

EU: Die (gestraffte) offene Methode der Koordinierung

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



GESUNDHEITSWESEN

Artikel 152 (ex-Artikel 129)



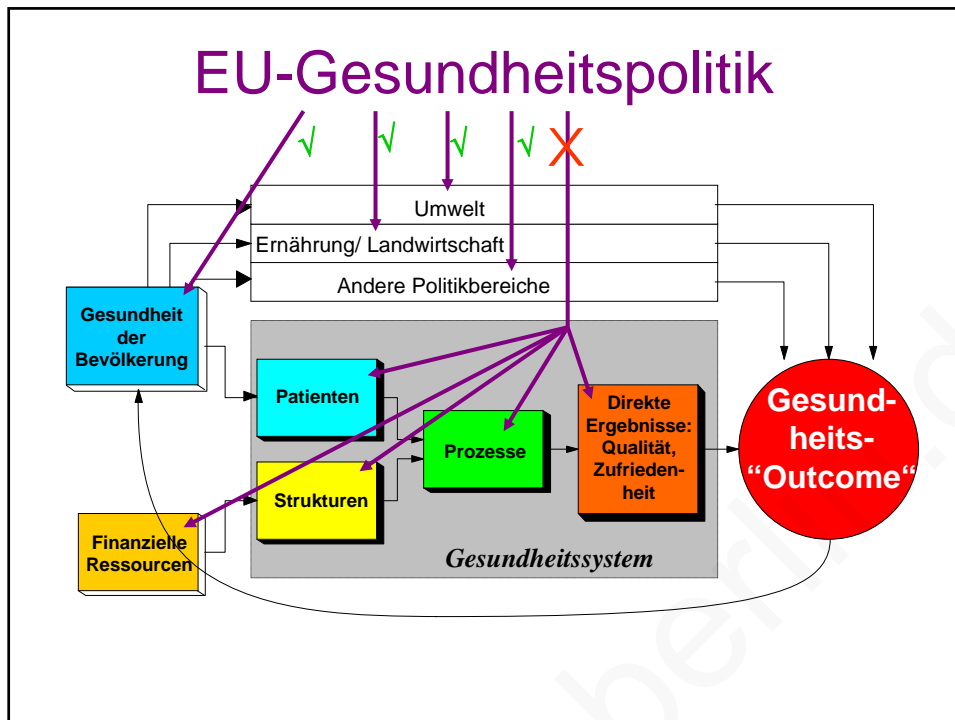
(1) Bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.


Die Tätigkeit der Gemeinschaft ergänzt die Politik der Mitgliedstaaten und ist auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit gerichtet. Sie umfasst die Bekämpfung der weitverbreiteten schweren Krankheiten; dabei werden die Erforschung der Ursachen, der Übertragung und der Verhütung dieser Krankheiten sowie die Gesundheitsinformation und -erziehung gefördert.

(2) Die Gemeinschaft fördert die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten in den in diesem Artikel genannten Bereichen und unterstützt erforderlichenfalls deren Tätigkeit.

Die Mitgliedstaaten koordinieren untereinander im Benehmen mit der Kommission ihre Politiken und Programme in den in Absatz 1 genannten Bereichen. Die Kommission kann in enger Verbindung mit den Mitgliedstaaten alle Initiativen ergreifen, die dieser Koordinierung förderlich sind.

(5) Bei der Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung wird die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt. Insbesondere lassen die Maßnahmen nach Absatz 4 Buchstabe a die einzelstaatlichen Regelungen über die Spende oder die medizinische Verwendung von Organen und Blut unberührt.





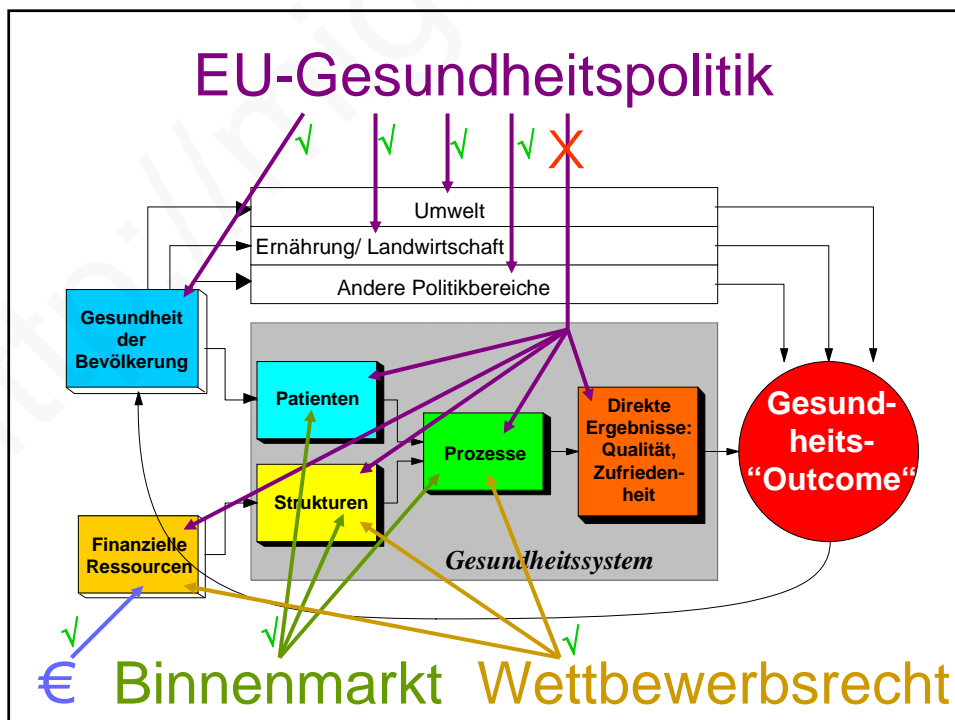
ABER:

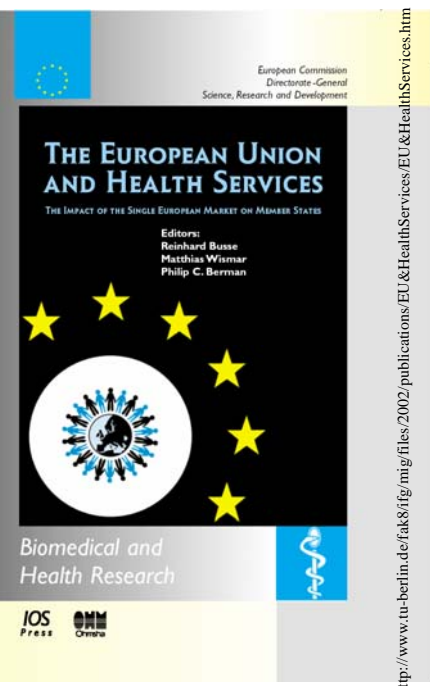
- Artikel 152(5) bezieht sich nur auf Public Health-Maßnahmen
- EU-Eingriffe in Gesundheitssysteme erfolgen aber sehr wohl durch u.a.
 - Arbeitsrecht (Arbeitszeiten im Krankenhaus!)
 - Wettbewerbsrecht
 - Binnenmarktsrecht mit 4 Freiheiten für Personen, Waren, Dienstleistungen und Kapital



ABER:

- Artikel 152(5) bezieht sich nur auf Public Health-Maßnahmen
- EU-Eingriffe in Gesundheitssysteme erfolgen aber sehr wohl durch u.a.
 - Arbeitsrecht (Arbeitszeiten im **= direkter Einfluss innerhalb des Landes**)
 - Wettbewerbsrecht
 - Binnenmarktsrecht mit 4 Freiheiten für Personen, Waren, Dienstleistungen und Kapital
= direkter Einfluss nur auf grenzüberschreitende Personen- und Dienstleistungsströme





European Commission
Directorate-General
Science, Research and Development

**THE EUROPEAN UNION
AND HEALTH SERVICES**
THE IMPACT OF THE SINGLE EUROPEAN MARKET ON MEMBER STATES

Editors:
Reinhard Buse
Matthias Wismar
Philip C. Berman

Biomedical and
Health Research

IOS Press ONM Omega

<http://www.tu-berlin.de/fak8/fig/mig/files/2002/publications/EU&HealthServices/EU&HealthServices.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

Rechtliche Grundlage: Artikel 137 EGV in der Version von Nizza

- (1) Zur Verwirklichung der Ziele des Artikels 136 unterstützt und ergänzt die Gemeinschaft die Tätigkeit der Mitgliedstaaten auf folgenden Gebieten: ... c) *soziale Sicherheit und sozialer Schutz der Arbeitnehmer ...*
- (2) Zu diesem Zweck kann der Rat *unter Ausschluss jeglicher Harmonisierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten* Maßnahmen annehmen, ... die die Verbesserung des Wissensstandes, die Entwicklung des Austausches von Informationen und bewährten Verfahren ... und die Bewertungen von Erfahrungen zum Ziel haben. ...



- *Europäischer Rat (ER) März 2000 Lissabon:* Sozialschutzsysteme müssen reformiert werden, um (medizinische) Leistungen von hoher Qualität zu erbringen
- *ER Juni 2001 Göteborg:* EU-Kommission soll Bericht über mögliche Leitlinien für Gesundheitswesen und Altenpflege erarbeiten
- *5.12.2001 Kommissionsmitteilung „Die Zukunft des Gesundheitswesens ... : Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern“*



KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN

Brüssel, den 05.12.2001
KOM(2001) 723 endgültig

**MITTEILUNG DER KOMMISSION AN DEN RAT, DAS EUROPÄISCHE
PARLAMENT, DEN WIRTSCHAFTS- UND SOZIALAUSSCHUSS UND DEN
AUSSCHUSS DER REGIONEN**

Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege:
Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern

Wie kann sie im Gesundheitswesen eingesetzt werden? Welche Ziele und Indikatoren sind inhaltlich und methodisch geeignet?

Laut Kommissionsmitteilung 12/01:

- Sicherung des allgemeinen Zugangs zu medizinischen Leistungen
- Sicherung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung
- Sicherung der langfristigen Finanzierbarkeit der Gesundheitssysteme



Aber: welche Indikatoren, wie die Ziele quantifizieren?

Welche Ziele wären inhaltlich relevant(er)?

- Erreichung eines *hohen Gesundheitsniveaus* für die gesamte Bevölkerung,
- Zugang der gesamten betroffenen Bevölkerung zu *bedarfsgerechten und wirksamen Gesundheitstechnologien*,
- Gestaltung und Funktion der Gesundheitswesen entsprechend den *gerechtfertigten Bedürfnissen und Erwartungen* der Bevölkerungen,
- Sicherstellung *fairer und nachhaltiger Finanzierung* der Gesundheitsversorgung.

- *ER März 2002 Barcelona* heißt Ziele für gut ...
- ... und ersucht, „*die Fragen der Zugänglichkeit, der Qualität und der finanziellen Tragfähigkeit noch genauer zu prüfen*“
- *3.1.2003 Vorschlag der Kommission zu einem Bericht* „Gesundheitsversorgung und Altenpflege: Unterstützung nationaler Strategien zur Sicherung eines hohen Sozialschutzniveaus“



KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN

Brüssel, den 3.1.2003
KOM(2002) 774 endgültig

**MITTEILUNG DER KOMMISSION AN DEN RAT, DAS EUROPÄISCHE
PARLAMENT, DEN EUROPÄISCHEN WIRTSCHAFTS- UND SOZIALAUSSCHUSS
UND DEN AUSSCHUSS DER REGIONEN**

Vorschlag für einen

GEMEINSAMEN BERICHT

**Gesundheitsversorgung und Altenpflege: Unterstützung nationaler Strategien zur
Sicherung eines hohen Sozialschutzniveaus**

Ziele laut Kommissions- mitteilung April 2004



- Sicherung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung: Universalität, Angemessenheit, Solidarität
- Förderung der Versorgungsqualität
- Sicherung der langfristigen Finanzierbarkeit einer zugänglichen und hochwertigen Gesundheitsversorgung

Aber: welche Indikatoren, wie die Ziele quantifizieren?

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, Process 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

ÖVG – ÖVG, Köln, 29. Mai 2005 – ms@basys.de

- 27.5.2003 erster Vorschlag, die OMK-Bereiche Sozialschutz, Eingliederung und Gesundheit zusammen zu legen („zu straffen“)
- 2004 (bis Juni 2005) Anhörung der Mitgliedstaaten: Deutschland skeptisch, insbesondere über Indikatoren (vs. „Best practice“ im Gesundheitswesen)
- 12.7.2005 ER stimmt der OMK-Straffung zu
- 22.12.2005 Mitteilung der Kommission „Zusammenarbeiten, zusammen mehr erreichen“



KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN

Brüssel, den 22.12.2005
KOM(2005) 706 endgültig

**MITTEILUNG DER KOMMISSION AN DEN RAT, DAS EUROPÄISCHE
PARLAMENT, DEN EUROPÄISCHEN WIRTSCHAFTS- UND SOZIALAUSSCHUSS
UND DEN AUSSCHUSS DER REGIONEN**

**Zusammenarbeiten, zusammen mehr erreichen:
ein neuer Rahmen für die offene Koordinierung der Sozialschutzpolitik und der
Eingliederungspolitik in der Europäischen Union**

Eine für alle zugängliche, qualitativ hochwertige und nachhaltige Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege sicherstellen:

- (j) Den Zugang aller zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege sicherstellen und dabei gewährleisten, dass Pflegebedürftigkeit nicht zu Armut und finanzieller Abhängigkeit führt. Gegen Ungleichheiten beim Zugang zu Pflege und bei den Gesundheitsergebnissen vorgehen.
- (k) Die Qualität der Gesundheitsversorgung und der Langzeitpflege fördern und die Pflegesysteme an die sich wandelnden Erfordernisse und Präferenzen der Gesellschaft und des Einzelnen anpassen, insbesondere durch Verwirklichung von Qualitätsstandards, die der internationalen Best Practice entsprechen, und durch Stärkung der Verantwortlichkeit der Angehörigen der Gesundheitsberufe sowie der Patienten und der Pflegeempfänger.
- (l) Sicherstellen, dass eine angemessene und qualitativ hochwertige Langzeitpflege erschwinglich und nachhaltig bleibt. Zu diesem Zweck eine gesunde und aktive Lebensweise, eine gute Personalausstattung des Pflegesektors und eine rationelle Ressourcennutzung fördern, vor allem durch geeignete Anreize für Nutzer und Anbieter sowie eine gute Governance und Koordination zwischen den Pflegesystemen und den Pflegeeinrichtungen.



EUROPEAN COMMISSION
Employment, Social Affairs and Equal Opportunities DG
Social protection and social integration
Social and demography analysis

Brussels, 7 June 2006
D(2006)

**PROPOSAL FOR A PORTFOLIO OF OVERARCHING INDICATORS AND
FOR THE STREAMLINED SOCIAL INCLUSION, PENSIONS, AND HEALTH PORTFOLIOS**

(VERSION ADOPTED AT 22 MAY SPC)

1.1. Overarching portfolio

The table indicates for each indicator the key dimension covered, the "name" and definition of each indicator and whether it is considered a commonly agreed EU indicator (EU) or a commonly agreed national indicator (NAT).

	Key dimension overarching objectives concerned	Commonly agreed EU indicator (EU) Commonly agreed national indicators (NAT)	Definition	Breakdowns
3	Health outcome, inequality in health	NAT: Healthy life expectancy	Number of years that a person at birth, at 45, at 65 is still expected to live in a healthy condition (also called disability- free life expectancy). To be interpreted jointly with life expectancy Source: Eurostat	At birth, at 45, at 65 By sex (By SES)
8	Inequalities in access to health care	Unmet need for care	<i>Use, definition and breakdowns yet to be agreed upon once data is available for all countries.</i> Source: EU-SILC	-
14	More health	To be decided following ISG work on health indicators		

NAT = Commonly agreed national indicators based on commonly agreed definitions and assumptions that provide key information to assess the progress of MS in relation to certain objectives, while not allowing for a direct cross-country comparison, and not necessarily having a clear normative interpretation. These indicators/statistics should be interpreted jointly with the relevant background information (exact definition, assumptions, representativeness).

	time	2000a00	2001a00	2002a00	2003a00	
geo						
eu15 Europäische Union (15 Länder)		64.4	65.0	65.8	66.0	+ 1,6
be Belgien		69.1	68.8	69.0	69.2	
cz Tschechische Republik		:	:	63.3	:	
dk Dänemark		61.9	60.4	61.0	60.9	
de Deutschland (einschließlich ex-DDR seit 1991)		64.6	64.5	64.5	64.7	+ 0,1 (?)
gr Griechenland		68.2	68.8	68.5	68.4	
es Spanien		69.3	69.2	69.9	70.2	
fr Frankreich		63.2	63.3	63.7	63.9	
ie Irland		66.9	66.5	65.9	65.4	
it Italien		72.9	73.0	73.9	74.4	
cy Zypern		:	:	:	69.6	
hu Ungarn		:	:	:	57.8	
mt Malta		:	:	65.7	:	
nl Niederlande		60.2	59.4	59.3	58.8	
at Österreich		68.0	68.5	69.0	69.6	
pl Polen		:	:	68.9	:	
pt Portugal		62.2	62.7	61.8	61.8	
fi Finnland		56.8	56.9	56.8	56.5	
se Schweden		61.9	61.0	61.9	62.2	
uk Vereinigtes Königreich		61.2	60.8	60.9	60.9	

geo	time	2000a00	2001a00	2002a00	2003a00	
HLE bei Geburt MÄNNER						
eu15 Europäische Union (15 Länder)		63.5	63.6	64.3	64.5	+ 1,0
be Belgien		65.7	66.6	66.9	67.4	
cz Tschechische Republik		:	:	62.8	:	
dk Dänemark		62.9	62.2	62.8	63.0	
de Deutschland (einschließlich ex-DDR seit 1991)		63.2	64.1	64.4	65.0	+ 1,8
gr Griechenland		66.3	66.7	66.7	66.7	
es Spanien		66.5	66.0	66.6	66.8	
fr Frankreich		60.1	60.5	60.4	60.6	
ie Irland		63.3	63.3	63.5	63.4	
it Italien		69.7	69.8	70.4	70.9	
cy Zypern		:	:	:	68.4	
hu Ungarn		:	:	:	53.5	
mt Malta		:	:	65.1	:	
nl Niederlande		61.4	61.9	61.7	61.7	
at Österreich		64.6	64.2	65.6	66.2	
pl Polen		:	:	62.5	:	
pt Portugal		60.2	59.5	59.7	59.8	
fi Finnland		56.3	56.7	57.0	57.3	
se Schweden		63.1	61.9	62.4	62.5	
uk Vereinigtes Königreich		61.3	61.1	61.4	61.5	

PH040: Unmet need for medical examination or treatment	
[Unmet need for medical examination or treatment during the last 12 months]	
HEALTH (Access to health care)	
Cross-sectional	
Reference period: last twelve months	
Unit: Selected respondent (where applies) or all current household members aged 16 and over	
Mode of collection: Personal interview (proxy as an exception) or registers	
Values	
1	yes, there was at least one occasion when the person really needed examination or treatment but did not
2	no, there was no occasion when the person really needed examination or treatment but did not
Flags	
1	filled
-1	missing
-3	not selected respondent
<p>There were very large differences between the EU countries in terms of the proportion of people with free access to health care or medically. In countries where all or nearly all persons are covered, access to health care may still be limited by the existence of waiting lists and other forms of rationing.</p> <p>The aim of the variable is to capture the person's own assessment of whether he or she needed to consult a medical specialist, but was not able to.</p> <p>In principle, there is no need to explicitly exclude General Practitioners. If access is genuinely open, then it is only at the stage of access to the 'specialist' examination and treatment that restrictions will show up. If there were problems in access to a GP, we would certainly want to include this.</p> <p>Regarding the inclusion of other types of treatment, one strategy is to use a form of wording to make clear that we want to include what is regarded as mainstream medicine in the country, i.e. the kinds of things covered by medical insurance. The key concern is with restrictions in access to what would generally be regarded in the society as appropriate treatment for a health condition. Countries will differ in terms of the extent to which specialists such as chiropractors, specialists in acupuncture and so on, have become 'mainstream'. This may be best accomplished by using an interviewer prompt.</p>	

PH050: Main reason for unmet need for medical examination or treatment

HEALTH (Access to health care)

Cross-sectional

Reference period: last twelve months

Unit: Selected respondent (where applies) or all current household members aged 16 and over

Mode of collection: Personal interview (proxy as an exception) or registers

Values

1	Could not afford to (too expensive)
2	Waiting list
3	Could not take time because of work, care for children or for others
4	Too far to travel/no means of transportation
5	Fear of doctor/hospitals/examination/ treatment
6	Wanted to wait and see if problem got better on its own
7	Didn't know any good doctor or specialist
8	Other reasons

Flags

1	filled
-1	missing
-2	na (PH040 not = 1)
-3	not selected respondent

This is a follow-up question to the previous one. It aims capture the dimension of restricted access to health care by including not only formal health care coverage (by insurance or universal coverage), but also restrictions due to rationing, waiting lists, the ability to afford care, and other reasons.

In the proposed classification for this item, option 2 (length of the waiting list) should be used for people who were actually on a waiting list and were not helped, for respondents who were discouraged from seeking care because of perceptions of the long waiting lists, as well as people who have 'applied' and are still waiting to see a medical specialist.

'Not covered by insurance' should be coded as 'could not afford to' if the respondent could not afford to pay for the treatment/examination himself or herself.

1.1. Proposed list of indicators: Access and inequalities in outcomes (objective 1)

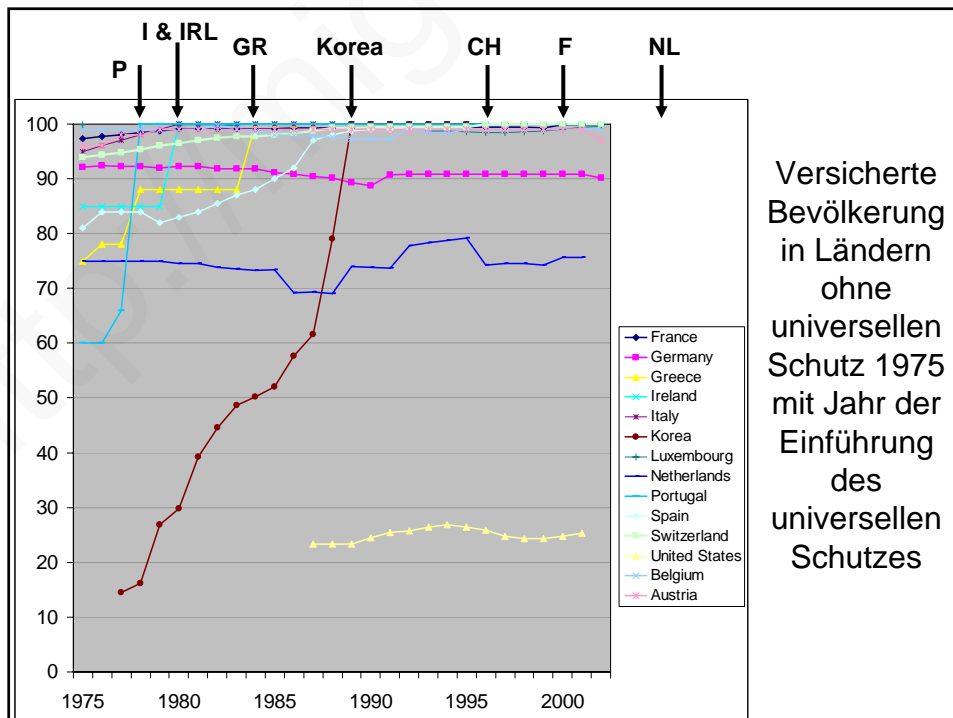
Primary indicators

		Definition	Age break-down	Gender break-down	Comments
HC-P1	Self reported unmet need for medical care	Use, definition and breakdowns yet to be agreed upon once data is available for all countries. Currently discussed proposal is: % of the population perceiving an unmet need for medical examination or treatment for the following reasons (aggregated): i) could not afford to (too expensive) + ii) waiting list + iii) too far to travel/ no means of transportation	-	-	Not for 2006 report (use alternative national/EU measures if opportune). This indicator could also be included in the overarching portfolio (indicator 8)
HC-P2	Self reported unmet need for dental care	Source: EU-SILC	-	-	Not for 2006 report (use alternative national/EU measures if opportune).
HC-P3	EU: Infant mortality	Infant mortality rates Source: ESTAT	No	No	Further development: by socio economic status of parents (level of education, income quintile). In the meantime, to be reported if available nationally
HC-P4	EU: Life expectancy	Life expectancy Source: ESTAT	Yes: at birth, at 45, at 65	Yes	Further development: by socio economic status (level of education, income quintile) (at birth= socio economic status of parents) In the meantime, to be reported if available nationally

1.1. Proposed list of indicators: Access and inequalities in outcomes (objective 1)

Primary indicators

		Definition	Age break-down	Gender break-down	Comments
HC-P5	NAT: Healthy Life years	Number of years that a person at birth, at 45, at 65 is still expected to live in a healthy condition (also called disability-free life expectancy). To be interpreted jointly with life expectancy Source: Eurostat	Yes: at birth, 65	Yes	Further development: by socio economic status (level of education, income quintile) (at birth= socio economic status of parents). This indicator is also included in the overarching portfolio.
HC-P6	NAT: The proportion of the population covered by health insurance	The proportion of the population covered by insurance when in ill/ in need of care starting by both mandatory and voluntary public and private insurance including individual and employment group health insurance and including primary, outpatient and inpatient secondary care, pharmaceuticals, medical devices, dental care, preventive care, mental health care and long term care. Long term care should be reported separately where available. Report on partial covering if necessary. Source: OECD and national	No	No	Member states should highlight the role of the insurance according to the OECD classification. Member States should provide this information either directly or via OECD data

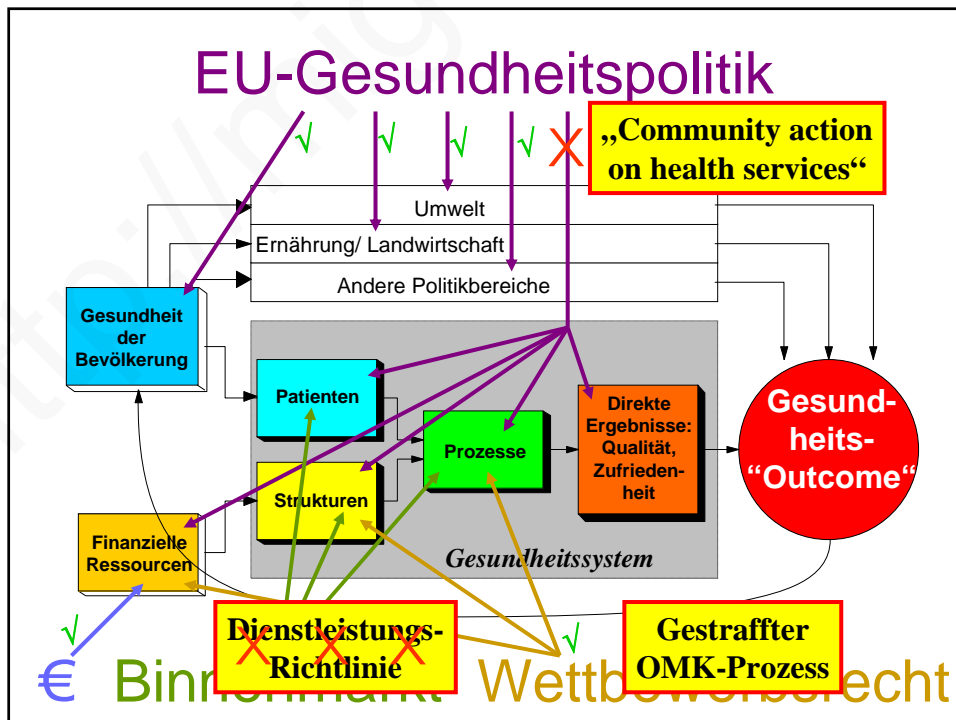




COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES

Brussels, 26 September 2006

COMMUNICATION FROM THE COMMISSION
Consultation regarding Community action on health services



Anwendung der „offenen Methode der Koordinierung“ auf die europäischen Gesundheitswesen

Hintergrund, mögliche Ziele und Indikatoren, Auswirkungen auf Gesundheitssysteme

von Reinhard Busse, MPH*



ABSTRACT

Präsentation, Artikel u.v.m. verfügbar auf: <http://mig.tu-berlin.de>

...sinnvolle Kräfte für die Bewältigung der „Ladung zu gerechten und wirksamen Gesundheitstechnologien“ sowie der „Herstellung fairer und nachhaltiger Finanzierung“ in Frage. So fundierte EU-Gesundheitspolitik könnte das Spannungsfeld zwischen wirtschaftlicher EU-Regulierung und nationaler Finanzierung und Leistungserbringung lösen helfen.

Schlüsselworte: Europäische Union, Gesundheitspolitik, offene Methode der Koordinierung

...Erreichung eines hohen Niveaus beim Gesundheitssystem. Artikel 39 in der Grundrechtscharta, Artikel 39 in der Arbeitscharta, Artikel 41 der Grundrechtscharta, Artikel 35 der Grundrechtscharta mit seinen vier Grundsätzen: Nicht-Diskriminierung und Kapazitäten – dann eingeschrieben werden, wenn die Bürger präferieren in. Beispiel die Ergebnisse aus EU-Ländern mit hohem HDI...
...den Mitgliedstaaten. Verkauf und Vertrieb von...
...in mehreren Ländern eingeschränkt, lag und lag...
...halb der europäischen Kommission, die die...
...das „Gesundheits“ auf EU-Ebene ab sich...
...Vielversprechend gesehen wird. Bspw. läßt die...
...„Gesundheits“ zu Gesundheit und Verbrauch...
...Fest nicht, das die gesundheitlichen Belange...
...menschlichen in berücksichtigen sind –...
...nalen Gesundheitsminister können auf EU-Ebene...
...kühnlichen mitbestimmen. Nur in einem...
...Nicht in einem im Gesundheitsministerium Artikel...
...Das heißt aber nicht, das die EU konkrete...
...te, der Einfluss auf die Organisation des...
...System

EUROPÄISCHE UNION

Neue Verfassung, neue So

Brüssels Arm reicht weit: Schon heute gibt das europäische Recht in vielen Politikbereichen vor, wo's national lang zu gehen hat. Wie groß aber ist der Einfluss der Europäischen Union auf die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten? Bahnt sich durch die geplante

Umstritten ist es, das die Defizite öffentlicher Gesundheitssysteme einschließlich der Systeme der Gesundheitsversicherung (GKV) auf die Verschärfung...
...Maßnahme angeordnet worden. Das GKV...
...insgesamt rund drei Milliarden Euro pro Jahr

