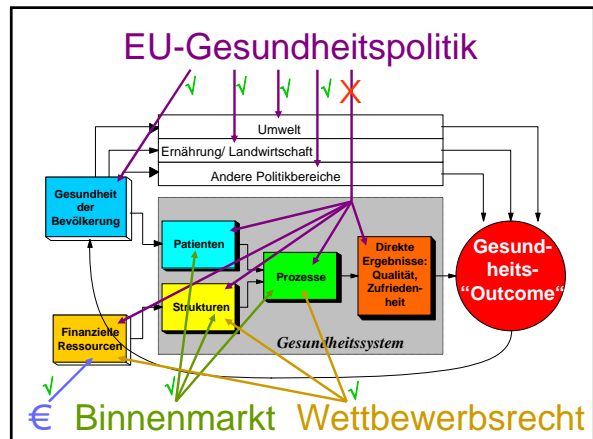



Technische Universität Berlin 

The EU health strategy and programme: What's in it for national health policy?

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





<http://www.in-berlin.de/ik&figuring/line/2012/publications/EUHealthServices/EUHealthServices.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.

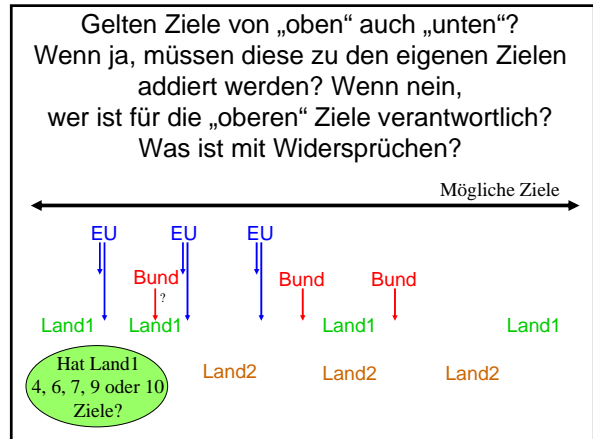
To overcome this situation and to ensure the social status of health services, we need – possibly paradoxically – to develop a European health policy.“

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?

- ### 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

- EU-Kommission (April 2004; Mitteilung zur Methode der offenen Koordinierung) 
- Sicherung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung: Universalität, Angemessenheit, Solidarität
 - Förderung der Versorgungsqualität
 - Sicherung der langfristigen Finanzierbarkeit einer zugänglichen und hochwertigen Gesundheitsversorgung

Ziele	Unterziele	Indikatoren
Kontext	a) Verbesserung der Gesundheit, b) Verringerung von Abhängigkeit c) Lebensqualität	Gesundheitszustand, Krankheit und Sterblichkeit, Pflegebedürftigkeit, Gesunde Lebenserwartung, Trends
Zugang	a) Versicherungsschutz b) Leistungszugang im Bedarfsfall c) Begrenzung der Belastung	Versicherungsdeckung, Finanzielle Lasten, Aktueller und effektiver Zugang
Qualität	a) Sicherung der Struktur-, Prozess-Outcomequalität b) Patientenrechte	Strukturqualität, Prozess und Outcomequalität, Prävention, Patientenrechte
Nachhaltigkeit	a) Finanzielle Stabilität der Versorgung und Wirtschaftlichkeit, b) der öffentlichen Versicherungssysteme c) Langfristige Stabilität	Ausgabenquote und Pro-Kopf Ausgaben, Ausgabenstruktur, Öffentliche Ausgaben, Trends



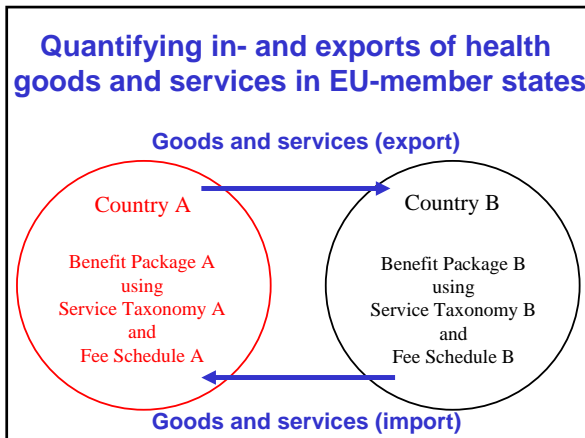
Schlussfolgerung

Unser Weltbild, wonach Gesundheitsziele uns zunächst nur selbst etwas angehen, wir diese entsprechend unseren Problemen und Prioritäten definieren und unabhängig von anderen umsetzen, gilt nicht mehr.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Gesundheit für alle ermöglichen
Ein Reflexionsprozess mit Blick auf eine neue gesundheitspolitische Strategie der EU
- Einige Anmerkungen aus deutscher Sicht -

- Aus deutscher Sicht kann die EU durch den Austausch bewährter Verfahren dazu beitragen, die Effizienz der nationalen Gesundheitssysteme zu erhöhen. Sie kann auch Hilfestellung leisten, um vorhandene Kapazitäten europaweit besser zu nutzen. Allerdings liegt die Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung und die Gesundheitssysteme in der Zuständigkeit der Mitgliedstaaten, so dass wir den Aktionsradius auf europäischer Ebene hier für eher begrenzt ansehen.
- Ähnliches trifft für die Ausgestaltung der OMK Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege zu. Auch wenn die Bearbeitung im Umfeld des Sozialschutzbereichs erfolgt, muss eine enge Anbindung an die Instanzen erfolgen, die in den Mitgliedstaaten gesundheitspolitische Verantwortung tragen.



What do we know?

Trans-border care (here: imported goods and services in €/capita): negligible or under-counted?

	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

Foreign EU patients treated annually in 2000/01: exports

	total invoice (€)	E112 persons	E111 persons
B	168 790 871	14 061	
DK			2 401
E	20 559 825	3 156	133 958
F	297 200 000		435 856
I			1 022
IRL			1?
L		4 101	250
NL			3 316
AT	5 160 000		1 000
FIN	951 000	9	11 483
SW	9 504 411		
UK	8 720 428	871	

No data: D, GR, P

Commission staff working paper, July 2003

Germany: Imported goods and services = best contained area of health expenditure!

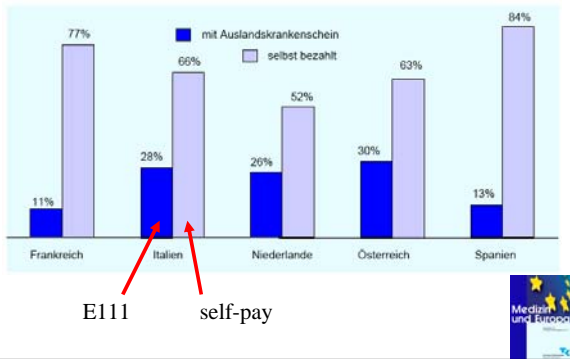
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
SHI expenditure total in €bn	99	99	108	113	117	116	118	122	124	129	133
in % GDP	6.14	6.00	6.20	6.27	6.36	6.18	6.13	6.15	6.13	6.21	6.32
Outside the country in €bn	0.36	0.35	0.33	0.36	0.40	0.35	0.34	0.35	0.37	0.37	0.41
as % of SHI expenditure	0.36	0.36	0.31	0.32	0.34	0.30	0.29	0.29	0.30	0.29	0.31
as % of GDP	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02
Total expenditure in €bn	163	168	180	194	203	204	208	214	219	227	234
in % GDP	10.1	10.2	10.4	10.8	11.1	10.9	10.8	10.8	10.8	11.0	11.1
Outside the country in €bn	0.38	0.37	0.35	0.38	0.42	0.37	0.37	0.38	0.40	0.41	0.44
as % of total expenditure	0.23	0.23	0.19	0.20	0.21	0.18	0.18	0.18	0.18	0.18	0.19
as % of GDP	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02

Federal Statistical Office, 2004.

Ca. €4.70/capita

Ca. €5.40/capita

Is this the whole truth? Most likely not ...



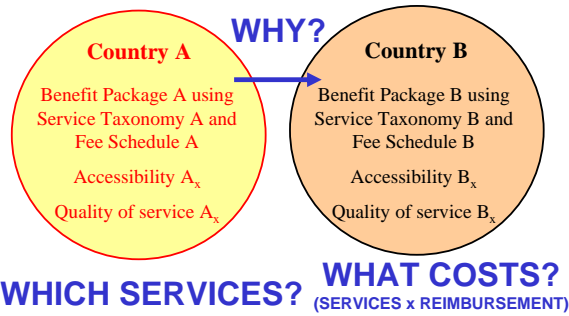
Reasons for not being (fully) reimbursed



Patient mobility

HOW MANY?

WHY?



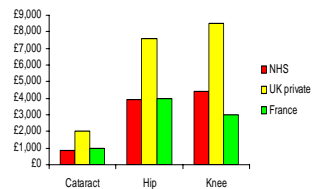
PROJECT PARTNERS ARE...

HEALTH BENEFITS AND SERVICE COSTS IN EUROPE
A European Research Project
April 2004 – March 2007

The *HealthBASKET* project is limited in scope – but important!



The first nine patients sent to France by the English NHS (not shown: the 40 journalists who accompanied them)



ARE THESE DATA REALISTIC?
ARE THEY REPRESENTATIVE?
HOW CAN THE DIFFERENCE BY EXPLAINED?



eunetha
EUROPEAN NETWORK FOR HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

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.



Wird das tatsächlich passieren?

- Kohl & Decker sind erst 6 Jahre her – Entwicklung über die nächsten 6 Jahre sollte nicht unterschätzt werden
- Fakt ist: Verfassung verankert OMK direkt im Public Health-Paragrafen
- Aber: gleichzeitig wird OMK-“Streamlining“ über alle Bereiche hinweg angestrebt (= Gefahr des Verlustes an Gesundheitsspezifität)
- Grad der tatsächlichen Ergebnis-Orientierung (vs. Sich-Loben anhand von Prozessen) unklar