



**Schutz der Gesundheit zu Zeiten einer globalen Wirtschaftskrise
Folgen für die Europäische Region der WHO
25. April 2009**

Oslo (Norwegen), 1.–2. April 2009

**103408
ORIGINAL: ENGLISCH**

Tagungsbericht

Schlüsselwörter

ECONOMICS
HEALTH STATUS
SOCIOECONOMIC FACTORS
DELIVERY OF HEALTH CARE – trends
EUROPE

Anfragen zu Veröffentlichungen des WHO-Regionalbüros für Europa richten Sie bitte an:

Publications
WHO-Regionalbüro für Europa
Scherfigsvej 8
DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark

Oder füllen Sie auf der Website des Regionalbüros für Europa ein Online-Formular für Dokumentation/Information bzw. für die Genehmigung zum Zitieren/Übersetzen aus (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© **Weltgesundheitsorganisation 2009**

Alle Rechte vorbehalten. Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation begrüßt Anfragen bezüglich einer Genehmigung zur teilweisen oder vollständigen Reproduktion oder Übersetzung seiner Veröffentlichungen.

Die in dieser Publikation verwendeten Bezeichnungen und die Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme seitens der Weltgesundheitsorganisation bezüglich des rechtlichen Status eines Landes, eines Territoriums, einer Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungs-/Verwaltungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer Staats- oder Gebietsgrenzen. Gestrichelte Linien auf Karten bezeichnen einen ungefähren Grenzverlauf, über den möglicherweise noch keine vollständige Einigkeit besteht.

Die Erwähnung bestimmter Firmen oder Erzeugnisse bedeutet nicht, dass diese von der Weltgesundheitsorganisation unterstützt, empfohlen oder gegenüber ähnlichen, nicht erwähnten bevorzugt werden. Soweit nicht ein Fehler oder Versehen vorliegt, sind die Namen von Markenartikeln als solche kenntlich gemacht.

Die Weltgesundheitsorganisation hat alle angemessenen Vorkehrungen getroffen, um die in dieser Publikation enthaltenen Informationen zu überprüfen. Dennoch wird das veröffentlichte Material ohne irgendeine explizite oder implizite Gewähr herausgegeben. Die Verantwortung für die Deutung und Verwendung des Materials liegt bei der Leserschaft. Die Weltgesundheitsorganisation schließt jegliche Haftung für Schäden aus, die sich aus dem Gebrauch des Materials ergeben. Die von den Autoren, Redakteuren oder Sachverständigengruppen geäußerten Ansichten sind nicht unbedingt Ausdruck der Beschlüsse oder der erklärten Politik der Weltgesundheitsorganisation.

Inhalt

	Seite
Zusammenfassung	1
Einführung.....	5
Zielsetzung und Thematik der Tagung.....	5
Die Auswirkungen der Wirtschaftskrise auf die Gesundheitssysteme in den Mitgliedstaaten der Europäischen Region.....	6
Haupteffekte für Gesellschaft und Gesundheitssystem	6
Wirtschaftskrise und soziale Determinanten von Gesundheit	9
Stärkung der Gesundheit und der Gesundheitssysteme in Krisenzeiten	11
Die Millenniums-Entwicklungsziele	11
Die Krise unter dem Aspekt finanzieller und personeller Ressourcen und ihrer Folgen für die Migration von Gesundheitspersonal	11
Gesundheitsschutz durch gestärkte Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO	13
Strategien zur Überwindung der gesundheitlichen Auswirkungen der Krise	15
Empfehlungen	17
Anhang 1: Programm	19
Anhang 2: Teilnehmerliste	22

Zusammenfassung

Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO) lud am 1. und 2. April 2009 in Zusammenarbeit mit dem norwegischen Ministerium für Gesundheit und Soziales und der norwegischen Gesundheitsdirektion zu einer Konferenz nach Oslo ein, deren Gegenstand der Schutz der Gesundheit zu Zeiten einer globalen Wirtschaftskrise und namentlich die Auswirkungen der aktuellen Krise auf die Europäische Region der WHO war. Dieser vorausgegangen war eine hochrangige Konsultation zu den Folgen der Finanzkrise für die globale Gesundheit, die am 19. Januar 2009 in Genf in Verbindung mit der 124. Tagung des Exekutivrates der WHO stattfand. Weitere Beratungen auf der 62. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2009 sowie auf der 59. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa im September 2009 sind vorgesehen.

An der Konferenz nahmen insgesamt 168 Delegierte teil und 39 der 53 WHO-Mitgliedstaaten in der Europäischen Region waren durch Minister, stellvertretende Minister und leitende Medizinalbeamte vertreten.

Am ersten Tag wurden Auswirkungen des wirtschaftlichen Abschwungs auf Gesundheitssysteme, Gesundheitsergebnisse und die sozialen Determinanten von Gesundheit in den Ländern der Europäischen Region der WHO erörtert. Am zweiten Tag befassten sich die Teilnehmer mit Fortschritten in Bezug auf die Millenniums-Entwicklungsziele angesichts der aktuellen Krise samt den Krisenfolgen für die finanziellen und personellen Ressourcen und die Migration von Gesundheitspersonal sowie mit den Möglichkeiten, die öffentliche Gesundheit durch eine Stärkung der Gesundheitssysteme zu schützen.

Am Ende der Tagung erörterten die Teilnehmer Strategien zur Überwindung der gesundheitlichen Konsequenzen der Krise. Sie formulierten einige zentrale Empfehlungen:

1. Verteilung von Wohlstand auf der Grundlage von Solidarität und Chancengleichheit

Die Gesundheitsbehörden in der gesamten Europäischen Region sind besorgt darüber, dass das gegenwärtige wirtschaftliche System nicht zu einer Verteilung des Wohlstands führt, die den Werten Solidarität und Chancengleichheit entspricht, und dass dadurch die Verbesserung der Gesundheitssituation beeinträchtigt wird. Die Gesundheitspolitiker fordern deshalb Veränderungen an den ökonomischen Verhältnissen, um eine solche Verbesserung zu begünstigen.

2. Erhöhung der staatlichen Entwicklungshilfe mit dem Ziel, die Schwächsten zu schützen

Besonders in den ärmeren Ländern riskiert die Bevölkerung in Krisenzeiten gesundheitliche Rückschritte. Die aktuelle Krise ist daher der falsche Zeitpunkt, staatliche Entwicklungshilfe zu kürzen; stattdessen sollte sie eher erhöht werden.

3. Investitionen in die Gesundheit zur Erhöhung des Wohlstands; Erhaltung der Gesundheitsetats

Investitionen in die Gesundheit sind Investitionen in Entwicklung, soziales Wohlergehen und Wohlstand der Menschen. Mehr Gesundheit führt auch zu mehr Wohlfahrt. Durch Investitionen in die Gesundheit wird Wohlstand geschaffen. Gesundheitsetats, Krankenversicherung und Beschäftigung sollten während des gesamten Konjunkturabschwungs geschützt werden. Gesundheits- und umweltbezogene Investitionen sollten in Programme zur Wiederbelebung der Wirtschaft aufgenommen werden.

4. Jeder Minister ist ein Gesundheitsminister

Das Konzept der „Gesundheit in allen Politikbereichen“ sollte gefördert werden. Alle politischen Reformen sollten auf ihre gesundheitliche und verteilungsbezogene Wirkung überprüft werden.

5. Erhaltung kosteneffektiver Leistungen des Gesundheitsschutzes und der primären Gesundheitsversorgung

Bei Kürzungen von Gesundheitsausgaben ist darauf zu achten,

- dass die Ausgaben für öffentliche Gesundheitsprogramme unangetastet bleiben;
- dass die Ausgaben für die primäre Gesundheitsversorgung unangetastet bleiben;
- dass Ausgaben für die am wenigsten kosteneffektiven Leistungen gekürzt werden. Diese dürften in der Regel unter den hochtechnologischen und kostenintensiven Leistungen in Krankenhäusern zu finden sein. Investitionspläne für kostspielige Einrichtungen sollten hinausgezögert und die Verwendung von Generika gefördert werden.

6. Mehr Geld für Gesundheit und mehr Gesundheit fürs Geld

Mehr Geld sollte für den Gesundheitsbereich verfügbar gemacht werden und bessere gesundheitliche Ergebnisse für das investierte Geld sollten gesichert werden. Die Qualität sollte durch transparente Überwachung und Leistungsbewertung verbessert werden. Die evidenzbasierte Medizin sollte gestärkt und mehr Sicherheit in der Gesundheitsversorgung gewährleistet werden.

7. Stärkung des allgemeinen Zugangs zu Programmen der sozialen Sicherung

Die Krise sollte als Chance für eine bessere Abstimmung und Stärkung des allgemeinen Zugangs zu Programmen der sozialen Sicherung genutzt werden.

8. Gewährleistung eines allgemeinen Zugangs zur Gesundheitsversorgung

Die Krise sollte als Chance für die Gewährleistung eines allgemeinen Zugangs zur Gesundheitsversorgung genutzt werden. Soziale Sicherungsnetze sollten für die am stärksten gefährdeten sozialen Gruppen gewährleistet werden.

9. Förderung von universellen, obligatorischen und Umverteilung begünstigenden Formen der Steuererhebung

Eine gerechte Lastenverteilung bei der Finanzierung der Gesundheitsversorgung durch universelle, obligatorische und Umverteilung begünstigende Formen der Steuererhebung sollte angestrebt werden.

10. Prüfung der Einführung bzw. Erhöhung von Steuern auf Tabak, Alkohol, Zucker und Salz

Konzepte zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit durch Gesundheitsreformen unter Berücksichtigung der Strukturen sollten geprüft werden. Beispiele wären eine Erhöhung von Steuern auf Tabak, Alkohol und Produkte mit hohem Zucker- oder Salzgehalt. Dies könnte zur Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme beitragen und gleichzeitig positive Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit haben.

11. Intensivierung der Ausbildung von Gesundheitsfachkräften und die Gewährleistung ihrer Anwerbung nach ethischen Grundsätzen

Selbst während der Krise muss Klarheit über den gegenwärtigen Personalmangel im Gesundheitsbereich und über den künftig zu erwartenden Anstieg der Nachfrage nach Gesundheitsfachkräften bestehen. Die Ausbildung von Gesundheitsfachkräften und ggf. örtlichem medizinischem Personal sollte intensiviert werden. Die Krise sollte als Chance zur Gewinnung neuer Gesundheitsfachkräfte genutzt werden. Die Arbeit an einem Verhaltenskodex für die sektor- und grenzüberschreitende Personalanwerbung nach ethischen Grundsätzen sollte fortgesetzt werden.

12. Förderung einer aktiven Beteiligung der Öffentlichkeit an der Entwicklung von Maßnahmen zur Milderung der Auswirkungen der Wirtschaftskrise auf die öffentliche Gesundheit

Die Gesundheitsbehörden sollten sich um eine stärkere Einbeziehung und Mitwirkung der Öffentlichkeit an der Gestaltung von Entscheidungen in Bezug auf die Krise sowie an der Umsetzung solcher Entscheidungen bemühen. Die Beteiligung der Öffentlichkeit könnte direkte (öffentliche Debatten, Konsultationen) oder indirekte Formen annehmen; in letzterem Fall könnte eine Vertretung der Bürger auch durch Organisationen, Verbände oder Gewerkschaften erfolgen.

Die Tagung wird in englischer und russischer Sprache im Internet übertragen. Weitere Informationen und ein Hintergrunddokument unter http://www.euro.who.int/healthsystems/econcrisis/20090316_1.

Einführung

Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO) lud am 1. und 2. April 2009 in Zusammenarbeit mit dem norwegischen Ministerium für Gesundheit und Soziales und der norwegischen Gesundheitsdirektion zu einer Konferenz nach Oslo ein, deren Gegenstand der Schutz der Gesundheit zu Zeiten einer globalen Wirtschaftskrise und namentlich die Auswirkungen der aktuellen Krise auf die Europäische Region der WHO war.

Zielsetzung und Thematik der Tagung

Die gegenwärtige Wirtschaftskrise wird mannigfaltige Auswirkungen und langfristige Folgen haben. So ist mit einer baldigen Rückkehr des Wachstums nicht zu rechnen und die Verschuldung der öffentlichen Haushalte könnte diese auf lange Zeit hemmen. Aufgrund der gebremsten Wirtschaft und der rapide steigenden Arbeitslosenzahlen droht Millionen von Einzelpersonen und Familien in der Europäischen Region der WHO eine Verschlechterung der Lebenslage bzw. ist für viele bereits Realität und die Beitragsgrundlage der Gesundheits- und Sozialsysteme ist ebenfalls betroffen. Voraussetzung für eine Überwindung der Krise sind rechtzeitige, zielgerichtete und vollkommen aufeinander abgestimmte Maßnahmen. Wie bereits auf der Europäischen Ministerkonferenz zum Thema Gesundheitssysteme: „Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand“ im Juni 2008 in Tallinn (Estland) gezeigt wurde, sollten Investitionen in die Gesundheit wesentlicher Bestandteil einer Krisenbewältigungsstrategie sein.

Vor diesem Hintergrund bestand die Zielsetzung der Tagung darin:

- eine Bestandsaufnahme der aktuellen Situation in der Europäischen Region der WHO vorzunehmen und dabei die wichtigsten Risiken für Gesundheit und Gesundheitssysteme wie auch die wichtigsten Handlungsmöglichkeiten zu bestimmen;
- Grundsatzoptionen für Maßnahmen gegen die negativen Auswirkungen der Wirtschaftskrise auf die Gesundheit und die Gesundheitssysteme in den Ländern der Region mit niedrigem, mittlerem und höheren Volkseinkommen zu erörtern;
- auf Gesundheit und Gesundheitssystem bezogene Maßnahmen zu benennen, die kurz- und mittelfristig gegen den wirtschaftlichen Abschwung und längerfristig gegen strukturelle Probleme der europäischen Gesellschaften genutzt werden können.

Die Teilnehmer wurden durch den norwegischen Minister für Gesundheit und Pflegewesen Bjarne Håkon Hanssen begrüßt und darauf hingewiesen, dass in einer Zeit demografischen Wandels und veränderter Krankheitslast alle Länder in verschiedenem Umfang von der aktuellen Wirtschaftskrise betroffen seien. Investitionen in die Gesundheit seien zugleich Investitionen in den Wohlstand und die Krise biete auch eine Chance zum Überdenken gesundheitlicher Prioritäten und zur Reorganisation des Gesundheitssystems. Primäre Gesundheitsversorgung sei ein zentrales Element eines jeden Gesundheitssystems und müsse revitalisiert werden, damit der allgemeine Zugang zu bezahlbaren Gesundheitsdiensten gesichert werden könne. Er hoffe, die Tagung werde Mittel und Wege zur Maximierung der Gesundheit für alle aufzeigen.

In seiner Einführung wies WHO-Regionaldirektor für Europa Marc Danzon darauf hin, dass es in einigen Ländern bereits spürbare Auswirkungen der Wirtschaftskrise auf die Gesundheit der Bevölkerung gebe wie eine Zunahme psychischer (Stress, Angst, Depression)

und physischer Symptome (Herzerkrankungen, Verdauungsbeschwerden), wemngleich amtliche Statistiken das nur schwer erfassen könnten. Er regte die Ausrichtung der Diskussion auf den Entwurf von praktikablen Empfehlungen in fünf Themenbereichen an:

- unmittelbare Notmaßnahmen zur Aufrechterhaltung effizient funktionierender Gesundheitssysteme;
- längerfristige Maßnahmen, die unter Berücksichtigung der biologischen und soziologischen Trends (Umwelt und Überalterung) auch im Hinblick auf Ausbildung und Aufgaben des Gesundheitspersonals ergriffen werden sollten;
- ein besseres Verständnis der Stärken und Schwächen des Gesundheitssystemmanagements, damit eine positive Wirkung der Gesundheitssysteme in Krisenzeiten und darüber hinaus gesichert werden könne;
- die wesentlichen Elemente der primären Gesundheitsversorgung, allgemeiner Zugang zu Gesundheitssystemen und Fortschritte in Richtung Millenniums-Entwicklungsziele;
- internationale Solidarität.

Die WHO-Generaldirektorin Dr. Margaret Chan sprach per Videoübertragung über die stark gewachsene gegenseitige Abhängigkeit der Länder und pflichtete der Ansicht bei, dass die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region von der Wirtschaftskrise nicht verschont würden. Die derzeit geschnürten finanziellen Rettungspakete nannte sie „Waffen der Massenver zweiflung“, obwohl das Gesundheitssystem doch reichlich Erfahrung mit Krisenmaßnahmen und Risikominderungsstrategien besitze. Die Europäische Region der WHO verfüge über eine lange Tradition der Solidarität und der Sensibilität für den erforderlichen gesellschaftlichen Zusammenhalt. Dieser Ansatz zugunsten der Armen sowie die mächtigen Instrumente aus der Charta von Tallinn und der Bericht der Kommission für soziale Determinanten bildeten zusammen ein solides Fundament, auf dem diese Tagung, davon sei sie überzeugt, produktiv arbeiten werde.

Die Auswirkungen der Wirtschaftskrise auf die Gesundheitssysteme in den Mitgliedstaaten der Europäischen Region

Haupteffekte für Gesellschaft und Gesundheitssystem

Der norwegische Außenminister Jonas Gahr Støre eröffnete die Sitzung und betonte, dass eine der größten Herausforderungen für den Gesundheitssektor der Blick über den eigenen „Tellerrand“ hinaus sei, den die frühere WHO-Generaldirektorin Dr. Gro Harlem Brundtland schon demonstriert habe, als sie die Armutsbekämpfung zu ihrem Hauptanliegen machte. Mit dem damaligen französischen Außenminister Dr. Philippe Douste-Blazy habe er 2006 eine globale gesundheits- und außenpolitische Initiative eingeleitet, die zentrale Elemente der Außen- und Entwicklungspolitik aus dem Blickwinkel der Gesundheit beleuchten sollte. Neben solchen sektorübergreifenden Ansätzen mache auch die Wirtschaftskrise innovative Finanzierungsverfahren erforderlich, etwa eine Abgabe auf Flugreisen zur Finanzierung von Arzneimitteln, wie sie Dr. Douste-Blazy im Laufe der Tagung in seiner Eigenschaft als Exekutivdirektor der Internationalen Fazilität zum Kauf von Medikamenten (UNITAID) vorstellen werde. Auch sei Norwegen aktiv an der Hochrangigen Arbeitsgruppe für eine innovative internationale Finanzierung von Gesundheitssystemen beteiligt gewesen, deren Vorsitz Premierminister Gordon Brown (Vereinigtes Königreich) und Weltbankpräsident Robert Zoellick geführt hätten.

Prof. Alan Maynard von der Universität York (Vereinigtes Königreich) sagte als einer von drei Hauptrednern im ersten Block, dass durch die Wirtschaftskrise zwei für Entscheidungsträger zentrale Themen erneut betont würden: die Opportunitätskosten (jede Behandlung eines Patienten oder Investition in ein Programm fehle anderen Patienten oder Programmen entsprechend) und die Notwendigkeit, sich auf Wert und Nutzen einer gewählten Behandlung oder Investition zu konzentrieren. Bekanntlich bringe ein Teil der angewandten Medizin keinen erwiesenen Nutzen und sei auch nicht kosteneffektiv. Große Unterschiede in der klinischen Praxis würden seit Jahrzehnten aufgezeigt, doch von den politischen Entscheidungsträgern ignoriert. Die Gesundheitsversorgung sei nicht immer sicher, im Krankenhausbereich gebe es Fehlerquoten von 10% und die Behandlungsergebnisse würden nicht ausreichend im Verhältnis zu ihrer lebensverlängernden oder qualitätsverbessernden (in Bezug auf physische und psychische Funktionen) Wirkung gemessen. Auch die Politikgestaltung werde kaum ausgewertet. Die ungleiche Verteilung von Einkommen und Wohlstand werde in der bevorstehenden Rezession schwerlich abnehmen. Dabei würden die wirtschaftlichen Probleme Rationierungen deutlicher hervortreten lassen und die Notwendigkeit zur Priorisierung von Investitionen unterstreichen.

Prof. Guillem López-Casasnovas von der katalanischen Universität Pompeu Fabra (Spanien) ging näher auf wirtschaftliche und gesellschaftliche Krisenfolgen ein. Die Wirtschaft der Eurozone werde 2009 um 2,5% schrumpfen und die Arbeitslosenquote auf 9,1% steigen (wobei Einzelwerte der Länder noch viel schlechter ausfielen). Als Antwort auf die Finanzkrise hätten die Regierungen der Eurozone 2,5% ihres Bruttoinlandsprodukts (BIP) für Kapitalspritzen und Subventionen sowie 1,5% für fiskalische Anreize zugesagt und damit ihre Schulden weiter vergrößert. Somit würden die staatlichen Defizite von 1,7% des BIP im Jahr 2009 auf 4,0% im Jahr 2009 und 4,4% im Jahr 2010 steigen. Allerdings sei die Reaktion der Wirtschaft auf verschiedene fiskalische Anreize auch von einer Reihe institutioneller Faktoren (Verkrustungen der Märkte, Vorhandensein sozialer Sicherheitsnetze) sowie deren Umfang und Veränderbarkeit abhängig.

Für den einzelnen Bürger werde sich die Krise auf viele soziale Gesundheitsdeterminanten wie Einkommen, Beschäftigung, Ausbildung, Ernährung, Unternehmensgebaren (etwa Vermarktung und Preisgestaltung) und Besteuerung auswirken. Das Ausmaß sei auch vom Umfang der familiären Rücklagen, von den Grundsicherungsmodellen für Familien und allgemeine Wohlfahrt, von der Bedeutung der Einwanderung usw. abhängig. Mehr denn je müsste man auf maßgeschneiderte Konzepte für konkrete Risikogruppen setzen und zugleich eine Ausgewogenheit zwischen Ausgaben der öffentlichen Hand, Sozialleistungen und privater Finanzierung finden und für Generationengerechtigkeit sorgen (die Verschiedenheit und nicht der Durchschnitt sollte das relevante Element neuer Politikansätze sein). Allgemein könne man sagen, die Rückläufigkeit direkter Steuereinnahmen solle durch eine selektivere und modernere Ausgabenpolitik der öffentlichen Hand kompensiert werden. Es gebe aber immer noch nicht hinreichend überzeugende Belege für schon früher beobachtete Zusammenhänge: weitere epidemiologische und makroökonomische Analysen der gesellschaftlichen Faktoren seien nötig, wobei ein Ansatz des „Unterschieds in den Unterschieden“ verfolgt werden sollte.

Andererseits seien die Verknüpfung von Gesundheit und Wirtschaftswachstum in den weniger entwickelten Ländern gut belegt: Armut wirke sich auf die Gesundheit und Gesundheit auf die Armut aus. Die Regierungen solcher Länder sollten sich in diesem Kontext weg von den Direktzahlungen der Verbraucher orientieren und ausgewählten, öffentlich finanzierten Gesundheitsprogrammen und Krankenversicherungen zuwenden. Die Industrieländer dagegen müssten vielleicht die gesellschaftlichen Gesundheitsausgaben (staatlich

regulierte Beiträge des Einzelnen und der Gemeinschaft), die mit Steuermitteln finanzierten öffentlichen Budgets und die rein privaten freiwilligen Zahlungen neu ausbalancieren. In jedem Falle aber müssten die Regierungen gegen Angst und Absonderung durch Arbeitsplatzverlust und Armut sowie gegen eine Erosion des Humankapitals durch Arbeitslosigkeit und gegen gesundheitsschädliche Auswirkungen auf Ernährung und Verhalten angehen.

Der serbische Gesundheitsminister Prof. Tomica Miloslavjević befasste sich als dritter Hauptredner mit den Herausforderungen für das serbische Gesundheitssystem durch die aktuelle Finanz- und Wirtschaftskrise. Das Land werde immer verwundbarer und signifikante Fortschritte aus den Jahren 2003 bis 2007 gingen wieder verloren: Wachstumsprognosen würden nach unten korrigiert, die wirtschaftliche Aktivität nehme ab und die Arbeitslosigkeit steige. Dadurch sanken die Beiträge zu den Sozial- und Krankenversicherungen und schrumpften die Haushalte der Gesundheitsversorgungseinrichtungen.

Die Antwort des Gesundheitssystems beruhe auf einer Reihe von Prinzipien:

- Wahrung der Solidarität bei fairer und gerechter Verteilung der finanziellen Lasten für die Gesundheit,
- Schutz der schwächsten Bevölkerungsgruppen,
- Steigerung der Wirtschaftlichkeit und weiterer Ausbau der bereits durch die Gesundheitsreform erzielten Fortschritte,
- Sicherung und Fortführung der Investitionen in die Gesundheit.

Daher seien insbesondere Zuzahlungen justiert und Beitragsrückstände öffentlicher und privater Unternehmen für die Krankenversicherung per Gesetz eingefordert worden. Programme für Vorsorge und Gesundheit der Bevölkerung würden u. a. mit Mitteln des Globalen Fonds für die Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria, der Weltbank und der Europäischen Union gesichert. Private Gesundheitseinrichtungen würden zu Haushaltsdisziplin verpflichtet und in staatlichen Kliniken würden freiwillige Zahlungen für zusätzliche Gesundheitsangebote eingeführt. Minister müssten den Gesundheitsbereich zum Wohle der Gesundheit ihrer Bevölkerungen so steuern, dass die grundlegenden Verpflichtungen, zu deren Einhaltung sie sich in der Charta von Tallinn bekannt hätten, trotz der Herausforderungen durch die Wirtschafts- und Finanzkrise eingehalten würden.

Vom Podium (Zusammensetzung siehe Anhang 1) kam Lob für den von Serbien eingeschlagenen Weg. Grundsätzlich sei es wichtig die Qualität der Gesundheitsversorgung zu steigern, die Sicherheit der Patienten zu erhöhen und Lebensstilfaktoren wie Tabak- und Alkoholkonsum zu beeinflussen. Kostenvorteile und größere Wirtschaftlichkeit ließen sich bei Bedarf durch eine Konzentration auf die primäre Gesundheitsversorgung und eine Reduktion der Zahl der Krankenhausaufnahmen erzielen. Auch beim Gesundheitspersonal und einer besseren Ausbildung, insbesondere in Bezug auf Führungsaufgaben, müsse angesetzt werden. Die Krankenversicherungen einiger Länder hätten Reserven aufgebaut, die dem Gesundheitssystem die Erhaltung seiner Zugänglichkeit ermöglichten und so angesichts der Einschnitte in die Ausgaben der öffentlichen Hand tatsächlich als Auffangnetz fungierten. Andere Länder hätten eine Erhöhung von Zuzahlungen durch Patienten während der Krise ausgeschlossen und die Ärzte zur Verschreibung der billigsten verfügbaren Arzneimittel verpflichtet oder Karenzzeiten für die Krankengeldzahlungen verlängert. Wo bereits Reformen initiiert worden seien, müsse das Reformtempo beibehalten werden und Experten (und die WHO) sollten hierzu durch den Erfahrungsaustausch aus der Beobachtung der Reformwirkung auf die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme ermutigen.

Im Osten der Europäischen Region hätten die Länder zwar schon im Gefolge der Auflösung der Sowjetunion zu Beginn der 1990er Jahre einen wirtschaftlichen Umbau vollzogen, doch liege ihr BIP pro Kopf immer noch weit unter dem westlichen Durchschnitt. Die staatlichen Ausgaben für das Gesundheitssystem lägen entsprechend niedriger, ein höherer Anteil der Kosten für die Gesundheitsversorgung werde von den einzelnen Menschen selbst getragen und die Wirtschaftskrise sowie die mit ihr einhergehenden schlechteren Wechselkurse verstärkten diese Tendenz noch, weil Arzneimittel teurer würden oder schwieriger zu beschaffen seien. Wo die Wirtschaftskrise schon am härtesten spürbar werde, sollten sich die Regierungen auf den Sozialbedarf konzentrieren und den am stärksten betroffenen Menschen, etwa Kindern und Arbeitslosen, psychologische Unterstützung anbieten und Beschäftigung und Dienste aufrechterhalten, indem sie Gehälter proportional kürzten und zum Gebrauch von Generika übergingen.

Aus dem Podium wurde die Wahrnehmung geäußert, dass die Wirtschaftskrise „ohne Einschränkung schlecht“ sei: die einzige praktikable Reaktion der Länder könne sein, weiter zu rationalisieren, wo ohnehin schon gekürzt worden sei. Wenn sich der Wandel schon unter günstigen wirtschaftlichen Vorzeichen nicht habe erreichen lassen, dann sei seine Durchsetzung in der aktuellen Krisenlage noch unwahrscheinlicher. Andere waren jedoch der Ansicht, dass sich die Krise auch als Chance für einen Impuls zum Wandel nutzen lasse. Der gemeinsame Nenner dafür müsse Solidarität sowohl in den Ländern (im Sinne allgemeiner Versorgung und besonderer Berücksichtigung von Risikogruppen) als auch unter den Mitgliedstaaten in den unterschiedlichen Teilen der Region sein. Dazu seien ein langer Atem und wahrhaft innovative Maßnahmen erforderlich, die zusätzlichen Nutzen bedeuteten, Patientensicherheit gewährleisteten und Qualitätsunterschiede in der Gesundheitsversorgung abbauten. Hierfür sei es unerlässlich den Erfolg der Reformen an konkreten, vorher bestimmten Parametern zu messen, eine transparente Auswertung der Leistungen von Gesundheitspersonal und Gesundheitssystem insgesamt vorzunehmen und sich genau anzusehen, welche Maßnahmen für die individuelle und kollektive Gesundheit unternommen würden. Die WHO habe für die Beobachtung der Entwicklungen und die Beratung der Länder eine wesentliche Rolle auszufüllen, damit diese angemessene Maßnahmen auf Grundlage der besten verfügbaren Erkenntnisse treffen könnten.

Wirtschaftskrise und soziale Determinanten von Gesundheit

Prof. Sir Michael Marmot vom University College London (Vereinigtes Königreich) führte Befunde der von ihm geleiteten Kommission für soziale Determinanten an: dramatische Ungleichheiten in der globalen Gesundheitslage und ein gesundheitliches Sozialgefälle in allen Ländern, Landesteilen und Städten. Arbeitslosigkeit und irreguläre Beschäftigung nähmen bereits zu und würden infolge der Wirtschaftskrise wahrscheinlich noch weiter ansteigen. Der Internationale Währungsfonds habe festgestellt, dass „eine tückische Rückkopplungsschleife zwischen Real- und Finanzwirtschaft nun ihren Tribut fordere“ (*World Economic Outlook*, Januar 2009) und die Internationale Arbeitsorganisation (IAO) prognostiziere einen weltweiten Anstieg der Arbeitslosigkeit von 5,7% im Jahr 2007 auf 6,1 bis 7,1% im Jahr 2009 (bis zu 50 Mio. zusätzliche Arbeitslose) und klassifiziere weitere 200 Mio. Menschen als „erwerbstätige Arme“ (Tageseinkommen unter 1,25 US-\$) (*Trends Econometric Models*, Dezember 2008). Auch prekäre Beschäftigungsverhältnisse (ohne finanzielle Sicherheit, Sozialschutz, Schutz vor Gefahr für Leib und Seele usw.) nähmen global zu, was zum Teil auf Entscheidungen in wohlhabenderen Ländern zurückzuführen sei. Es gebe zudem eine deutliche Korrelation zwischen Bildungsstand, Gesellschaftsschicht und Arbeitslosigkeit.

Die Unsicherheit der Anstellungsverträge (fest oder befristet) spiegelte sich in der Prävalenz psychischer Erkrankungen und der allgemeinen Sterblichkeit wider, wobei Kinder häufiger psychische Störungen aufwiesen, wenn beide Eltern arbeitslos oder sie die Kinder von Alleinerziehenden seien. Beschäftigungspolitik sei daher zugleich Gesundheitspolitik und den Ländern sei anzuraten, von der IAO empfohlene Schritte wie die Ausweitung der Arbeitslosenversicherung, die Umschulung Arbeitsloser und Investitionen in die kommunale Infrastruktur, in Wohnungen und in „grüne Arbeitsplätze“ zu verwirklichen.

Das Zentrum für globale Entwicklung sei im breiteren Kontext der Entwicklungsagenda zu der Einschätzung gelangt, dass die Entwicklungsländer in den kommenden zwei Jahren eine Billion US-\$ benötigten, damit sie Banken retten, finanzielle Anreize geben und soziale Sicherungsnetze auf einem Mindestniveau erhalten könnten. Die Industrieländer hätten eine Mitverantwortung zur Beschaffung dieser Mittel. Im Vergleich seien für eine weltweite Sanierung von Elendsvierteln aber weniger als 100 Mrd. US-\$ erforderlich und diese könnten gemeinschaftlich von internationalen Organisationen und Gebern, nationalen und lokalen Verwaltungen sowie den Haushalten selbst aufgebracht werden. Um die Kluft binnen einer Generation zu schließen (wie im Bericht der Kommission gefordert) müsse nun gehandelt werden, vor allem damit gesundheitliche Chancengleichheit in allen Politikbereichen gesichert werde und soziale Gerechtigkeit im Zentrum aller Politik stehe. Wie die Veröffentlichung des Beveridge-Berichts über das Sozialversicherungswesen des Vereinigten Königreichs im Jahr 1942 und die Vereinbarung von Bretton Woods zur Regulierung des internationalen Währungssystems im Jahr 1944 so finde auch die derzeitige Wirtschaftskrise zu einem Zeitpunkt statt, der geeignet sei eine Welt zu schaffen, in der soziale Gerechtigkeit ernst genommen werde.

In der sich anschließenden Diskussion sprachen die Podiumsmitglieder über wahrscheinliche Folgen der ökonomischen Krise für die sozialen Determinanten der Gesundheit in ihren Ländern. Die meisten erwarteten, dass das Lohn- und Beschäftigungsniveau abnehmen und die Menschen daher über weniger Kaufkraft verfügen würden und sich Zuzahlungen für ihre medizinische Versorgung schlechter leisten könnten. Der gesellschaftliche Druck werde zu einem Anstieg der Erkrankungen von Herz-Kreislauf und Verdauungssystem sowie zu Drogenmissbrauch und psychischen Störungen führen. Die Wirtschaftskrise könne aber auch Fremdenfeindlichkeit fördern. Immigranten seien ohnehin besonders gefährdet nicht nur in Bezug auf psychische Erkrankungen, sondern auch auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen und übertragbare Krankheiten. Für sie und für in Armut geratene Menschen seien Schutzmaßnahmen wie ein Mindestangebot an Krankenversicherungsleistungen und allgemeiner Zugang zu wirksamen medizinischen Behandlungen erforderlich.

Der Import von Arzneimitteln und Ausrüstungen stelle viele nationale Gesundheitssysteme vor eine große Herausforderung und letztlich könne die Krise so den Impuls zum Aufbau heimischer Industrien in diesen Branchen und zum vermehrten Gebrauch von Generika geben. Unabhängig davon, ob die Etats für den laufenden Betrieb oder die Vergabeverfahren zentral oder dezentral gesteuert würden, so sei vielleicht eine bessere Ausbildung der Führungskräfte und eine strengere Überwachung der Ausgaben, Kapitalinvestitionen und Krankenversicherungsbeiträge erforderlich. Es müsse jede Anstrengung unternommen werden, um Kosteneffektivität und Produktivität des Gesundheitssystems zu steigern. Weil benachteiligte Menschen und Länder am stärksten von der Wirtschaftskrise getroffen würden, seien gezielte Stützpakete gegen die Verbreiterung der Kluft zwischen arm und reich im Bereich von Gesundheit und Wohlstand so wichtig. In einer globalisierten Wirtschaft sollten reiche Länder aus eigenem Interesse Solidarität und Unterstützung für ärmere Länder in

einem Geist der wechselseitigen Hilfe und wachsenden Koordination und Kooperation aufbringen.

Die Erfahrung lehre, wie wichtig es in einer Wirtschaftskrise sei, ein hohes Maß an Solidarität und sozialer Sicherheit zu gewährleisten, öffentliche Ausgaben und gesundheitliche Grundversorgung aufrechtzuerhalten und verstärkt in Krankheitsvorsorge und Gesundheitsförderung zu investieren. Sektorübergreifende Zusammenarbeit werde immer wichtiger und man müsse sich anstrengen, das Thema Gesundheit in allen Politikbereichen zu verankern. Auf kürzere Sicht sollten psychosoziale Angebote helfen, die durch die Arbeitslosigkeit verursachten Probleme zu bewältigen (wobei die Angebote auf besonders anfällige Gruppen zugeschnitten sein sollten und das vielleicht Weiterbildung voraussetze, damit gut ausgebildete und motivierte Gesundheitsfachkräfte zur Verfügung stünden). Die Steuern auf Tabak, Alkohol und ungesunde Lebensmittel müssten eventuell zum Nutzen der Bevölkerungsgesundheit erhöht werden.

Stärkung der Gesundheit und der Gesundheitssysteme in Krisenzeiten

Die Millenniums-Entwicklungsziele

In einer kurzen per Video eingespielten Ansprache betonte der norwegische Ministerpräsident Jens Stoltenberg, dass die Länder in der globalen Wirtschaftskrise Aufwendungen für Gesundheit als Zukunftsinvestition für Wohlstand und Wohlfahrt weiter priorisieren und nicht als Kosten betrachten sollten. Die Industrienationen sollten sich wie im eigenen Land auch in den Entwicklungsländern für die Verteidigung der Gesundheitsausgaben einsetzen. In der Krise dürften die schwächsten Glieder nicht am stärksten belastet werden. Sein Land bleibe jedenfalls dem Erreichen der Millenniums-Entwicklungsziele verpflichtet. Seit deren Annahme habe sich die globale Entwicklungshilfe im Gesundheitsbereich mehr als verdoppelt, doch immer noch sterbe jede 3. Sekunde ein Kind und die wirtschaftliche Krise bedrohe einen Großteil der erzielten Fortschritte. Noch größere Anstrengungen seien also erforderlich. Die Lösung bestehe in Afrika wie in Europa in dem Angebot eines guten Gesundheits- und Sozialwesens gerade für die Schwächsten im Geiste von Solidarität, Chancengleichheit und Teilhabe. Die Regierungen müssten über den Krisenhorizont hinaus blicken, um eine bessere Gesundheit für alle zu sichern.

Die Krise unter dem Aspekt finanzieller und personeller Ressourcen und ihrer Folgen für die Migration von Gesundheitspersonal

Als ein Beispiel für Ansätze zur Bewältigung finanzieller Folgen der Wirtschaftskrise sah der Sonderberater des Generalsekretärs der Vereinten Nationen für innovative Entwicklungsfinanzierung Dr. Philippe Douste-Blazy die Arbeit der Internationalen Fazilität zum Kauf von Medikamenten (UNITAID) im Bereich der Behandlung von HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose in Entwicklungsländern. Wegen rückläufiger offizieller Entwicklungsgelder und Investitionen sowie gesunkener Rohstoffpreise werde bis 2015 eine Finanzierungslücke von 30 Mrd. US-\$ für das Erreichen der Millenniums-Entwicklungsziele erwartet. Die Hälfte davon könne durch innovative Finanzierungsarten auf der Grundlage zusätzlicher, vorhersehbarer und nachhaltiger Leistungen gedeckt werden.

Zur Finanzierung würden Steuern auf globale Aktivitäten (z. B. die UNITAID-Abgabe auf Flugtickets), freiwillige Solidarbeiträge und weitere Mechanismen genutzt, welche öffentliche Einrichtungen wie die Internationale Finanzfazilität für Immunisierungen (IFFIm) und

die Globale Allianz für Impfstoffe und Immunisierung (GAVI) sowie ethisch orientierte und verantwortlich handelnde Investitionsfonds gewährten. In weniger als zwei Jahren seien so vornehmlich durch die Flugabgabe über 600 Mio. US-\$ eingenommen worden, die direkt in pädiatrische antiretrovirale Therapien (ARV) und Auffangbehandlungen (second-line ARV) sowie die Prävention der Mutter-Kind-Übertragung von HIV geflossen seien. UNITAID übernehme in achtzig Ländern die Kosten für drei von vier wegen HIV behandelten Kindern und größere Preisnachlässe für ARV-Medikamente seien erreicht worden. Eine Spendensammlung beim individuellen Kauf einer Flugreise (durch die drei wichtigsten global agierenden Verkaufsstellen) solle im September 2009 beginnen. Außerdem versuche man die Organisation und die Effizienz des Arzneimittelzugangs durch eine Patentsammlung zu verbessern, die mit Steuermitteln in Industrieländern entwickelte Arzneimittel für Entwicklungsländer außerhalb des Patentsystems zur Verfügung stelle.

Laut Mary Robinson, Präsidentin von Realizing Rights: Ethical Globalization Initiative und Ko-Vorsitzende im Global Policy Advisory Council für die Migration von Gesundheitspersonal, widersprach die aktuelle Lage Artikel 28 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte („Jeder hat Anspruch auf eine soziale und internationale Ordnung, in der die in dieser Erklärung verkündeten Rechte und Freiheiten voll verwirklicht werden können“). Fortschritte bei den Millenniums-Entwicklungszielen würden durch die Wirtschaftskrise gefährdet. Also müsse zusammen mit dem Wachstumspaket für die reichen Länder, das die G20 (20 systemisch wichtige Industrie- und Entwicklungsländer) am gleichen Tag in London erörterten, ein vergleichbares Paket für die Entwicklungsländer beschlossen werden, damit die Millenniums-Entwicklungsziele, insbesondere in Bezug auf die Gesundheit, erreicht würden.

Es gebe noch keine Statistiken über die Auswirkungen der Wirtschaftskrise auf die Migration von Arbeitskräften, doch könnten veränderte Migrations- und Mobilitätsmuster durch sie ausgelöst werden. Das Global Policy Advisory Council trete gerade in eine kritische Phase seiner Arbeit und werde auf seiner nächsten Zusammenkunft die aktuelle Krise auch vor dem Hintergrund einer Äußerung des amerikanischen Präsidenten Barack Obama bewerten: „... die Feststellung, dass wir Pflegekräfte importieren müssten, ergibt überhaupt keinen Sinn ... wir stellen doch nur nicht die zu ihrer Ausbildung erforderlichen Ressourcen bereit und das müssen wir ändern“. Seine Aussage erkenne den wichtigen Grundsatz an, dass eine Selbstversorgung mit Gesundheitspersonal insbesondere in diesen schwierigen Zeiten anzustreben sei und sich global positiv auswirken werde.

Sie begrüßte den in der Charta von Tallinn erkennbaren ethischen Ansatz zur Stärkung der Gesundheitssysteme und wies darauf hin, dass die Wirtschaftskrise starke soziale Sicherungssysteme erforderlich mache. Die Sicherung des allgemeinen Zugangs zu einem funktionierenden Gesundheitssystem und insbesondere zur primären Gesundheitsversorgung müsse Teil des Wachstumspakets sein, das die Teilnehmer des G20-Gipfels schnüren wollten. Die globale Gesundheitsarbeit solle sich in erster Linie auf die primäre Gesundheitsversorgung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung konzentrieren. Wie auf der hochrangigen Konsultationstagung der WHO zum Thema Finanzkrise und globale Gesundheit in Genf im Februar bemerkt worden sei, müssten die Gesundheitsverantwortlichen bereit sein, in Zeiten der Krise unmissverständlich und auf der Grundlage solider Erkenntnisse für die Gesundheit einzutreten. Die ökonomische Krise mache neue Strategien gegen Überschneidungen und doppelte Arbeit, für Synergieeffekte und vor allen Dingen für eine schnelle Ausweitung der Ausbildung von Gesundheitspersonal und insbesondere gemeindenahen Kräften vor Ort erforderlich.

In einem Filmbeitrag wurde die Arbeit der WHO für die Entwicklung eines Verhaltenskodex zur grenzüberschreitenden Anwerbung von Gesundheitspersonal dargestellt.

Von Podiumsmitgliedern dieser Sitzung wurde die Aufforderung zu Solidarität angesichts der Wirtschaftskrise unterstützt und angeregt, dass die Entwicklungshilfe für den Bereich Gesundheit während der Krise nicht gekürzt werde und dass die Länder weiter die in der Erklärung von Paris über die Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit zum Ausdruck gebrachten Verpflichtungen erfüllen sollten. Es solle versucht werden, größere Stimmigkeit und Schlüssigkeit im Vorgehen aller Regierungsressorts zu erzielen, etwa durch die Einrichtung interministerieller Arbeitsgruppen.

Sie wiesen auch darauf hin, dass in einigen der Mitgliedstaaten in der Europäischen Region der WHO die Engpässe auf dem Arbeitsmarkt im Gesundheitsbereich strukturell bedingt seien, während die Wirtschaftskrise in anderen eine Reihe von Risiken mit sich bringe in Form unzureichender finanzieller Anreize, Landflucht des Gesundheitspersonals, Wechsel in den Privatsektor oder in andere Wirtschaftsbranchen oder gar Länder. Personalengpässe im Gesundheits- und Pflegebereich könnten den Zugang der Bevölkerung zur Gesundheitsversorgung beeinträchtigen. Um Gesundheitspersonal zu halten könnten auf mittlere Sicht Strategien für die Entwicklung und Fortbildung der Fachkräfte entwickelt, Unterkünfte in ländlichen Gebieten angeboten und Anreize für eine vorübergehende Beschäftigung im Ausland mit einer Verpflichtung zur Rückkehr ins Heimatland geschaffen werden. Der Mittelbau im Gesundheitsbereich (wie Krankenschwestern und -pfleger) könne mit Vorteil für die Erbringung vieler Gesundheitsleistungen eingesetzt werden. Die Podiumsmitglieder stimmten darin überein, dass die internationale Anwerbung von Gesundheitspersonal eine ethische Dimension besitze, berichteten über Schritte zur Schaffung zwischenstaatlicher Ausbildungsangebote und begrüßten die Arbeit der Global Health Workforce Alliance sowie der von ihr eingesetzten Arbeitsgruppe zum Thema Migration.

Gesundheitsschutz durch gestärkte Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO

In einem kurzen Filmbeitrag wurde die primäre Gesundheitsversorgung in Archangelsk (Russische Föderation) vorgestellt.

Prof. Martin McKee, Forschungsleiter am European Centre on Health of Societies in Transition, London School of Hygiene and Tropical Medicine in London, nannte eine Reihe von Konsequenzen der Wirtschaftskrise für die Gesundheitssysteme. Dazu zählten Einnahmeausfälle der Gesundheitsversorgung, Währungsverluste, Ausbreitung des Niedriglohnssektors und höhere Arbeitslosigkeit, niedrigere Zinsen und Ungewissheit über die wirtschaftliche Entwicklung. Andere Sektoren würden dagegen durch Einschnitte im Gesundheitsbereich betroffen: eingeschränkte Bautätigkeit wirke sich auf das Baugewerbe aus, die Schließung von Einrichtungen führe zu längeren Anfahrtswegen (mit Folgen für Umwelt und Beschäftigung) und die Kosten der Arbeitslosenversicherung könnten steigen. Zu persönlichen Konsequenzen der Wirtschaftskrise zählten der Verlust von Sparguthaben und Wohnungen sowie ein Anstieg der Scheidungsrate. Direkte Gesundheitsfolgen seien ein Anstieg von Diabetes und Bluthochdruck und kurzfristig der Männersterblichkeit und der Sterblichkeit aufgrund von Herzerkrankungen. Eine Rezession wirke sich sowohl positiv als auch negativ auf die Gesundheitsdeterminanten aus: Einerseits führe sie zu verringerter Kalorienzufuhr, erhöhter körperlicher Betätigung und nachhaltigem Gewichtsverlust der Bevölkerung, andererseits jedoch auch zu vermehrtem Verzehr minderwertiger Lebensmittel.

Ein Teil der Antwort des Gesundheitssektors könne ein Ausbau des sozialen Sicherheitsnetzes sein, damit es vor ruinösen Gesundheitsausgaben schützen, rückschrittliche informelle Zahlungen in den Griff bekommen und die Bezahlbarkeit von Arzneimitteln sichern könne. Kontrolle und Analyse sollten verstärkt werden, indem man Gesundheitsthemen in Erhebungen zu Arbeitskräfteangebot und Familieneinkommen aufnehme, Kohortenstudien zu Veränderungen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Lage über längere Zeiträume schaffe (wobei benachteiligte Bevölkerungsgruppen besonders berücksichtigt werden sollten) und die Analysekapazitäten weiterentwickle. Die Mittel für den Gesundheitssektor könnten wirksamer eingesetzt werden, wenn evidenzbasierte Leitlinien befolgt, ein geeigneter Qualifikationsmix geschaffen und Generika genutzt würden. Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung diene zwar der gesundheitsförderlichen Wirkung der öffentlichen Ausgaben insgesamt, doch lasse sich durch die Bewältigung der Erkrankungsursachen noch mehr erreichen. Die Wirtschaftskrise biete dem Gesundheitssektor eine Chance in der sich wandelnden Gesellschaft eine Führungsrolle auszufüllen.

Mitglieder des Podiums bekräftigten, dass unmittelbare Folgen der Wirtschaftskrise ein Anstieg der Suizidrate, des Alkoholmissbrauchs und psychischer Störungen zu sein schienen. In Ländern mit öffentlichen und privaten Gesundheitssystemen seien dadurch markant mehr Fälle aufgenommen worden, was zu längeren Wartezeiten und Engpässen bei Krankenhauskapazität und Bettenangebot geführt habe.

Daher müssten einige Mitgliedstaaten mehr für das öffentlich finanzierte Gesundheitssystem ausgeben als geplant, selbst wenn dies zu Haushaltsdefiziten führe. Die Gelegenheit werde zur Erhöhung der Tabak- und Alkoholsteuern und zur Einführung neuer Steuern auf ausgewählte Lebensmittel und Getränke (zur Unterstützung gesundheitsförderlichen Verhaltens), auf Werbung und Umsatz der Pharmaindustrie (nicht auf die Arzneimittel selbst) und auf ausufernde Bonuszahlungen und Pensionen genutzt. Gleichzeitig würden Strukturen reformiert und Kosten begrenzt, damit die primäre Gesundheitsversorgung effizienter werde oder auch besser den Patientenwünschen entspreche. Die Krise könne auch dazu genutzt werden, unpopuläre Schritte wie die Rationalisierung und Verkleinerung des Krankenhauswesens vorzunehmen und neue Angebote wie Gesundheitsförderung, Krebsvorsorge und Hauspflege einzuführen. Außerdem bedeute die aktuelle Lage auch Auftrieb für mehr Wahlfreiheit der Patienten (auf Grundlage vergleichender Leistungsindikatoren) und die Abschaffung des Apothekenmonopols bei gleichzeitig strengerer Reglementierung des Gesundheits- und Sozialsektors mit dem Ziel einer wirksamen Nutzung der Ressourcen und der Aufrechterhaltung der Patientensicherheit.

In der Mitte und im Osten der Region seien die Gesundheitssysteme in Schwierigkeiten, weil Beiträge auswärtiger Partner verringert oder eingestellt wurden und die Arzneimittelpreise in den vergangenen Monaten steil anzogen. Immerhin hätten Reformen der vergangenen Jahre wie die Einführung einer soliden und effizienten Versicherung (öffentlich und privat mit staatlichen Zuschüssen für Bedürftige) die Auswirkungen der Wirtschaftskrise abgemildert.

In allen Mitgliedstaaten müssten die Regierungen stärker auf das makroökonomische Gewicht des Gesundheitssystems achten, schon weil es in vielen Ländern der größte Arbeitgeber sei. Es wurde angeregt, die WHO solle mit dem Internationalen Währungsfonds, Vertretern der Wirtschaft und den Finanzministerien auf Länderebene eine Konsultation zu dieser Thematik initiieren. Außerdem könne das Regionalbüro im Geiste der Solidarität und der Verteidigung der Menschenrechte überlegen, ein paneuropäisches Gesundheitsprogramm für Roma und andere marginalisierte Bevölkerungsgruppen zu entwerfen.

Strategien zur Überwindung der gesundheitlichen Auswirkungen der Krise

Die stellvertretende norwegische Ministerin für Gesundheit und Pflegedienste Rigmor Aarud wiederholte, dass trotz der Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen in der Region alle Regierungen der Mitgliedstaaten vor einer doppelten Herausforderung stünden, die sich aus begrenzten finanziellen Mitteln einerseits und einer wachsenden Nachfrage nach Angeboten der Gesundheitsversorgung andererseits ergebe, wobei letztere durch die Alterung der Bevölkerung und die geänderte Krankheitslast zu erklären sei. Norwegen bereite derzeit eine Reform seines Gesundheitssystems vor, durch die zusätzliche Ressourcen in Vorsorge und primäre Gesundheitsversorgung fließen und so die gesundheitlichen Resultate optimiert werden sollen. Man wolle auch die Organisation der Gesundheitsdienste genauer betrachten, damit jede notwendige Behandlung auf dem richtigen Niveau angeboten wird und die primäre, sekundäre und tertiäre Versorgungsebene gut aufeinander abgestimmt sind.

Weil gute Gesundheit die vielleicht wichtigste Voraussetzung für Wohlergehen und Produktivität in einer Gesellschaft sei, wären andauernde und nachhaltige Investitionen in sie so wichtig. Man wolle Haushaltskürzungen für die Ressorts Gesundheit, Bildung und Soziales entgegentreten, weiterhin ausreichende Mittel für den Gesundheitssektor bereitstellen und die Gesundheitsbudgets klüger nutzen. Der Charta von Tallinn zufolge entstehe aus Gesundheit Wohlstand, doch schaffe Wohlstand umgekehrt auch Gesundheit. Daher müssten Gesellschaften so organisiert sein, dass sie die Gesundheit der Bevölkerung maximierten.

Partnerorganisationen, die an der anschließenden Podiumsdiskussion beteiligt waren, betonten die Bedeutung wirtschaftlicher Aspekte und wiesen darauf hin, dass die Tschechische Republik in der Zeit ihrer Ratspräsidentschaft der Europäischen Union (EU) im Mai 2009 eine Ministerkonferenz zum Thema finanzielle Nachhaltigkeit von Gesundheitssystemen plane. Der Kampf gegen die Armut sei eines der wichtigsten Elemente der Entwicklungsagenda der EU, die auch künftig fest zur Verwirklichung der Millenniums-Entwicklungsziele entschlossen sei. Um Gesundheitsangebote erreichbarer zu machen, unterstütze sie durch finanzielle und andere Maßnahmen ein Vorgehen gegen Engpässe beim Gesundheitspersonal.

Die Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) sah in der Krise trotz realer gesundheitlicher Folgen keine direkte Bedrohung für die öffentliche Gesundheit. Allerdings bedrohe sie die Finanzierung der Gesundheitssysteme, sodass die Länder die Aufwendungen der öffentlichen Hand anpassen und langfristig ihre Ausgaben unter Kontrolle bringen müssten. Eine reaktive Strategie aus Lohnkürzungen, Anpassung der Arzneimittelpreise und Maßnahmen zum Schutz der Armen erscheine ökonomischer wirksamer als eine proaktive Strategie, die eher die Qualität der Versorgung steigere, als die dass sie die Ausgaben verringere.

Die Generaldirektion Beschäftigung, soziale Angelegenheiten und Chancengleichheit der Europäischen Kommission konzentrierte sich auf die sozialen Determinanten von Gesundheit und betonte ihren Einfluss auf das Wachstumspaket der EU. Ein Beschäftigungsgipfel sei für Mai 2009 geplant und man arbeite derzeit am Thema der gesellschaftlichen Auswirkungen langfristiger Herausforderungen wie Überalterung, Klimawandel und Globalisierung. Die Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucher führte ihre Arbeit gegen Ungleichheit in den gesundheitlichen Ergebnissen durch den Schutz benachteiligter Gruppen und die Annahme eines europäischen Pakts für psychische Gesundheit und Wohlbefinden im Juni 2008 an. Zur Bewältigung der sozialen und verhaltensbezogenen Determinanten der Gesundheit unterstütze sie Forschung und Entwicklung, baue eine Wissensdatenbank auf und fördere die

Zusammenarbeit, damit sich die Maßnahmen eines Mitgliedslandes nicht nachteilig auf die eines anderen auswirkten.

Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik sah seine Kernaufgaben in der Rolle eines Maklers und Anwenders von Forschung und Erkenntnissen. Es werde weiter die Auswirkungen der Krise auf schwache Gruppen beobachten (und versuchen sie vorherzusagen). Viel Vorbereitungsarbeit für die Konferenz von Tallinn sei im aktuellen Kontext direkt anwendbar. So seien Erkenntnisse über die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Wohlstand und über Bereiche gesammelt worden, in welche die Ressourcen im Sinne größter Kosteneffektivität geleitet bzw. umgelenkt werden sollten. Die Perspektive der gesundheitlichen Auswirkungen könne paradoxerweise dazu führen, dass Mittel aus dem Gesundheitsministerium in andere Ressorts gelenkt würden, wenn Krankheitsprävention priorisiert werde. Das Observatorium werde sein Engagement für einen Grundsatzdialog mit den Ländern und für einen Erfahrungsaustausch über die optimale Anwendung der Erkenntnisse in der Wirtschaftskrise fortsetzen.

Die Weltbank unterstützte ebenfalls eine Reaktion des sozialen Sektors mit Schwerpunkten auf Krankheitsprävention, Förderung gesunder Lebensweisen (Tabak, Ernährung, Alkohol und Straßenverkehrssicherheit), Schutz schwacher Gruppen, öffentliche Ausgaben und Verknüpfung sozialer Sicherheitsnetze mit den Gesundheitsindikatoren. Die begonnenen Reformen sollten fortgesetzt werden, damit die Mittel der öffentlichen Hand möglichst effizient eingesetzt würden.

Die Health Management Association betonte die Bedeutung von politischer Führung und von Investitionen in die Leitungskapazitäten. Die European Public Health Association unterstützte die Betonung des Pflegebereichs und der primären Gesundheitsversorgung. Sie sah in der Krise eine Chance, die Geschlechterperspektive für Gesundheitsprobleme weiter zu öffnen und einen Ansatz zu verfolgen, der alle Akteure einschließlich nichtstaatlicher Organisationen umfasse.

Am Schluss bestand Einigkeit darüber, dass Wachstumspakete klare Regelungen für gesundheitsbezogene Maßnahmen enthalten sollten. Das Gesundheitssystem sei nicht nur ein wichtiger Bestandteil des sozialen Sicherheitsnetzes, sondern auch ein intelligenter Akteur der Volkswirtschaft, wie die Charta von Tallinn hervorgehoben habe. Die WHO müsse in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle übernehmen und die Agenden verschiedener Akteure in einem Rahmen für die Zusammenarbeit aufeinander abstimmen.

In einem kurzen Film wurde dann ein Amsterdamer Frühwarn- und Überweisungsmodell zur Verhütung von Obdachlosigkeit vorgestellt.

Empfehlungen

Der Generaldirektor für Gesundheit und Leitende Medizinaldirektor Norwegens Dr. Bjørn-Inge Larsen fasste die zentralen aus der Tagung hervorgegangenen Empfehlungen zusammen:

1. Verteilung von Wohlstand auf der Grundlage von Solidarität und Chancengleichheit

Die Gesundheitsbehörden in der gesamten Europäischen Region sind besorgt darüber, dass das gegenwärtige wirtschaftliche System nicht zu einer Verteilung des Wohlstands führt, die den Werten Solidarität und Chancengleichheit entspricht, und dass dadurch die Verbesserung der Gesundheitssituation beeinträchtigt wird. Die Gesundheitspolitiker fordern deshalb Veränderungen an den ökonomischen Verhältnissen, um eine solche Verbesserung zu begünstigen.

2. Erhöhung der staatlichen Entwicklungshilfe mit dem Ziel, die Schwächsten zu schützen

Besonders in den ärmeren Ländern riskiert die Bevölkerung in Krisenzeiten gesundheitliche Rückschritte. Die aktuelle Krise ist daher der falsche Zeitpunkt, staatliche Entwicklungshilfe zu kürzen; stattdessen sollte sie eher erhöht werden.

3. Investitionen in die Gesundheit zur Erhöhung des Wohlstands; Erhaltung der Gesundheitsetats

Investitionen in die Gesundheit sind Investitionen in Entwicklung, soziales Wohlergehen und Wohlstand der Menschen. Mehr Gesundheit führt auch zu mehr Wohlfahrt. Durch Investitionen in die Gesundheit wird Wohlstand geschaffen. Gesundheitsetats, Krankenversicherung und Beschäftigung sollten während des gesamten Konjunkturabschwungs geschützt werden. Gesundheits- und umweltbezogene Investitionen sollten in Programme zur Wiederbelebung der Wirtschaft aufgenommen werden.

4. Jeder Minister ist ein Gesundheitsminister

Das Konzept der „Gesundheit in allen Politikbereichen“ sollte gefördert werden. Alle politischen Reformen sollten auf ihre gesundheitliche und verteilungsbezogene Wirkung überprüft werden.

5. Erhaltung kosteneffektiver Leistungen des Gesundheitsschutzes und der primären Gesundheitsversorgung

Bei Kürzungen von Gesundheitsausgaben ist darauf zu achten,

- dass die Ausgaben für öffentliche Gesundheitsprogramme unangetastet bleiben;
- dass die Ausgaben für die primäre Gesundheitsversorgung unangetastet bleiben;
- dass Ausgaben für die am wenigsten kosteneffektiven Leistungen gekürzt werden. Diese dürften in der Regel unter den hochtechnologischen und kostenintensiven Leistungen in Krankenhäusern zu finden sein. Investitionspläne für kostspielige Einrichtungen sollten hinausgezögert und die Verwendung von Generika gefördert werden.

6. Mehr Geld für Gesundheit und mehr Gesundheit fürs Geld

Mehr Geld sollte für den Gesundheitsbereich verfügbar gemacht werden und bessere gesundheitliche Ergebnisse für das investierte Geld sollten gesichert werden. Die Qualität sollte durch transparente Überwachung und Leistungsbewertung verbessert werden. Die

evidenzbasierte Medizin sollte gestärkt und mehr Sicherheit in der Gesundheitsversorgung gewährleistet werden.

7. Stärkung des allgemeinen Zugangs zu Programmen der sozialen Sicherung

Die Krise sollte als Chance für eine bessere Abstimmung und Stärkung des allgemeinen Zugangs zu Programmen der sozialen Sicherung genutzt werden.

8. Gewährleistung eines allgemeinen Zugangs zur Gesundheitsversorgung

Die Krise sollte als Chance für die Gewährleistung eines allgemeinen Zugangs zur Gesundheitsversorgung genutzt werden. Soziale Sicherungsnetze sollten für die am stärksten gefährdeten sozialen Gruppen gewährleistet werden.

9. Förderung von universellen, obligatorischen und Umverteilung begünstigenden Formen der Steuererhebung

Eine gerechte Lastenverteilung bei der Finanzierung der Gesundheitsversorgung durch universelle, obligatorische und Umverteilung begünstigende Formen der Steuererhebung sollte angestrebt werden.

10. Prüfung der Einführung bzw. Erhöhung von Steuern auf Tabak, Alkohol, Zucker und Salz

Konzepte zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit durch Gesundheitsreformen unter Berücksichtigung der Strukturen sollten geprüft werden. Beispiele wären eine Erhöhung von Steuern auf Tabak, Alkohol und Produkte mit hohem Zucker- oder Salzgehalt. Dies könnte zur Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme beitragen und gleichzeitig positive Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit haben.

11. Intensivierung der Ausbildung von Gesundheitsfachkräften und die Gewährleistung ihrer Anwerbung nach ethischen Grundsätzen

Selbst während der Krise muss Klarheit über den gegenwärtigen Personalmangel im Gesundheitsbereich und über den künftig zu erwartenden Anstieg der Nachfrage nach Gesundheitsfachkräften bestehen. Die Ausbildung von Gesundheitsfachkräften und ggf. örtlichem medizinischem Personal sollte intensiviert werden. Die Krise sollte als Chance zur Gewinnung neuer Gesundheitsfachkräfte genutzt werden. Die Arbeit an einem Verhaltenskodex für die sektor- und grenzüberschreitende Personalanwerbung nach ethischen Grundsätzen sollte fortgesetzt werden.

12. Förderung einer aktiven Beteiligung der Öffentlichkeit an der Entwicklung von Maßnahmen zur Milderung der Auswirkungen der Wirtschaftskrise auf die öffentliche Gesundheit

Die Gesundheitsbehörden sollten sich um eine stärkere Einbeziehung und Mitwirkung der Öffentlichkeit an der Gestaltung von Entscheidungen in Bezug auf die Krise sowie an der Umsetzung solcher Entscheidungen bemühen. Die Beteiligung der Öffentlichkeit könnte direkte (öffentliche Debatten, Konsultationen) oder indirekte Formen annehmen; in letzterem Fall könnte eine Vertretung der Bürger auch durch Organisationen, Verbände oder Gewerkschaften erfolgen.

Anhang 1

Programm

Mittwoch, 1. April 2009

Begrüßung und Eröffnung

Zielsetzung der Tagung

Bjarne Håkon Hanssen, Minister für Gesundheit und Soziales
Dr. Marc Danzon, WHO-Regionaldirektor für Europa
Botschaft von Dr. Margaret Chan, WHO-Generaldirektorin

Sitzung 1: Auswirkungen des Wirtschaftsabschwungs auf Gesundheitssysteme und gesundheitliche Resultate in den Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO

Die aktuelle finanziellen und ökonomische Krise: wichtigste Folgen für Gesellschaft und Gesundheitssystem

Vorsitz: Dr. Marc Danzon, WHO-Regionaldirektor für Europa

Eröffnungsrede: Jonas Gahr Støhre, Außenminister Norwegens

Grundsatzredner:

Prof. Alan Maynard, Universität York (Vereinigtes Königreich)
Prof. Guillem López-Casasnovas, Universität Pompeu Fabra Katalonien (Spanien)
Prof. Tomica Milosavljević, Gesundheitsminister Serbiens

Podiumsteilnehmer:

Prof. Ara Babloyan, Vorsitzender, Ständiger Ausschuss für Gesundheit der Nationalversammlung (Armenien)
Dr. Johan De Cock, Generaladministrator, Gesundheitsversicherungsinstitut (Belgien)
Jesper Fisker, Generaldirektor und Leitender Medizinaldirektor (Dänemark)
Maris Jesse, Leiterin, Staatliches Institut für Gesundheitsentwicklung (Estland)
Dr. José Martínez Olmos, Generalsekretär für Gesundheit (Spanien)

Die Krise und die sozialen Determinanten von Gesundheit

Vorsitz: Dr. Bjørn-Inge Larsen, Generaldirektor, Direktorat für Gesundheit und Soziales (Norwegen)

Grundsatzredner:

Prof. Sir Michael Marmot, Leiter, International Institute for Society and Health, und Forschungsprofessor, Department of Epidemiology and Public Health, University College London (Vereinigtes Königreich)

Podiumsteilnehmer:

Dr. Anila Godo, Gesundheitsministerin (Albanien)
Dr. Amela Lolić, Stellvertretende Ministerin, Bereich Gesundheitsversorgung, Ministerium für Gesundheit und Soziales (Bosnien und Herzegowina)

Paula Risikko, Ministerin für Gesundheit und Soziales (Finnland)
Dr. Giancalro Ruscitti, Regionalsekretär für Gesundheit und Soziales, Region Veneto (Italien)
Dr. Marc J. W. Sprenger, Generaldirektor, Nationales Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt (RIVM) (Niederlande)
Dr. Vasilli Ivanovich Zharko, Gesundheitsminister (Belarus)

Donnerstag, 2. April 2009

Sitzung 2: Stärkung der Gesundheit und der Gesundheitssysteme in Krisenzeiten

Die Millenniums-Entwicklungsziele angesichts der aktuellen ökonomischen Krise

Botschaft von Jens Stoltenberg, Ministerpräsident Norwegens

Die Krise unter dem Gesichtspunkt der finanziellen und personellen Ressourcen - Auswirkungen der Migration von Gesundheitspersonal

Vorsitz: Dr. Elias Mossialos, Forschungsleiter, London School of Economics and Political Science (Vereinigtes Königreich)

Grundsatzredner:

Dr. Philippe Douste-Blazy, Vorsitzender des Exekutivrats von UNITAID
Mary Robinson, Präsidentin von Realizing Rights: the Ethical Globalization Initiative und Ko-Vorsitzende von Health Worker Global Policy Advisory Council

Podiumsteilnehmer:

Dr. Mircea Buga, Stellvertretender Gesundheitsminister (Republik Moldau)
Dr. Zhaksylyk A. Doskaliyev, Gesundheitsminister Kasachstans
Vitaly Flek, Stellvertretender Direktor, Abteilung für den Ausbau der Krankenversicherung, Ministerium für Gesundheit und Soziale Entwicklung
Dr. Adham Ikramov, Erster Stellvertretender Gesundheitsminister (Usbekistan)
Prof. Maria do Céu Machado, Hohe Kommissarin für Gesundheit, Gesundheitsministerium (Portugal)
Mircea Manuc, Staatssekretär, Gesundheitsministerium (Rumänien)
S. B. Rakhmonov, Stellv. Gesundheitsminister Tadschikistans

Gesundheitsschutz durch gestärkte Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO

Vorsitz: Dr. Bjørn-Inge Larsen, Generaldirektor, Direktorat für Gesundheit und Soziales (Norwegen)

Grundsatzredner:

Prof. Martin McKee, Forschungsleiter, European Centre on Health of Societies in Transition, London School of Hygiene and Tropical Medicine (Vereinigtes Königreich)

Podiumsteilnehmer:

Lars-Erik Holm, Generaldirektor, Staatliches Amt für Gesundheit und Gemeinwohl (Schweden)
Dr. Mihaly Kokeny, Präsident des parlamentarischen Gesundheitsausschusses (Ungarn)

Rinalds Mucins, Unterstaatssekretär für Politische Planung, Gesundheitsministerium (Lettland)
Christos Patsalides, Gesundheitsminister (Zypern)
Prof. Nikoloz Pruidze, Stellvertretender Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Georgien)
Jean-Philippe Viquant, Stellvertretender Direktor, Gesundheitsfinanzierung, Ministerium für Gesundheit und Sport (Frankreich)

Sitzung 3: Strategien zur Überwindung der gesundheitlichen Auswirkungen der Krise

Vorsitz: Dr. Nata Menabde, Stellvertretende Regionaldirektorin, WHO-Regionalbüro für Europa

Grundsatzredner:

Rigmor Aasrud, Stellvertretende Ministerin für Gesundheit und Pflege (Norwegen)

Podiumsteilnehmer:

Jeni Bremner, Direktorin, European Health Management Association

Wojciech Dziworski, Leitender Analytiker für Ökonomie und Politik, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher, Europäische Kommission

Dr. Josep Figueras, Leiter, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik

Ivo Hartmann, Generaldirektor, Wirtschafts- und Außenangelegenheiten, Ministerium für Gesundheit, EU-Ratspräsidentschaft (Tschechische Republik)

Dr. Rekha Menon, Leitender Ökonom, Vertretung der Weltbank in Chisinau (Republik Moldau)

Fritz von Nordheim, Sachbearbeiter, Sozialschutz und Sozialdienste, Generaldirektion Beschäftigung, Soziales und Chancengleichheit, Europäische Kommission

Mark Pearson, Leiter der Gesundheitsabteilung, Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

Paul de Raeve, Generalsekretär, Europäische Föderation der Pflegeverbände

Empfehlungen der Tagung Schlussbemerkungen und Tagungsende

Dr. Bjørn-Inge Larsen, Generaldirektor, Direktorat für Gesundheit und Soziales (Norwegen)

Dr. Marc Danzon, WHO-Regionaldirektor für Europa

Anhang 2

Teilnehmerliste

Mitgliedstaaten

Albanien

Dr. Anila Godo
Gesundheitsministerin

Certa Picari
Generalsekretärin, Gesundheitsministerium

Rudi Hado
Botschafter, Botschaft Albaniens in Schweden

Armenien

Prof. Ara Babloyan
Vorsitzender, Ständiger Ausschuss für Gesundheit, Nationalversammlung

Arman Melkonyan
Berater des Ministers, Gesundheitsministerium

Dr. Ara Ter Grigoryan
Direktor, Staatliche Gesundheitsagentur, Gesundheitsministerium

Belarus

Dr. Vasilii Ivanovich Zharko
Gesundheitsminister

Edouard N. Glazkov
Leiter, Abteilung Auswärtige Beziehungen, Gesundheitsministerium

Belgien

Dr. Johan De Cock
Generaladministrator, Gesundheitsversicherungsinstitut

Leen Meulenbergs
Leiterin der Abteilung für internationale Beziehungen, Föderaler Öffentlicher Dienst
Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt

Bosnien und Herzegowina

Sredoje Nović
Minister für Verwaltungsangelegenheiten

Dr. Safet Omerović
Gesundheitsminister

Dr. Ranko Škrbić
Minister für Gesundheit und Soziales, Republik Srpska

Dr. Goran Cerkez
Stellvertretender Minister, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Bundesministerium für Gesundheit

Dr. Amela Lolić
Stellvertretende Ministerin, Bereich Gesundheitsversorgung, Ministerium für Gesundheit und Soziales

Dänemark

Jesper Fisker
Generaldirektor und Leitender Medizinalbeamter, Dänisches Gesundheitsamt

Marianne Kristensen
Leitende Beraterin, Dänisches Gesundheitsamt

Deutschland

Chariklia Tzimas
Beraterin, Multilaterale Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, Bundesministerium für Gesundheit

Estland

Dr. Liis Rooväli
Leiterin, Abteilung Gesundheitsinformation und -analyse, Ministerium für Soziales

Kristel Sarapuu
Beraterin des Ministers für Soziales

Finnland

Paula Risikko
Ministerin für Gesundheit und Soziales

Outi Kuivasniemi
Politische Beraterin, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Frankreich

Bernard Bedas
Berater für Soziales, Französische Botschaft in Schweden

Géraldine Bonnin
Missionsleiterin, Delegation für europäische und internationale Fragen, Ministerium für
Gesundheit und Sport

Agnès Leclerc
Delegation für europäische und internationale Fragen, Ministerium für Gesundheit und
Sport

Georgien

Prof. Nikoloz Pruidze
Stellvertretender Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Prof. Paata Imnadze
Generaldirektor, staatliches Zentrum für Krankheitsbekämpfung und öffentliche Gesund-
heit (NCDC), Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Island

Berglind Ásgeirsdóttir
Ständige Sekretärin, Gesundheitsministerium

Dr. Matthias Halldorsson
Ärztlicher Direktor für Gesundheit, Gesundheitsdirektion

Israel

Prof. Avi Israeli
Generaldirektor, Gesundheitsministerium

Kasachstan

Dr. Zhaksylyk A. Doskaliyev
Gesundheitsminister

Salidat Kairbekova
Leiterin, Abteilung für sozioökonomische Analysen, Präsidentialverwaltung

Kirgisistan

Zarina Nazarova
Leiterin, Abteilung für Wirtschafts- und Finanzpolitik, Gesundheitsministerium

Kroatien

Dr. Mario Bagat
Staatliche Krankenversicherung

Dr. Velibor Drakulic
Leiter, Abteilung für Krankenhausversorgung, Ministerium für Gesundheit und Gemein-
wohl

Lettland

Rinalds Mucins
Stellvertretender Staatssekretär, Gesundheitsministerium

Litauen

Dr. Nora Ribokiene
Stellvertretende Gesundheitsministerin, Gesundheitsministerium

Jūrate Sabaliene
Referatsleiterin, Gebietskrankenkasse

Dr. Algis Sasnauskas
Leiter, staatlicher Patientenfonds

Malta

Dr. John M. Cachia
Direktor, Abteilung für internationale Gesundheit, Gesundheitsministerium

Monaco

Robert Fillon
Botschafter der Ständigen Vertretung Monacos bei den Vereinten Nationen in Genf

Niederlande

Dr. Marc Sprenger
Generaldirektor, staatliches Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt (RIVM)

Frau Regine Aalders
Leiterin, Globale Gesundheit, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport

Fred Lafeber
Leiter, Referat Globale Fragen, Abteilung Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport

Norwegen

Bjarne Håkon Hanssen
Minister für Gesundheit und Pflegedienste

Rigmor Aasrud
Staatssekretärin, Ministerium für Gesundheit und Soziales

Dr. Bjørn-Inge Larsen
Generaldirektor für Gesundheit und Leitender Medizinalbeamter, Gesundheitsdirektion

Ole T. Andersen
Generaldirektor, Abteilung Internationale Zusammenarbeit und Bereitschaft, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

Jon Bakkerud
Leitender Berater, Gesundheitsdirektion

Anne Barre
Direktorin der Abteilung für internationale Fragen, Institut für öffentliche Gesundheit

Per Gunnar Dahl
Leitender Berater, Nordischer Ministerrat, Kopenhagen

Maria-Pia de Palo
Leitende Beraterin, Nordischer Ministerrat

Dr. Maiken Engelstad
Beigeordnete Generaldirektorin, Ministerium für auswärtige Angelegenheiten

Jon Espelid
Leitender Exekutivbeamter, Gesundheitsdirektion

Dr. Eva Finstad
Leitende Beraterin, Abteilung für globale Initiativen und Gleichstellung der Geschlechter,
Ministerium für auswärtige Angelegenheiten

Janicke Fischer
Leitende Beraterin, Gesundheitsdirektion

Frode Forland
Leiter, Abteilung für primäre Gesundheitsversorgung, Gesundheitsdirektion

Bjarne Garden
Leitender Berater, NORAD

Lars Grønseth
Leitender Berater, NORAD

Prof. Bjørn Guldvog
Stellvertretender Generaldirektor für Gesundheit und Leitender Medizinalbeamter, Gesundheitsdirektion

Dr. Andreas Disen
Generaldirektor, Abteilung primäre Gesundheitsversorgung und Pflegedienste, Ministerium
für Gesundheit und Pflegedienste

Dr. Lars Hansen
Generaldirektor, Norwegisches Gesundheitsamt

Hans Knut Hauge
Generaldirektor, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

Odd-Arild Haugen
Sonderberater, Gesundheitsdirektion

Elizabeth Hoff
Einsatzleiterin, UNITAID

Knut Inge-Klepp
Leiter, Abteilung für öffentliche Gesundheit und Wohlfahrt, Gesundheitsdirektion

Jacob Jorem
Gesundheitsdirektion

Anne Kari Lande Hasle
Generalsekretärin, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

Sverre Lie
Sonderberater, Gesundheitsdirektion

Herr Thor Erik Lindgren
Leitender Berater, Ständige Vertretung Norwegens bei dem Büro der Vereinten Nationen in Genf

Dr. Sigrun Møgedal
Leitende Exekutivberaterin, Büro der Generaldirektorin, NORAD

Øydis Monsen
Höhere Exekutivbeamtin, Gesundheitsdirektion

Magne Nylenna
Leiter (kommissarisch), Wissenszentrum für Gesundheit

Ingvar T. Olsen
Leitender Berater, NORAD

Carmen Pereira
Leitende Beraterin, Gesundheitsdirektion

John-Arne Røttingen
Generaldirektor (kommissarisch), Wissenszentrum für Gesundheit

Arne-Petter Sanne
Leiter (kommissarisch), Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

Dr. Anne-Grethe Skjellanger
Leitende Beraterin, Gesundheitsdirektion

Olav Slåttebrekk
Leiter, Abteilung für Gesundheitsökonomie und Finanzierung, Gesundheitsdirektion

Geir Stene-Larsen
Leiter, Institut für öffentliche Gesundheit

Tale Teisberg
Generaldirektorin, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

Knut I. Tønsberg
Leitender Berater, Abteilung für Kommunikation und Dokumentation, Gesundheitsdirektion

Tone Torgersen
Leitende Beraterin, Gesundheitsdirektion

Einar Torkilseng
Berater, Gesundheitsdirektion

Dr. Steiner Westin
Abteilung für öffentliche Gesundheit und Allgemeinmedizin, Universität für Wissenschaft und Technologie

Tone Wroldsen
Leitende Beraterin, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

Österreich

Dr. Helmut Friza
Gesundheitsattaché, Ständige Vertretung Österreichs bei dem Büro der Vereinten Nationen in Genf

Portugal

Prof. Maria do Céu Machado
Hochkommissarin für Gesundheit, Gesundheitsministerium

Dr. Francisco George
Generaldirektor für Gesundheit, Gesundheitsministerium

Dr. Manuel Teixeira
Vorstandsvorsitzender, Zentralverwaltung des Gesundheitssystems, Gesundheitsministerium

Republik Moldau

Dr. Mircea Buga
Stellvertretender Minister, Gesundheitsministerium

Marina Semeniuc
Leiterin, Abteilung Gesundheit und Soziales, Finanzministerium

Rumänien

Liviu Manaila
Staatssekretär, Gesundheitsministerium

Dr. Paul Radu
Berater des Staatssekretärs, Gesundheitsministerium

Russische Föderation

Valentina Shirakova
Direktorin, Abteilung für Kindergesundheit und Geburtshilfe

Vitaliy O. Flek
Berater des Stellvertretenden Ministers für Gesundheit und Soziale Entwicklung

Dr. Evgeniy Slastnykh
Chef für auswärtige Angelegenheiten, Abteilung für internationale Zusammenarbeit und Öffentlichkeitsarbeit, Ministerium für Gesundheit und soziale Entwicklung

Schweden

Lars-Erik Holm
Generaldirektor, Staatliches Amt für Gesundheit und Gemeinwohl

Fredrik Lennartsson
Stellvertretender Generaldirektor, Leiter der Abteilung Europäische Union und Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit und Soziales

Schweiz

Jean-Daniel Biéler
Stellvertretender Leiter, Abteilung Internationales, Bundesamt für Gesundheit

Serbien

Prof. Dr. Tomica Milosavljević
Gesundheitsminister

Dr. Ivana Misić
Stellvertretende Ministerin, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsüberwachung,
Gesundheitsministerium

Vladislav Mladenović
Botschafter, Botschaft Serbiens in Norwegen

Slowakei

Martina Veresová
Leiterin, Abteilung öffentliche Finanzen und Finanzierungsfragen, Gesundheitsministerium

Spanien

Dr. José Martínez Olmos
Generalsekretär für Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Tadschikistan

Sohibnazar Rahmonov
Stellvertretender Gesundheitsminister

Saidali Khafizov
Leiter, Abteilung Wirtschaft und Haushaltsplanung, Gesundheitsministerium

Tschechische Republik

Ivo Hartmann
Generaldirektor, Wirtschaftliche und Internationale Angelegenheiten, Ministerium für
Gesundheit

Dr. Lucie Bryndova
Beraterin des Ministers, Ministerbüro, Gesundheitsministerium

Lukas Matysek
Sekretär, Abteilung Europäische und internationale Angelegenheiten, Gesundheitsministe-
rium

Türkei

Memet Atasever
Leiter, Abteilung für strategische Entwicklung, Gesundheitsministerium

Ukraine

Igor Yakovenko
Stellvertretender Gesundheitsminister

Iryna Fedenko
Leiterin, Abteilung für internationale Beziehungen und europäische Integration, Gesund-
heitsministerium

Ungarn

Noémi Kondorosi
Beraterin, Abteilung Europäische und internationale Angelegenheiten, Gesundheitsministe-
rium

Usbekistan

Dr. Adham Ilhakhmov Ikramov
Erster Stellvertretender Gesundheitsminister

Dr. Bakhtiyor Khashimov
Leiter, Direktion für Finanzen und Wirtschaft, Gesundheitsministerium

Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland

Dr. Nick Banatvala
Leiter, Abteilung für globale Fragen, Gesundheitsministerium

Zypern

Dr. Christos Patsalides
Gesundheitsminister

George Campanellas
Leiter des Ministerbüros, Gesundheitsministerium

Dr. Dimitris Efthymiou
Berater, Gesundheitsministerium

**Mitglieder des Exekutivrats aus der Europäischen Region
Mitglieder des Ständigen Ausschusses des Regionalkomitees**

Prof. Ion Ababii
Rektor, Staatliche medizinische Universität (Republik Moldau)

Prof. Sabahattin Aydın
Stellvertretender Unterstaatssekretär, Gesundheitsministerium (Türkei)

Dr. Boris Ivanovich Dimitrov
Berater des Ministers, Gesundheitsministerium (Kirgisistan)

Dr. Mihály Kökény
Präsident des parlamentarischen Gesundheitsausschusses (Ungarn)

Dr. Vladimir Lazarevik
Assistenzprofessor, Institut für Sozialmedizin, Medizinische Fakultät Skopje (ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien)

Grundsatzredner, Vorsitzende

Dr. Philippe Douste-Blazy
Vorsitzender, Vorstand UNITAID, Weltgesundheitsorganisation (Schweiz)

Prof. Guillem López-Casasnovas
Lehrstuhl für öffentliche Finanzen, Universität Pompeu Fabra Katalonien (Spanien)

Prof. Martin McKee
Professor für European Public Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine (Vereinigtes Königreich)

Prof. Sir Michael Marmot
Leiter, Department of Epidemiology and Public Health, University College London (Vereinigtes Königreich)

Prof. Alan Maynard
Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie, Abteilung für Gesundheitswissenschaften, Universität York (Vereinigtes Königreich)

Prof. Elias Mossialos
Leiter, LSE Health, London School of Economics and Political Science (Vereinigtes Königreich)

Mary Robinson
Präsidentin, Realizing Rights: The Ethical Globalization (Vereinigte Staaten von Amerika)

Partnerorganisationen

Paul Belcher
Berater der EU für Regierungsfragen, Royal College of Psychiatrists (Vereinigtes Königreich)

Martin Bratt
Einsatzleiter, The Millennium Foundation for Innovative Finance for Health

Jeni Bremner
Direktorin, European Health Management Association

Wojciech Dziworski
Leitender Analytiker für Ökonomie und Politik, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher, Europäische Kommission

Rekha Menon
Leitende Ökonomin, ECSHD, Vertretung der Weltbank (Republik Moldau)

Fritz von Nordheim
Sachbearbeiter, Sozialschutz und Sozialdienste, Generaldirektion Beschäftigung, Soziales und Chancengleichheit, Europäische Kommission

Mark Pearson
Leiter der Gesundheitsabteilung, Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

Paul De Raeve
Generalsekretär, Europäische Föderation der Pflegeverbände

Matthias Schuppe
Generalsekretär Internationales Gesundheitsforum

Laurence Thurion
UNITAID, Weltgesundheitsorganisation

Berater auf Zeit/Sachverständige

Enkelejda Malaj
Leiterin des Ministerbüros, Gesundheitsministerium

Siegfried Walch
Abteilungsleiter, Management Centre, Innsbruck (Österreich)

Bojidar Nanev
Ratspräsident des bulgarischen Ärzteverbandes (Bulgarien)

Dr. Maris Jesse
Leiterin, Staatliches Institut für Gesundheitsentwicklung (Estland)

Dr. Hannes Danilov
Leiter, Krankenversicherungsfonds (Estland)

Prof. Vappu Taipale
Nationales Institut für Gesundheit und Soziales, Finnland

Prof. Gudjón Magnússon
Lehrstuhl für öffentliche Gesundheit, Hochschule für Gesundheit und Bildung, Universität Reykjavik (Island)

Dr. Giancarlo Ruscitti
Regionalsekretär für Gesundheit und Soziales, Region Veneto (Italien)

Dr. Giovanni Fattore
Institut für öffentliche Verwaltung und Gesundheitsversorgung, Bocconi-Universität Mailand (Italien)

Leonor Bacelar-Nicolau
Forscherin/Assistenzprofessorin, Institut für Präventivmedizin, Lissabon (Portugal)

Dr. Mark Tsechkovski
Berater, Zentrales Forschungsinstitut für Organisation und Informationstechnologie im Bereich öffentliche Gesundheit (Russische Föderation)

Prof. Valeria Lekhan
Leiterin, Lehrstuhl für Sozialmedizin und Gesundheitsmanagement, Medizinische Akademie Dnipropetrovsk (Ukraine)

Dr. Marc Suhrcke
Lehrstuhl für öffentliche Gesundheit und Gesundheitsökonomie, Hochschule für Medizin, Gesundheitspolitik und -praxis, Universität East Anglia (Vereinigtes Königreich)

Jean-Phillippe Vinquant
Stellvertretender Direktor, Gesundheitsfinanzierung, Ministerium für Gesundheit und Sport

Weltgesundheitsorganisation

Hauptbüro

Dr. Andrew Cassels
Direktor, Gesundheitspolitik, Entwicklung und Dienste

Dr. David Evans
Direktor, Finanzierung von Gesundheitssystemen

Dr. Haik Nikogosian
Sekretariatsleiter, Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs

Regionalbüro für Europa

Dr. Marc Danzon
Regionaldirektor

Dr. Nata Menabde
Stellvertretende Regionaldirektorin

Dr. Nedret Emiroglu
Geschäftsführende Direktorin, Abteilung Gesundheitsprogramme

Dr. Enis Barış
Direktor, Abteilung Gesundheitssysteme der Länder

Dr. Josep Figueras
Leiter, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik

Joseph Kutzin
Regionalbeauftragter, Finanzierung von Gesundheitssystemen

Dr. Antonio Duran
Berater

Dr. Tamás Evetovits
Leitender Sachverständiger für Gesundheitsfinanzierung

Charles Robson
Leiter, Referat Übersetzung und Redaktion (*Berichterstatter*)

Faith Kilford
Konferenzkommunikation

Janna Riisager
Verwaltungsreferentin

Kaja Kaasik-Aaslav
Assistentin

Elena Nivaro
Assistentin des Regionaldirektors

Dolmetscher

Rosamund Durnford-Slater
Heide Olsen
Eva Bonnard-Sjøgren
Gabrielle Rusch
Stein Larsen