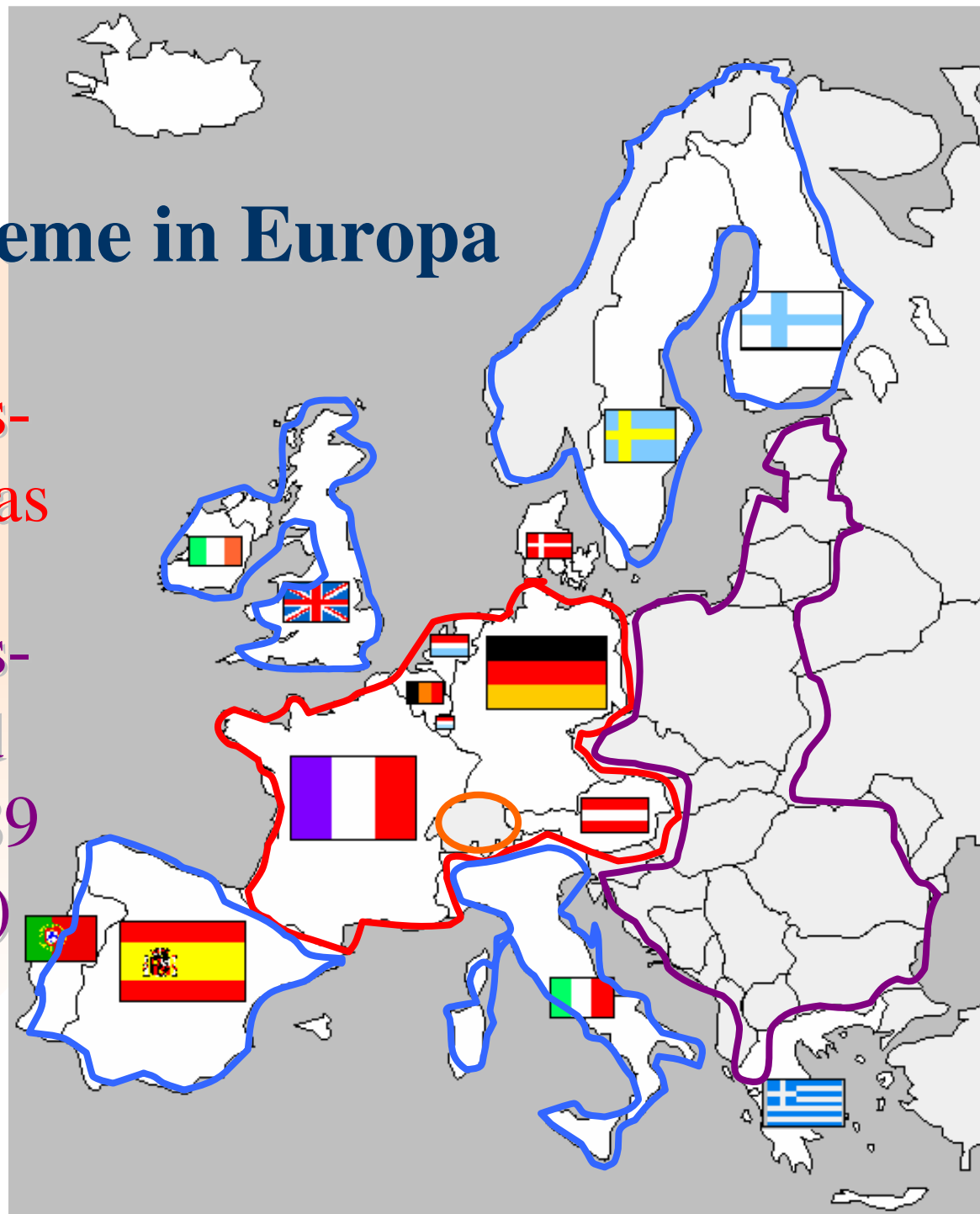
Daten: EUROASPIRE „Clinical reality of coronary prevention guidelines“, Lancet 2001; 357: 999

Gesundheitssysteme in Europa

Sozialversicherungssysteme Westeuropas

Sozialversicherungssysteme Mittel- und Osteuropas (bis 1989 Semashko-Modelle)

Steuerfinanzierte Systeme



Gesundheitsausgaben in D, 1992-2001 (Mio €)

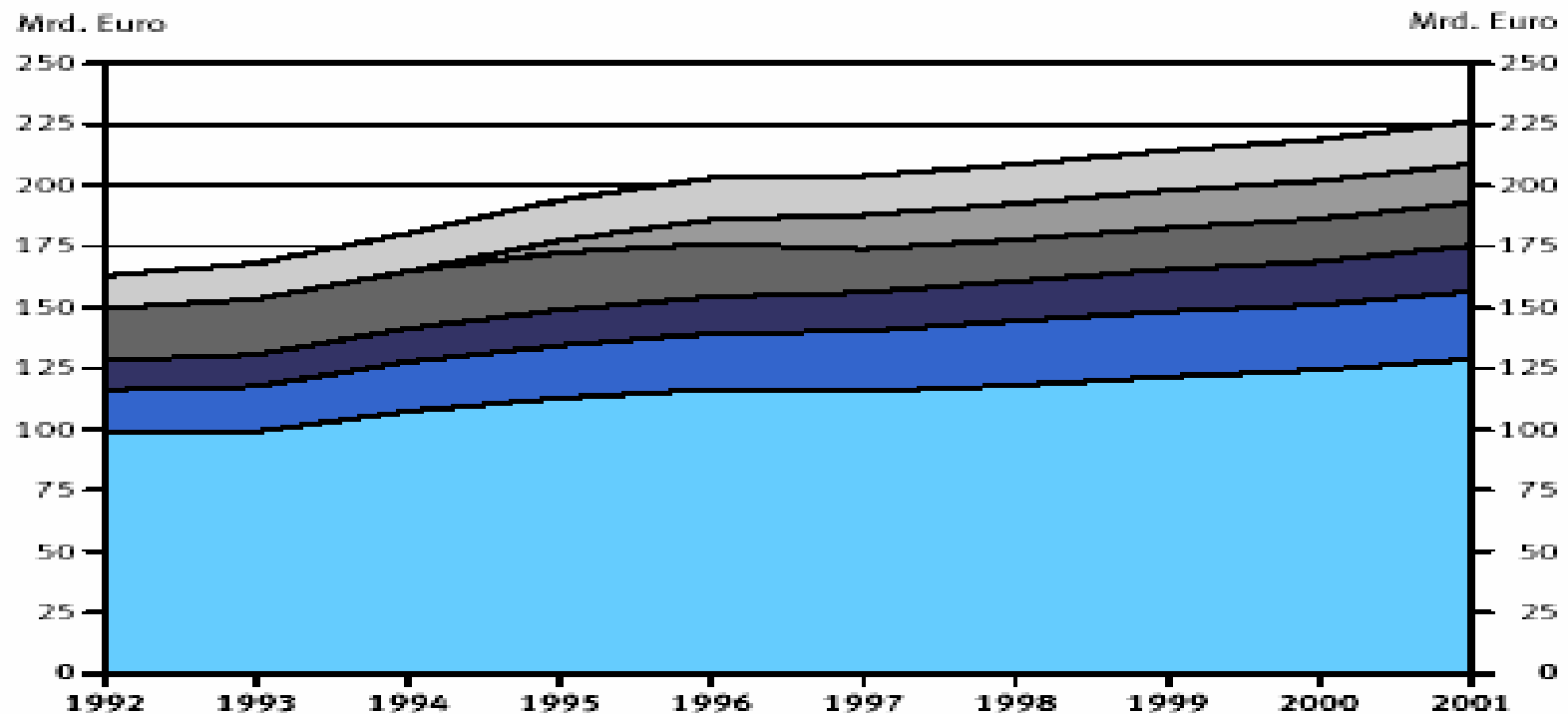
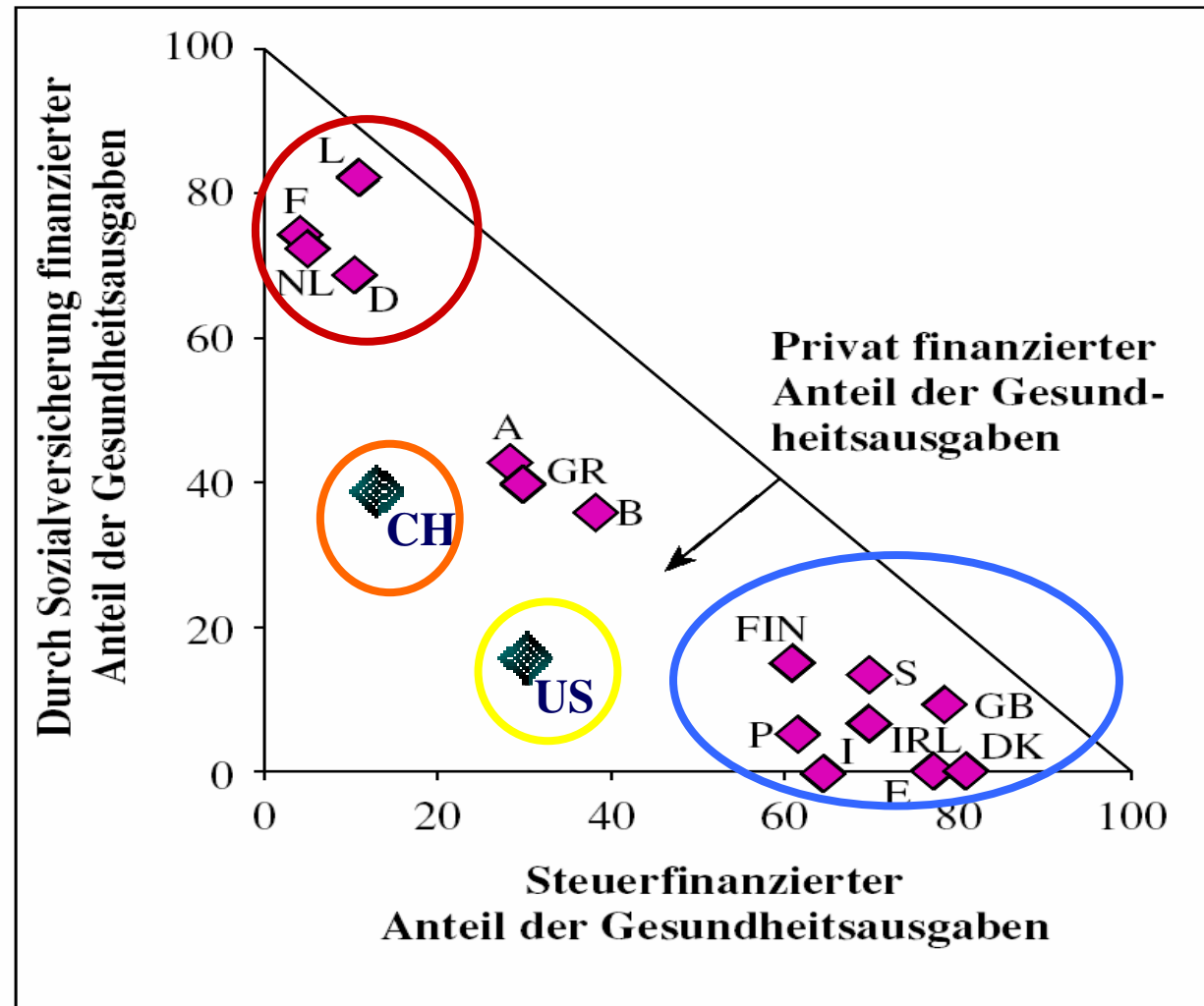


Abbildung 2: Finanzierung der Gesundheitssysteme der EU-Länder aus Steuern, Sozialversicherungsbeiträgen und privaten Quellen (in Prozent der Gesamtgesundheitsausgaben)



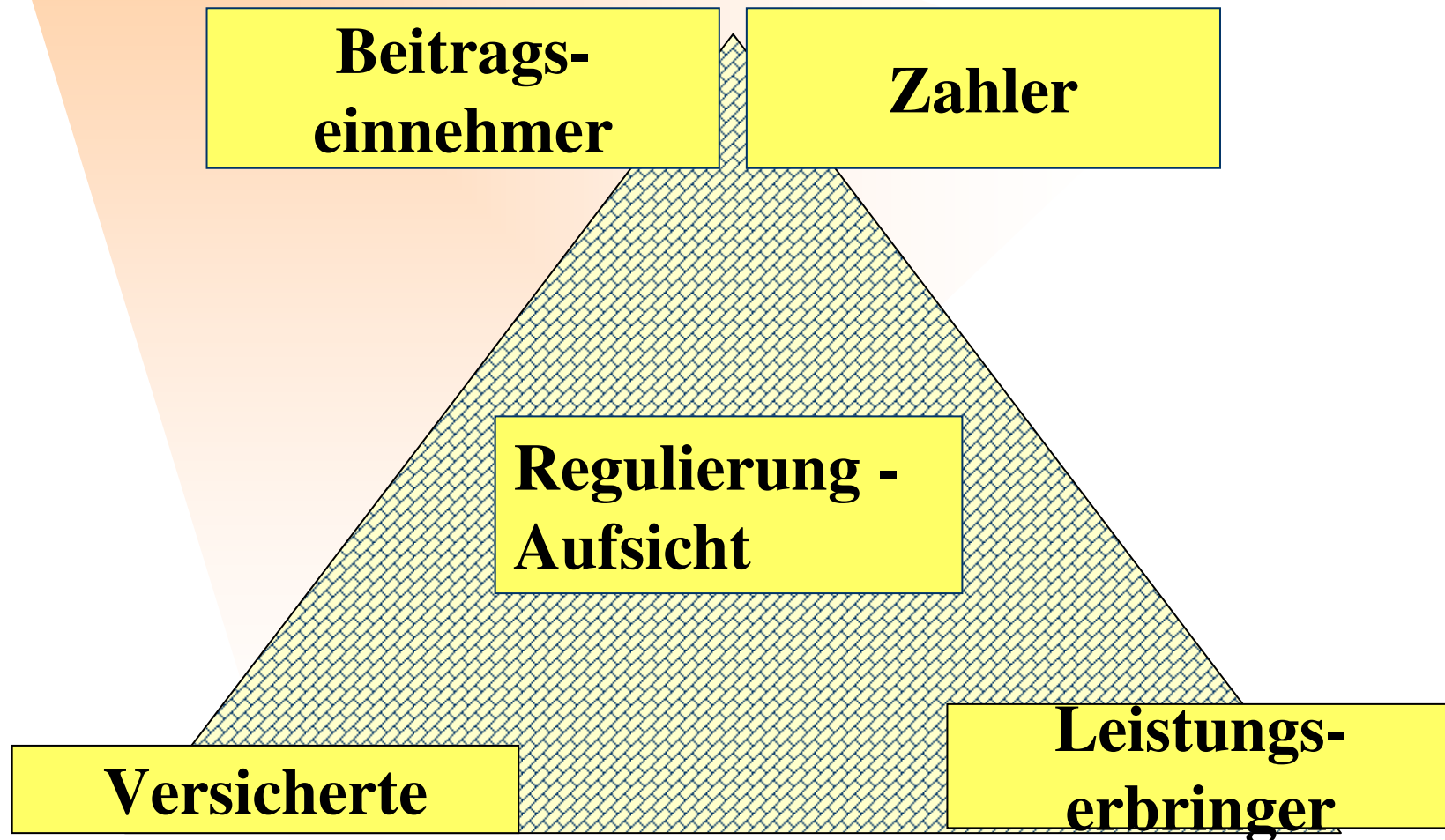
Quelle:
Riesberg,
Weinbrenner,
Busse. Aus
Politik und
Zeitgeschichte
(B 33-
34/2003)

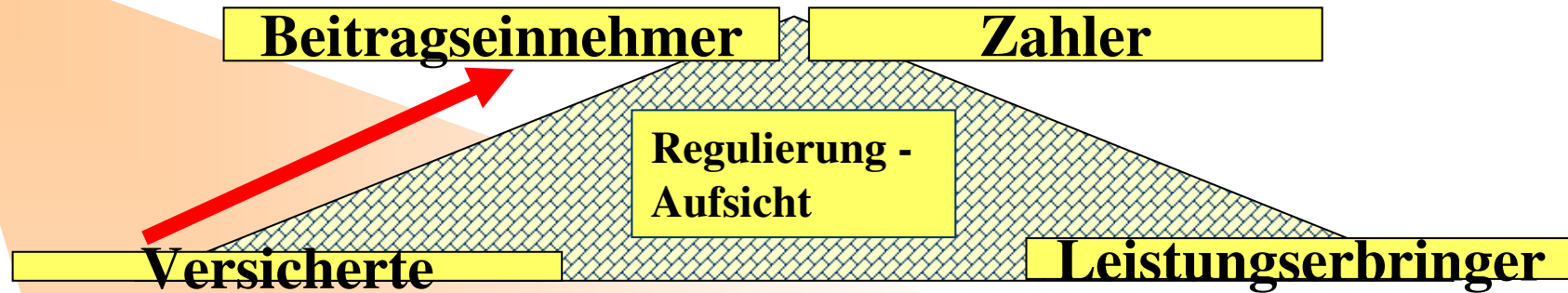


**Aus Politik
und Zeitgeschichte**

- 1 Julia Hoffner
Gesundheit – kein Produkt wie jedes andere
- 2 Thomas Dreier
Fertigtes Gesundheitsprodukt 1990–2012
- 3 Erik C. Burdette
Drogen aber keine Drogen in
den Gesundheitswissenschaften
- 4 Ulrike Laatz
Drogen aber keine Drogen in
den Gesundheitswissenschaften
- 5 Annette Rießberg/Svenja Rießberg/Robert Biers
Gesundheitspolitik in unpolitischer Vielfalt

Analyse von Gesundheitssystemen: Wie machen es andere?





- 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?*)
- Schweiz: Kopfpauschalen für alle Bürger
- D: Zusatzversicherung für Zahnersatz

Kopfpauschalen in der Schweiz: Reform/Volksbefragung zu ihrer Abschaffung 2003 (bewertet in: www.healthpolicymonitor.org)



2. Characteristics of this Policy

Degree of Innovation

traditional  innovative

Degree of Controversy

consensual  highly controversial

Structural or Systemic Impact

marginal  fundamental

Public Visibility

very low  very high

Transferability

strongly system-dependent  system-neutral

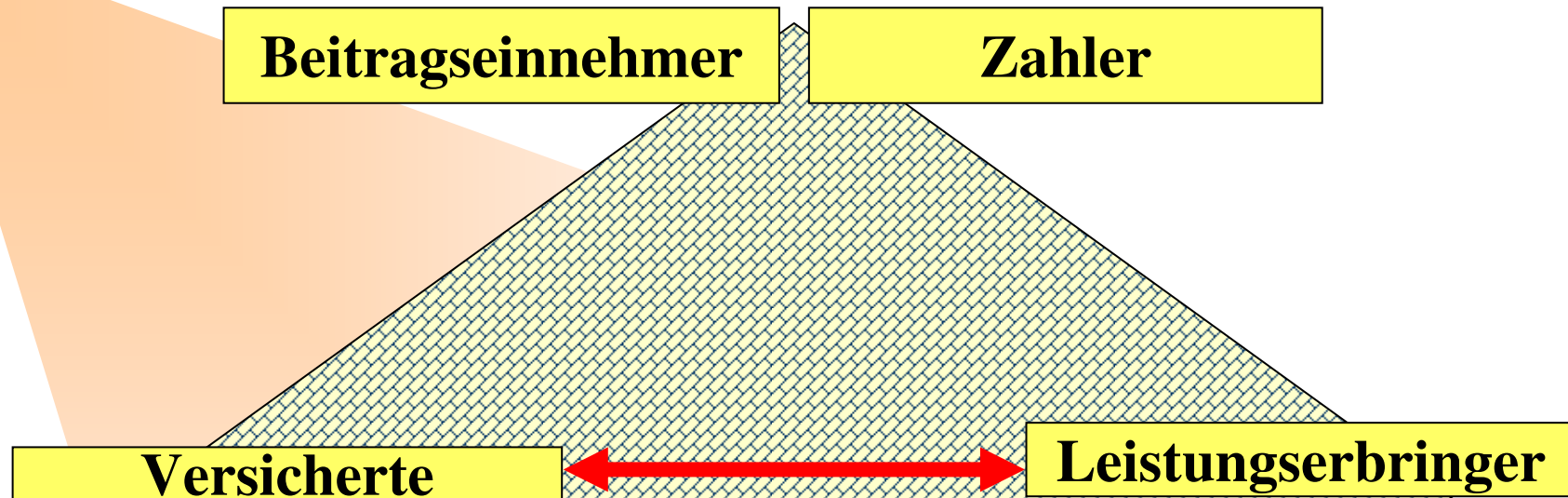
Beispiel für aktuelle Zwischenmeldungen des www.healthpolicymonitor.org



30 May 2003

No System Change in Switzerland

In a referendum on May 18, 2003, Swiss voters rejected a reform proposal aimed to change the system radically. Critiques inside and outside of Switzerland continue to challenge Europe's most expensive health care system.



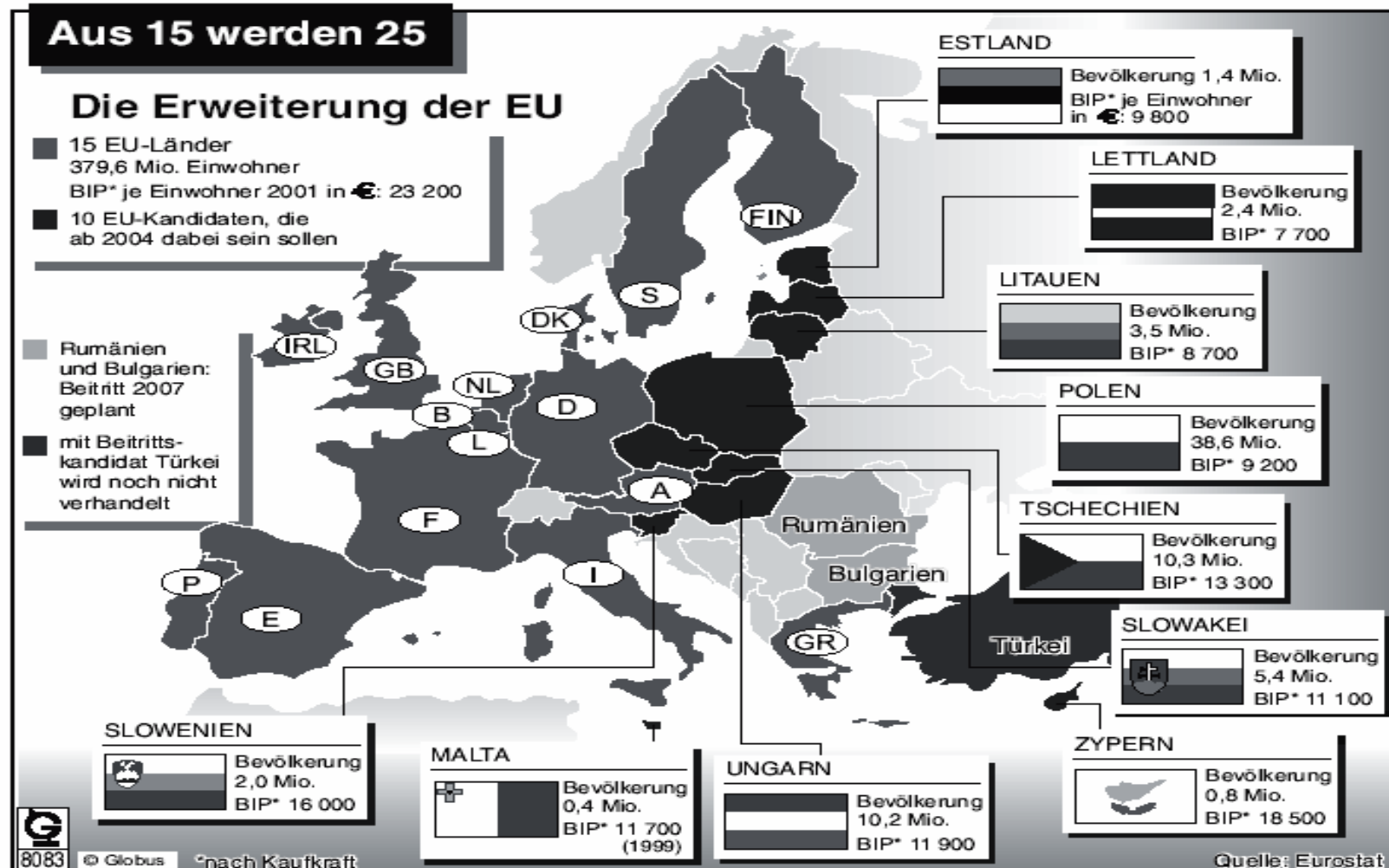
*Problem II: Qualität der Versorgung
(Unter-, Über-, Fehlversorgung,
Behandlungsbeschäden)*

- *Leitlinien, Disease-management Programme*
- *Nationale Programme zur Patientensicherheit*

*Problem III: Steuerbarkeit der Kostenerstattung in
der EU*

- *GKV-Modernisierungsgesetz*

Gesundheitspolitik (in) der EU



Regulation der EU-Kommission & Rechtsprechung des EuGH mit Auswirkung auf die nationale Gesundheitsversorgung



CHARTER OF FUNDAMENTAL RIGHTS OF THE EUROPEAN UNION



(2000/C 364/01)

Article 35

Health care

Everyone has the right of access to preventive health care and the right to benefit from medical treatment under the conditions established by national laws and practices. A high level of human health protection shall be ensured in the definition and implementation of all Union policies and activities.

EU-Verfassungsentwurf, Stand: Juni 2003



- bestärkt einerseits die Verantwortlichkeit der nationalen Regierungen im Gesundheits- und Sozialbereich (z. B. Artikel III-174 (5))
- richtet Frühwarnsystem für unerwünschte Auswirkungen von EU-Regelungen auf das Subsidiaritätsprinzip und die Mitgliedsländer ein.
- Gleichzeitig werden aber Kompetenzen der EU-Ebene erweitert.
- Dazu erhalten demokratische Elemente einen höheren Stellenwert als bisher.

EU-Verfassungsentwurf: ,Gesundheitswesen‘ (Art. II-174)



- Die „offene Methode der Koordinierung“ soll eingeführt werden.
- „Die Kommission kann in enger Verbindung mit den Mitgliedstaaten alle Initiativen ergreifen, die dieser Koordinierung förderlich sind, insbesondere Initiativen, die darauf abzielen, Leitlinien und Indikatoren festzulegen, den Austausch bewährter Verfahren durchzuführen und die erforderlichen Elemente für eine regelmäßige Überwachung und Bewertung auszuarbeiten. Das Europäische Parlament wird in vollem Umfang unterrichtet.“

Benchmarking auf EU-Ebene: 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
- Erfahrungen mit der „offenen Methode der Koordinierung“ in der Währungs- und Beschäftigungspolitik (und Vermeidung sozialer Ausgrenzung): Akzeptanz, aber Demokratiedefizite, Datenprobleme, Überbetonung fiskalischer Aspekte

Diskussion: Charakteristika des deutschen Gesundheitssystems

- vergleichsweise hoher Einsatz finanzieller, personeller (stationär < ambulant) und technischer Ressourcen
- als kundenfreundlich und bedürfnisorientiert wahrgenommene Versorgung im europäischen Spitzenfeld.
- Bezüglich Qualität und Effektivität kommen Studien zu unterschiedlichen Ergebnissen – von „sehr gut“ bis „ungenügend“.

Diskussion: Vorsicht bei Vergleichen und der Wahl von Reformvorbildern

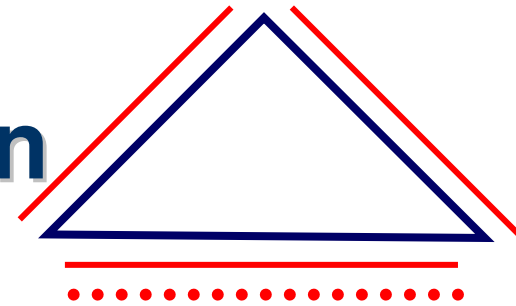
Gleichzeitiges Auftreten bedeutet noch nicht, dass Phänomene kausal verknüpft sind...

...Multikausalität versus Monokausalität in komplexen, dynamischen Systemen.

Übertragbarkeit von Reformen nur möglich mit Einpassung und Modifikation

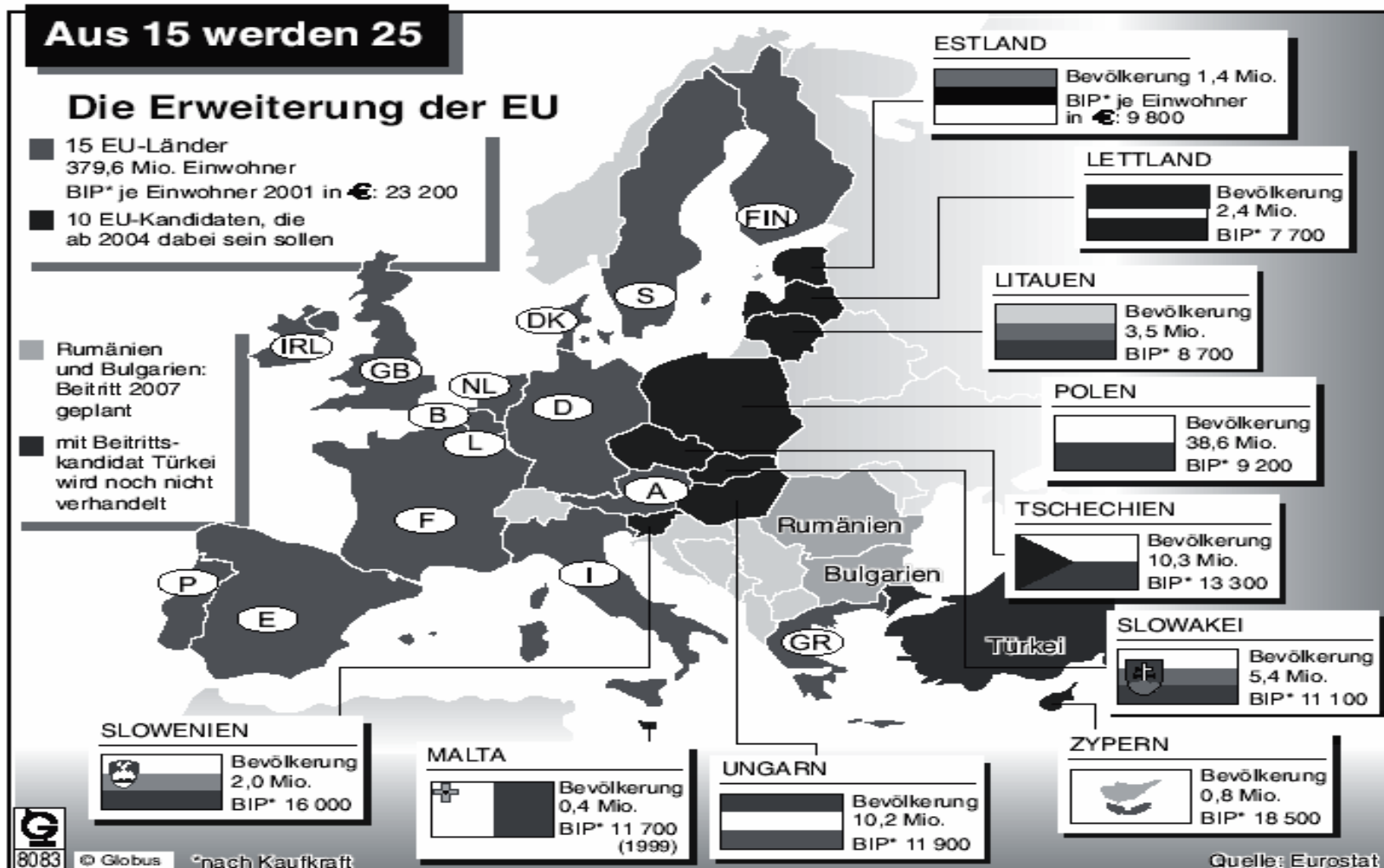


Diskussion: Systeme und Reformen im Vergleich



- Ähnliche Probleme und Herausforderungen: Einnahmen, Ausgaben, Verteilung, Qualität
- Unterschiedliche Systeme und Kontexte
- Konvergenz- und Divergenztendenzen
- Reformen als kontinuierliche Antwort, vermehrt auch auf EU Anforderungen
- Flexibilisierung von Gestaltungselementen, insbesondere bzgl. öffentlich/privater Finanzierungsmodi

Gesundheitspolitik in der EU: Rückblick und Ausblick



Weblinks

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



www.observatory.dk



Weltgesundheitsberichte 2000ff:

<http://www.who.int/whr/previous/en/>

<http://www.healthpolicymonitor.org/>