



Kongress “eHealth: Innovations-
und Wachstumsmotor für Europa”

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?

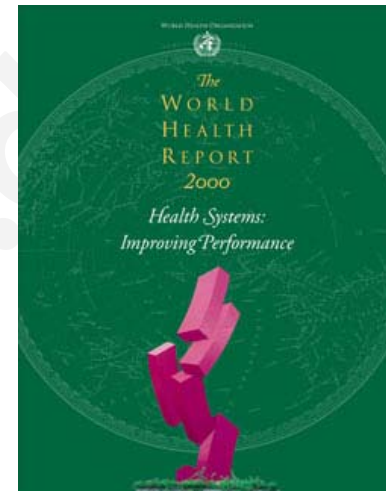
Wie gestalten Länder ihre
Gesundheitssysteme?

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, Vertraulichkeit 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 Offenen Methode der 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?

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

Ressourcenpooling & (Re-)Allokation

**Beitrags-
einnehmer**

**Zahler (“Third-
party payer”)**

**Ressourcen-
mobilisierung/
aufbringung**

**“Steward”/
Regulierer
Regulierung**

**Leistungseinkauf/
Verträge/
Vergütung**

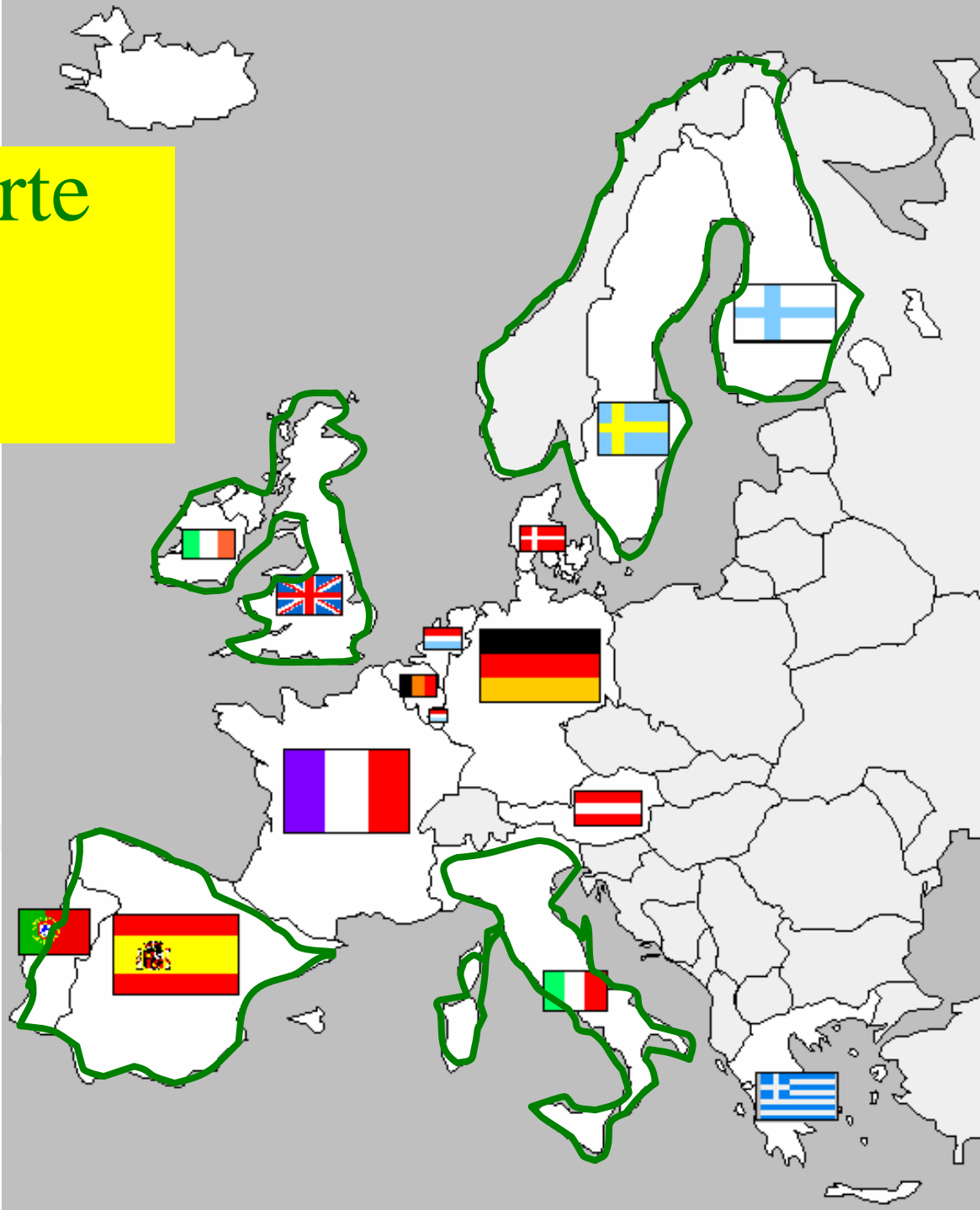
Bevölkerung
Versicherung
Wer? Für was?

**Zugang und
Versorgung**

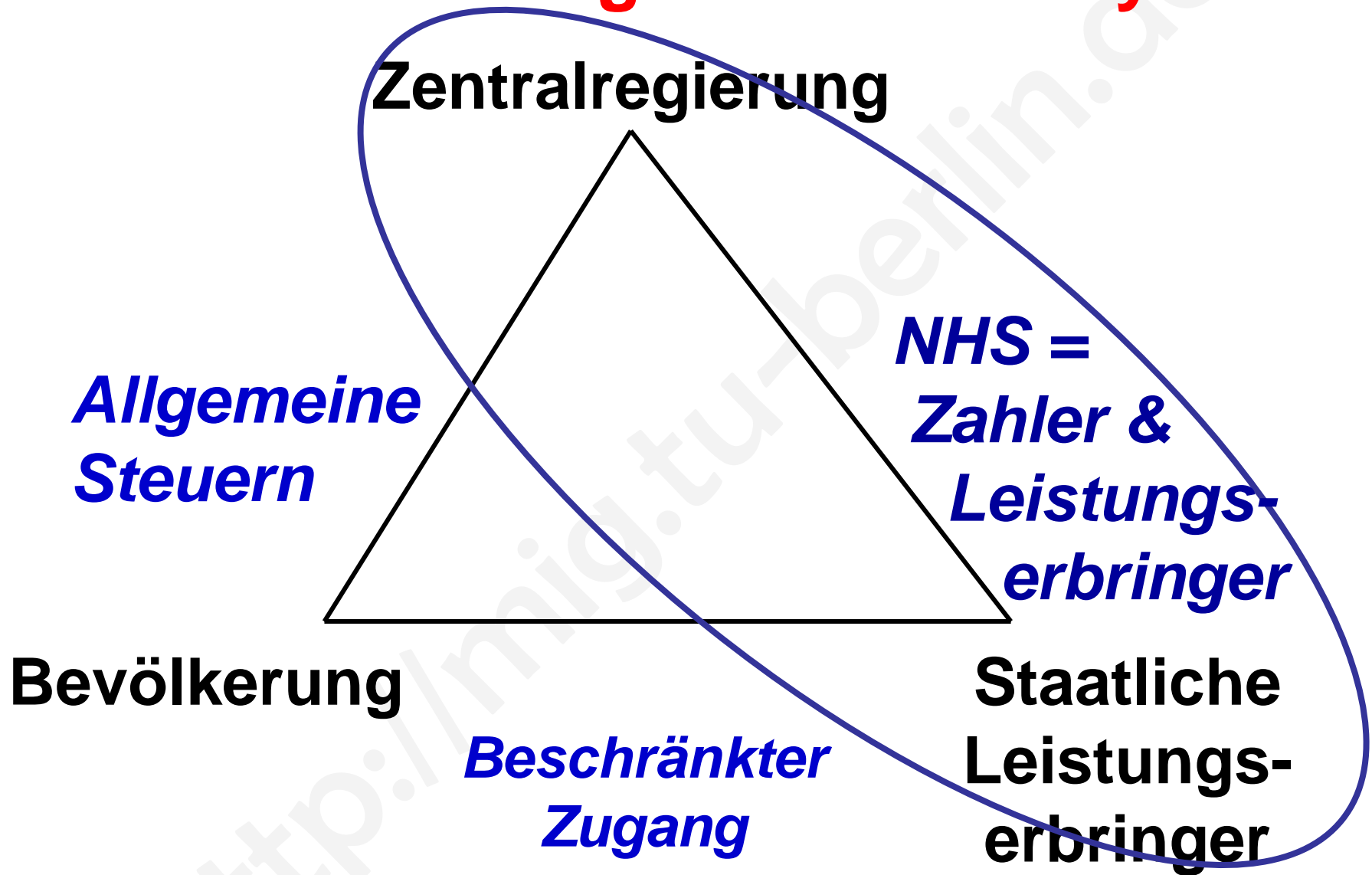
**Leistungs-
erbringer**

Systemtypologie

Steuerfinanzierte Systeme in Westeuropa



Klassisches integriertes NHS-System



Reformentwicklung 1

Zentralregierung

**Allgemeine
Steuern**

**Purchaser –
provider
split**

Bevölkerung

**Beschränkter
Zugang**

**Staatliche
Leistungs-
erbringer**

Reformentwicklung 2

~~Zentral~~ **Regional**regierungen

Aber:

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

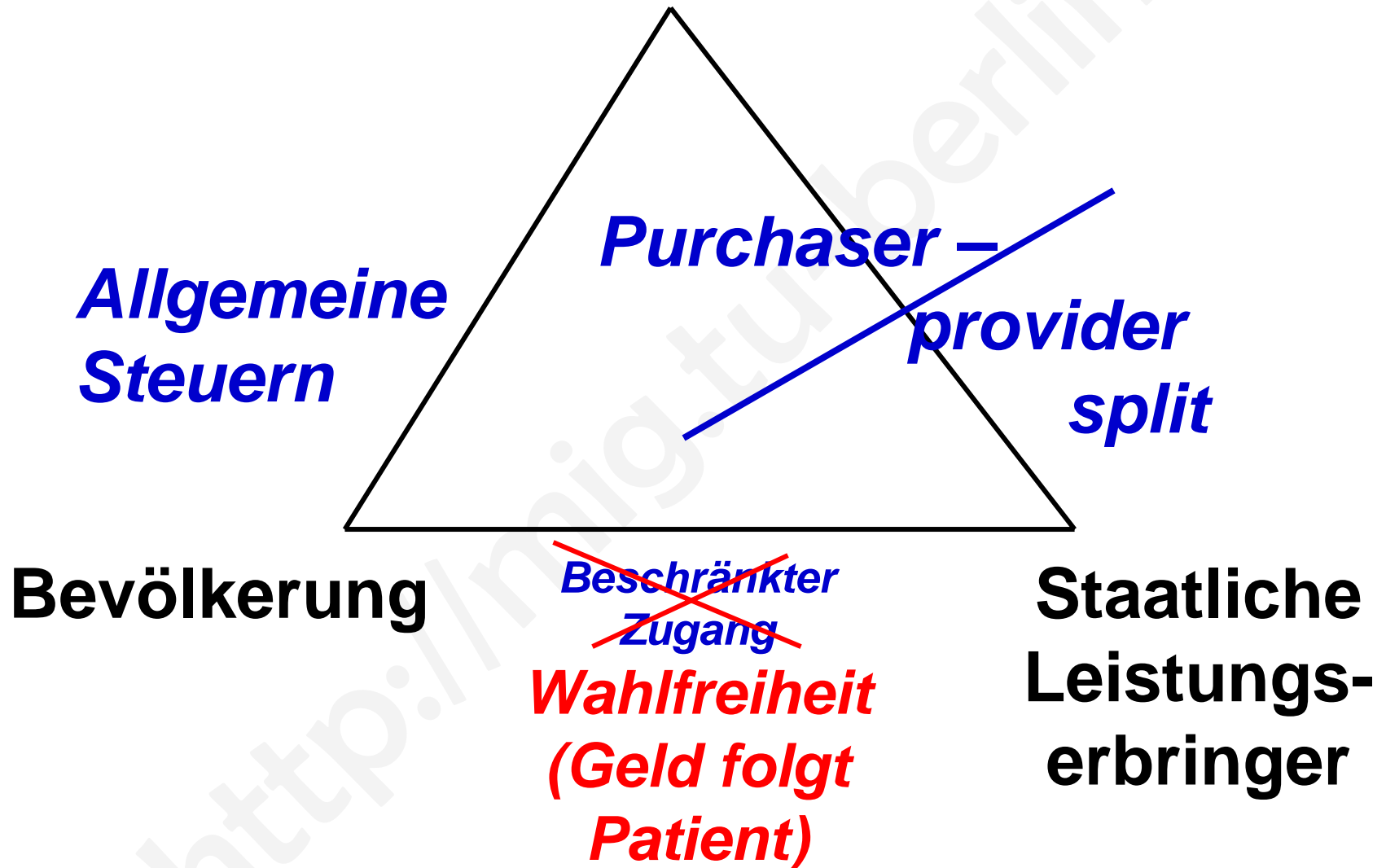
Bevölkerung

***Beschränkter
Zugang***

**Staatliche
Leistungs-
erbringer**

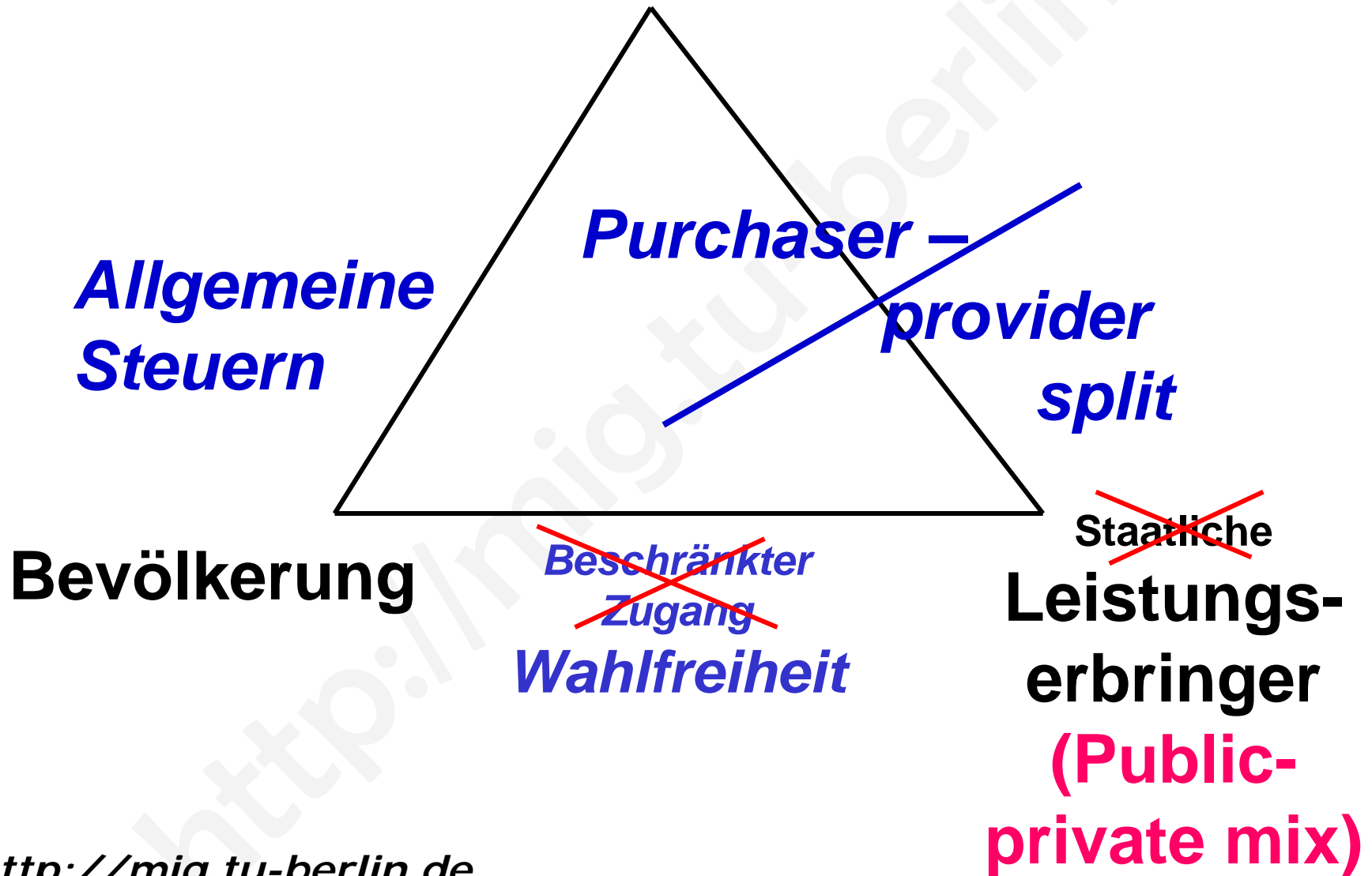
Reformentwicklung 3

Regionalregierungen

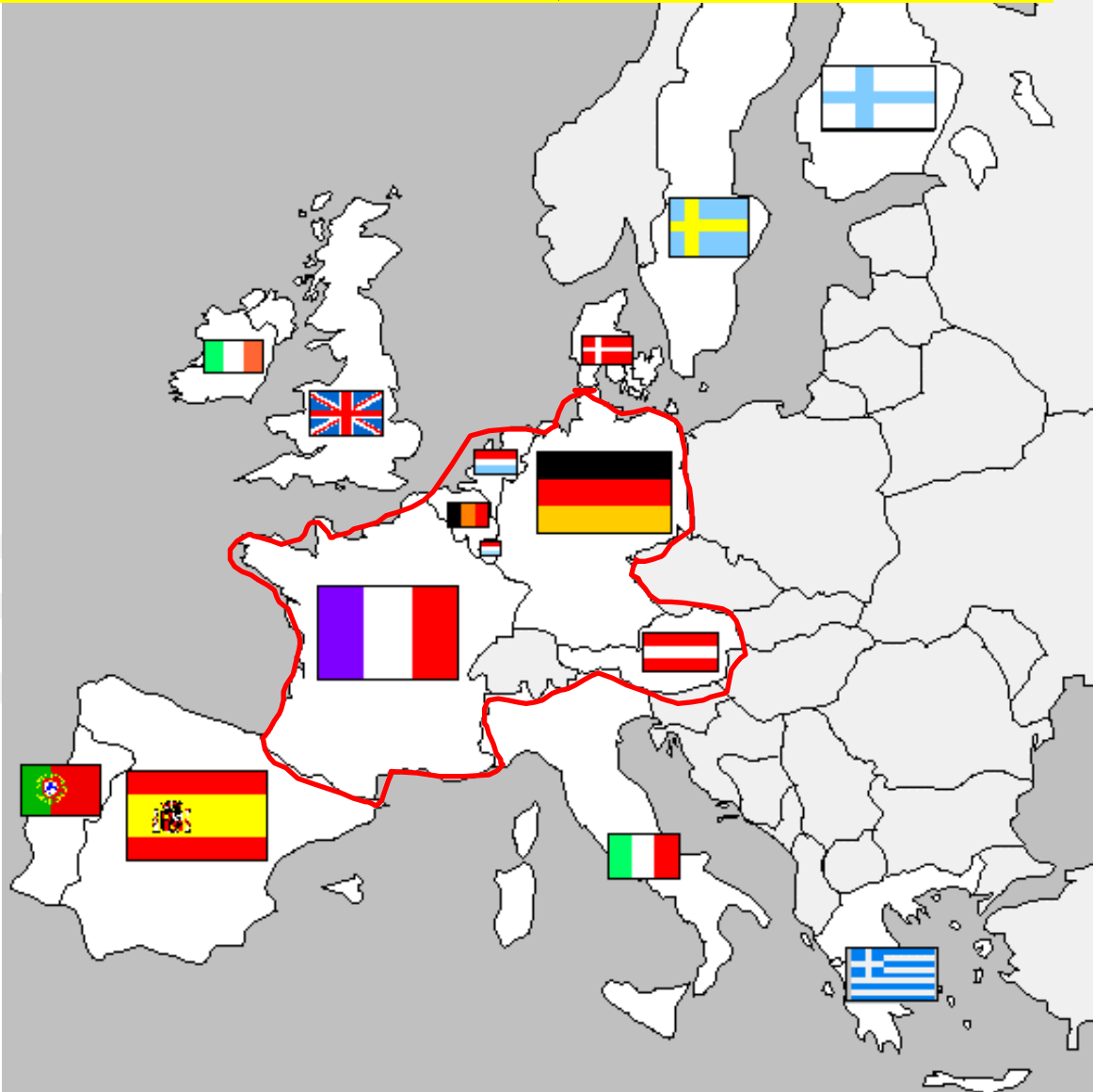


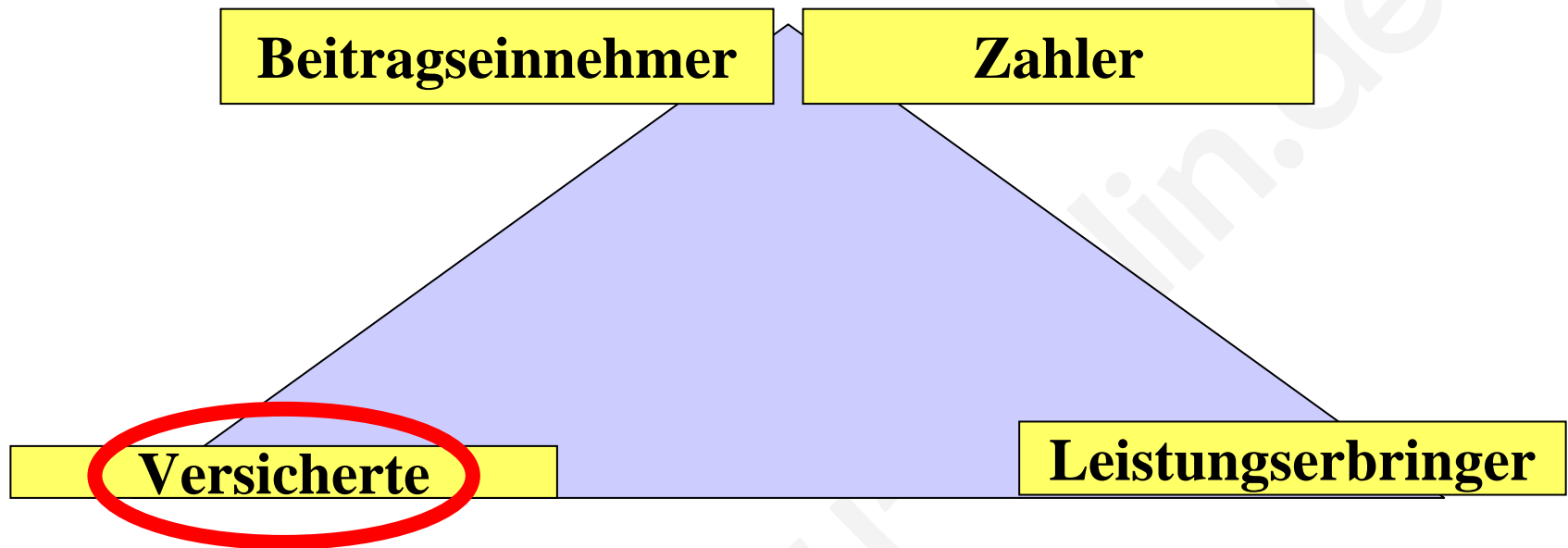
Reformentwicklung 4

Regionalregierungen

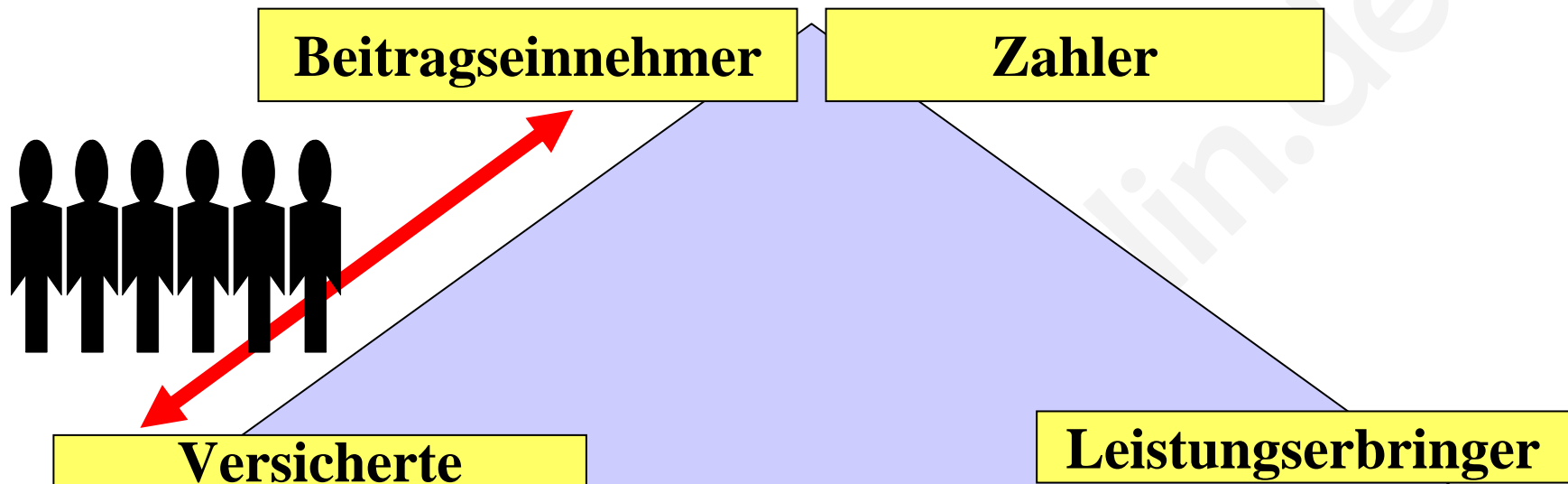


Sozialversicherungssysteme in Westeuropa („Bismarck-Länder“)

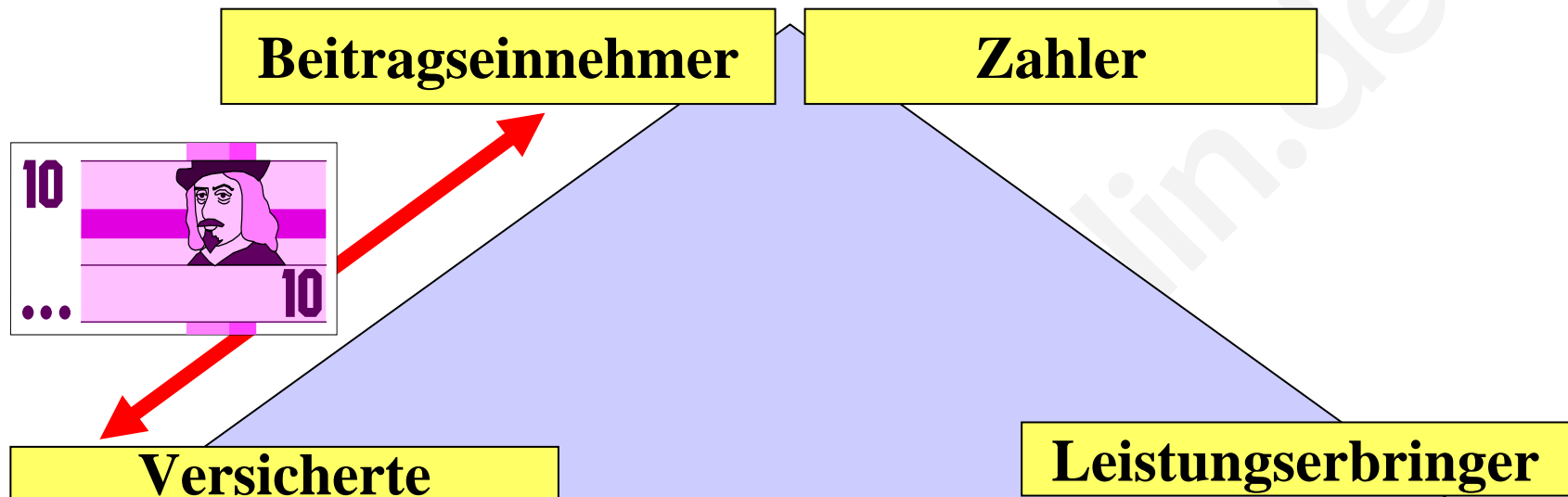




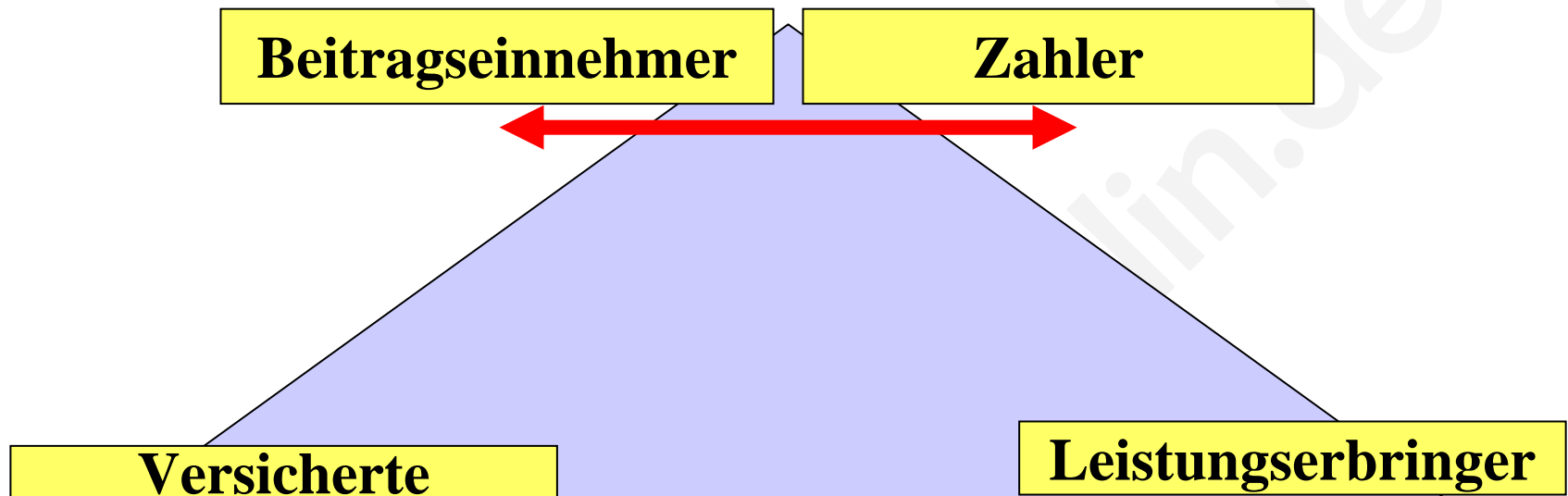
- GKV ist historisch an Arbeitsverhältnis gebunden, dann Versichertenkreis erweitert
- „Bürgerversicherung“ mit 100% gesetzlich nur in Niederlanden (für besondere Ausgaben, seit 1968), Schweiz (seit 1996), Belgien (seit 1998) und Frankreich (seit 2000) – geplant für Niederlande (akute Krankenversorgung)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



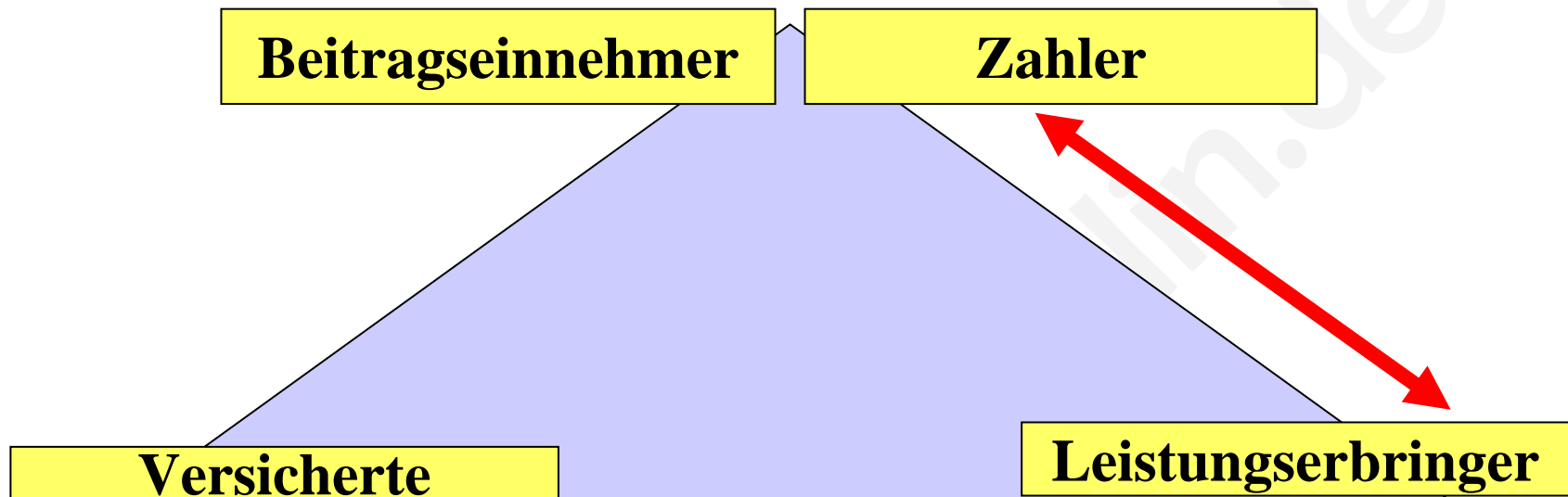
- Krankenkassen-Wahlfreiheit in Belgien, Deutschland, den Niederlanden und Schweiz, d.h. “Responsiveness” potentiell höher
- Deutschland und die Niederlanden erlauben/verlangen private Krankenversicherung von Besserverdienenden/ Selbstständigen (NL: keine Wahl zwischen GKV und PKV)



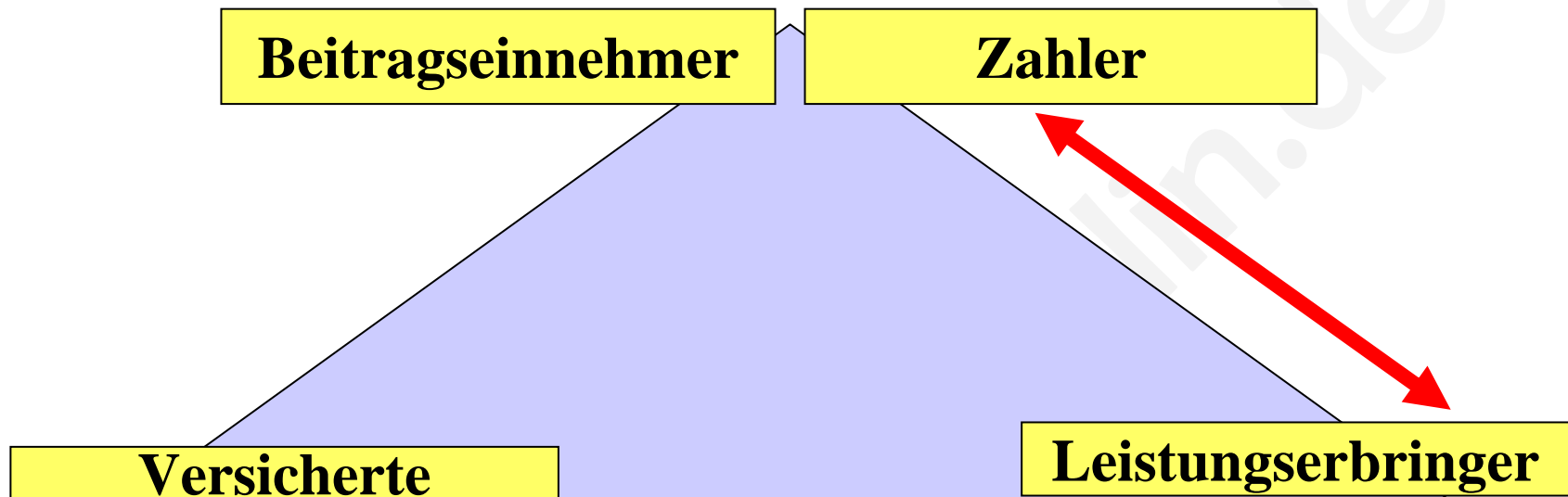
- Frankreich: 1998 Umstellung von Lohn-Beiträgen zu Beiträgen auf Löhne, Zinsen und Mieten = Verringerung von 6,8% auf 6,0%
- Niederlande: Abgabe von Privatversicherten an GKV zwecks Risikoausgleich
- Keine Beitragsmessungsgrenze in Belgien oder Frankreich



- 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!



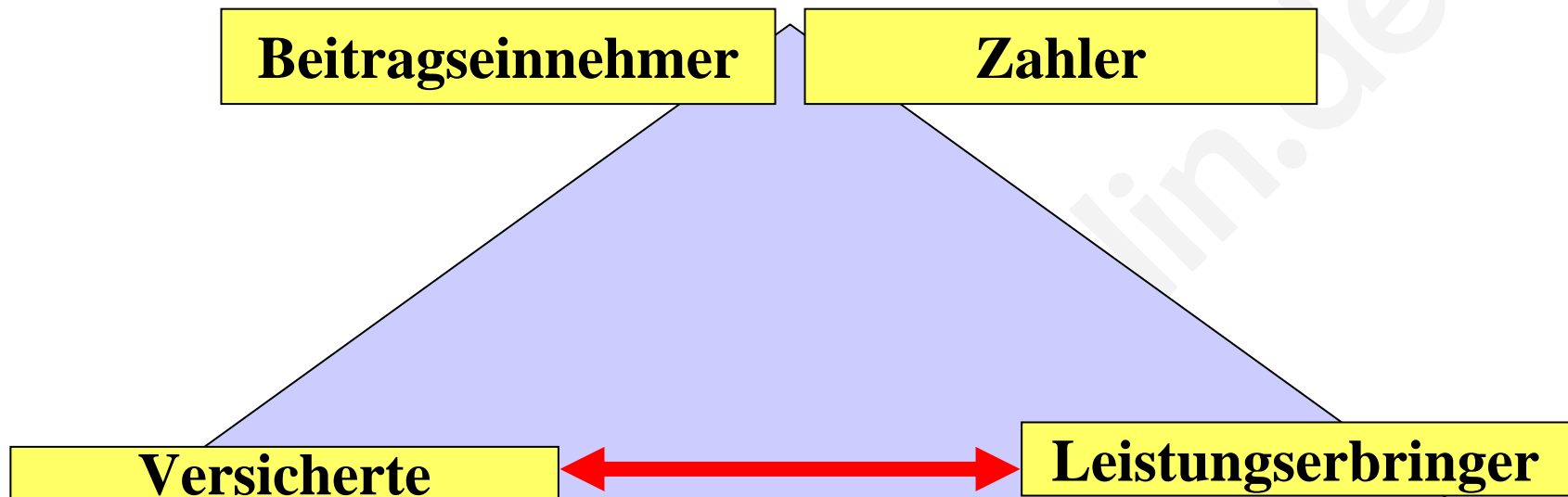
- Verträge = Merkmal aller GKV-Systeme
- Kostendämpfung = typische Schwäche von GKV-Systemen, da viele Zahler (Krankenkassen).
- Klassischer Ansatz: Kollektivverträge, am ausgeprägtesten in Deutschland.



- 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?

*Bespielhafte
Ergebnis-
dimensionen*

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

Social health insurance systems in western Europe

Edited by

Richard B. Saltman

Reinhard Busse

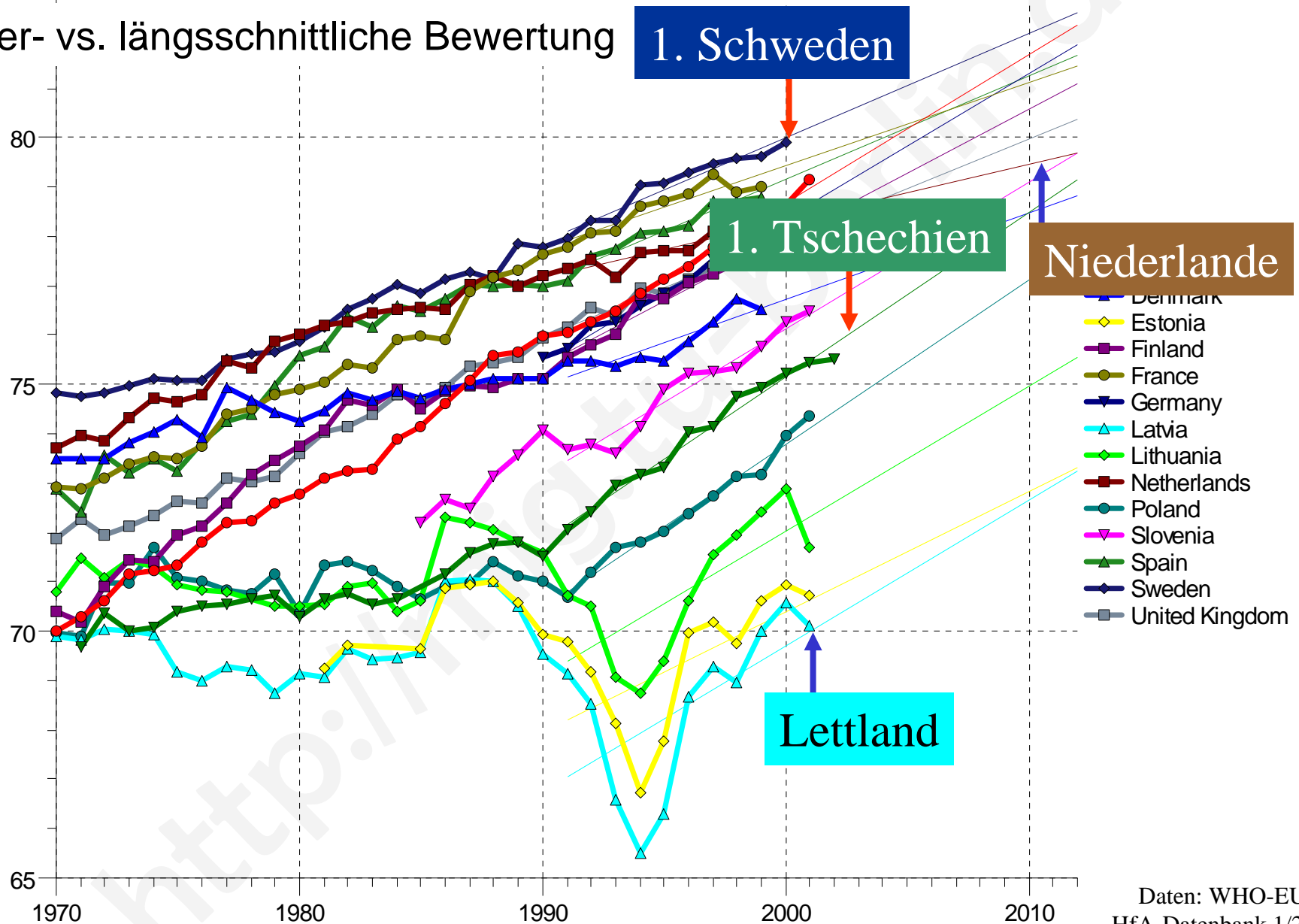
Josep Figueras

Ergebnisdimension „Gesundheit“

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

Lebenserwartung bei Geburt (in Jahren)

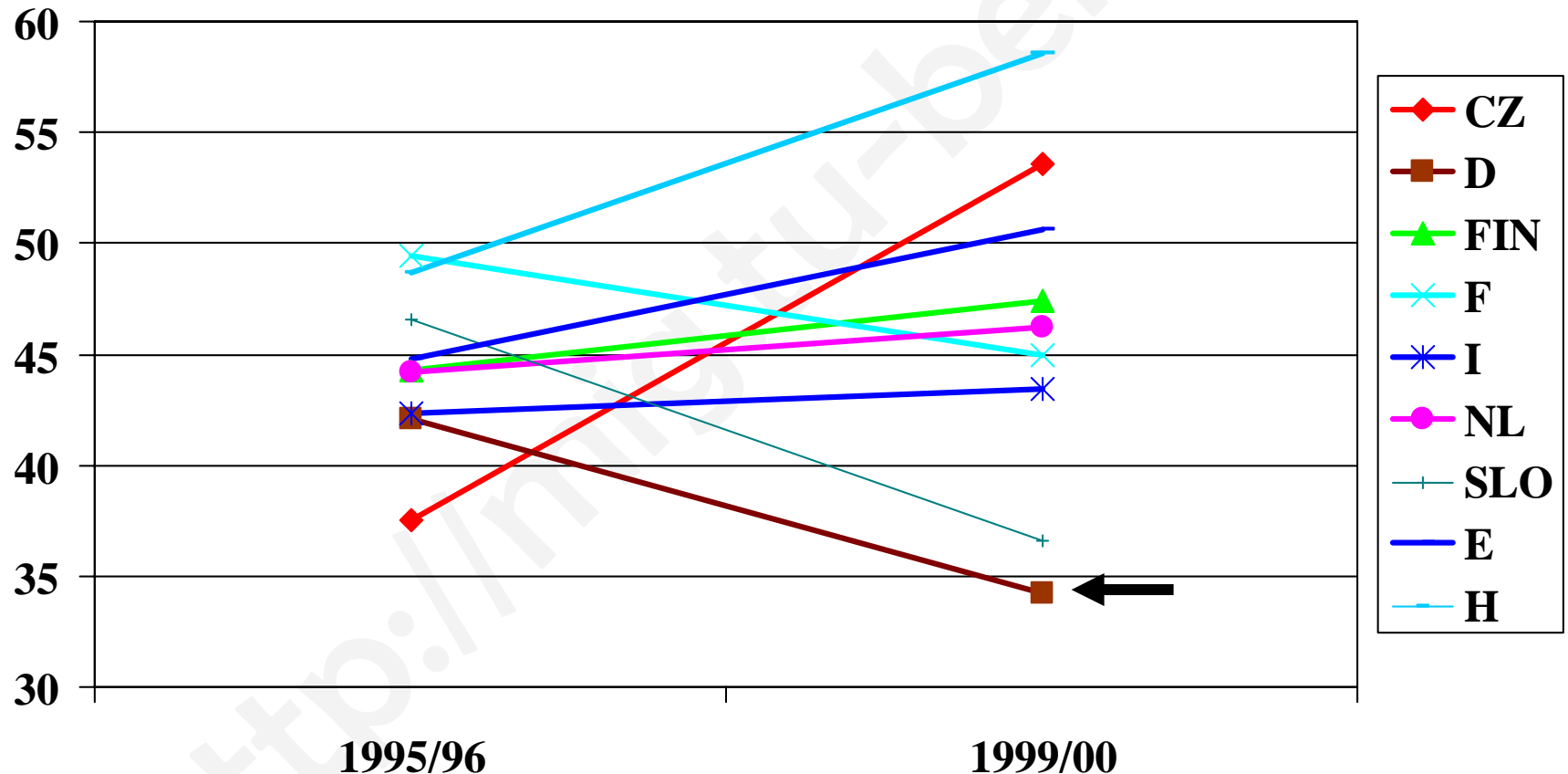
Quer- vs. längsschnittliche Bewertung



**Ergebnisdimension
„Zugang zu
bedarfsgerechten
Technologien“**

<http://img.miguel-gerlin.de>

Gute Blutdruckeinstellung 6 Monate nach Krankenhausaufenthalt wegen Koronarer Herzerkrankung



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

**Social health insurance
systems in western Europe**

Edited by
Richard B. Saltman
Reinhard Busse
Josep Figueras

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

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

www.observatory.dk

European
Observatory 
on Health Systems and Policies

Deutschsprachige Artikel
zu Gesundheitssystemen
international:

www.healthcaresystems.de