

Wettbewerb im Gesundheitswesen im internationalen Vergleich

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





Das Glossar zur Gesundheitsreform

[A](#) | [B](#) | [C](#) | [D](#) | [E](#) | [F](#) | [G](#) | [H](#) | [I](#) | [J](#) | [K](#) | [L](#) | [M](#) | [N](#) | [O](#) | [P](#) | [Q](#) | [R](#) | [S](#) | [T](#) | [U](#) | [V](#) | [W](#) | [X](#) | [Y](#) | [Z](#) |

Wettbewerb (im Gesundheitswesen)

Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen bringt vor allem mehr Bedarfsgerechtigkeit, eine bessere [\[Qualität\]](#), mehr [\[Effizienz\]](#), geringere Kosten sowie [\[weniger Bürokratie\]](#).

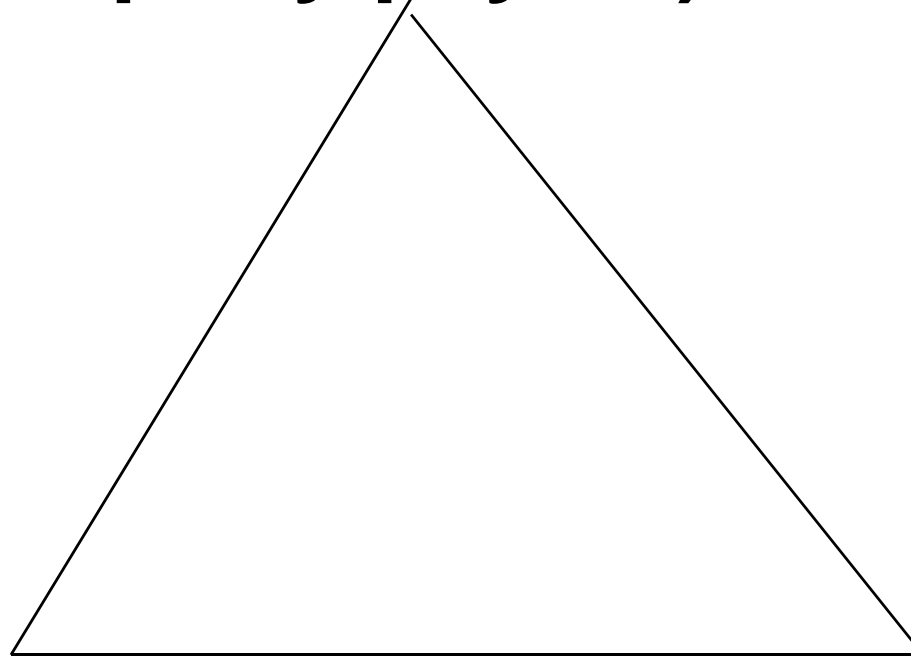
Dazu muss sich der Wettbewerbsgedanke in allen Bereichen des Gesundheitswesens stärker durchsetzen: zwischen den [\[Krankenkassen\]](#), zwischen den Anbietern medizinischer Leistungen und im Verhältnis der Krankenkassen zu den [\[Leistungserbringern\]](#) - Ärzten und Krankenhäusern. In einem gesunden Wettbewerb konkurrieren die gesetzlichen Krankenkassen darum, wer seinen Mitgliedern die beste Angebotsqualität zum bestmöglichen Preis machen kann. Die Kassen haben vielfältige Möglichkeiten, die Qualität ihrer Angebote - über den gesetzlichen [\[Leistungskatalog\]](#) hinaus - zu steigern. Zum Beispiel im Rahmen von [\[Integrierten Versorgungsformen\]](#) oder mit dem Angebot von Wahltarifen.

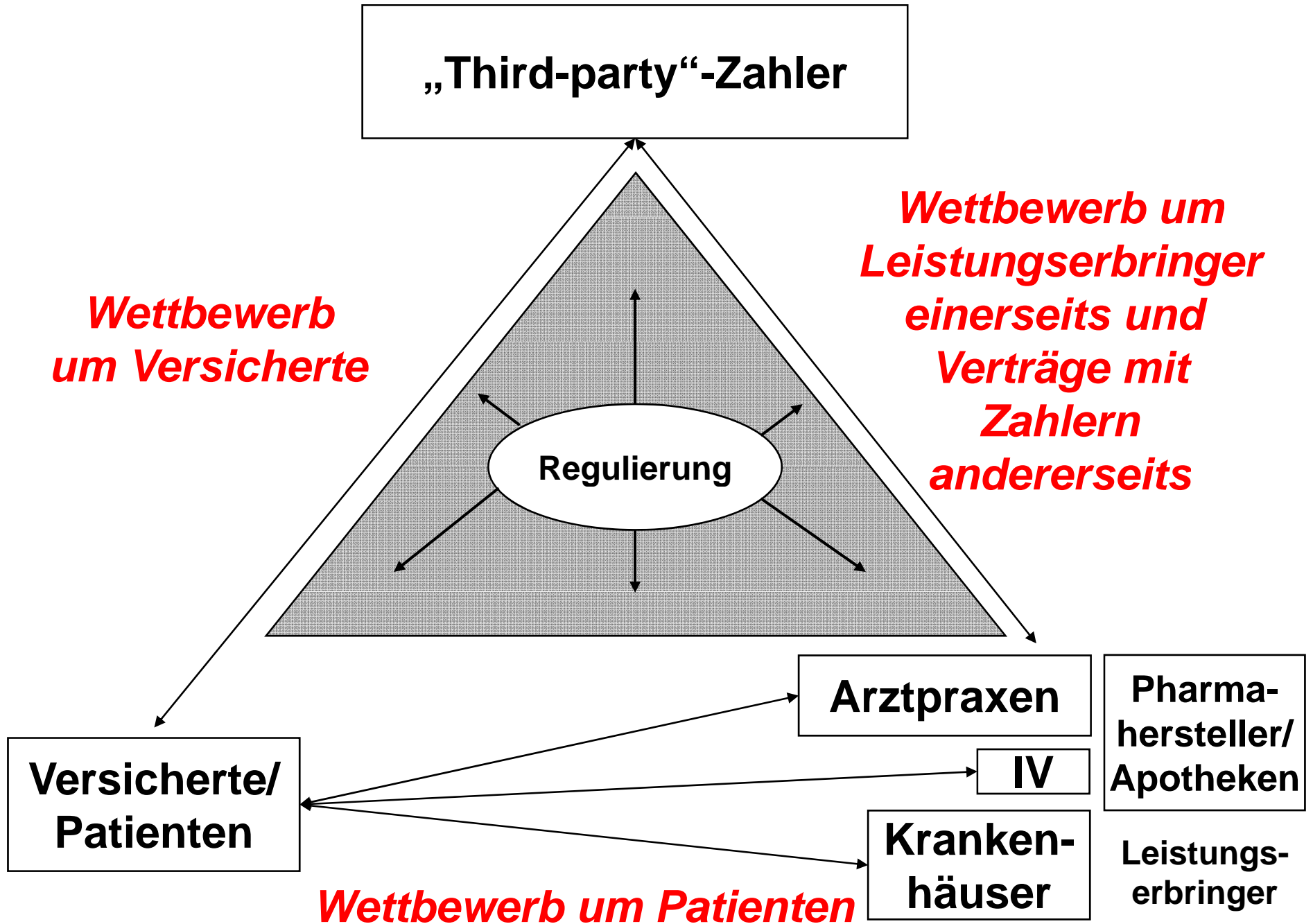


Zahler (“Third-party payer”)

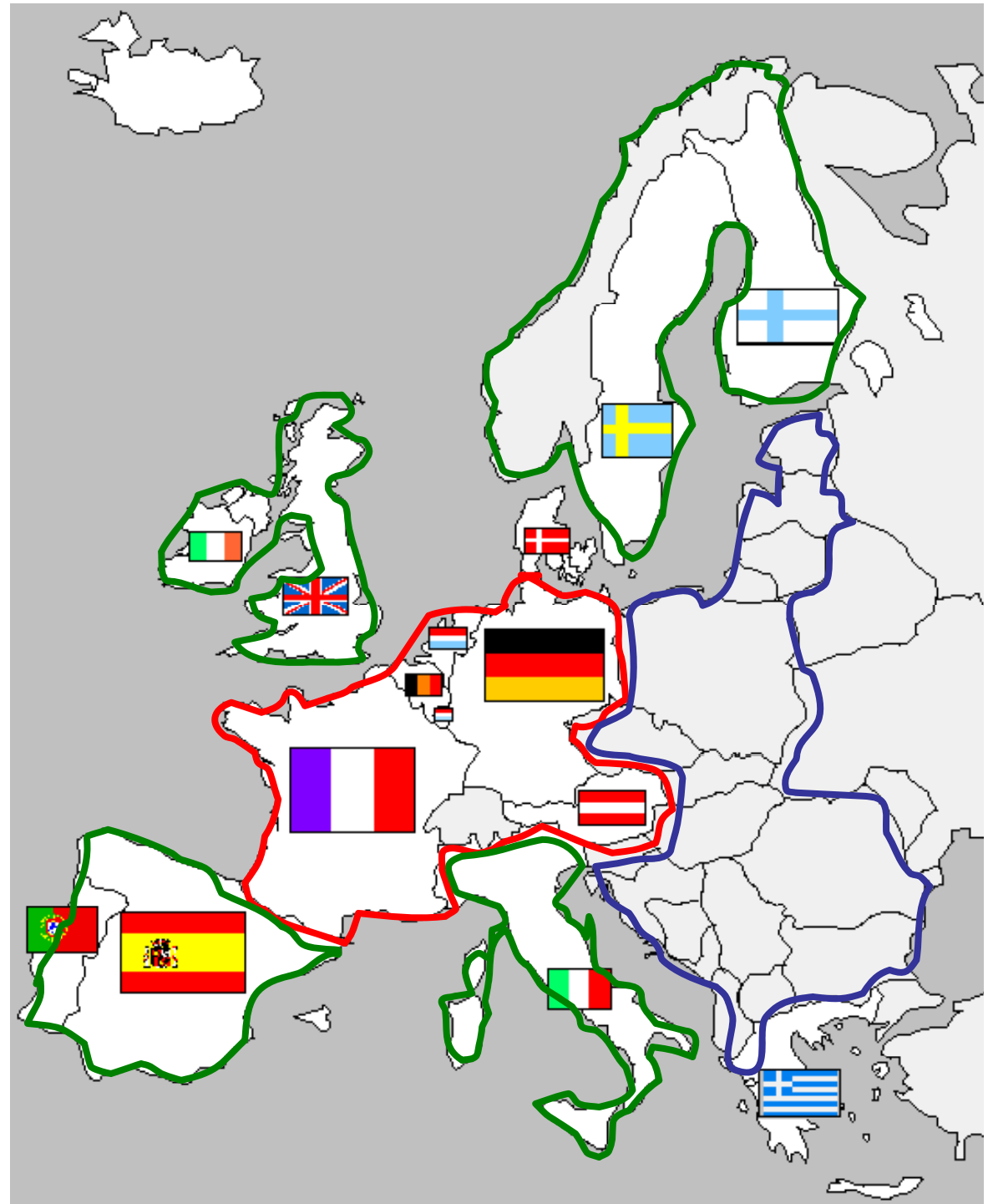
Bevölkerung

**Leistungs-
erbringer**

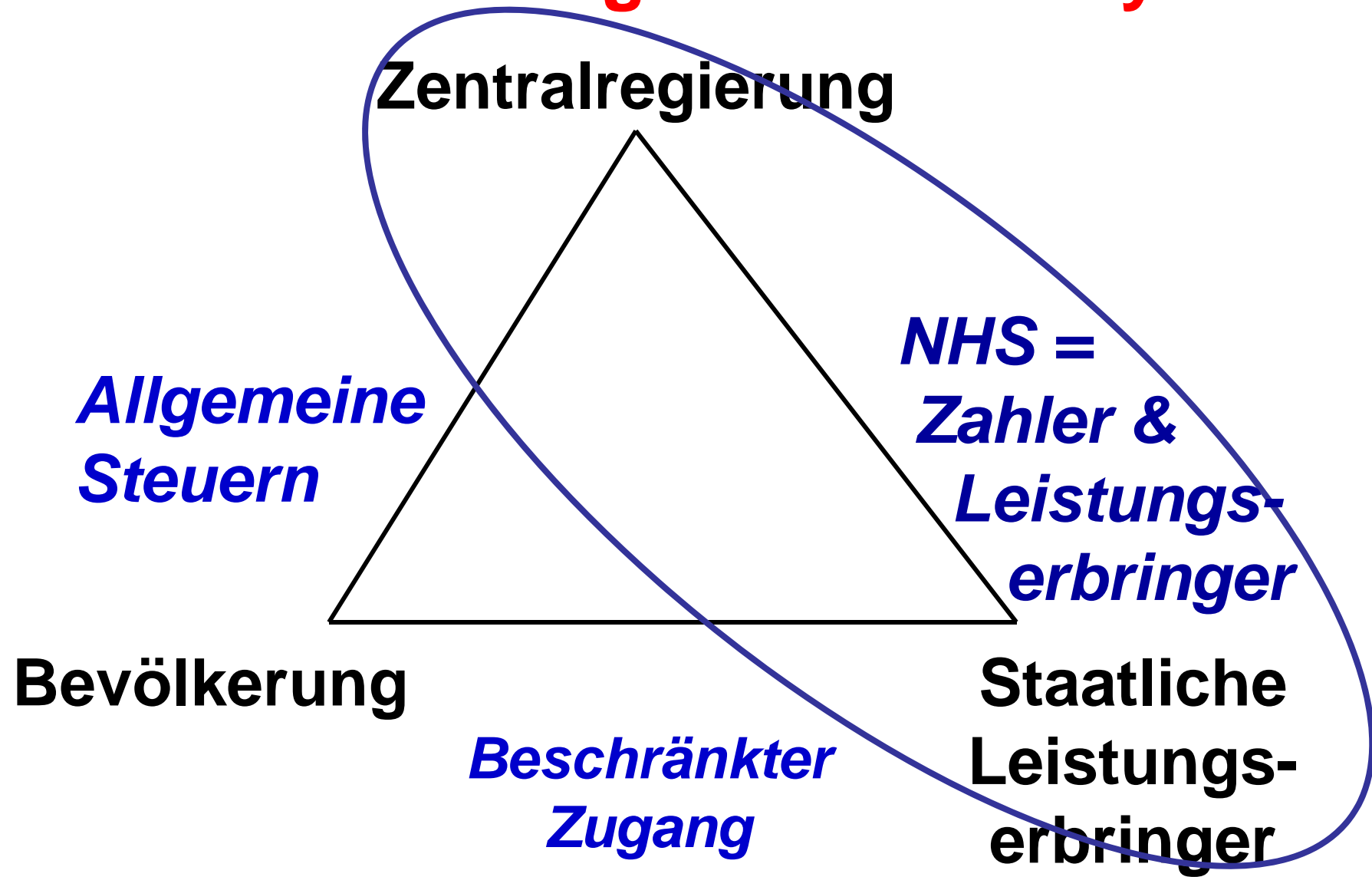




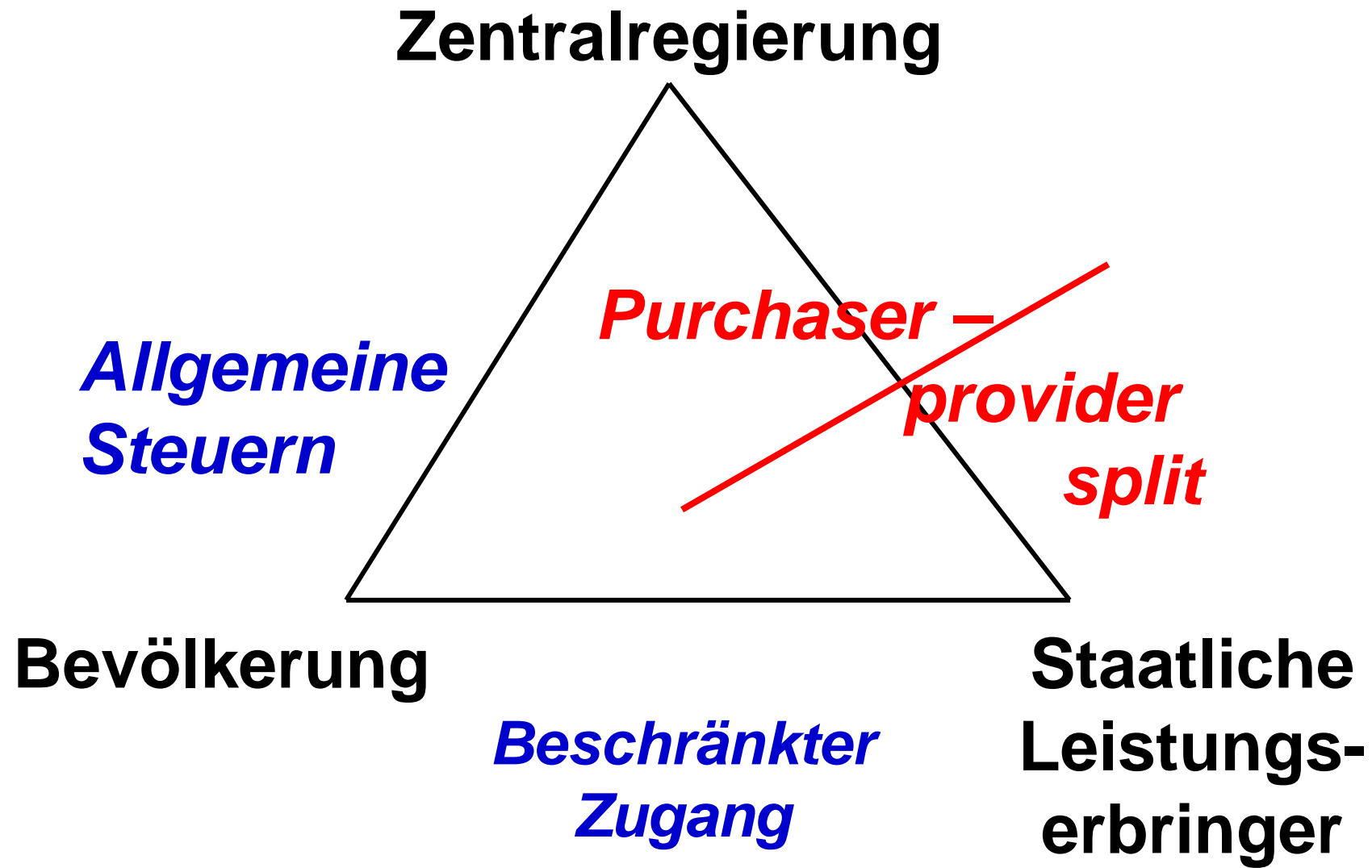
- Länder mit Sozialer/ gesetzl. Krankenversicherung in Westeuropa
- Mittel- und Osteuropa (von Semashko zu GKV)
- Steuer-basierte Systeme in Westeuropa



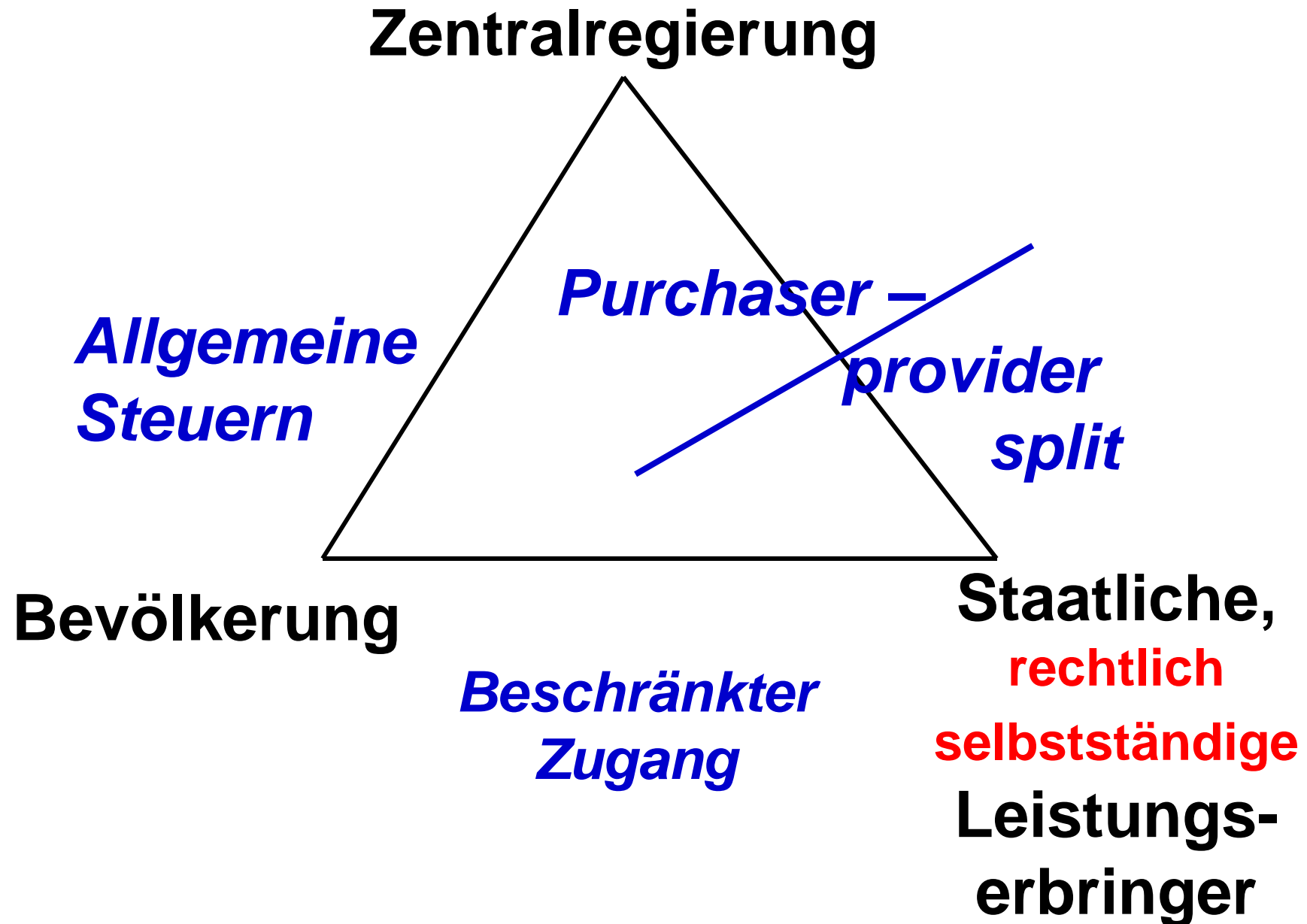
Klassisches integriertes NHS-System



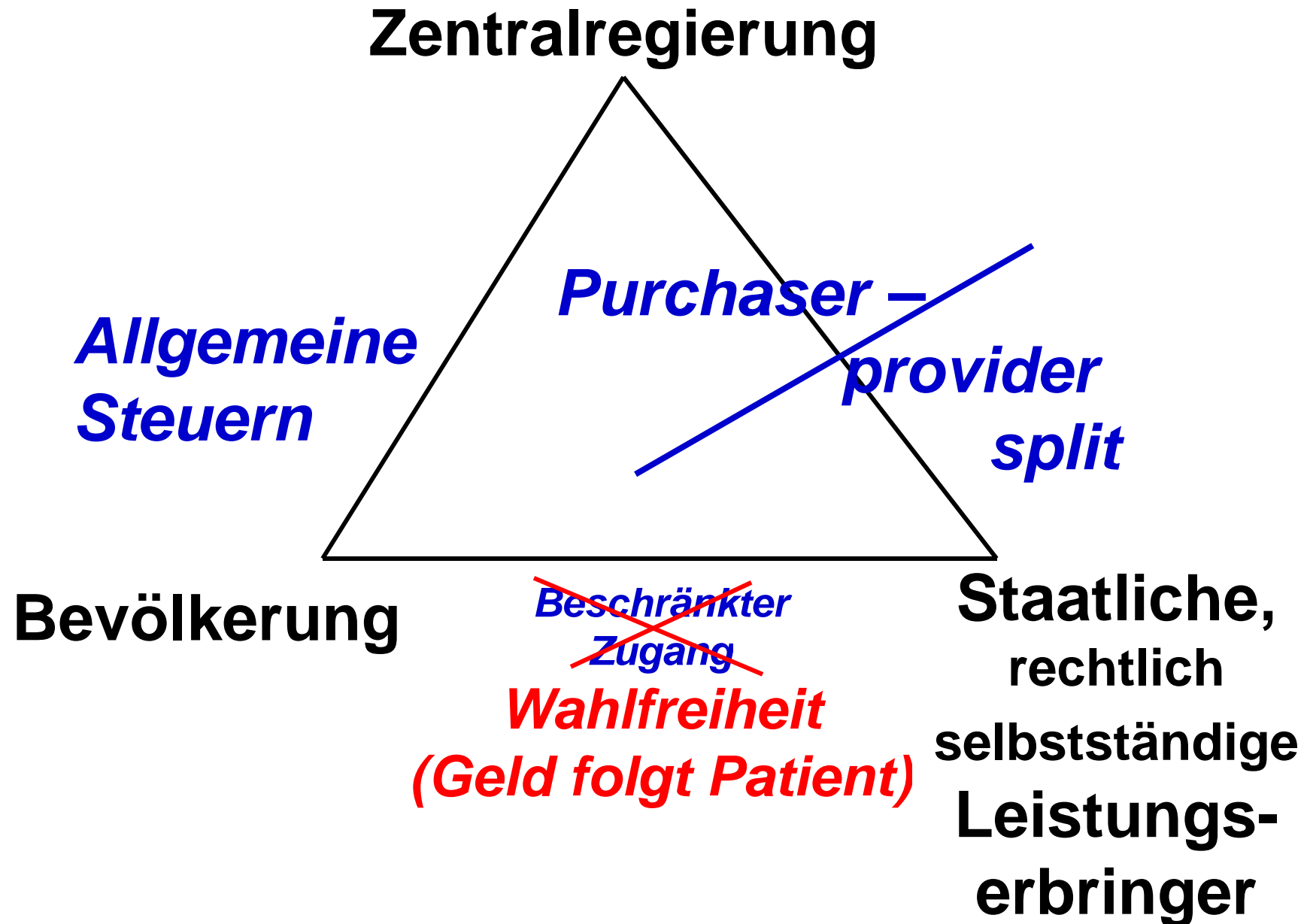
Reformentwicklung 1



Reformentwicklung 2

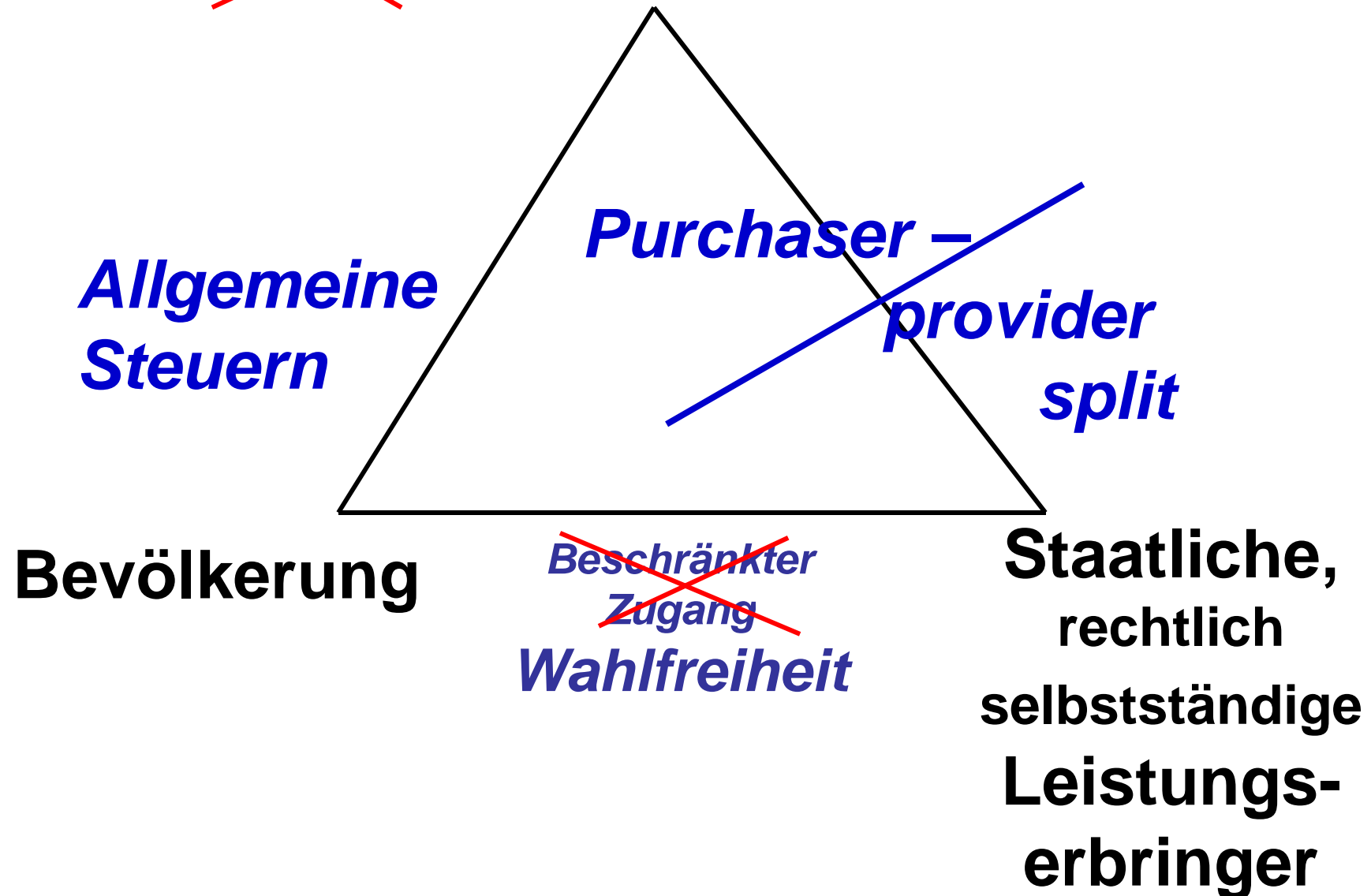


Reformentwicklung 3

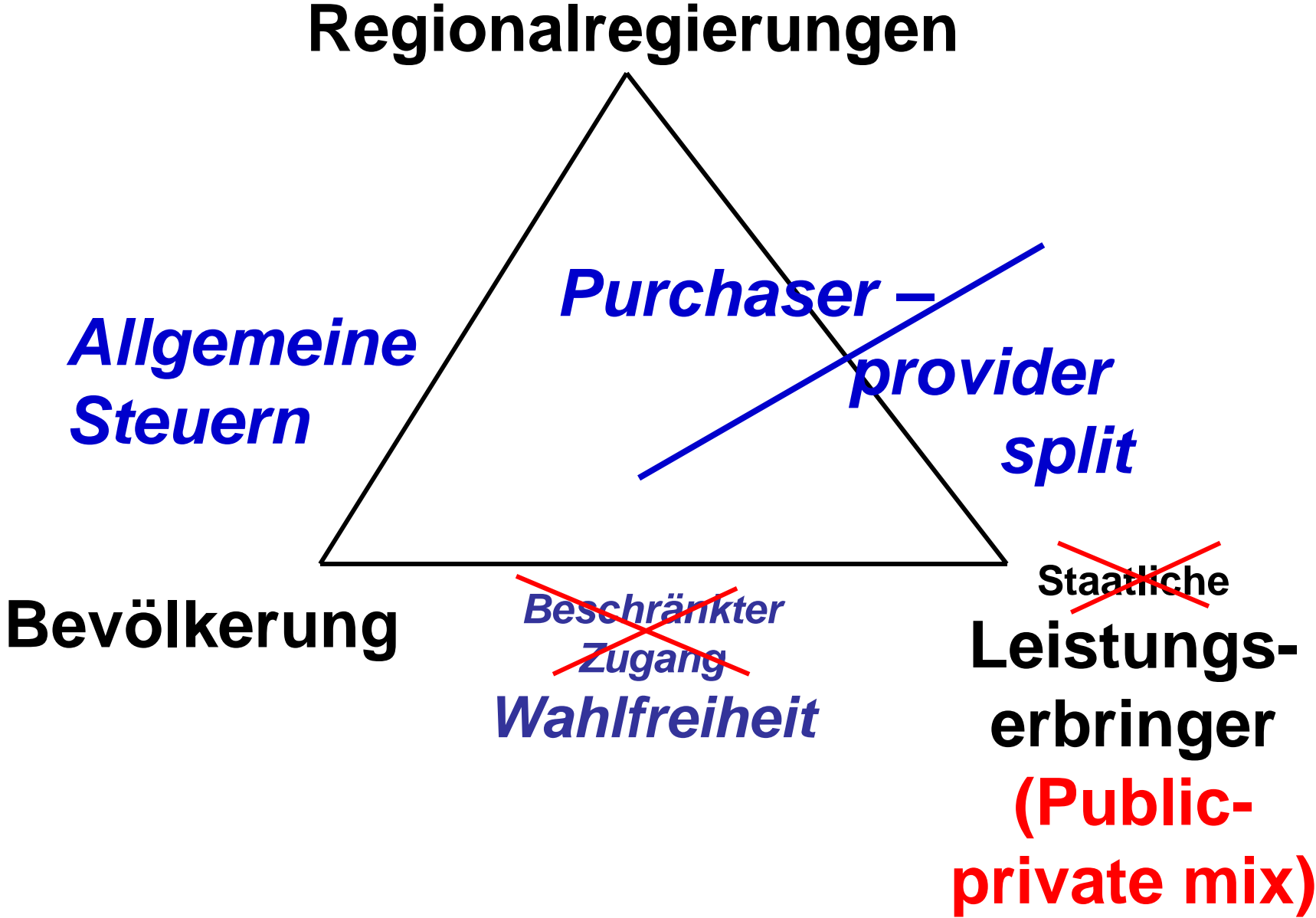


Reformentwicklung 4

~~Zentral~~ **Regional**regierungen



Reformentwicklung 5



Damit große strukturelle Ähnlichkeit mit GKV-Systemen!

Krankenkassen

*Überwiegend
lohnabhängige
Sozialbeiträge*

*Versorgungs- und
Vergütungs-
verträge*

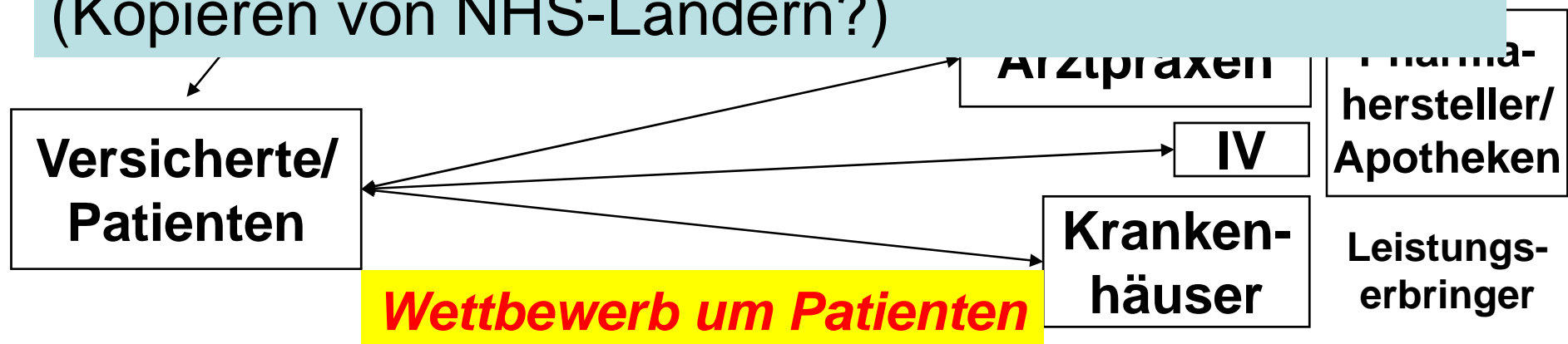
**(Versicherte)
Bevölkerung**

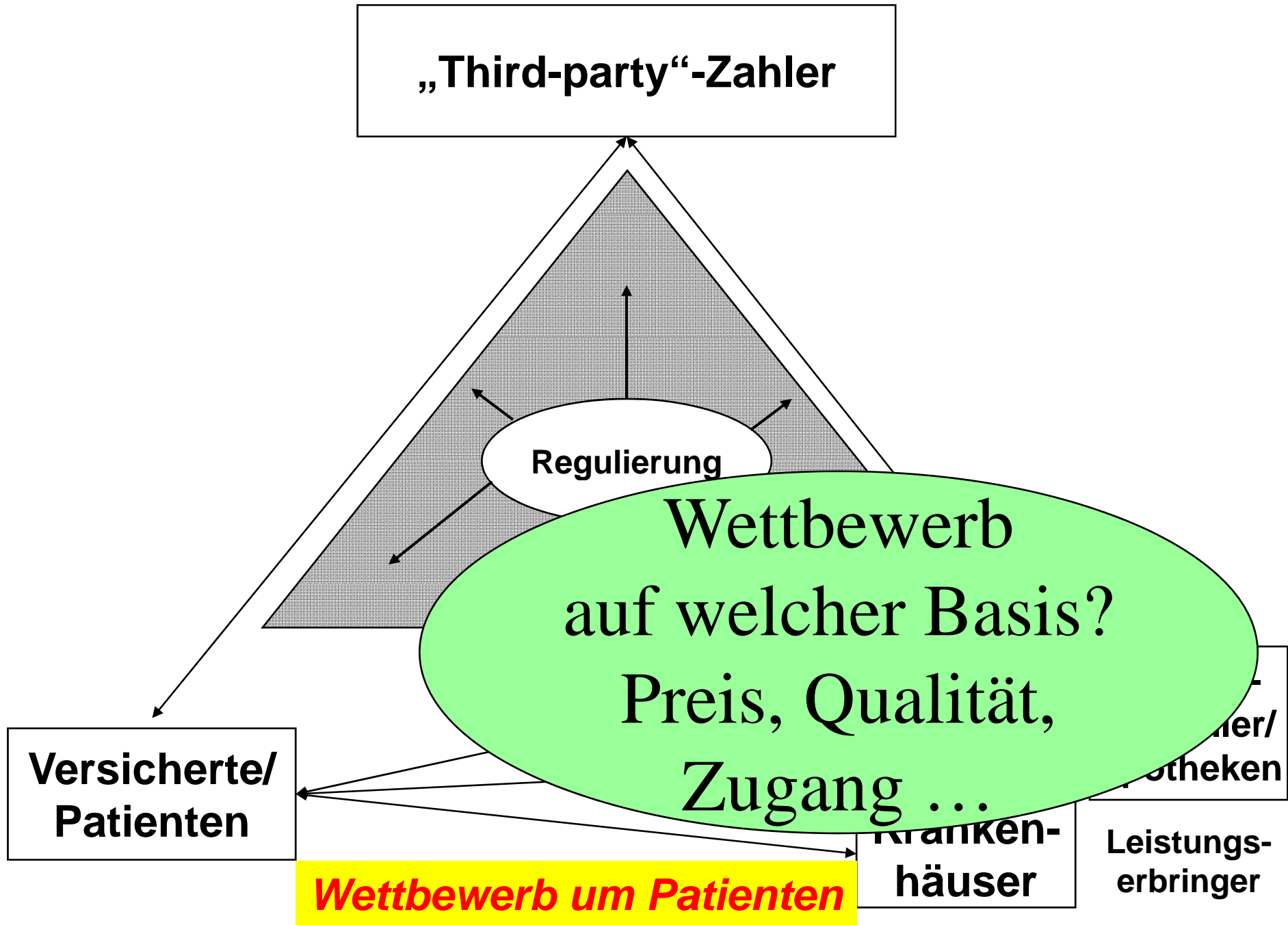
Wahlfreiheit

**Leistungs-
erbringer
(Public-
private mix)**

„Third-party“-Zahler

- Zu einem gewissen Grad heute Bestandteil aller Systeme, z.T. aber nur bzgl. Hausarzt
- In Großbritannien besonders befördert: Patient muss 4 bis 5 geeignete Krankenhäuser angeboten bekommen (Kopieren von GKV-Ländern?)
- In GKV-Ländern eher Tendenz zur Einschränkung der Wahlmöglichkeiten, um Qualität zu sichern (Kopieren von NHS-Ländern?)





Wettbewerbsbefürworter verweisen auf
Qualitätswettbewerb und gut informierte „Kunden“ ...

PUBLICATION AGREEMENT #40025240

Mythbusters

A series of essays giving the research evidence
behind Canadian healthcare debates

Myth Busted December 2003

Busted Again September 2006

Myth: People use health system report cards to make decisions about their healthcare



In a culture obsessed with ranking the Top 10 everything, it seems logical patients would want their hospitals and doctors to be rated as

In addition, a large study of Wisconsin hospitals that were included in a public report card showed no change in the number of people using each hospital after the report's release. Further, only 10 percent of people who were exposed to the report used it to recommend or choose a hospital within two years, and almost no one spoke with their doctors about it.

Finally, report cards on bypass surgery, heart attack care, and spinal surgery in New York and California



Clinton Surgery Puts Attention on Death Rate

**Clinton hospital's death rate higher for
bypass surgery** *(NY Times 9/6/2004)*

**Overall CABG death rate for New York State
is 2.18%** *(nysdoh 2001)*

**Columbia Presbyterian Center of New York
Presbyterian Hospital overall CABG death
rate 3.93% - nearly double** *(nysdoh 2001)*

„Third-party“-Zahler

**Wettbewerb
um Versicherte**

- (bisher?) nicht in NHS-Ländern
- in Mittel-/Osteuropa nur in Tschechien und Slowakei
- westliche GKV-Länder sind gespalten: JA in Deutschland, Niederlande, Schweiz und – ohne große Rhetorik – in Belgien, NEIN in Frankreich, Luxemburg, Österreich

**Versicherte/
Patienten**

IV

Apotheken

**Kranken-
häuser**

**Leistungs-
erbringer**

„Third-party“-Zahler

**Wettbewerb
um Versicherte**

**Wettbewerb
auf welcher Basis?
Preis, Qualität,
Zugang ...**

**Versicherte/
Patienten**

Arztpraxen

**Pharma-
hersteller/
Apotheken**

IV

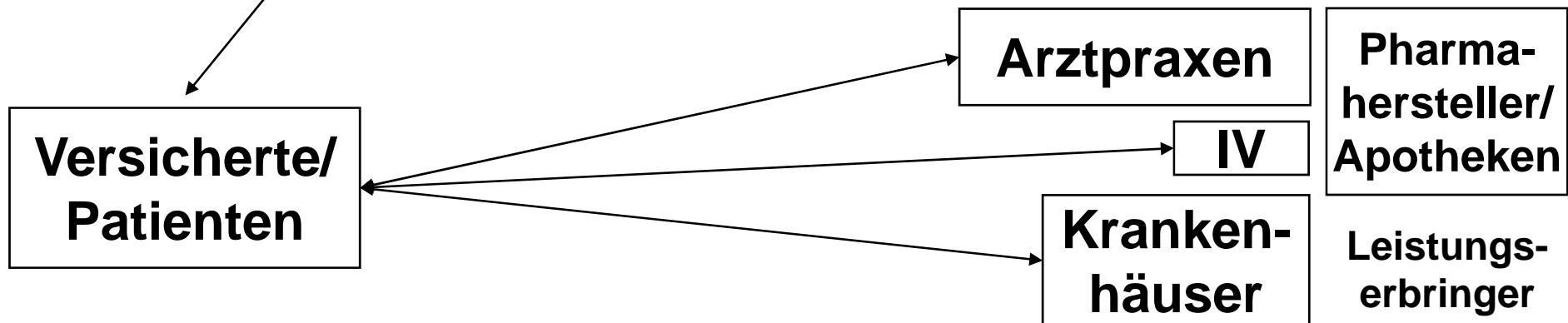
**Kranken-
häuser**

**Leistungs-
erbringer**

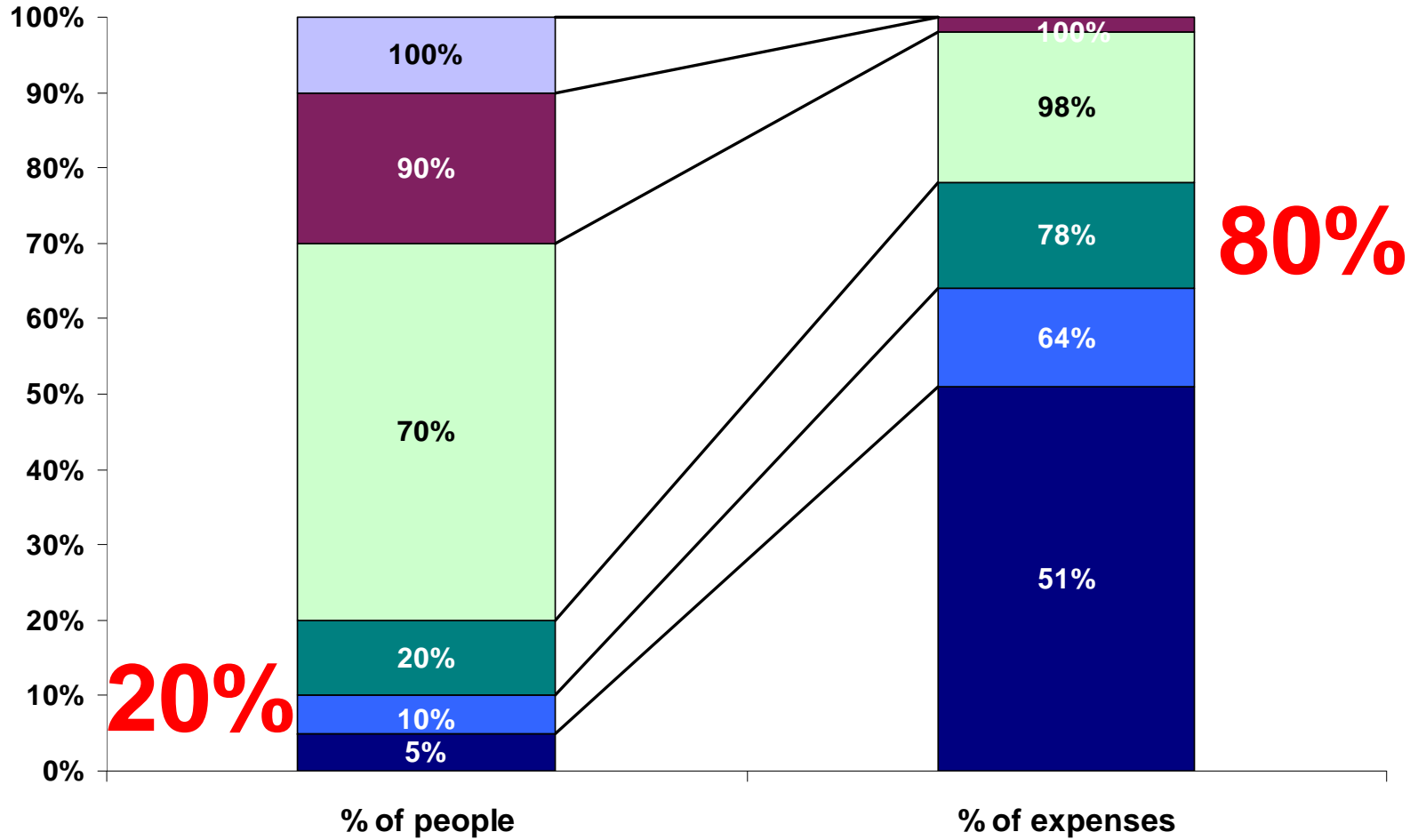
„Third-party“-Zahler

Größerer, kleinerer,
maßgeschneiderter
Leistungsumfang?

Rückzahlungen bei
Nicht-Inanspruchnahme?

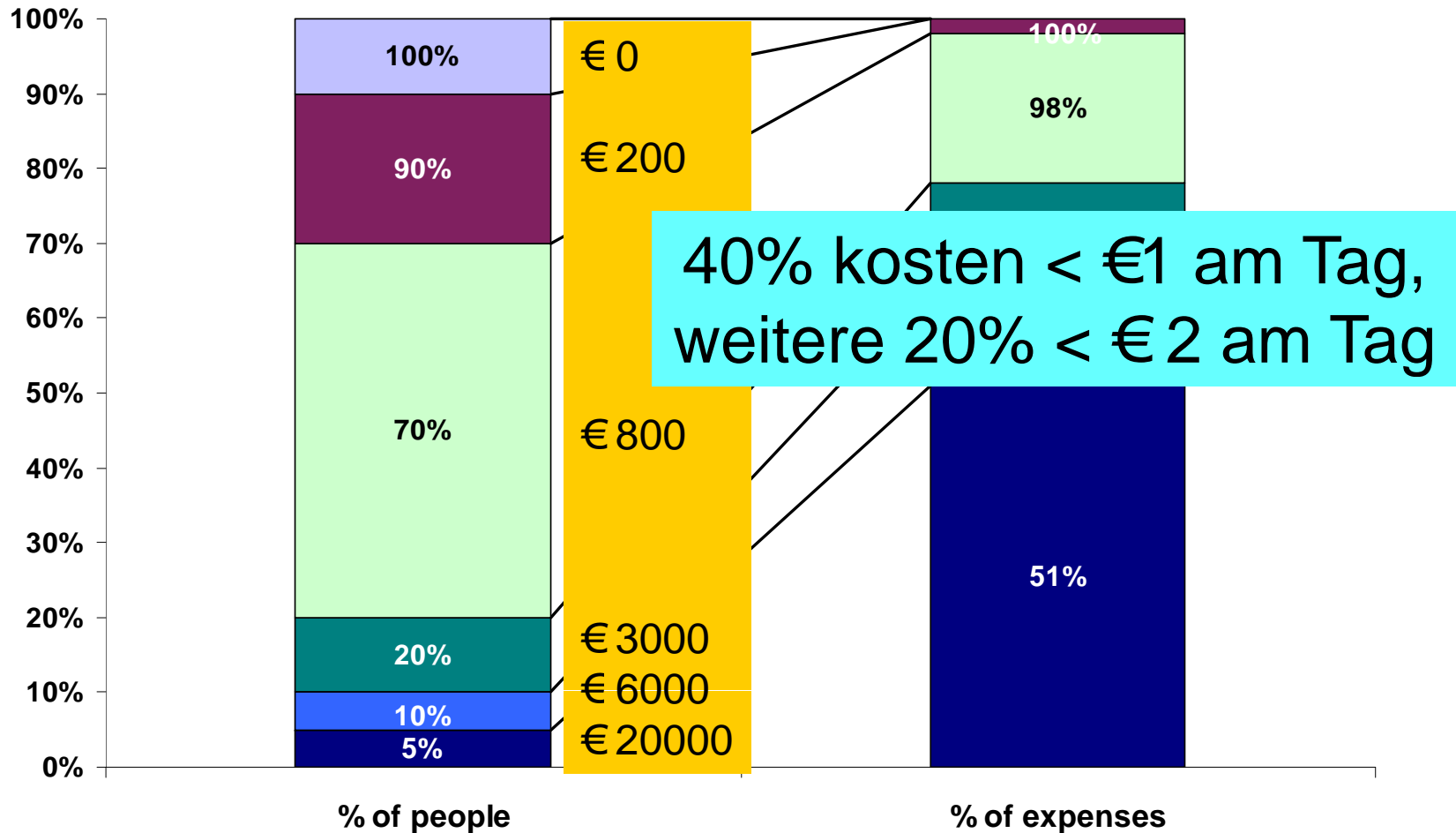


Teure Gesundheitsversorgung braucht nur eine Minderheit (hier Frankreich 2001)



Source : CNAMTS/EPAS

Für wen sollen die Krankenkassen maßgeschneiderte Angebote machen?

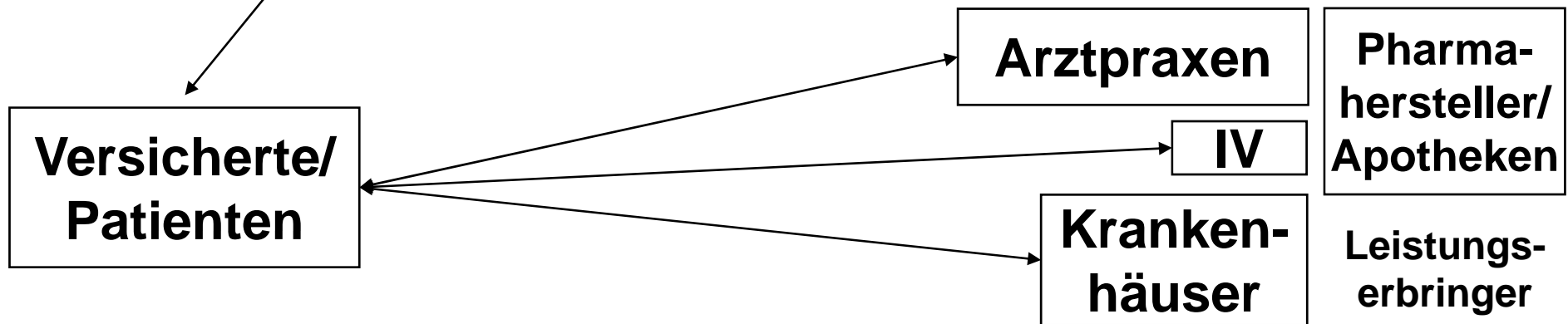


Source : CNAMTS/EPAS

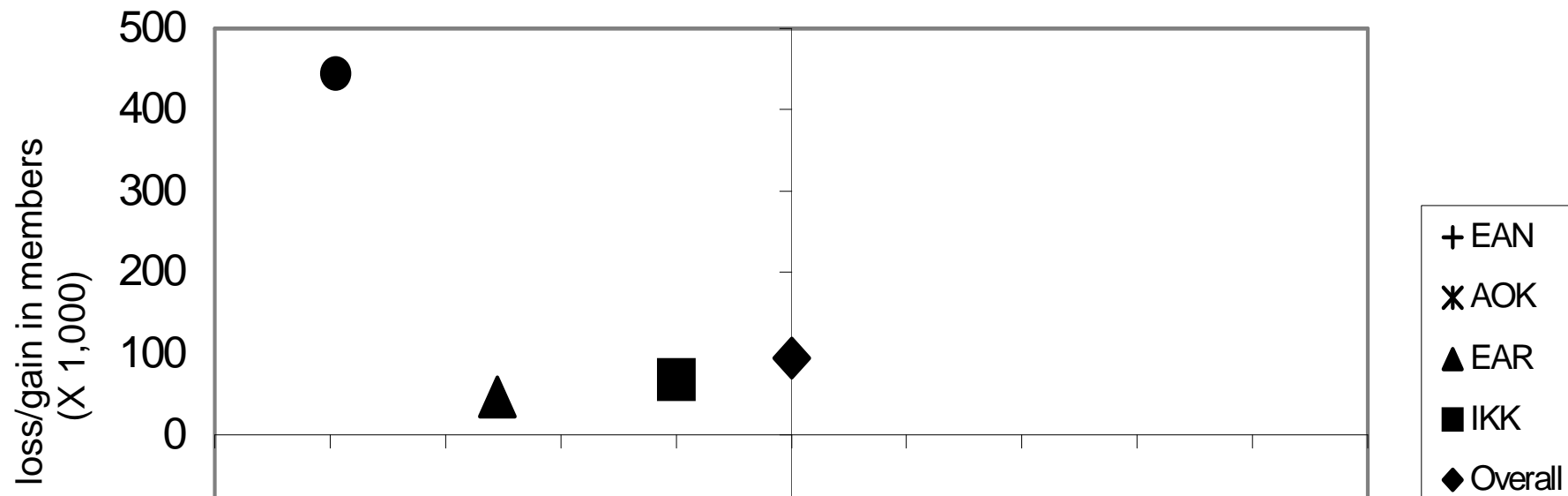
Durchschnitt: € 2000

„Third-party“-Zahler

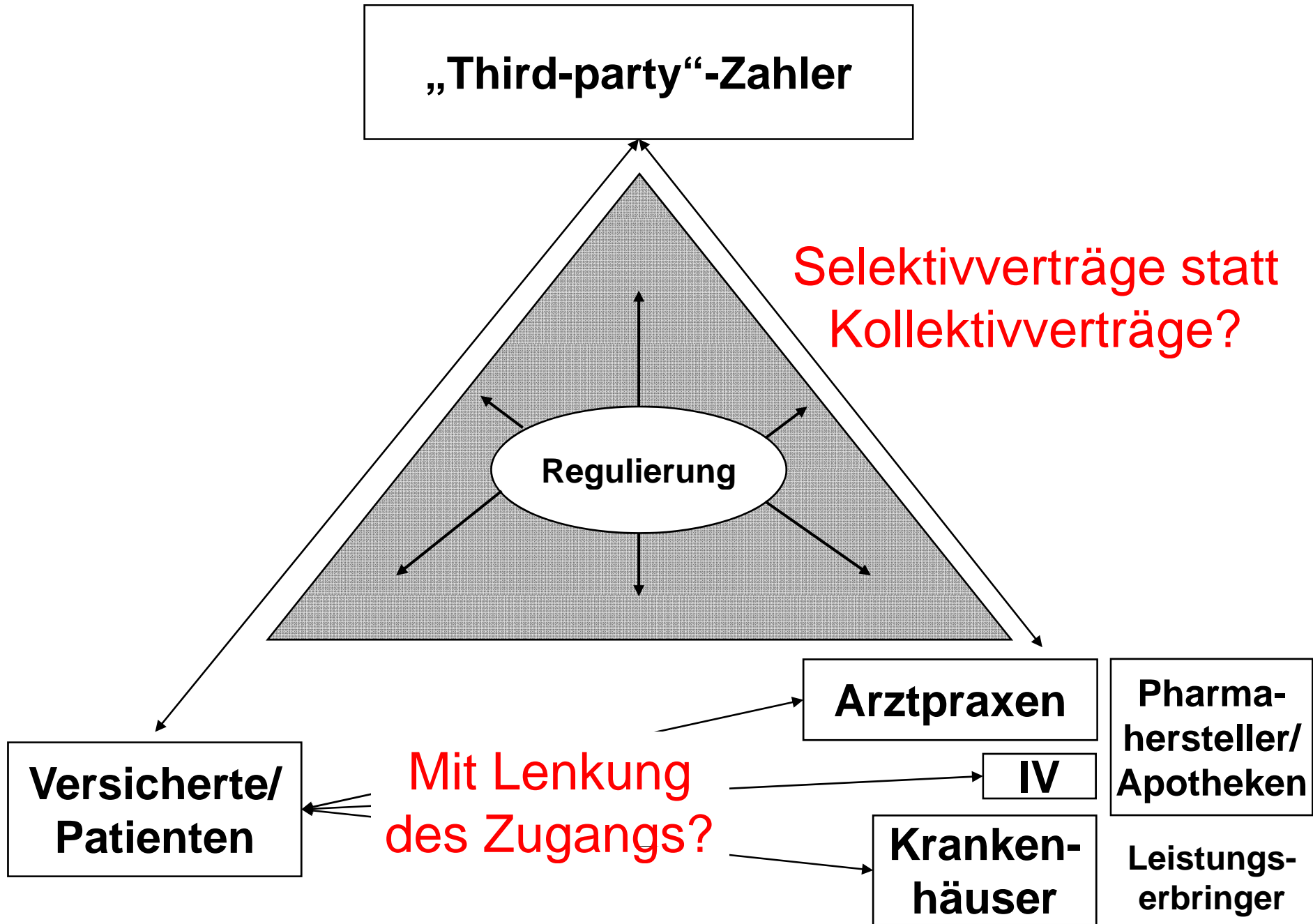
**Beitrag-/ Prämienunterschiede
bei gleichem Leistungskatalog?**



WEST 1.1.1998-1.1.1999



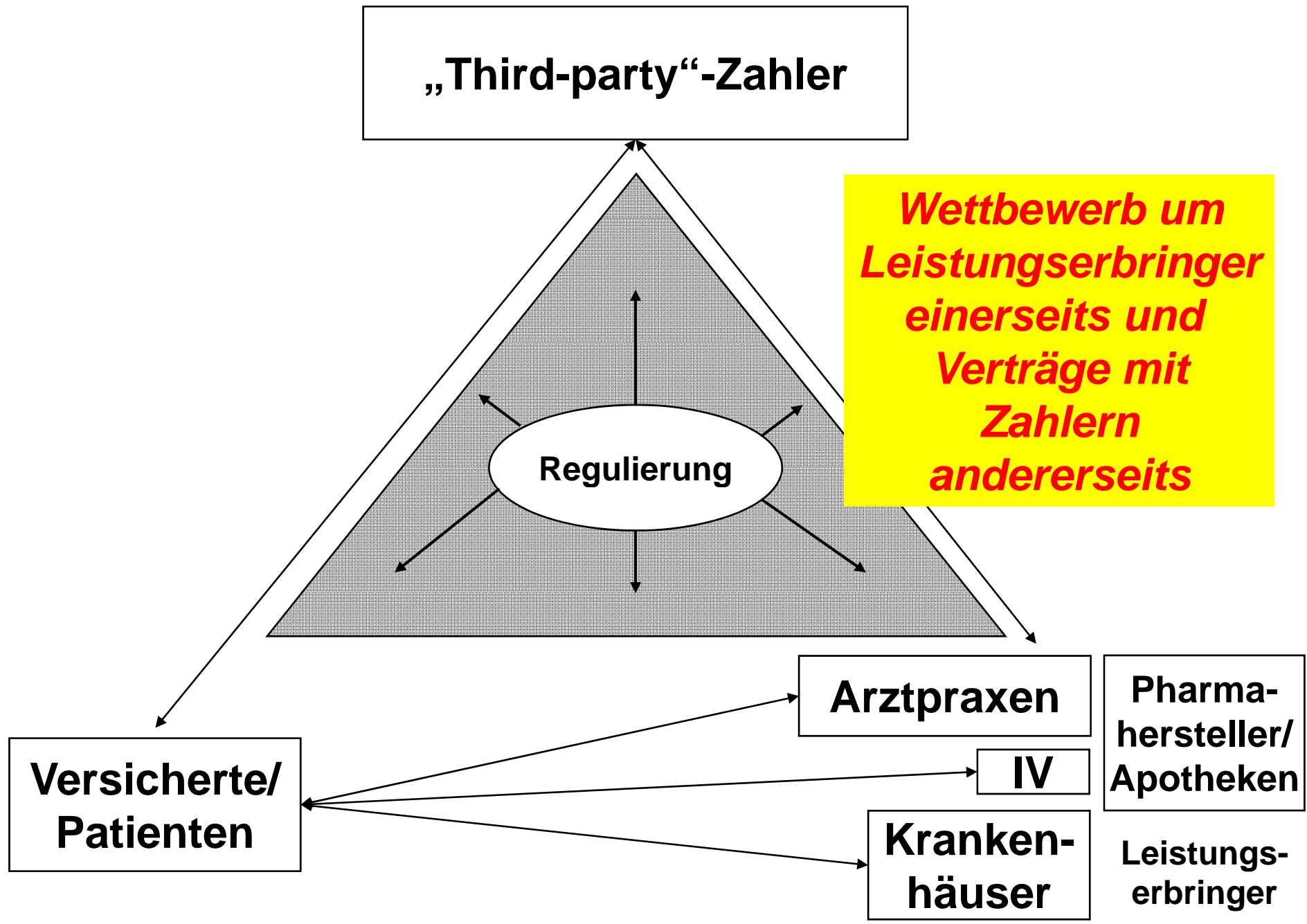
In den Niederlanden bis 2005 deutlich weniger Mitgliederbewegung (trotz „kleiner“ Prämie); zum Start des neuen Systems 2006 mit hälftiger Prämie und Unterschieden bis 15% einmalig ca. 25% Bewegung zwischen Kassen (auch durch Gruppenverträge mit chronisch Kranken - gute Allokation durch „RSA“!).



Versicherte in der Schweiz in Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (2004)

	Versicherte in Hausarztmodellen in %	Versicherte in HMOs in %	Versicherte in ...
Aargau	13,6	0,5	
Appenzell-Innerrhoden und Ausserrhoden	3,4		
Bern			
Basel-Land			
Basel-Stadt			
Fribourg			
Genf			0,4
Glarus			10,1
Lucerne			4,4
Nidwalden		4,2	17,9
Obwalden		-	15,6
Sankt Gallen	3,0	-	1,0
Schaffhausen	25,4	-	25,4
Solothurn	3,4	-	3,4
Thurgau	-	2,5	2,5
Zürich	4,4	2,8	7,2
Insgesamt 7 Kantone	-	-	-
Schweiz gesamt	5,4	1,3	6,7

Der Beweis, dass Wahlfreiheit zwischen Versicherern Qualität und Effizienz steigert, steht (noch) aus.
 Die Diskussion zwischen „Choice“ und „Voice“ (= Beteiligung an Entscheidungen des Zahler) geht weiter.

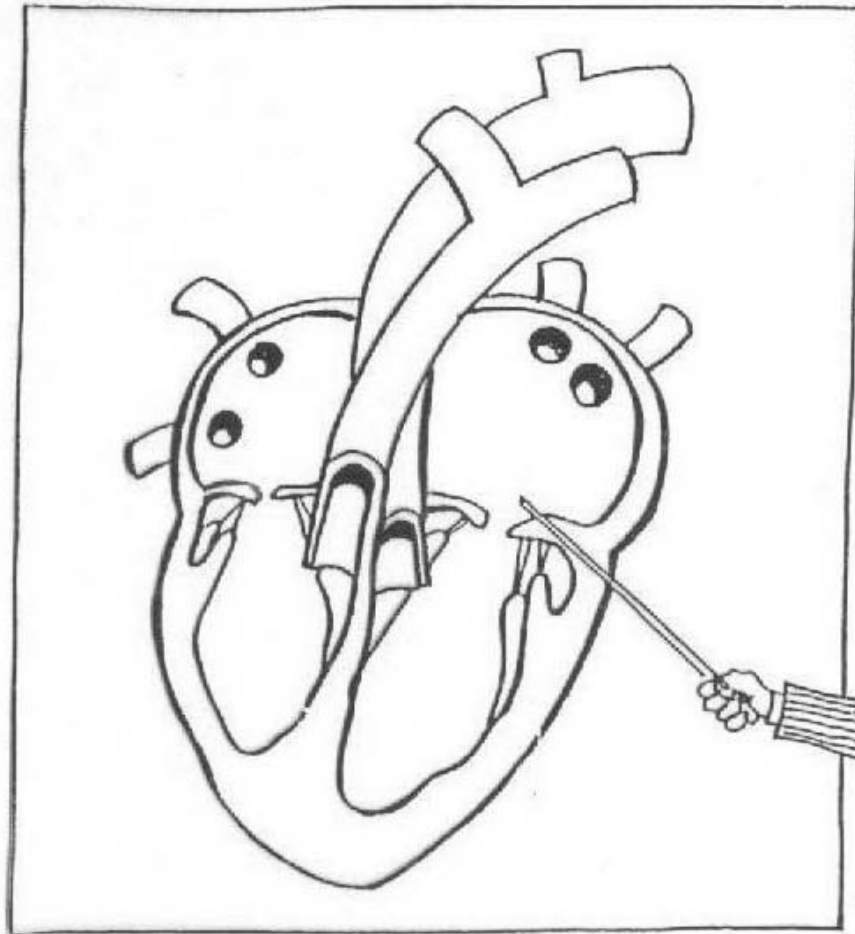


Letztendlich bleibt wohl nur diese Lösung ...

- Zahler (Krankenkassen in GKV-Systemen, Primary Care Trusts in Großbritannien, regionale Behörden ...) verhandeln mit Leistungserbringern aufgrund des ermittelten Bedarfes der zu versorgenden Bevölkerung und der Versorgungsqualität
- Je nach Dringlichkeit/ Komplexität/ Qualitätsunterschieden/ Kosten mit Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Leistungserbringern für Patienten

Sollen wir „Netzwerk“-Strukturen zugunsten von Wettbewerb über Bord werfen?

WHEN TREASURY FINALLY GETS AROUND TO RESTRUCTURING THE HUMAN HEART...



WE CONSIDER THE RELATIONSHIP BETWEEN THE LEFT AND RIGHT VENTRICLES IS FAR TOO COSY...
- OUR PROPOSAL WOULD SEPARATE THE HEART INTO FOUR ISOLATED CHAMBERS LOCATED IN DIFFERENT PARTS OF THE CHEST, THEY WOULD THEN TENDER INDEPENDENTLY FOR THE RIGHT TO PUMP BLOOD TO PARTICULAR PARTS OF THE BODY.

COMPETITION SHOULD IMPROVE THE OVER ALL COST EFFICIENCY OF THE BLOOD VASCULAR SYSTEM.



TOM SCOTT...



**Präsentation und weiteres
Material zur Versorgungs-
forschung ist verfügbar auf:
<http://mig.tu-berlin.de>**

www.observatory.dk



Deutschsprachige Artikel
zu Gesundheitssystemen
international:

www.healthcaresystems.de