

Ist unsere Gesundheit noch bezahlbar?

Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH FFPH

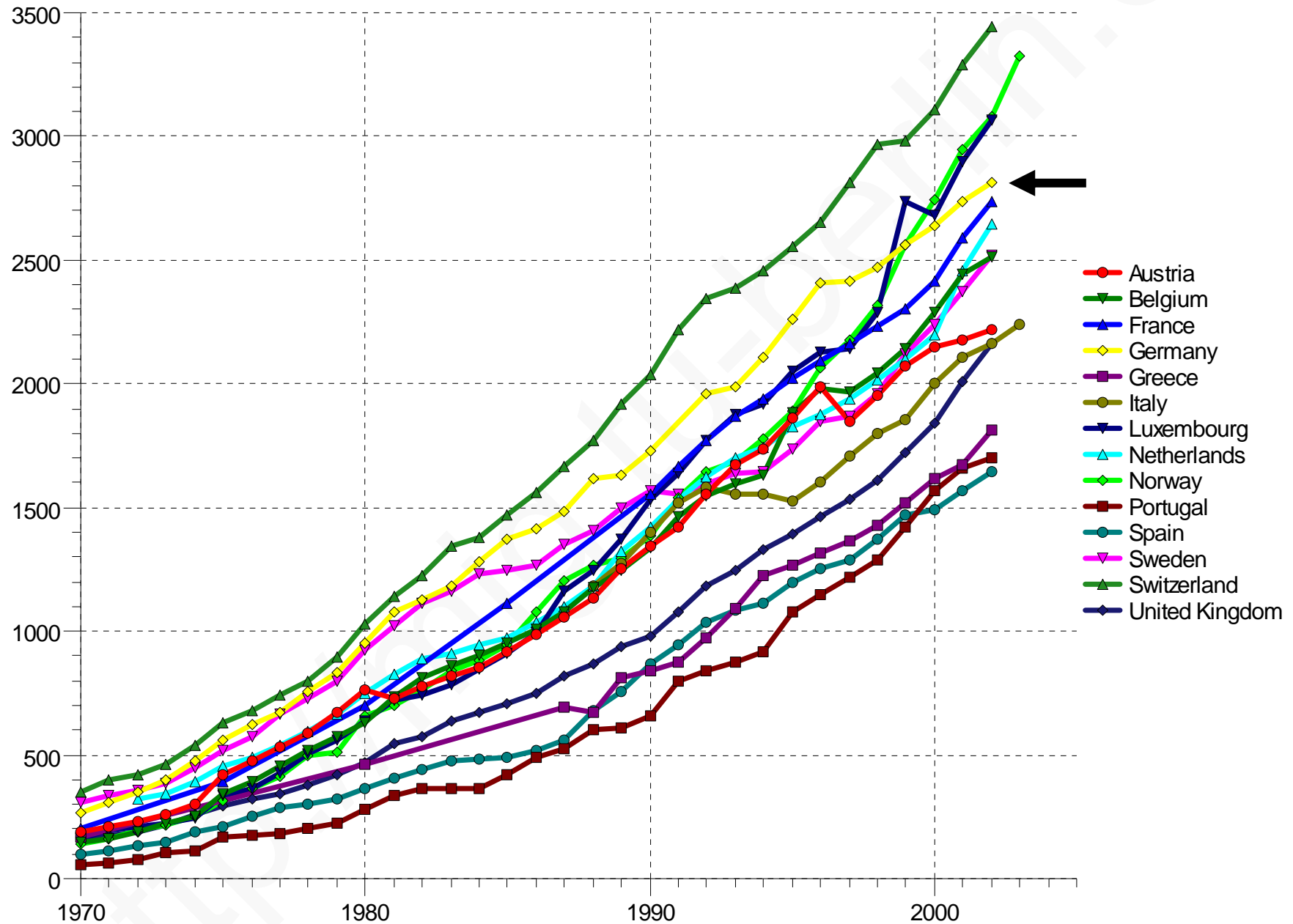
FG Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin
(WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management)

&

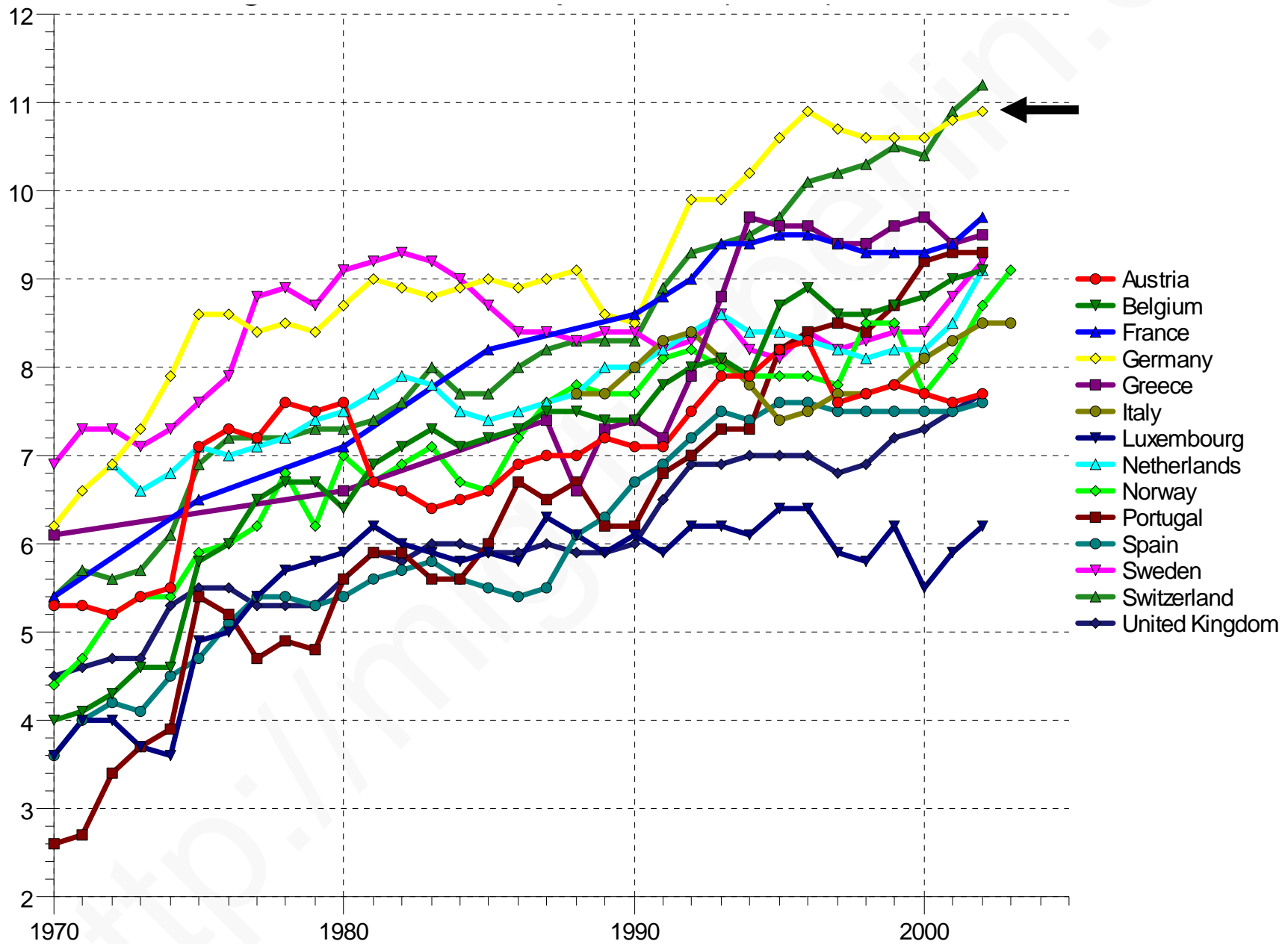
European Observatory on Health Systems and Policies



Gesundheitsausgaben pro Kopf/Jahr (in Kaufkraftparitäten-€)



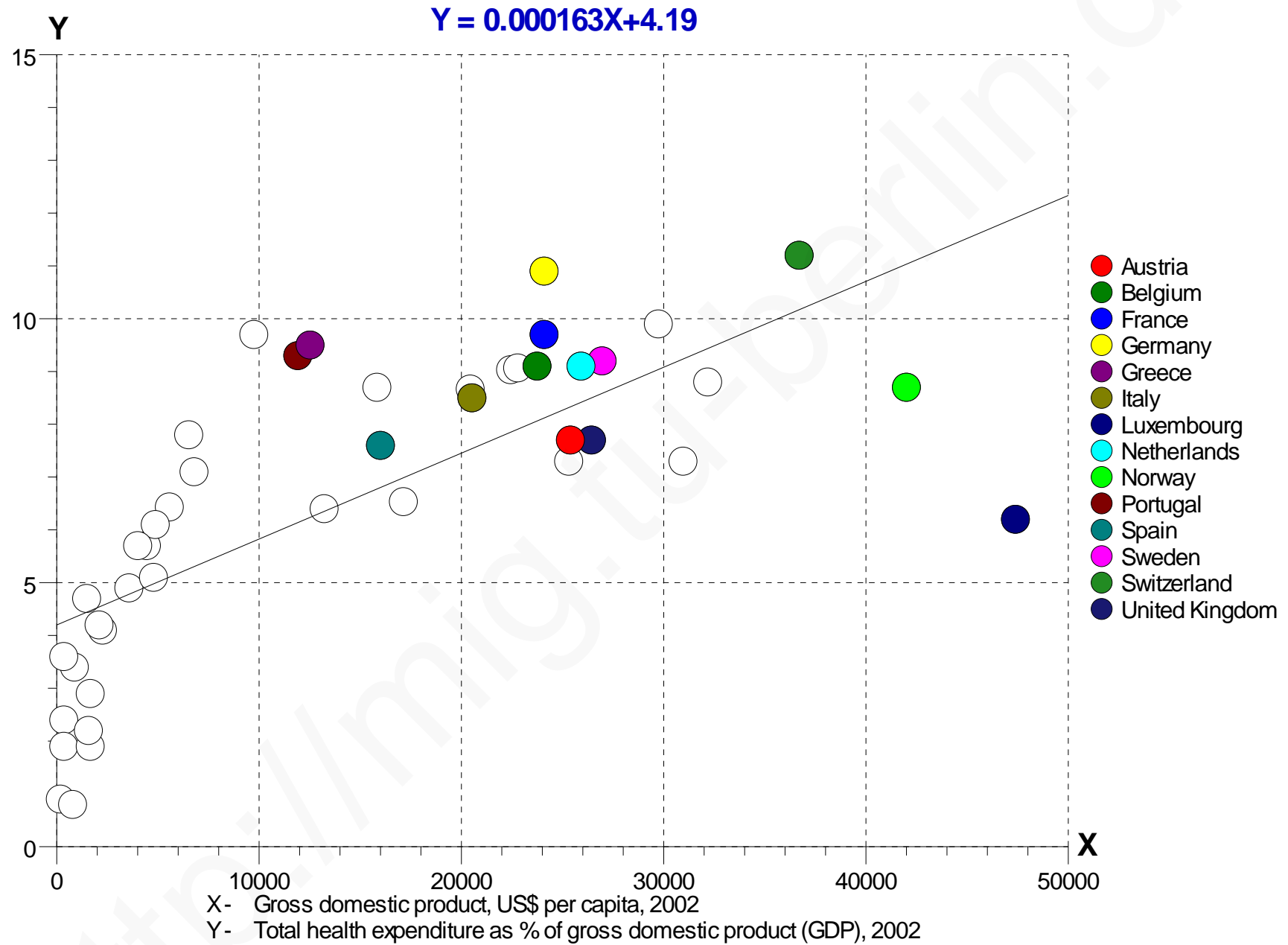
Gesundheitsausgaben als % am Bruttoinlandsprodukt)



Warum wird unsere Gesundheitsversorgung teurer?

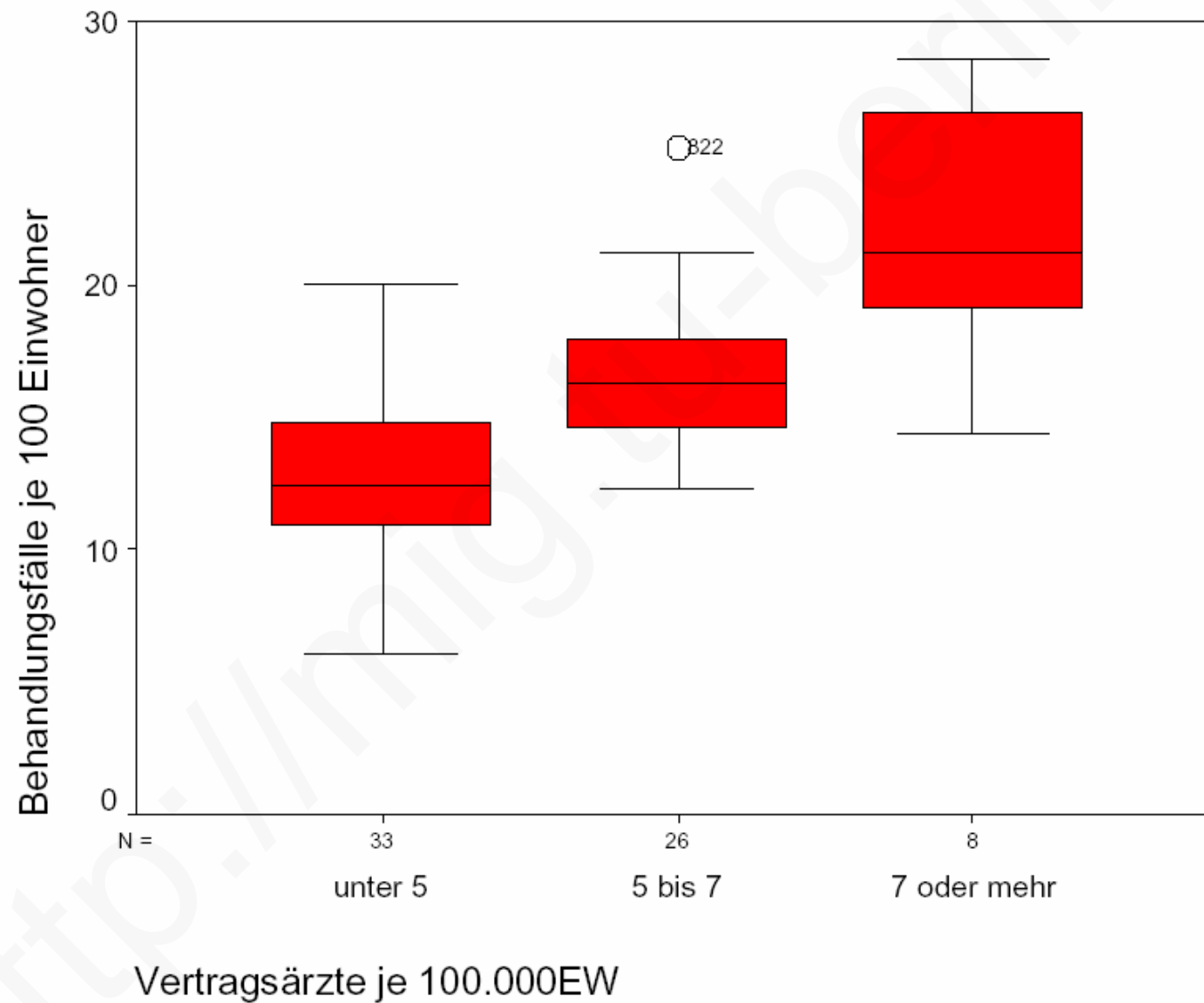
Die üblichen Verdächtigen:

- Wirtschaftskraft/ -wachstum
- Gesundheitssystemressourcen
(Krankenhausbetten, Ärzte, CT, MRI etc.)
- Vergütungssystem
- “medizinischer Fortschritt“
- Demographische Entwicklung/ Alterung der
Bevölkerung



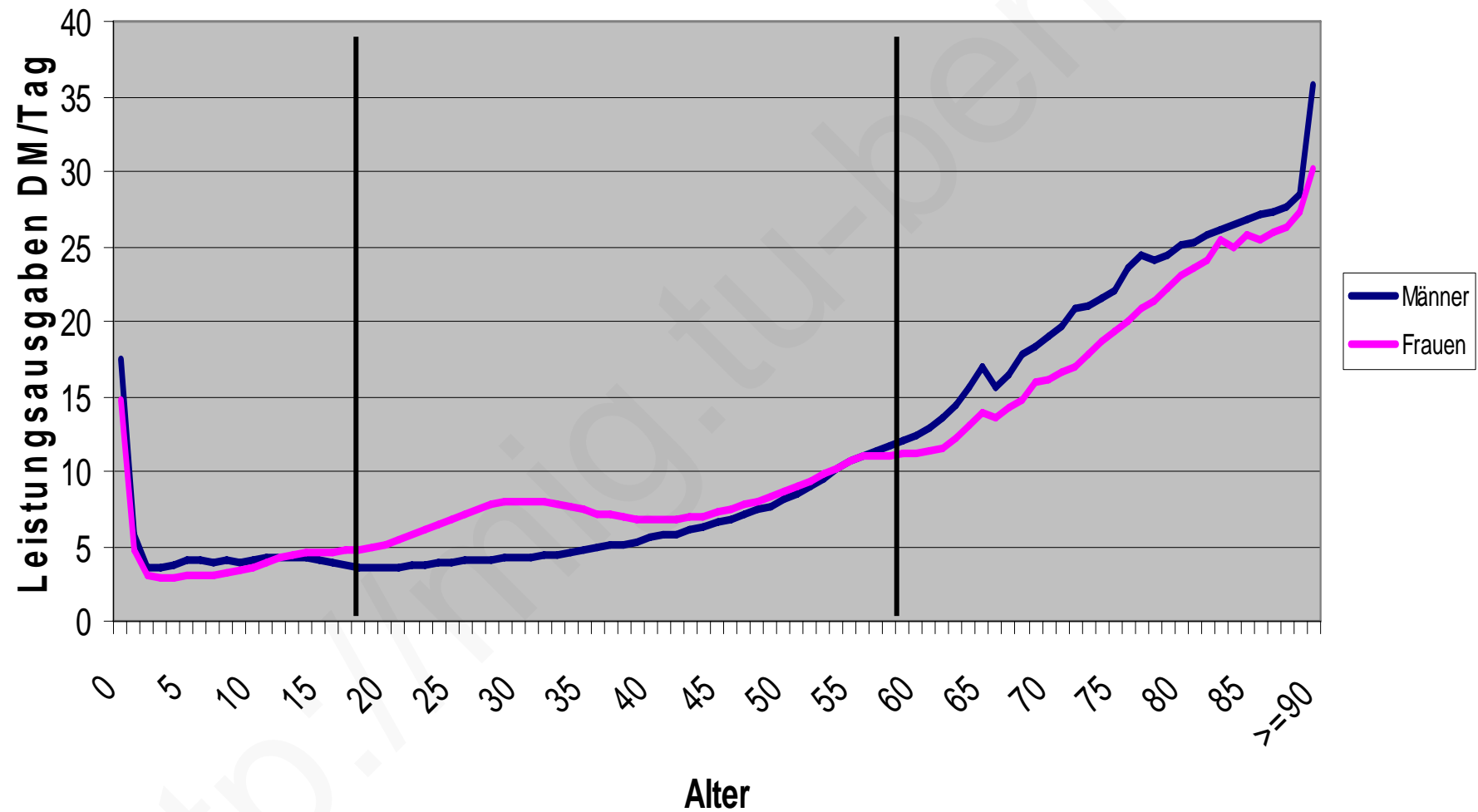
Internistendichte und Behandlungsfälle

Der internistische Versorgungsbedarf, d.h. die Zahl der internistischen Behandlungsfälle² je 100 Einwohner, nimmt in Regionen mit steigender Internistendichte linear und ohne eine Sättigung zu erreichen zu³.

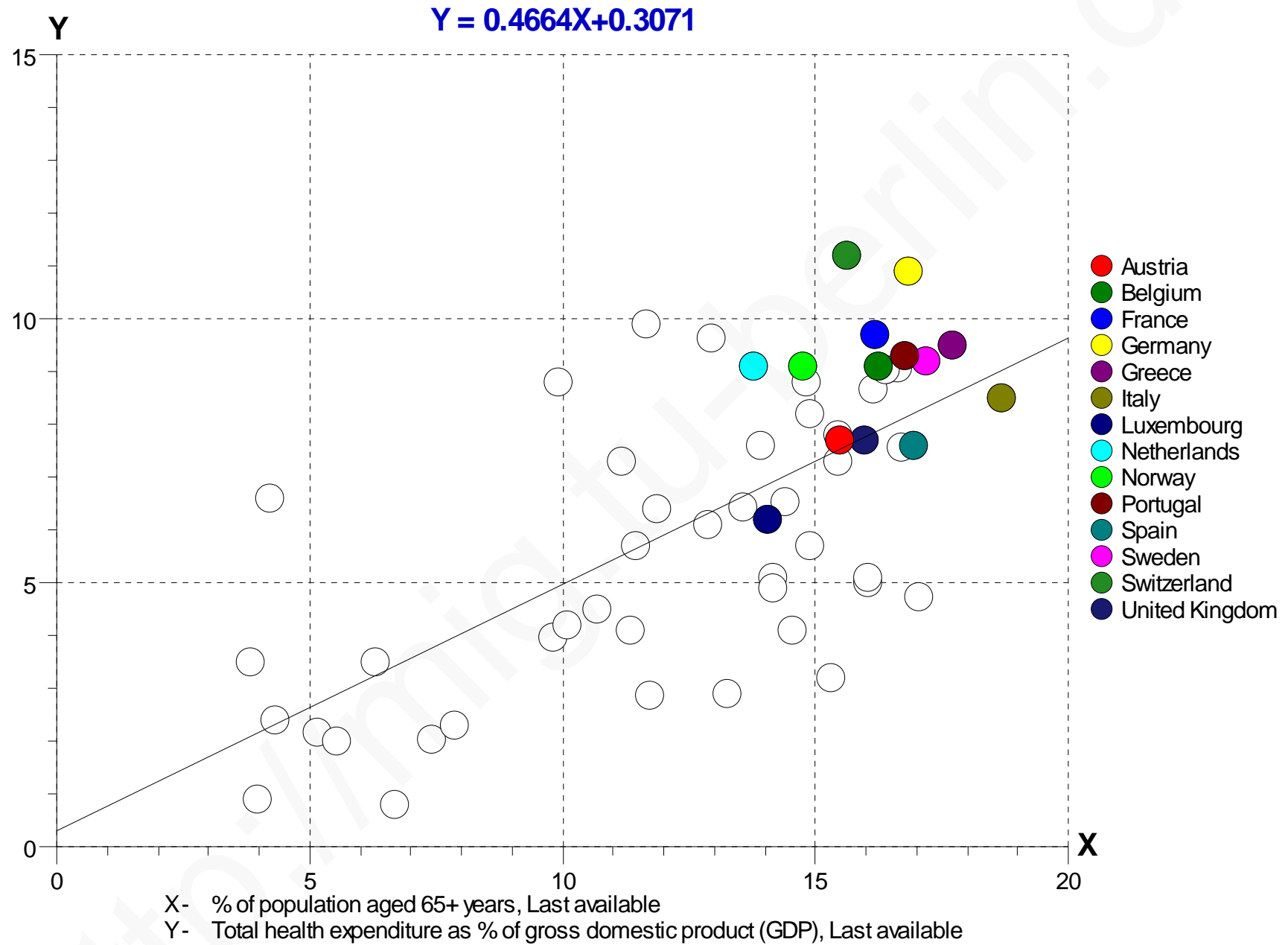


Mythos Demographie/ Alterung

Standardisierte Leistungsausgaben der GKV (West)



Quelle: Bundesversicherungsamt (2002).



Normalerweise
sieht unser
Verständnis
zwischen
Krankenhaustagen
und Alter sieht wie
folgt aus ...

	Average
	days
-24 y.	0.8
25-34 y.	1.0
35-44 y.	1.3
45-54 y.	2.2
55-64 y.	2.8
65-74 y.	4.2
75-84 y.	6.7
85+ y.	7.6

	Average	Survivors	Persons in their 3 rd last year of life		Persons in their 2 nd last year of life		Persons in their last year of life	
	days	days	days	ratio to survivors	days	ratio to survivors	days	ratio to survivors
-24 y.	0.8	0.8	9.3	11.6	11.2	14.0	24.2	29.2
25-34 y.	1.0	0.9	13.4	14.9	12.0	13.3	28.6	30.8
35-44 y.	1.3	1.1	13.7	12.5	22.5	20.5	34.7	31.0
45-54 y.	2.2	1.9	11.0	5.8	15.5	8.2	39.2	21.1
55-64 y.	2.8	2.3	6.9	3.0	12.4	5.4	40.6	17.6
65-74 y.	4.2	3.0	9.0	3.0	12.4	4.1	36.4	12.0
75-84 y.	6.7	4.8	8.5	1.8	11.4	2.4	31.8	6.6
85+ y.	7.6	5.4	5.1	0.9	6.3	1.2	23.2	4.3

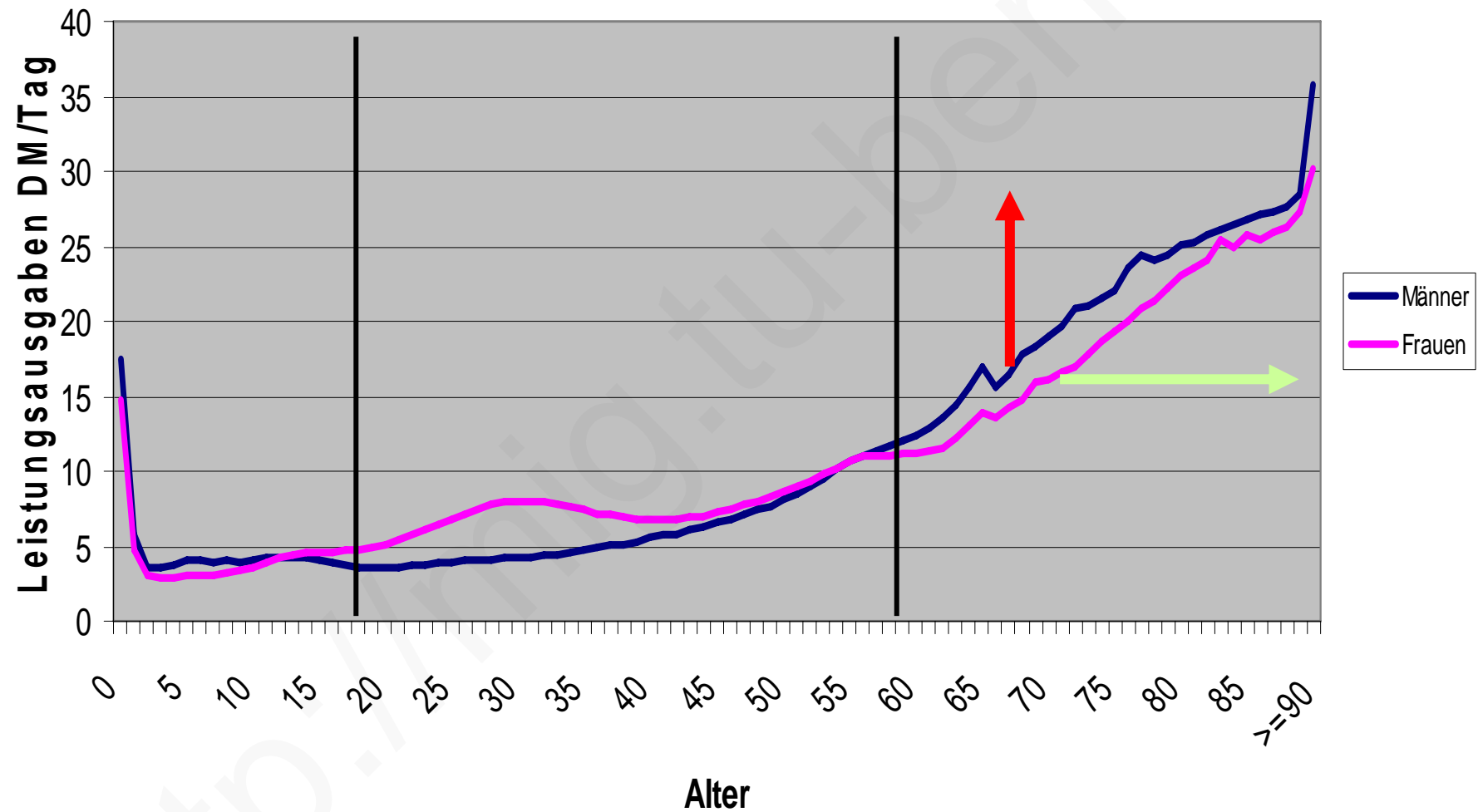
Quelle: Busse et al. 2002

Natürlich steigt der „Verbrauch“ an Gesundheitsleistungen mit der Lebensdauer – aber *nicht* pro gelebtes Jahr ...

	Person dying at the age of ...							
	20	30	40	50	60	70	80	90
Hospital days before last three years	10.1 (18%)	20.2 (27%)	30.0 (30%)	42.4 (39%)	62.2 (51%)	86.2 (60%)	120.9 (70%)	166.4 (83%)
+ days in 3 rd last year	9.3 (17%)	13.4 (18%)	13.7 (14%)	11.0 (10%)	6.9 (6%)	9.0 (6%)	8.5 (5%)	5.1 (3%)
+ days in 2 nd last year	11.2 (20%)	12.0 (16%)	22.5 (22%)	15.5 (14%)	12.4 (10%)	12.4 (9%)	11.4 (7%)	6.3 (3%)
+ days in last year	24.2 (44%)	28.6 (39%)	34.7 (34%)	39.2 (36%)	40.6 (33%)	36.4 (25%)	31.8 (18%)	23.2 (12%)
SUM (=100%)	54.8	74.2	100.9	108.1	122.1	144.0	172.6	201.0
Average number of days per year of life	2.7	2.5	2.5	2.2	2.0	2.1	2.2	2.2

Quelle: Busse et al. 2002

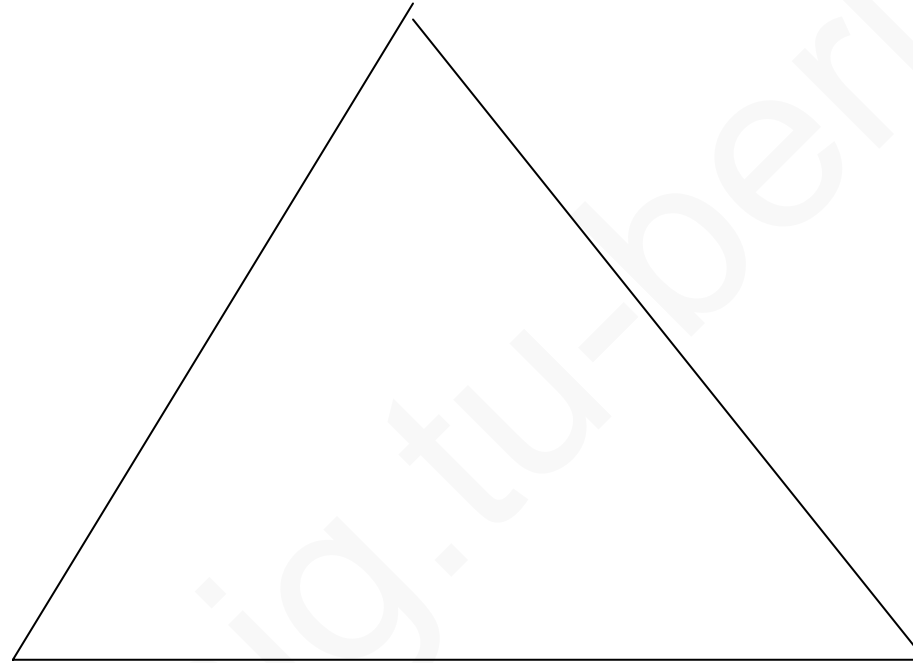
Was ist wichtiger? Älterwerden = Gesündersein oder medizinischer Fortschritt



Quelle: Bundesversicherungsamt (2002).

Und können wir das finanzieren?

Zahler (“Third-party payer”)



Bevölkerung

**Leistungs-
erbringer**

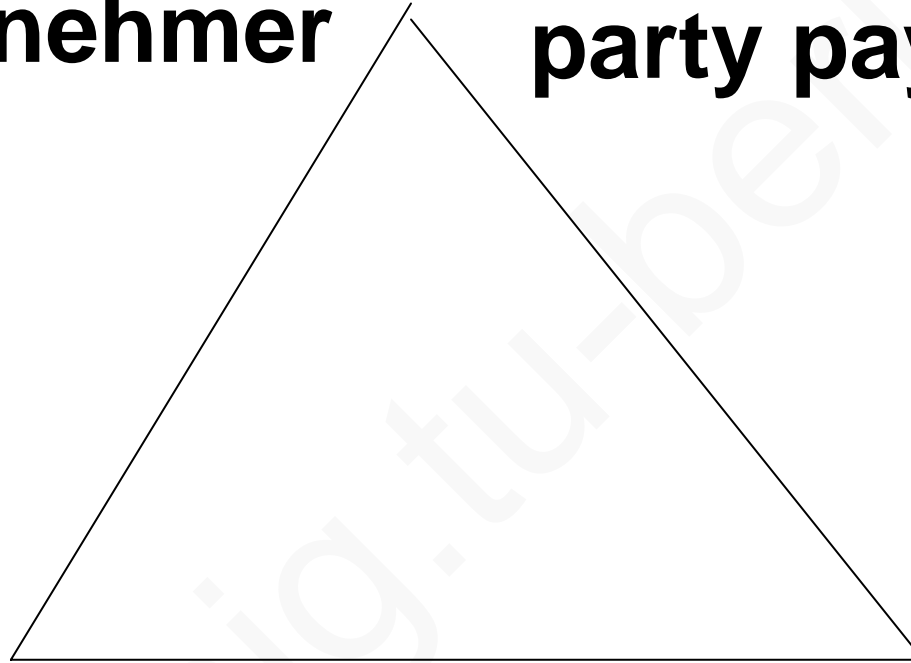
**Unser Modell zur Systembeschreibung
und -analyse**

**Beitrags-
einnehmer**

**Zahler (“Third-
party payer”)**

Bevölkerung

**Leistungs-
erbringer**



Ressourcenpooling & (Re-)Allokation

**Beitrags-
einnehmer** → **Zahler (“Third-
party payer”)**

**Ressourcen-
mobilisierung/
aufbringung**

**Leistungseinkauf/
Verträge/
Vergütung**

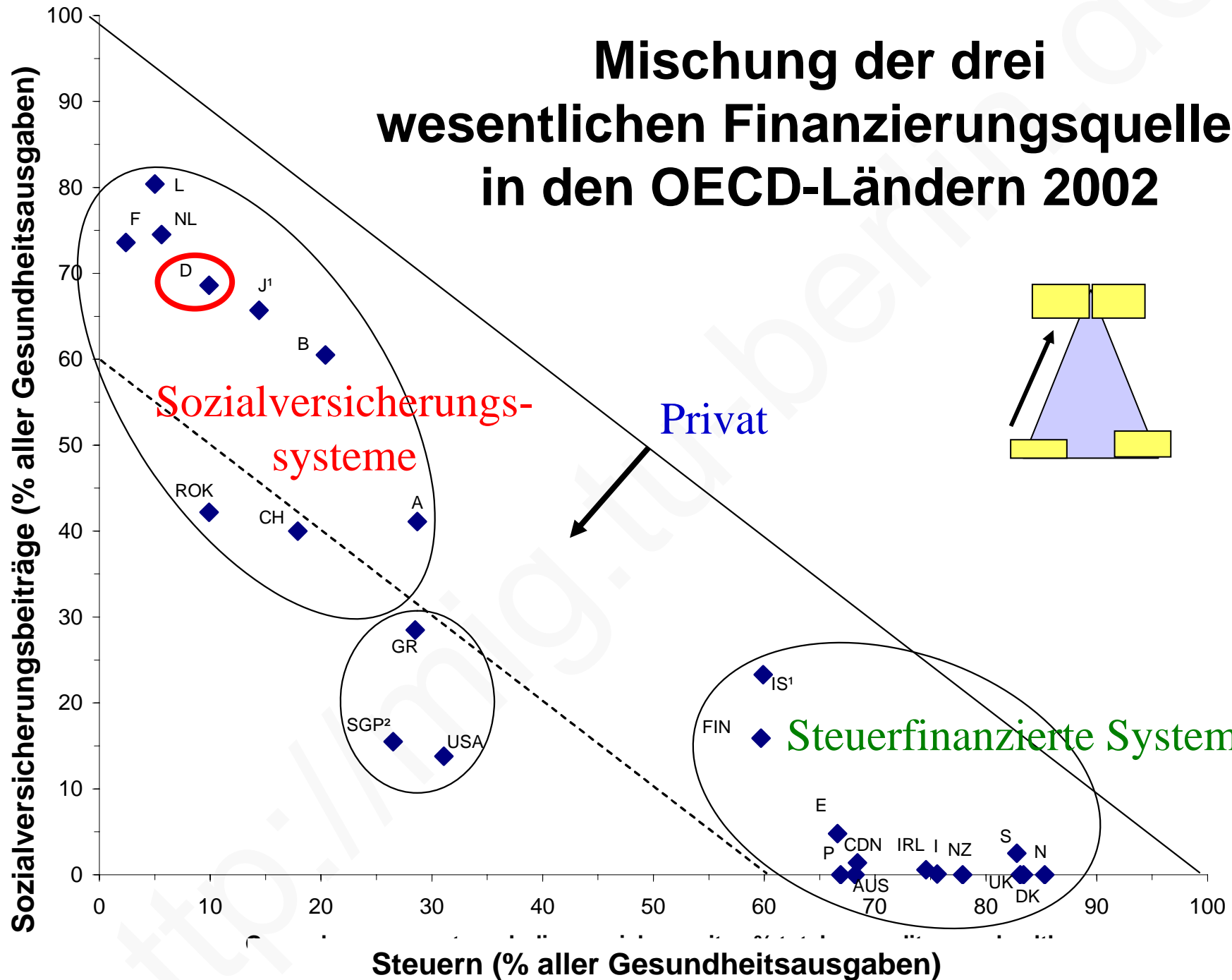
Bevölkerung
Versicherung
Wer? Für was?

**Zugang und
Versorgung**

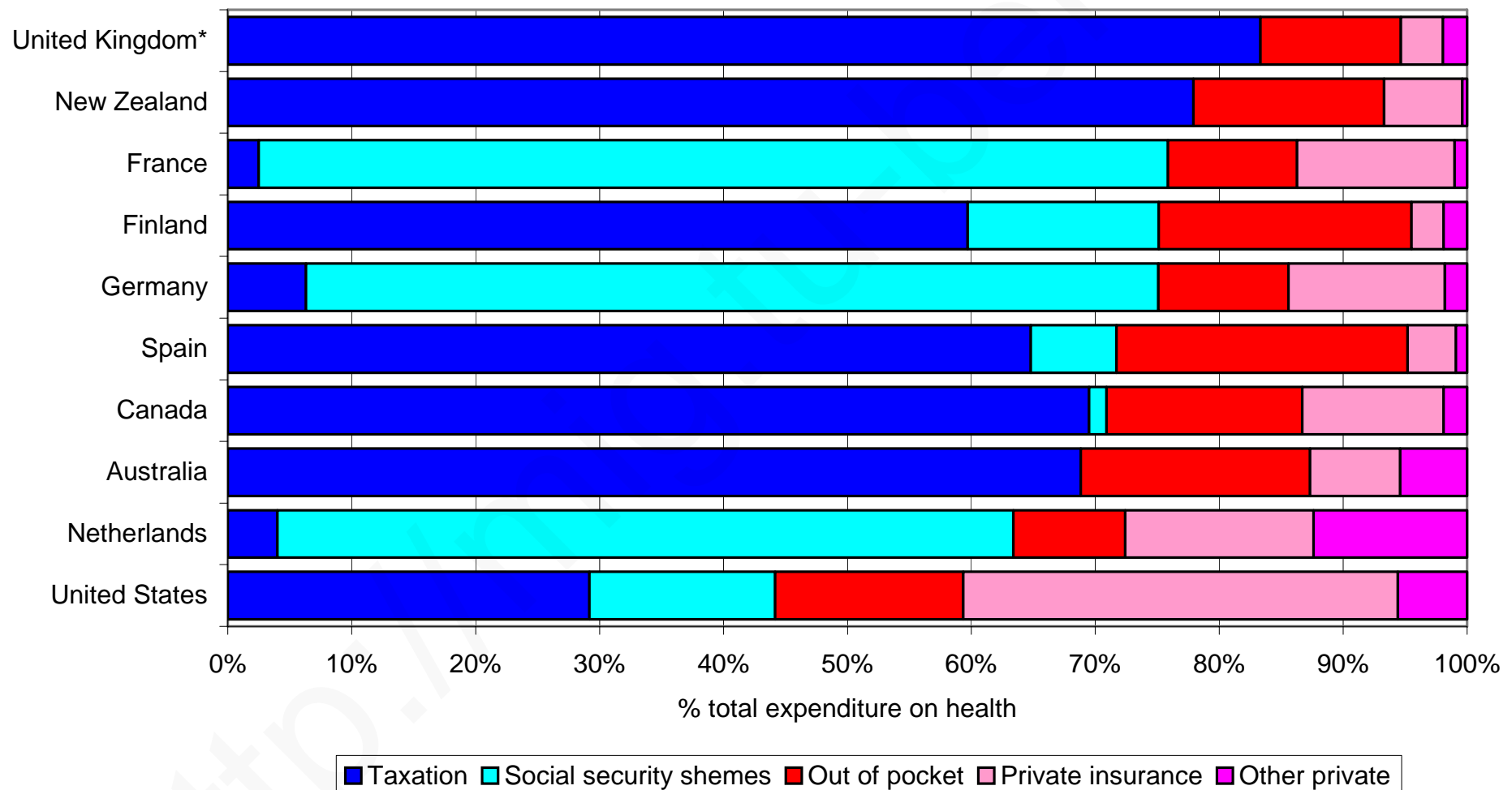
**Leistungs-
erbringer**

Funktionen

Mischung der drei wesentlichen Finanzierungsquellen in den OECD-Ländern 2002

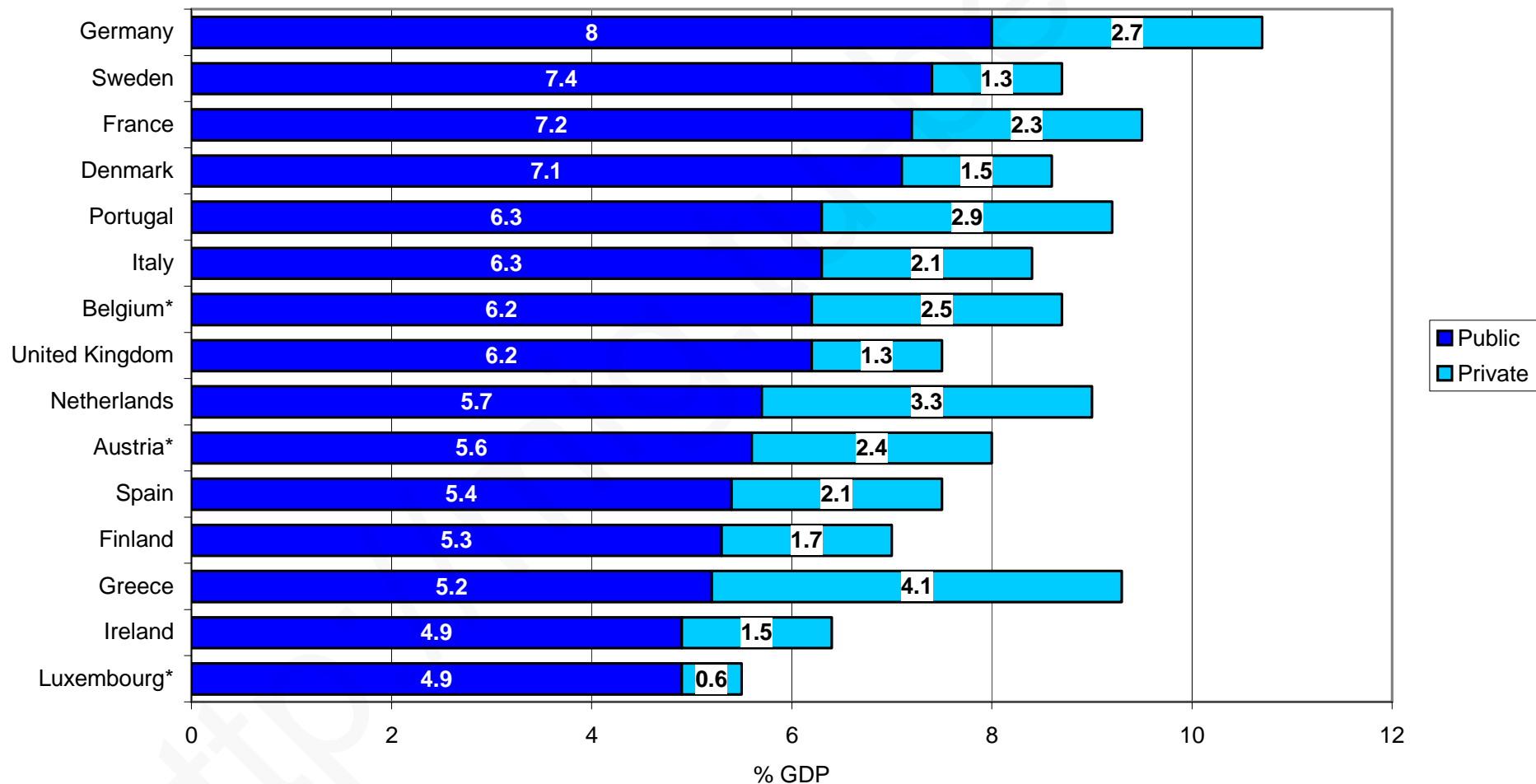


Deutschland: hoher Prozentsatz an Sozialversicherungsbeiträgen, (bisher) wenig direkte Zahlungen (“Out-of-pocket”)



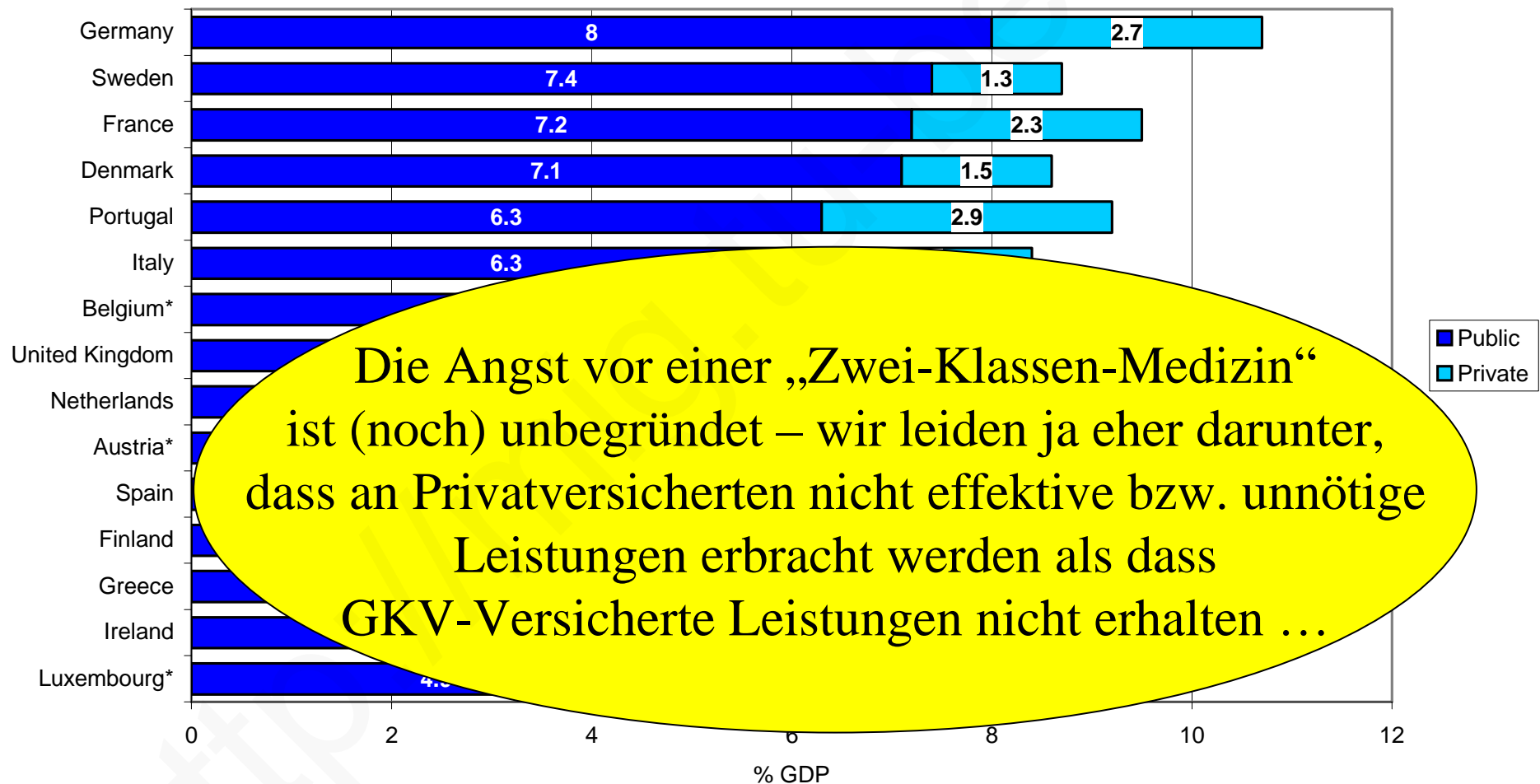
Source: OECD Health Data 2002

Deutschland: höchster Prozentsatz an öffentlichen Gesundheitsausgaben am Brutto-Inlands-Produkt



Source: OECD Health Data 2003

Deutschland: höchster Prozentsatz an öffentlichen Gesundheitsausgaben am Brutto-Inlands-Produkt



Die Angst vor einer „Zwei-Klassen-Medizin“ ist (noch) unbegründet – wir leiden ja eher darunter, dass an Privatversicherten nicht effektive bzw. unnötige Leistungen erbracht werden als dass GKV-Versicherte Leistungen nicht erhalten ...

progressiv = gerecht = „gut“

**proportional
= „nicht so
gut“**

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

**ABER: Länder nutzen
immer stärker (regressive)
indirekte Steuern!**

**Direkte
Steuern**

ABER

GKV-Beitrag

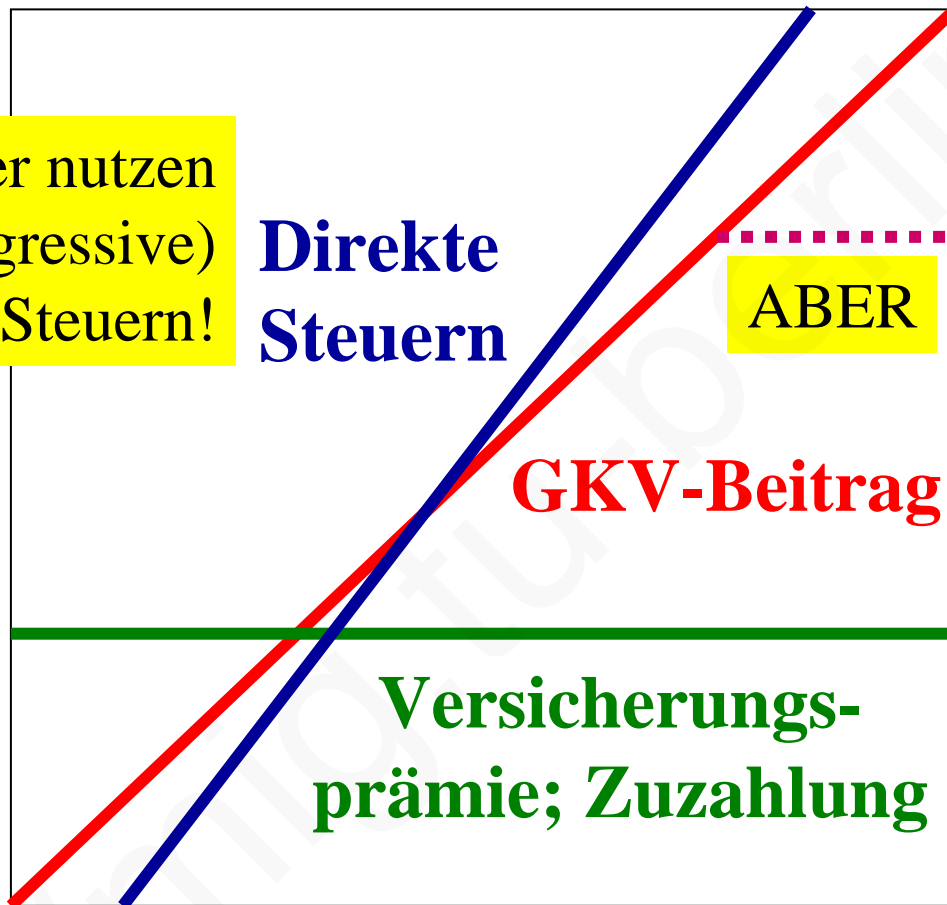
**Versicherungs-
prämie; Zuzahlung**

**Gesundheits-
finanzierung**

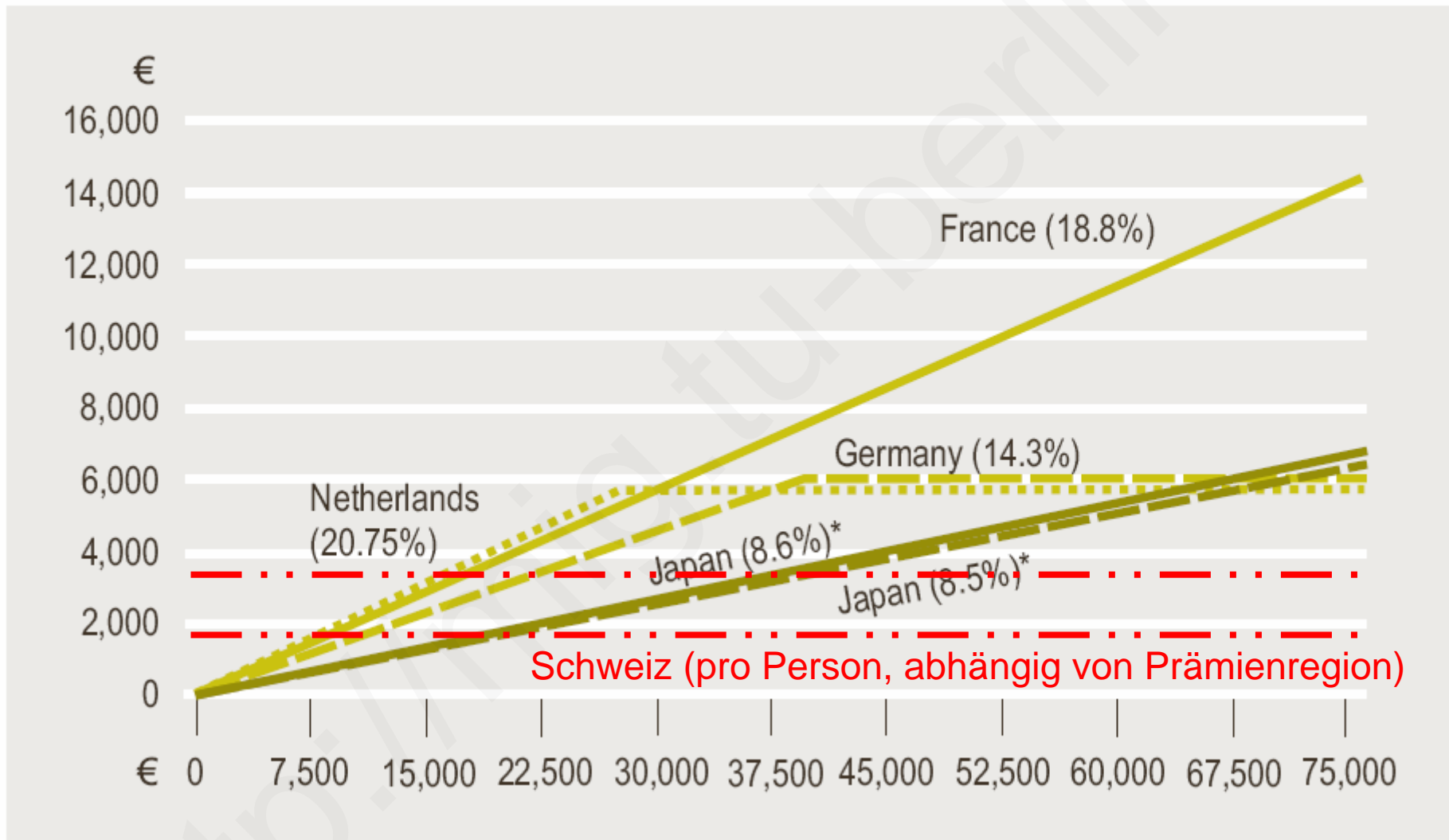


Einkommen

**ABER: Steuern dienen
z.T. zur Subventionierung
von Haushalten, die sich
Prämie nicht leisten können!**



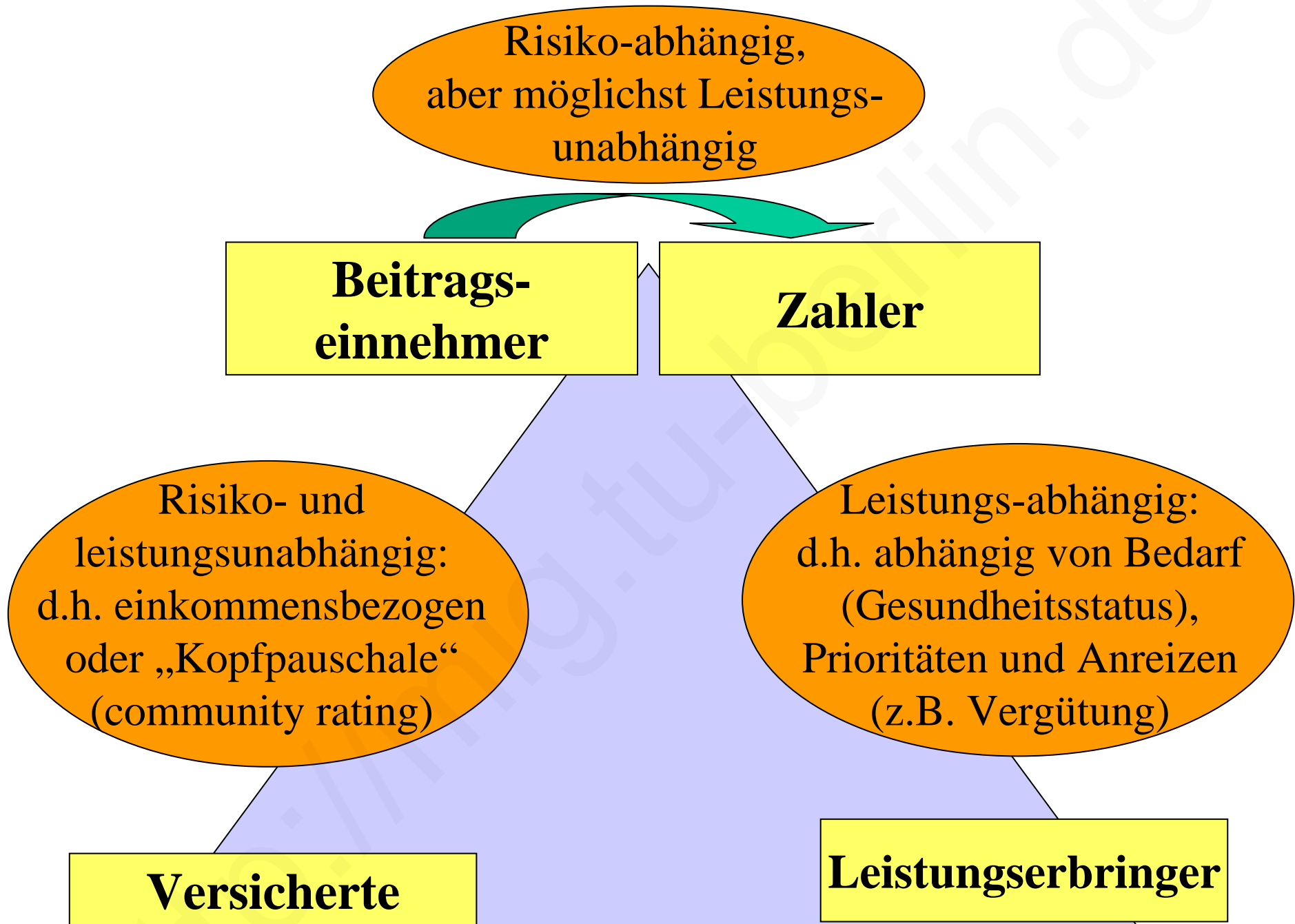
Krankenkassenbeiträge in Abhängigkeit vom Einkommen in verschiedenen GKV-Ländern

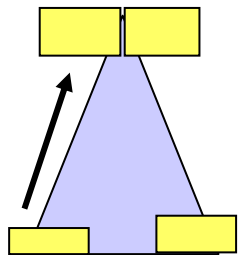
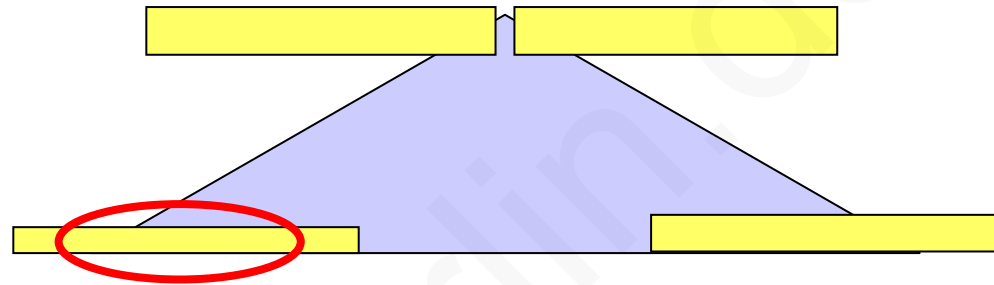


	Verteilung: Finanzielle Fairness der Finanzierung (1,00 = max.)	Schwelle	
		% der Haushalte mit "katastrophalen" Gesundheitsausgaben (>40% Haushaltseink.)	% der Haushalte mit „katastrophalen“ Out- of-pocket-Zahlungen (>40% Haushaltseink.)
Großbritannien	0,921	0,33	0,04
Dänemark	0,920	0,38	0,07
Schweden	0,920	0,39	0,18
Deutschland	0,913	0,54	0,03
Belgien	0,903	0,23	0,09
Finnland	0,901	1,36	0,44
Spanien	0,899	0,89	0,48
Frankreich	0,889	0,68	0,01
Schweiz //	0,875	3,03	0,57
Griechenland //	0,858	3,29	2,17
Portugal //	0,845	4,01	2,71

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

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





	Jetzige GKV-Versicherte	Alle
Lohnabhängige Beiträge	heutige GKV (CDU/CSU)**	SPD*
Einkommensabhängige Beiträge		Grüne, Linkspartei.PDS
Pauschale	CDU/CSU**	Schweiz
Individuelle Prämie		FDP***
Allgemeine Steuern	(CDU/CSU)**	NHS Großbritannien

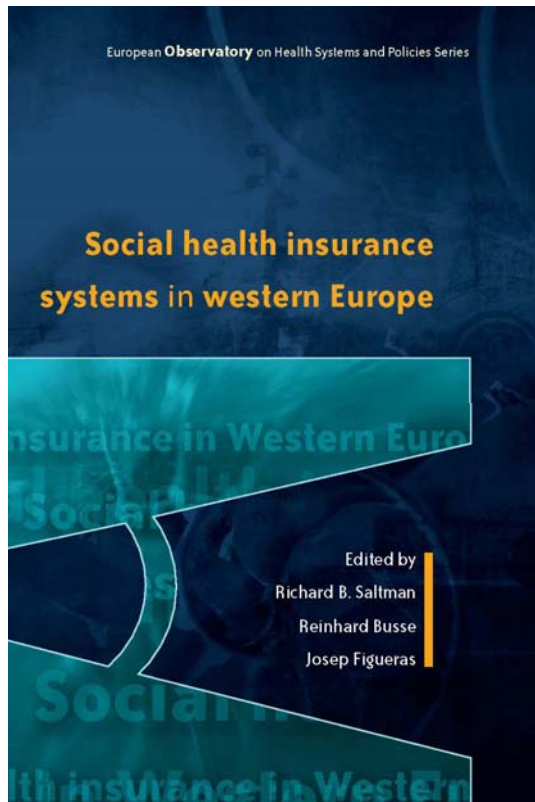
* plus Beiträge auf Kapitaleinkünfte; ** Arbeitgeber zahlen lohnabhängig, Arbeitnehmer Pauschale, Kinder über Steuern; *** Wahlprogramm schließt allerdings Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand als Kriterien aus

Was wird tatsächlich passieren?

- Wir werden uns mittelfristig hin zu einer bevölkerungsweiten Versicherungspflicht bewegen (Angleichung GKV und PKV) ...
- Die Finanzierungsgrundlage des öffentlichen Systems (GKV) wird verbreitert, vermutlich zunächst durch eine Steuerfinanzierung der Kinder-Krankenversicherung ...
- Der Leistungskatalog wird verschärft auf den Prüfstand gestellt ...

Was muss noch passieren?

- Die Bewertung von Nutzen *und Kosten* darf kein Tabu mehr sein ...
- was *nicht* heißt Rationierung mit dem Alter: eine Hüftgelenksendoprothese bei 80-Jährigen verhindert oft Pflegebedürftigkeit!
- Wir müssen erkennen, dass unser Gesundheitssystem sich europäisiert – mit mehr Wahl, aber auch Leistungsvergleich mit unseren Nachbarn.



Präsentation 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