



Gesundheitsfinanzierungspolitik: Orientierungshilfe für politische Entscheidungsträger

Joseph Kutzin

**Grundsatzpapier zur Gesundheitsfinanzierung
Abteilung Gesundheitssysteme der Länder**

ZUSAMMENFASSUNG

Mit diesem Dokument soll ein Konzept für die Gesundheitsfinanzierung herausgearbeitet werden, das die Länder an ihre jeweiligen nationalen Gegebenheiten anpassen können. Dieses umfasst: 1) eine Beschreibung von auf zentralen Werten der WHO beruhenden Zielen in der Gesundheitsfinanzierung; 2) die Schaffung eines konzeptionellen Rahmens zur Analyse von Organisation und Funktionen des Finanzierungssystems; und 3) die Bestimmung des Einflusses maßgeblicher Kontextfaktoren, insbesondere finanzieller Engpässe, auf die Fähigkeit eines Landes zur Erreichung politischer Ziele oder zur Umsetzung bestimmter Reformen. Weil die Bedingungen innerhalb der Region von Land zu Land so unterschiedlich sind, gibt es kein „Patentrezept“ (also kein allgemein gültiges Finanzierungsmodell oder -system), das sich für alle Länder eignen würde. Obwohl das Konzept also auf gemeinsamen Werten und Zielen gründet, erlaubt es doch realistische länderspezifische Analysen und Empfehlungen. Die zentrale Botschaft für Entscheidungsträger lautet, dass sie die schädlichen Konsequenzen einer Zersplitterung des Finanzierungssystems erkennen und gegen diese ankämpfen und dafür sorgen sollten, dass die Instrumente der Gesundheitsfinanzierung kontinuierlich auf die gesundheitspolitischen Ziele abgestimmt werden.

Schlüsselwörter

FINANCING, HEALTH
HEALTH ECONOMICS
DELIVERY OF HEALTH CARE – economics
HEALTH POLICY
POLICY MAKING
EUROPE

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

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark

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

© Weltgesundheitsorganisation 2008

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

Die in dieser Publikation benutzten 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 Eignigkeit 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 die Veröffentlichung ohne irgendeine explizite oder implizite Gewähr herausgegeben. Die Verantwortung für die Deutung und den Gebrauch 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 Expertengruppen geäußerten Ansichten sind nicht unbedingt Ausdruck der Beschlüsse oder der erklärten Politik der Weltgesundheitsorganisation.

Danksagung:

Dieses Dokument wurde von Joseph Kutzin, dem Regionalbeauftragten für Gesundheitssystemfinanzierung beim WHO-Regionalbüro für Europa, erstellt. Der Autor bedankt sich bei folgenden Mitarbeitern für ihren Beitrag zur Ausrichtung, Strukturierung und inhaltlichen Gestaltung des Dokuments: Antonio Duran, Tamas Evetovits, Peter Gaal, Melitta Jakab, Jenni Kehler, Nata Menabde, Claudio Politi und Jens Wilkens. Sein Dank gilt außerdem auch Susan Ahrenst, die am Layout und an der Fertigstellung dieses Berichts mitgewirkt hat.

INHALT

	<i>Seite</i>
Zweck des Dokuments und thematischer Überblick.....	1
Die drei Säulen der Gesundheitsfinanzierung.....	1
Die erste Säule: Vorgeschlagene Ziele der Gesundheitsfinanzierung	3
Die zweite Säule: Konzeptioneller Rahmen für die Organisation von Gesundheitsfinanzierungssystemen	9
Dritte Säule: Einbeziehung fiskalischer Engpässe und anderer Umstände.....	14
Entscheidende politische Herausforderungen: Aufsplitterung überwinden und Abstimmung erreichen.....	20
Erkennung, Verringerung oder Beseitigung der Folgen der Aufsplitterung.....	20
Reforminstrumente auf Grundsatzziele abstimmen.....	21
Schlussfolgerungen: Grundsätze und praktische Schritte für Politiker	23
Literatur	26

Zweck des Dokuments und thematischer Überblick

1. Die Staaten der Europäischen Region der WHO stehen wie die Staaten in der übrigen Welt bei der Finanzierung ihrer Gesundheitssysteme vor schwierigen Herausforderungen und Entscheidungen. Neue Arzneimittel und technologische Fortschritte, zunehmende Erwartungen der Patienten und die Überalterung der Bevölkerung heizen allesamt die Nachfrage an und treiben so die Kosten für das Gesundheitssystem nach oben. Gleichzeitig engen die makroökonomischen, demografischen und fiskalischen Bedingungen den Spielraum der Regierungen für eine simple Aufstockung der öffentlichen Mittel für das Gesundheitswesen ein. Die Kombination aus steigendem Kostendruck und begrenztem Spielraum für Ausgabenerhöhungen zwingt die Regierungen dazu, Möglichkeiten der Reformierung der Finanzierung ihrer Gesundheitssysteme zu prüfen.

2. Auf die Frage, wie die Gesundheitssysteme zu finanzieren sind, gibt es keine allgemein gültige Antwort. Denn nicht nur sind die konkreten Anforderungen in jedem Land anders, sondern verfügt jedes Land auch bereits über ein historisch gewachsenes System der Gesundheitsfinanzierung. In vielen Ländern der Europäischen Region existieren die nationalen Systeme der Gesundheitsfinanzierung in ihren Grundzügen seit Jahrzehnten (in einigen Fällen seit mehr als 50 oder sogar 100 Jahren) und sind Teil einer nationalen kulturellen Identität (z. B. der National Health Service im Vereinigten Königreich oder die soziale Krankenversicherung in Deutschland) (1). In solchen Ländern geht es in Debatten über die Reform des Finanzierungssystems eher um Änderungen an den Rändern als um durchgreifende organisatorische Veränderungen. In vielen anderen Ländern der Region, insbesondere in denjenigen, die sich seit 1990 im Umbruch befinden, lassen sich die Finanzierungssysteme ohne diesen starken kulturellen/historischen Überbau nüchterner als eine Reihe von Sachregelungen betrachten. Und in vielen dieser Länder wurden tiefer greifende Reformen der Gesundheitsfinanzierung bereits umgesetzt oder werden derzeit geprüft.

3. Das WHO-Regionalbüro für Europa muss in der Lage sein, jedes Land der Region bei der Bewältigung der Herausforderungen und Prioritäten unter den jeweiligen landesspezifischen Gegebenheiten zu unterstützen. Das erfordert einen fachlich fundierten und fest in den gemeinsamen Wert- und Zielvorstellungen von WHO und Mitgliedstaaten verankerten Ansatz, der jedoch flexibel genug für eine Anpassung an die verschiedenen Systeme und Gegebenheiten innerhalb der Region ist und so nützliche Analysen wie auch konkrete Empfehlungen und Ratschläge ermöglicht. Was wir hier anstreben, ist ein Ansatz für die Gesundheitsfinanzierung, der den Mitgliedstaaten eine gebührende Berücksichtigung der Gegebenheiten im eigenen Land erlaubt.

Die drei Säulen der Gesundheitsfinanzierung

4. Das Konzept der WHO ruht auf drei Pfeilern (Abb. 1). Wir beginnen mit einer Reihe von Zielen für die Gesundheitsfinanzierung, die sich auf alle Länder anwenden lassen, die auf den zentralen Werten der WHO (2) beruhen und die aus dem im Weltgesundheitsbericht 2000 (3) dargestellten Rahmen stammen. Sie geben die **Richtung** für die Reformierung des Systems vor. Die vorgeschlagenen Grundsatzziele können an sich auch als Kriterien zur Bewertung der Wirkung der Reformen auf die Systeme der Gesundheitsfinanzierung dienen. Die zweite Säule besteht aus einem konzeptionellen Rahmen für die Untersuchung der Organisationsweise der nationalen Gesundheitsfinanzierung. Er dient zur Beschreibung der mit allen Finanzierungssystemen verbundenen Aufgaben und Grundsätze – unabhängig von dem für sie verwendeten Modell oder

Etikett. Die Verwendung eines solchen deskriptiven Rahmens ist erforderlich für den Zuschnitt der Analyse auf konkrete Reformen in einem konkreten länderspezifischen Kontext, denn die aktuelle Ausgestaltung des Finanzierungssystems sollte den *Ausgangspunkt* für jede Reform bilden. Die dritte Säule steht für die Erkenntnis und Analyse des begrenzenden Einflusses maßgeblicher Kontextfaktoren, insbesondere fiskalischer Hindernisse, auf die dauerhafte Verwirklichung von Grundsatzzielen durch ein Land sowie auf das Spektrum der in Frage kommenden Grundsatzoptionen. Somit ermöglicht diese Säule eine *realistische Analyse* dessen, was umsetzbar und erreichbar ist.

Abb. 1: Drei Säulen für die Analyse der Gesundheitsfinanzierung



5. Die von uns vorgeschlagenen Ziele für die Gesundheitsfinanzierung sind aus den im Weltgesundheitsbericht 2000¹ beschriebenen *Zielen* für die Gesamtleistung der Gesundheitssysteme hergeleitet, indem solche Ziele berücksichtigt wurden, die von der Art der Finanzierung beeinflusst werden. Auf dieser Grundlage haben wir für die Gesundheitsfinanzierung folgende Grundsatzziele abgeleitet:

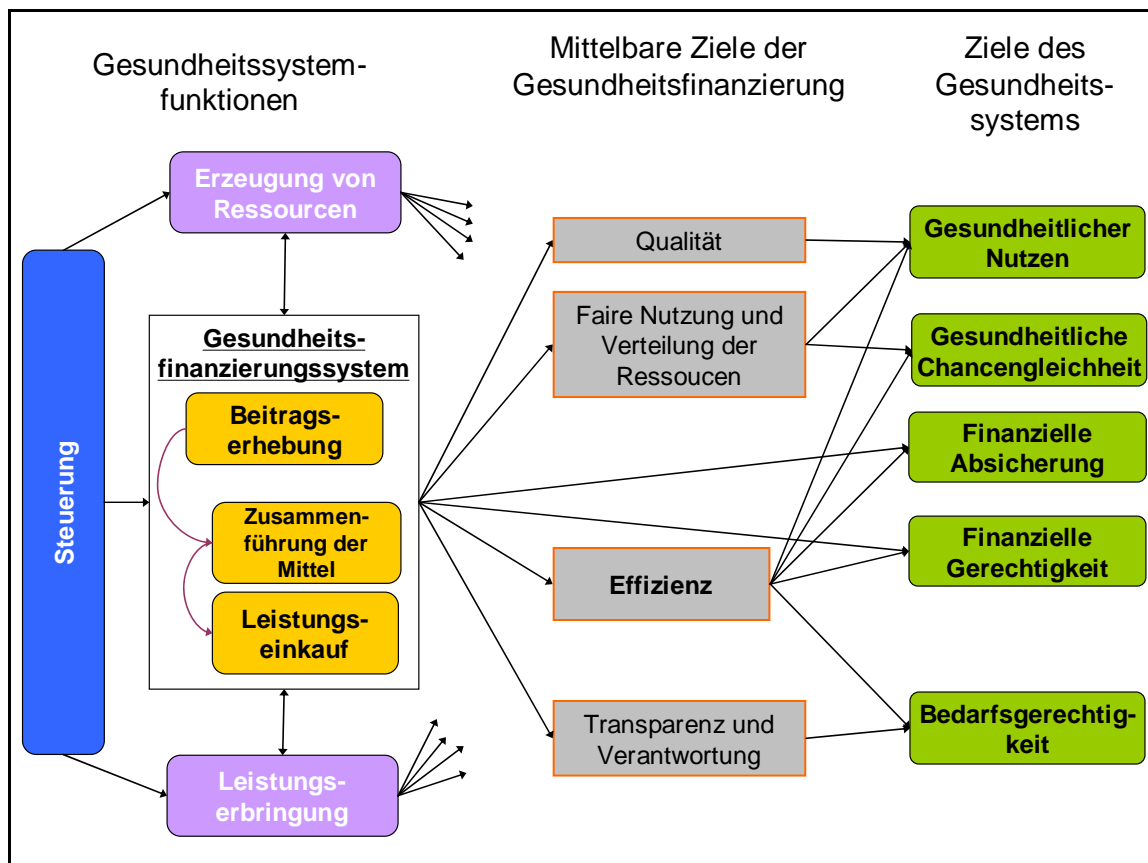
- Finanzierungsziele, die im Wesentlichen mit den allgemeinen Zielen der Gesundheitssysteme identisch sind:
 - Förderung einer allgemeinen Absicherung gegen finanzielle Risiken;
 - Förderung einer gerechteren Verteilung der Finanzierungslasten des Systems;
- Für die übergeordneten Gesundheitssystemziele erforderliche, mittelbare Ziele der Gesundheitsfinanzierung:
 - Förderung einer gemessen an der Bedürftigkeit gerechten Nutzung und Bereitstellung von Diensten;
 - Verbesserung von Transparenz und Rechenschaftsablage des Systems gegenüber der Bevölkerung;

¹ Diese Ziele sind: Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung und ihrer Verteilung; ein höheres Maß an und eine bessere Verteilung der Bedarfsgerechtigkeit des Gesundheitssystems auch in Bezug auf die (nicht die Gesundheit betreffenden) Erwartungen der Bevölkerung; größere „Fairness“ hinsichtlich der finanziellen Beiträge der Bevölkerung zum Gesundheitssystem; und größere Wirtschaftlichkeit des Gesamtsystems, d. h. maximale Zielerreichung mit den vorhandenen Mitteln.

- Förderung von Qualität und Effizienz bei der Leistungserbringung und
- Verbesserung der Effizienz in der Verwaltung der Gesundheitsfinanzierung.

6. Auch der deskriptive Rahmen gründet auf dem Weltgesundheitsbericht 2000, der Finanzierung als eine von vier Funktionen des Gesundheitssystems herausgestellt hat.² Das *Gesundheitsfinanzierungssystem* besteht aus konkreten Teilfunktionen und Grundsätzen – Beitragserhebung, Zusammenführung von Mitteln, Einkauf von Dienstleistungen und Grundsätze zu Leistungsansprüchen und obligatorische Kostenbeteiligung. Die Zusammenhänge zwischen Gesundheitsfinanzierung, anderen Systemfunktionen sowie den mit Finanzierung und Gesamtsystem verbundenen politischen Zielen sind in Abb. 2 dargestellt. Eine wichtige hier dargestellte Auffassung besagt, dass die Gesundheitsfinanzierung nicht allein die mittelbaren und endgültigen Ziele beeinflusst, sondern dass für ein Erreichen der gewünschten Ergebnisse eine koordinierte Politik und Umsetzung in allen Funktionsbereichen des Gesundheitssystems unverzichtbar ist.

Abb. 2: Verknüpfung der Gesundheitsfinanzierung mit den Grundsatzzielen, sonstigen Systemfunktionen und übergeordneten Zielen des Gesamtsystems



Die erste Säule: Vorgeschlagene Ziele der Gesundheitsfinanzierung

7. Die Grundsatzziele der Gesundheitsfinanzierung dienen uns als Erfolgs- und Leistungskriterien für die Finanzierungssysteme und der Wirkung der Reformen. Zwar unterscheidet sich von

² Die übrigen Funktionen sind Steuerung (*stewardship*), Erzeugung von Ressourcen (Investitionen in Human- und Sachkapital sowie Vorleistungen) und Leistungserbringung (Gesundheitsversorgung von Einzelpersonen und Angebote an die Gesamtbevölkerung).

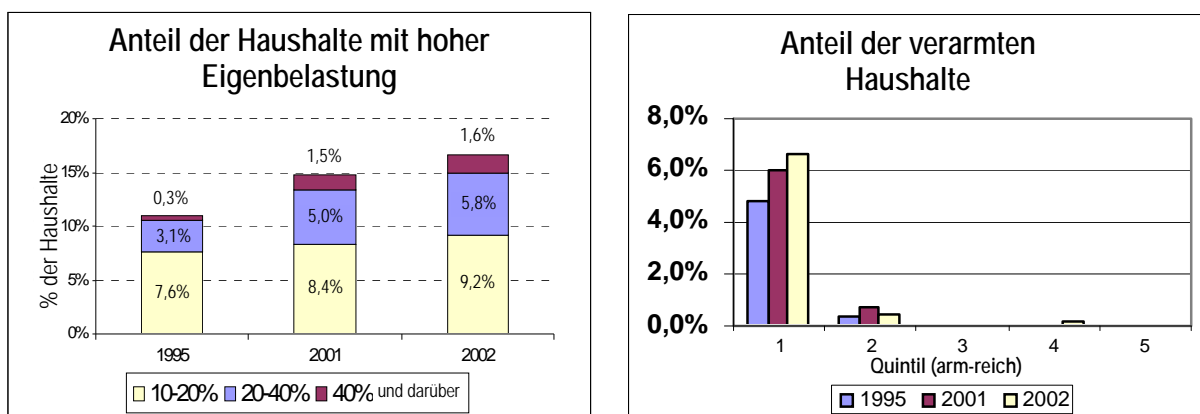
Land zu Land die Art der Operationalisierung und die relative Gewichtung dieser Ziele, doch glauben wir an ihre universelle Anwendbarkeit unabhängig von dem Etikett oder Modell, mit dem die Modalitäten der Gesundheitsfinanzierung identifiziert werden. Außerdem lassen sich diese Ziele in konkrete Schritte umsetzen, die wiederum das Ziel praktischer politischer Maßnahmen sein können.

8. Die **finanzielle Absicherung**, also der Schutz vor den finanziellen Risiken von Krankheit, lässt sich als Ziel wie folgt zusammenfassen: Niemand sollte durch die Nutzung des Gesundheitswesens verarmen oder gezwungen sein, zwischen körperlicher (und seelischer) Gesundheit und materiellem Wohlstand zu wählen. Dieser Aspekt stellt einen der unmittelbarsten Berührungspunkte zwischen Gesundheit und Wohlstand dar: das Maß, in dem Menschen durch Gesundheitsausgaben verarmen, oder umgekehrt das Maß, in dem das Finanzierungssystem die Menschen vor dem Risiko der Verarmung schützt und ihnen gleichzeitig die Nutzung des Gesundheitswesens ermöglicht. Für dieses Ziel existieren standardisierte Messgrößen (4), die in jedem Land gewonnen werden können, das zu den Haushalten folgende verlässliche Daten besitzt:

- den prozentualen Anteil der Haushalte, die „katastrophal“ hohe Gesundheitsausgaben haben (d. h. mehr als einen gewissen Prozentsatz der Gesamtausgaben oder der nicht lebensnotwendigen Ausgaben des Haushalts);
- ruinöse Ausgaben, gemessen als Auswirkungen der Gesundheitsausgaben auf die Armutsstatistik (Zahl oder Prozentsatz der Haushalte, die infolge ihrer Gesundheitsausgaben unter die national festgelegte Armutsgrenze fallen) oder Armutslücke (Ausmaß, in welchem Haushalte infolge ihrer Gesundheitsausgaben unter die Armutsgrenze rutschen).

9. Beispiele für diese Konzepte sind in Abb. 3 zu sehen. Dabei zeigt die linke Grafik den prozentualen Anteil der estnischen Haushalte in den Jahren 1995, 2001 bzw. 2002, bei denen der Anteil der Eigenleistung für die Gesundheitsausgaben an den Gesamtausgaben des Haushalts verschiedene vorher festgelegte „katastrophale Schwellen“ (10, 20 und 40%) überschritt. Die rechte Grafik zeigt den Anteil der Haushalte aus verschiedenen Einkommensgruppen, die in den gleichen drei Jahren durch solche Zuzahlungen aus eigener Tasche verarmt sind.

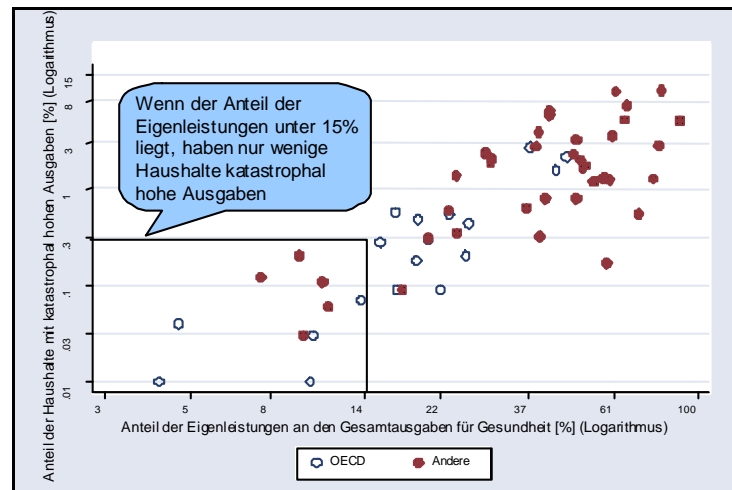
Abb. 3: Messgrößen für katastrophal hohe und ruinöse Gesundheitsausgaben in Estland (5)



10. Auch ohne tief greifende Analyse der Daten zur Bestimmung der katastrophalen bzw. ruinösen Wirkung lassen die Erkenntnisse aus aller Welt ein hohes Niveau an Zahlungen aus eigener Tasche Anlass als besorgniserregend erscheinen. Eine Untersuchung der WHO mit Daten aus fast 80 Ländern (6) (Abb. 4) bringt eine starke Korrelation zwischen dem Anteil der Eigenleis-

tungen an den gesamten Gesundheitsausgaben und dem Anteil der Familien zum Vorschein, die vor katastrophal hohen Gesundheitsausgaben³ steht.

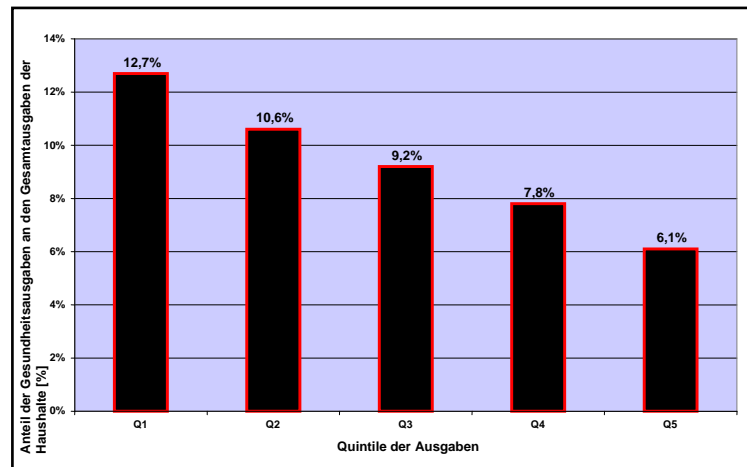
Abb. 4: Anteil der Haushalte mit katastrophal hohen Ausgaben und Anteil der Eigenleistungen an den gesamten Gesundheitsausgaben



11. Ein damit verknüpft und doch unabhängiges Ziel ist das der **gerechten Finanzierung** des Gesundheitssystems. Damit ist gemeint, dass die Armen bezogen auf ihr Zahlungsvermögen nicht mehr zahlen sollten als die Reichen. Das Ziel der Finanzierungsgerechtigkeit ist daher eng mit dem zentralen Wert der Solidarität verknüpft. Im Prinzip müsste eine umfassende Analyse dieses Sachverhalts alle Ausgabequellen einschließen und jeweils auf die zahlenden Haushalte zurückführen; dies gilt sowohl für direkte Eigenleistungen und (freiwillige und vorgeschriebene) Vorauszahlungen für Krankenversicherungen als auch indirekt für nicht zweckgebundene Steuern. Eine vollständige Analyse erfordert die Benennung der verschiedenen Einnahmequellen des Gesundheitssystems sowie die Untersuchung ihres jeweiligen Verteilungseffekts (d. h. wer zahlt) und die Aggregation nach ihrem relativen Beitrag zur Finanzierung des Gesundheitssystems. Internationale Erkenntnisse (7) sprechen dafür, dass eine Vorschussfinanzierung aus Pflichtbeiträgen (allgemeine Steuern und lohnabhängige Beiträge zu einer gesetzlich vorgeschriebenen Krankenversicherung) tendenziell gerechter als eine Vorschussfinanzierung aus freiwilligen Beiträgen ist und dass Zahlungen aus eigener Tasche am wenigsten gerecht sind. Abb. 5 stellt die ungerechte Verteilung von Gesundheitsausgaben aufgrund von Selbstbeteiligung in Albanien im Jahr 2002 dar (8), wo das reichste Fünftel der Bevölkerung nur ca. einen halb so großen Anteil ihres Einkommens für Gesundheit ausgab wie das ärmste Fünftel. Für viele Länder erfordert eine Umsetzung des Wortes „Solidarität“ in die Tat daher eine Festlegung und Durchführung von Reformstrategien mit konkreten Zielen zur Verringerung des Anteils der Eigenleistungen der Patienten an den Gesamtausgaben für Gesundheit und insbesondere den Schutz einkommensschwächerer Haushalte vor einer solchen Eigenbelastung.

³ Diese Analyse setzt die Schwelle für katastrophal hohe Ausgaben bei 40% des nicht lebensnotwendigen Einkommens (Einkommen, das nach Abzug der Kosten für den Grundbedarf an Lebensmitteln u. ä. zur Verfügung steht) an.

Abb. 5: Ungerechtigkeit in Bezug auf Eigenleistungen (Albanien, 2002)



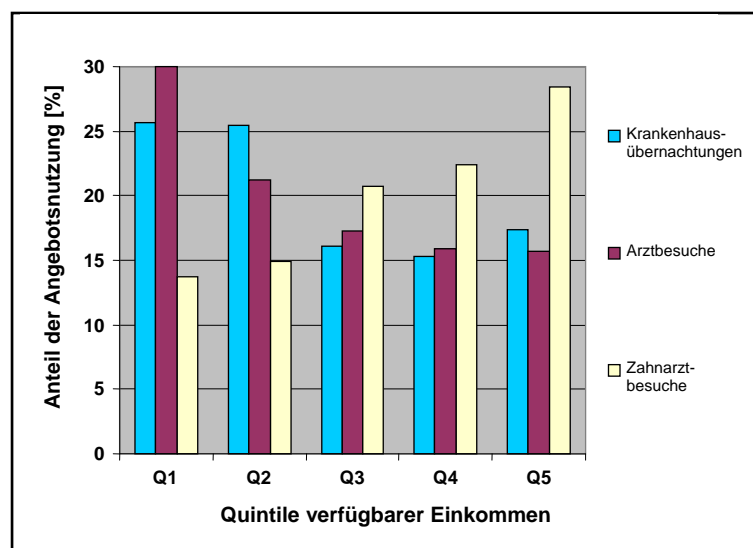
12. Überlegungen zur finanziellen Absicherung und zur finanziellen Ausgewogenheit reichen für eine Bewertung der Gesundheitsfinanzierung eines Landes jedoch nicht aus. Das liegt daran, dass bei diesen finanziellen Zielen die Wirkung des Systems auf die Nutzung der Gesundheitsversorgung durch die Bürger nicht berücksichtigt wird. Da Zahlungen aus eigener Tasche naturgemäß im Augenblick der Leistungsnutzung erfolgen und da diese Art der Zahlung negative Auswirkungen auf die finanzielle Absicherung und finanzielle Gerechtigkeit hat, würden Maßnahmen zugunsten dieser Grundsatzziele zu einer verbesserten Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung durch ärmere Menschen führen.⁴ Für eine vernünftige Deutung der Konzepte müssen daher die Auswirkungen der Gesundheitsfinanzierung auf die Nutzung der Angebote gleichzeitig mit den finanziellen Zielen betrachtet werden. (9)

13. Das Ziel der *Nutzungsgerechtigkeit* lässt sich wie folgt formulieren: Gesundheitsangebote und entsprechende Mittel sollten nach Bedarf verteilt werden und nicht nach anderen Faktoren wie z. B. der Fähigkeit der Menschen, dafür zu zahlen. Während die Finanzierungsziele prinzipiell die Art der Aufbringung der Finanzmittel für die Bezahlung des Gesundheitssystems betrifft, bezieht sich das Nutzungsziel (mit Blick auf den Beitrag der Gesundheitsfinanzierung) eher darauf, wie das Geld vom System ausgegeben wird. Somit ergibt sich aus unserer Beschäftigung mit dem Ziel der gerechten Nutzung der Angebote auch die Forderung nach einer gerechten Verteilung der Gesundheitsausgaben und entsprechenden Mittel zwecks Verfolgung desselben Ziels. Das Ziel selbst ist nicht schwer zu verstehen, wohl aber schwer einheitlich zu messen, denn für eine objektive Messung des *Bedarfs* gibt es keine standardisierte kostengünstige Methode. Viele Studien stützen sich auf die Ergebnisse von Befragungen und versuchen damit einen Bezug zwischen der Nutzung von Angeboten einerseits und der Selbsteinschätzung von Gesundheitszustand oder Bedarf andererseits herzustellen. Solche Messungen sind nicht perfekt, können aber dann praktisch anwendbar sein, wenn vernünftige Annahmen zur Interpretation der Nutzungs- und Bedarfsdaten möglich sind. So sind z. B. in Abb. 6 Daten einer Fragebogenuntersuchung aus Irland zur Nutzung verschiedener Gesundheitsangebote durch alle Einkommensgruppen zusammengefasst. Dabei entfielen auf die ärmsten 40% der Bevölkerung (d. h. die beiden unteren Einkommensquintile) über die Hälfte aller Krankenhaustage und Besuche bei

⁴ Wenn ärmere Menschen durch die Kosten der Angebote unverhältnismäßig stark von deren Nutzung abgeschreckt werden, dann wächst auch der Anteil der reicheren Menschen an der Gesamtzahl der Nutzer der Angebote wie auch an den Zuzahlungen insgesamt. Im Ergebnis erscheint die Finanzierung des Systems dann aufgrund der Haushaltserhebung als gerechter, als wenn die Armen und die Reichen die Angebote in gleichem Maße nutzen und die gleichen Beträge bezahlen würden.

Allgemeinmediziner. Ein anderes Bild ergab sich dagegen bei den Zahnarztbesuchen, wo über 28% der Besuche auf die reichsten 20% der Bevölkerung entfielen (10). Die stärkere Nutzung der hausärztlichen und stationären Versorgung durch ärmere Bevölkerungsschichten könnte auf tatsächlichen Bedarf zurückzuführen sein – oder auf den wirksamen Schutz, den das irische System der Gesundheitsfinanzierung vor den durch die Nutzung dieser Angebote anfallenden Kosten gewährt. Umgekehrt wird die stärkere Nutzung der zahnärztlichen Versorgung kaum den tatsächlichen Bedarf der Bevölkerung widerspiegeln, sondern eher durch die für Zahnarztbesuche unmittelbar anfallenden Leistungsgebühren zu erklären sein, die auf einkommensschwächere Menschen eher abschreckende Wirkung haben dürften.

Abb. 6: Anteil der Inanspruchnahme von Leistungen nach Quintilen des verfügbaren Einkommens in Irland (2000)



14. Das Ziel einer verstärkten **Transparenz und Rechenschaftsablage** des Systems gegenüber der Bevölkerung ist in Bezug auf seine Deutung und Messung durchaus problematisch. Es ist daher sinnvoll, das Konzept so einzugrenzen, dass es als ein praktisches Bewertungskriterium für Finanzierungssysteme oder deren Reformierung genutzt werden kann. Der zentrale Punkt hierbei ist, dass Rechte und Pflichten der Bevölkerung von allen richtig verstanden werden sollten und dass in ihnen ein Versprechen des Staates an seine Bürger liegt. In dieser Hinsicht sollte der Staat der Bevölkerung regelmäßig darüber Bericht erstatten, wie das Versprechen in der Praxis eingelöst wird.

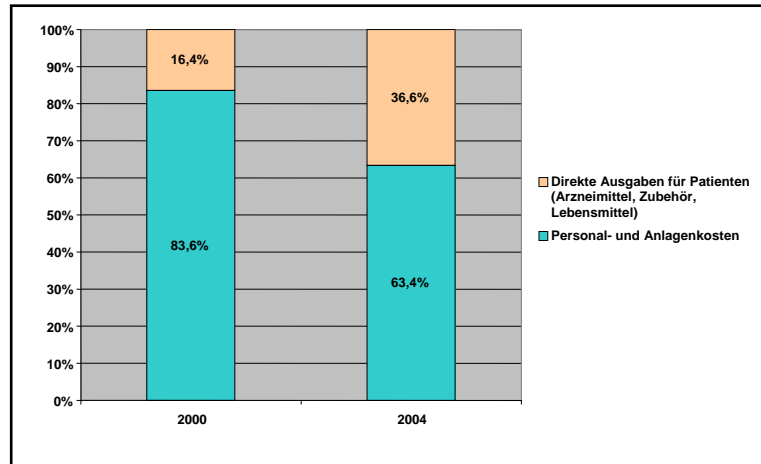
15. Ein konkretes auf Transparenz bezogenes Thema ist in vielen Ländern der Region die Existenz informeller Zuzahlungen für Gesundheitsleistungen; dies sind zusätzlich zur geltenden Gebührenordnung erfolgende direkte Zahlungen (in Geld- oder Sachmitteln) von Patienten (oder an ihrer Stelle handelnden Angehörigen o. ä.) an Anbieter von Gesundheitsleistungen für Dienste und damit zusammenhängende Angebote, auf die die Patienten ohnehin ein Anrecht hätten (11). Das Ausmaß solcher Zahlungen ist ein direkter Gradmesser für fehlende Transparenz, denn die Zahlungsverpflichtung existiert zwar real, doch wird sie nirgends angegeben. Reformen, die auf einen Abbau dieses Transparenzdefizits abzielen, stehen vor der schwierigen Aufgabe, solche Zahlungen erkennen und messen zu müssen. Allerdings wurden eine Reihe empirischer Studien über die Größenordnung des Phänomens innerhalb und außerhalb der Europäischen Region

veröffentlicht, denen zufolge die Entwicklung verlässlicher Maßstäbe für solche informellen Zahlungen möglich ist (12).

16. Rechenschaftsablage ist ein schwer zu fassendes Ziel, aber nichtsdestoweniger wichtig und für eine qualitative Bewertung durchaus geeignet. Ein nützlicher Ansatz ist es, die Regelung der Rechenschaftspflicht der „Gesundheitsfinanzierungseinrichtungen“, z. B. der gesetzlichen Krankenversicherungen oder anderer öffentlicher Einrichtungen zur Verwaltung der finanziellen Mittel des Gesundheitssystems, zu prüfen. Die Aspekte dieses Themas reichen von dem (relativ einfachen) Verfolgen und Melden der finanziellen Ströme (z. B. durch Rechnungsprüfung) über die (schwierigeren) Leistungsberichte anhand vereinbarter Messgrößen bis zur (höchst vielschichtigen) besseren Legitimierung des Staates gegenüber seinen Bürgern (13). Ein hervorragendes Beispiel für eine „ergebnisorientierte Rechenschaftspflicht“ ist der Jahresbericht der estnischen Krankenversicherung mit Ergebnissen zu einer Reihe von Leistungsindikatoren für die Zufriedenheit der Bevölkerung und ihr Bewusstsein von ihren Rechten, für die Zugänglichkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung, für das Gleichgewicht zwischen Mittelausstattung und Leistungen, für die Qualität der Dienste gegenüber den Nutzern und für die Unternehmensführung/betriebswirtschaftliche Effizienz (14).

17. Die finanziellen Maßnahmen sollten *qualitativ* gute Versorgung belohnen und *Anreize zur Wirtschaftlichkeit* bei Organisation und Erbringung von Gesundheitsleistungen bieten. Für einen Erfolg müssen diese Anreize mit den Vorschriften für Leistungsanbieter sowie mit deren unternehmerischen Fähigkeiten abgeglichen werden, um so ein kohärentes und effektives Umfeld zu schaffen, in dem die Leistungserbringer angemessen auf die vom Finanzierungssystem gesendeten Signale reagieren können. Aus praktischen Gründen wollen wir keine universell anwendbare Maßeinheit zur Erfassung dieser Ziele einführen, sondern regen stattdessen die Verwendung länderspezifischer und situationsspezifischer Annäherungsmaße an. Ein Beispiel hierfür wären die 2003 zwischen dem British National Health Service und den Hausärzten eingegangenen Verträge, die finanzielle Belohnungen für Praxen vorsahen, die gewisse definierte Ziele bezüglich Blutdruck oder Cholesterinspiegel erreichten; ein anderes war die Vorgabe einer Verminderung der Rate nosokomialer Infektionen in Krankenhäusern in Frankreich (15). In den Ländern der ehemaligen Sowjetunion stand die Gesundenschumpfung der Infrastruktur der Gesundheitssysteme im Zentrum der Reformen für mehr Effizienz, da allein der Unterhalt der Einrichtungen hohe Fixkosten verursachte. In diesem Kontext ist der Anteil der für die Systeminfrastruktur aufgewendeten Festkosten (z. B. durch öffentliche Anlagen, Personal) an den Gesamtausgaben im Vergleich zu den direkt für Behandlung aufgebrauchten Mitteln (z. B. für Medikamente und medizinische Vorräte) ein aussagekräftiger Indikator für Effizienz. Abb. 7 zeigt ein Beispiel aus Kirgisistan (16).

Abb. 7: Verwendung öffentlicher Gelder in kirgisischen Krankenhäusern vor und nach der Finanzreform



18. Die Förderung einer *effizienten Verwaltung* erfordert auch eine Schwerpunktlegung auf die Minimierung von Kompetenzüberschneidungen bei der Verwaltung der Gesundheitsfinanzierung. Dazu ist kein umfangreicher Plan zur Verringerung der administrativen Kosten erforderlich; vielmehr sind viele dieser Kosten unumgänglich und tragen zur Leistung des Gesundheitssystems bei. Daher sollte in gleicher Weise eine Maximierung der Kostenwirksamkeit administrativer Funktionen (hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Grundsatzziele) angestrebt werden. Die Kostenwirksamkeit bestimmter administrativer Funktionen wie etwa der Verfahren eines Beschaffungsamtes zur Prüfung von Krankenhauseinweisungen hängt von der Qualität ihrer Durchführung sowie von der Frage ab, ob die Zuständigkeit für ihre Durchführung auf mehrere Organisationen verteilt ist. In einigen Fällen erzeugt das Gesundheitsfinanzierungssystem selbst „reine Kosten“, also Kosten für Umsetzungsprozesse, die nichts zur Leistung des Gesundheitssystems beitragen. Beispiele hierfür sind Investitionen miteinander konkurrierender Versicherer zur Erkennung und Anwerbung relativ gesunder Personen; solche Investitionen werfen einen privaten Ertrag ab, tragen aber nichts zum Erreichen der hier definierten Grundsatzziele bei (17).

Die zweite Säule: Konzeptioneller Rahmen für die Organisation von Gesundheitsfinanzierungssystemen

19. Oft werden Gesundheitsfinanzierungssysteme nach bestimmten Modellen oder Etiketten kategorisiert (z. B. Beveridge, Bismarck, Semashko). Solche Bezeichnungen können für die Vermittlung wichtiger politischer Botschaften oder kultureller Zusammenhänge nützlich sein, in denen das Gesundheitssystem als eine Art „Lebensstil“ verstanden wird (1). In vielen Ländern im Umbruch wird z. B. die Reform als „Wechsel zu einem Versicherungssystem“ etikettiert, um die Botschaft der Abkehr von dem früher streng hierarchisch gesteuerten Gesundheits- und Wirtschaftssystem zu vermitteln. Wenn man allerdings durch die Brille der Gesundheitsfinanzierungspolitik etwas genauer hinsieht, sind diese breit gefassten Klassifizierungen für ein Verständnis der bestehenden Systeme oder eine Abschätzung der Wirkung möglicher Reformen nur wenig hilfreich. Die Modelle werden grundsätzlich anhand ihrer Einnahmequelle definiert (also allgemeine Steuerfinanzierung gegenüber lohnabhängiger Beitragsfinanzierung). Dabei setzt sich jedoch immer mehr die Erkenntnis durch, dass die Staaten ihre Finanzierungssysteme signifikant reformieren können und dies auch schon getan haben, ohne die Finanzierungsquelle zu wechseln. Grundsätzlich werden durch die Herkunft der Mittel weder die Art der Organisation des

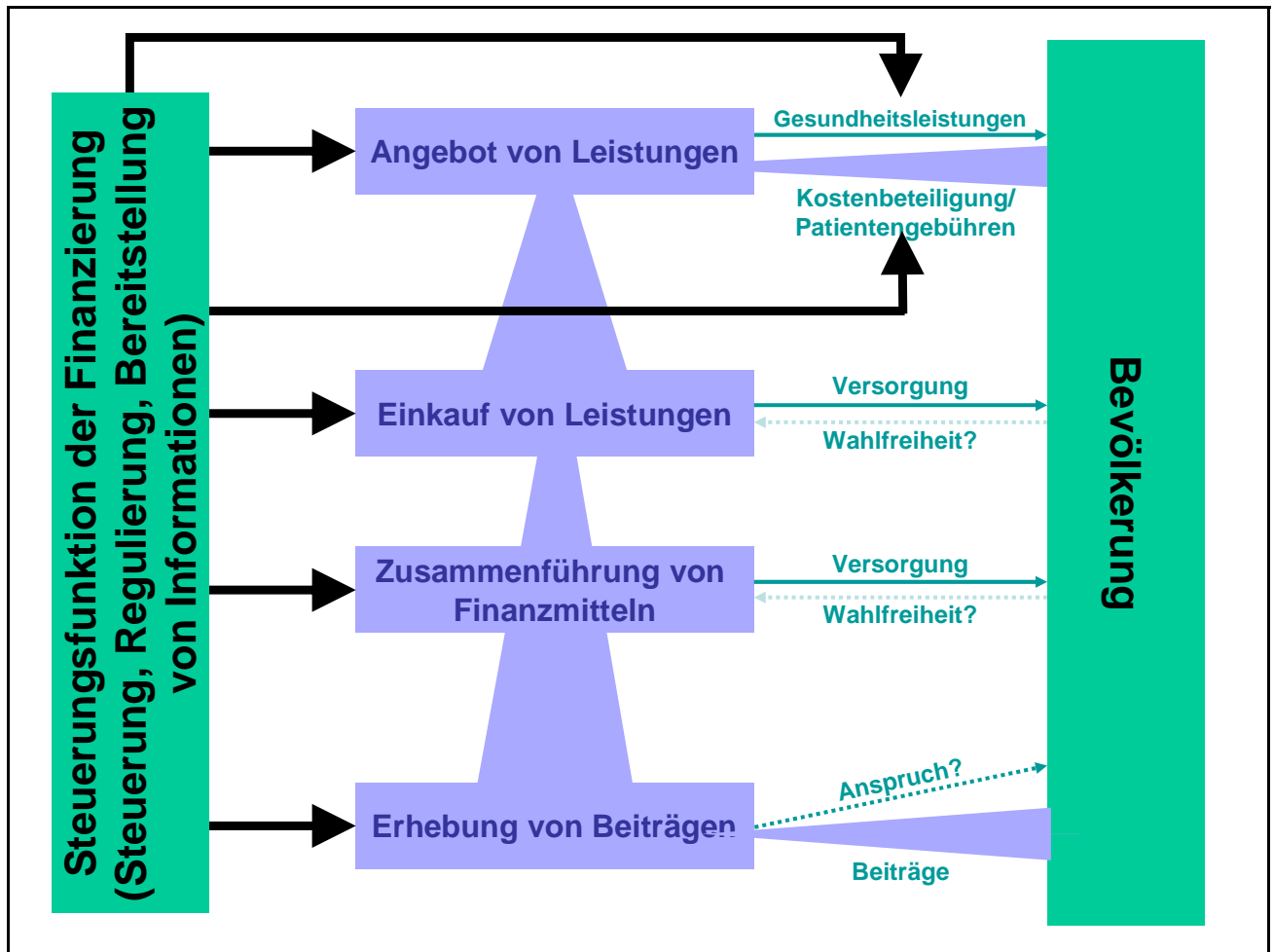
Gesundheitssektors noch die Verfahren der Mittelzuweisung oder der Grad der Konkretisierung des Leistungsanspruchs bestimmt. Spanien bietet ein Beispiel für einen Übergang von einem primär durch Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge finanzierten zu einem hauptsächlich aus Steuergeldern finanzierten System, der keine Auswirkungen auf das Verhältnis zwischen Bevölkerung und Gesundheitssystem hatte (18).⁵ Auf der anderen Seite führte die Republik Moldau 2004 eine lohnabhängige und gesetzlich vorgeschriebene Krankenversicherung ein, doch stammen die meisten Mittel der Krankenkasse aus dem Transfer allgemeiner Steuergelder (19). Daher sind Etiketten wie „steuerfinanziertes System“ oder „soziale Krankenversicherung“ nicht nur konzeptionell unangebracht; vielmehr kann eine solche Denkweise in Bezug auf die Gesundheitsfinanzierung letztendlich die Erwägung möglicher Grundsatzoptionen einschränken oder das Interesse einseitig auf den Erfolg oder das Scheitern bestimmter Modelle lenken, statt auf ihre Auswirkungen für das System und die Bevölkerung insgesamt (17).

20. Zur Beschreibung der unterschiedlichen Finanzierungssysteme und Gesundheitsreformen in der Region verwenden wir einen Rahmen,⁶ in den die verschiedenen *Teilfunktionen* und Konzepte der Gesundheitsfinanzierung aus Abb. 8 einfließen – Mittelbeschaffung, Zusammenführung, Einkauf und Grundsätze für Leistungen und Kostenbeteiligung der Patienten (Anspruchsregelung) – und der die Wechselwirkungen zwischen diesen und ihren Bezug zur Leistungserbringung wie auch zur Bevölkerung sowie zusätzlich ihr Verhältnis zur „Steuerung der Finanzierung“ explizit ausdrückt. Das letztgenannte Konzept wird durch die Art und Weise der Führung der Institutionen, die die Teilfunktionen durchführen, sowie durch die Bereitstellung von Regeln und Informationen operationalisiert, um das System leistungsfähiger zu machen. In diesem Sinne kann jede Teilfunktion als ein Markt betrachtet werden, wobei Führung, Regelung und Informationen wesentliche Voraussetzungen für die Ausrichtung dieser Märkte an gesellschaftlich wünschenswerten Ergebnissen sind. Der von diesem Rahmen getragene Ansatz fördert somit eine umfassende Sicht des Systems der Gesundheitsfinanzierung und ermöglicht eine Betonung der Wechselwirkungen zwischen einzelnen Teilen des Systems statt einer Einengung auf bestimmte Reforminstrumente. Das ist sinnvoller als auf Wundermittel (also einzelne Reforminstrumente) zu hoffen, die nur selten zur Erreichung von Grundsatzzielen beitragen.

⁵ Bislang nicht versicherte Bevölkerungsgruppen wie Profi-Fußballer, Nonnen und andere wurden in das System aufgenommen, aber für die überwiegende Bevölkerungsmehrheit war dies mit keinerlei Änderungen in Bezug auf Versicherungsschutz und Ansprüche verbunden.

⁶ Dies ist die Ausdehnung eines früheren Konzeptes (17), das wiederum von früheren Rahmenkonzepten abgeleitet war, bei denen ein funktionaler Ansatz für Gesundheitsfinanzierung und Gesundheitssysteme im Vordergrund stand (20, 21, 22).

Abb. 8: Konzeptioneller Rahmen für die Organisation der Gesundheitsfinanzierung
(angepasst nach (17))



21. Die in Abb. 8 dargestellten Teilfunktionen, Konzepte und Beziehungen sind allen Systemmodellen – von Beveridge über Bismarck bis Semashko einschließlich Zwischenformen – gemeinsam, selbst wenn sie nicht expliziter Bestandteil des Systems sind. Eine detaillierte Kenntnis jedes „Feldes“ oder „Pfeils“ ist für das Verständnis des Systems der Gesundheitsfinanzierung in einem Land sowie für die zu Beginn notwendige Bestimmung und Bewertung der Reformoptionen erforderlich, wobei zu Letzterem auch eine Bewertung der Leistung des Systems in Bezug auf das Erreichen der bereits beschriebenen Grundsatzziele gehört. Der Rahmen bietet den politischen Entscheidungsträgern und Analytikern ein Instrument zur Verwaltung dieser Details: eine „Checkliste“ für Funktionen und Beziehungen, die bei einem umfassenden und wirksamen Ansatz für Gesundheitsfinanzierung und Reform herangezogen werden sollte.

22. Die Analyse beginnt mit den in der mittleren Spalte von Abb. 8 dargestellten Teilfunktionen der Gesundheitsfinanzierung und ihrem jeweiligen Bezug zur Bevölkerung. Danach gehen wir zur Steuerungsfunktion des Finanzierungssystems über. Die Darstellung ist allgemeingültig und kann an eine Vielzahl von Kontexten angepasst werden. Ein Großteil der Vielfalt ist durch die unterschiedlichen Konstellationen aus organisatorischer Integration bzw. Trennung von Funktionen (z. B. Integration von Beitragserhebung, Zusammenführung von Beiträgen und Einkauf von Leistungen, wie bei vielen Privatversicherern weithin üblich, oder Integration von Einkauf und Angebot von Leistungen, wie in einigen öffentlichen Systemen und in einigen privaten

Gesundheitsorganisationen) bedingt. Ein Verständnis des Ausmaßes von Monopol oder Wettbewerb bei der Realisierung einer konkreten Teilfunktion (der „horizontalen Marktstruktur“) und der Art von Integration oder Trennung zwischen den Funktionen (der „vertikalen Marktstruktur“) ist eine Voraussetzung für das Verständnis des Gesamtsystems.

23. Mit der Teilfunktion **Beitragserhebung** werden die Beiträge erhebenden Organisationen, die Verteilungsverfahren und die anfänglichen Finanzierungsquellen zusammen betrachtet. Die Verbindung zwischen Erhebung und Bevölkerung ergibt sich aus einer offensichtlichen, doch häufig vernachlässigten Tatsache: Die Bevölkerung ist die Quelle aller Geldmittel (mit Ausnahme der von anderen Ländern oder ausländischen Hilfsorganisationen empfangenen Mittel). Die Regierung ist nicht „Quelle“ von Beiträgen, sondern erhebt lediglich Steuern von den Bürgern. Folglich bezeichnen die üblicherweise zur Klassifizierung von Finanzierungsquellen verwendeten Kategorien tatsächlich eher Verteilungsmechanismen: allgemeine (d. h. nicht zweckgebundene) Steuereinnahmen; Lohnsteuereinnahmen, die gewöhnlich für eine gesetzlich vorgeschriebene Krankenversicherung vorgesehen sind (oft „soziale Krankenversicherungsbeiträge“ genannt); freiwillige Vorauszahlungen (in der Regel für freiwillige Krankenversicherungen); direkte Zahlungen aus eigener Tasche zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Leistung. Ein wesentlicher Punkt ist die Frage, ob es einen Zusammenhang zwischen Beitrag und Leistungsanspruch gibt (in der Abbildung als gepunkteter Pfeil zwischen „Erhebung“ und „Bevölkerung“ dargestellt). In einigen Systemen gibt es eine solche Verbindung (z. B. wo Beiträge von Einzelpersonen oder in ihrem Namen eingezahlt und aufgrund dieser Beiträge Ansprüche erworben werden), während sich in anderen der Anspruch aus Staatsbürgerschaft oder Wohnsitz ergibt. Das Vorhandensein oder Fehlen einer solchen Beitrag-Anspruch-Relation ist ein wichtiger konzeptioneller Unterschied zwischen einer sog. „sozialen Gesundheitsversicherung“ und einem sog. „steuerfinanzierten System“.

24. In seiner allgemeinsten Form bezieht sich die **Zusammenführung** von Mitteln auf die Bildung einer Reserve aus im Voraus gezahlten Beiträgen einer Bevölkerung. Mittel für die Gesundheitsversorgung werden von einem breiten Spektrum öffentlicher und privater Organisationen, darunter die nationalen Gesundheitsministerien und ihre dezentralisierten Zweige, Lokalverwaltungen, Sozialversicherungsfonds, private gewinnorientierte und gemeinnützige Fonds und bürgernahe nichtstaatliche Organisationen, angesammelt. An dieser Funktion beteiligt sind auch Organisationen, die Gelder zwischen den Fonds (z. B. zum Risikoausgleich bezüglich des Beitragsaufkommens miteinander konkurrierender Fonds) umverteilen. Veränderungen der Art der Fondsbildung können sich nicht nur auf den Schutz der Menschen vor den finanziellen Risiken einer Nutzung der Gesundheitsversorgung auswirken, sondern auch auf eine gerechte Verteilung der Mittel, auf die Fähigkeit der Systeme, Anreize für eine effiziente Leistungserbringung zu schaffen, und auf die Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems insgesamt. Daher ist es für die finanzielle Absicherung sinnvoll, nicht nur das Ziel des Risikoausgleichs ins Auge zu fassen, sondern auch zu überlegen, wie ein solcher Risikoausgleich organisiert werden könnte, um Fortschritte bei anderen Grundsatzzielen zu erleichtern. Wie bei anderen Aspekten des Systems ist auch hier ein Verständnis der Marktstruktur solcher Fonds von entscheidender Bedeutung. Eine zentrale Frage lautet dabei, ob eine Wettbewerbs- oder Monopolsituation gegeben ist: Können die Menschen Fonds (oder Versicherungen) frei wählen oder werden sie ihnen aufgrund von Wohnort oder Beschäftigung zugewiesen? Weitere wichtige Marktaspekte haben mit der Frage zu tun, ob es eine einzige nationale oder mehrere Versicherungen gibt und ob (im Falle nicht miteinander konkurrierender Versicherungen) diese auf klar festgelegte Gebiete beschränkt sind oder einander überschneiden.

25. Der **Einkauf von Leistungen** bezieht sich auf die Übertragung von Versicherungsmitteln an die Leistungsanbieter im Namen der Bevölkerung. Gemeinsam mit der Zusammenführung von Finanzmitteln ermöglicht dieser Leistungseinkauf die Versorgung der einzelnen Patienten (s. Pfeile in Abb. 8). Mit anderen Worten werden im Namen eines Teils der Bevölkerung oder der Bevölkerung insgesamt die Mittel angesammelt und die Leistungen eingekauft. Zentrale Fragen des Leistungseinkaufs betreffen die diese Teilfunktion ausführenden Organisationen, die Marktstruktur und die Verfahren im Einkaufsbereich. Die Fragen in Bezug auf Organisation und Marktstruktur ähneln denen zu den Fonds, denn in den meisten Ländern kaufen die Fonds auch die Leistungen ein (ausgenommen hiervon sind Organisationen, die nur für eine Umverteilung der Mittel unter den Fonds verantwortlich sind). Bei vielen Reformen in der Europäischen Region wurde der Schwerpunkt auf den Einkauf von Gesundheitsleistungen durch die Organisationen gelegt; dabei wurde vor allem auf Anreize zur Verbesserung von Qualität und Effizienz der Leistungserbringung gesetzt. Für einen *strategischen* Einkauf von Dienstleistungen werden viele verschiedene Mechanismen eingesetzt, doch wird bei solchen Maßnahmen zumindest ein Teil der Mittelzuweisungen an die Anbieter mit *Informationen* über deren Leistung oder die gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung begründet. Konkret bringen solche Mechanismen Veränderungen an den Verträgen mit den Anbietern oder an deren Bezahlung mit sich. So werden Anreize verändert und gezielt Bedingungen für Qualitäts- oder Effizienzgewinne geschaffen. Hiermit verbunden sein können rückschauende Verwaltungsverfahren zur Überprüfung von Qualität und Angemessenheit der Versorgung oder zumindest zur Aufdeckung betrügerischer Berichtspraktiken (23). In einem Umfeld mit mehreren miteinander konkurrierenden Einkäufern stellen die Schaffung einer konsequenten Anreizkultur und die Minimierung unproduktiver Verwaltungsausgaben auf der Anbieterseite eine beträchtliche Herausforderung für die Ordnungspolitik dar.

26. Die Regelung von **Leistungen und Kostenbeteiligung** (z. B. Zuzahlungen der Patienten) beinhaltet vielleicht die unmittelbarste Verbindung zwischen dem Gesundheitssystem und der Bevölkerung. In diesem Zusammenhang ist es sinnvoll, die Leistungspakete als die Gesamtheit der Leistungen (bzw. die Möglichkeiten zu ihrer Inanspruchnahme) zu betrachten, die die Einkäufer aus den Versicherungsgeldern bezahlen. Nach dieser Definition muss alles, was nicht (ganz oder teilweise) im Paket enthalten ist, von den Patienten (ganz oder teilweise) bezahlt werden, sei es innerhalb oder außerhalb des öffentlich finanzierten Systems. Das verdeutlicht die Verbindung zwischen Leistung und Kostenbeteiligung (d. h. für teilweise versicherte Leistungen gilt eine Kostenbeteiligung) und verlagert solche politischen Maßnahmen in das Rahmenkonzept einer integrierten Gesundheitsfinanzierung und löst sie so aus isolierten Bemühungen zur Rationierung von Leistungen, zur Erhöhung des Beitragsaufkommens oder zur Senkung der Nachfrage heraus. Wenn die „Möglichkeiten zur Inanspruchnahme“ Teil der Definition sind, kann das Leistungspaket als eines der verfügbaren Instrumente betrachtet werden, mit denen sich die Nutzung in der gewünschten Weise steuern lässt (z. B. indem der Anspruch auf fachärztliche Versorgung zwingend an die Überweisung durch einen Hausarzt geknüpft wird).

27. Eine Reihe von Fragen und Überlegungen tauchen bei der Diskussion der Gestaltung der Leistungspakete auf. Das Augenmerk richtet sich typisch auf die Entscheidung, welche Leistungen versichert werden, sowie auf das Bemühen um eine Ausgewogenheit der Bedarfsanalysen im Bereich öffentliche Gesundheit (24), Technologiebewertungen und die Kostenwirksamkeit der Maßnahmen (25)⁷ sowie auf die Notwendigkeit der Beteiligung von Bürgern und Interessengruppen

⁷ Neben dem Instrument WHO-CHOICE gibt es beträchtliche Mittel zur Unterstützung der Länder in diesen Fachgebieten. Das Centre for Reviews and Dissemination der Universität York unterhält die Datenbanken NHS Economic Evaluation Database und Health Technology Assessment Database (<http://www.york.ac.uk/inst/crd/index.htm>) mit kritisch überprüften Erkenntnissen aus wirtschaftlichen Bewertungen von Gesundheitsmaßnahmen und -technologien. Das International Network of Agencies for Health Technology

(26) an dem Prozess. Auch wenn solche Bemühungen wesentlich sind, so kann eine Überbetonung der fachlichen Aspekte des Leistungspakets von dessen Grundzielen und dem Zusammenhang zur Gesundheitsfinanzierung insgesamt ablenken. Das Paket ist insbesondere sehr eng mit dem Ziel der Förderung von Transparenz der Rechte (verfügbare Leistungen) und Pflichten (für eine Anspruchsberechtigung zu befolgende Regeln, z. B. Zuzahlungen, Einhaltung bestimmter Überweisungswege usw.) verbunden. Eine Voraussetzung für den Erfolg ist daher, dass die Menschen ihre Rechte und Pflichten verstehen.

28. Schließlich ist die Art der Umsetzung der *Steuerungsfunktion* des Finanzierungssystems von überragender Bedeutung. Diese hat mit der Gesamtgestaltung des Systems, seiner Führung und ihrer Unterstützung von oben nach unten für einen besseren Systemablauf zu tun. In diesem Zusammenhang ist es nützlich, sich die in Abb. 8 dargestellten Teilfunktionen und Konzepte als einen *Markt* vorzustellen. In jedem Land (oder jeder Teilregion eines Landes) können die Organisationen, die diese Teilfunktion wahrnehmen, als Wettbewerber, Monopolisten usw. beschrieben werden. Damit die Märkte wirksam an die Ziele der Gesundheitsfinanzierung angepasst werden können, müssen Informationen bereitgestellt und Regelungen vorgegeben werden. Die Bereitstellung von Informationen umfasst z. B. die Aufklärung der Bevölkerung und der Leistungsanbieter über Bevölkerungsgruppen und Leistungen, die von der Kostenbeteiligung ausgenommen sind, oder die Erstellung und Verbreitung von Verbraucherleitfäden, die die Auswahl unter konkurrierenden Versicherern erleichtern. Zu den Vorschriften gehört etwa die Festlegung einer „offenen Beitrittszeit“, in der die Menschen ihre Versicherer oder Anbieter der primären Gesundheitsversorgung wechseln können, oder die Verpflichtung für Einkäufer, ein zweites Gutachten einzuholen, bevor sie einem Patienten bestimmte Leistungen verweigern. Die Überlegungen zur Ausgestaltung des Finanzierungssystems insgesamt sind hiermit eng verbunden. Sie erstrecken sich von der Einführung bestimmter Maßnahmen wie einem einheitlichen Grundleistungspaket oder einem Risikoausgleichsplan für miteinander konkurrierende Versicherer bis zu der allgemeineren Frage, wie die Abstimmung der einzelnen Finanzierungsinstrumente aufeinander sowie mit den entsprechenden Konzepten für die Leistungserbringung sichergestellt werden soll.

Dritte Säule: Einbeziehung fiskalischer Engpässe und anderer Umstände

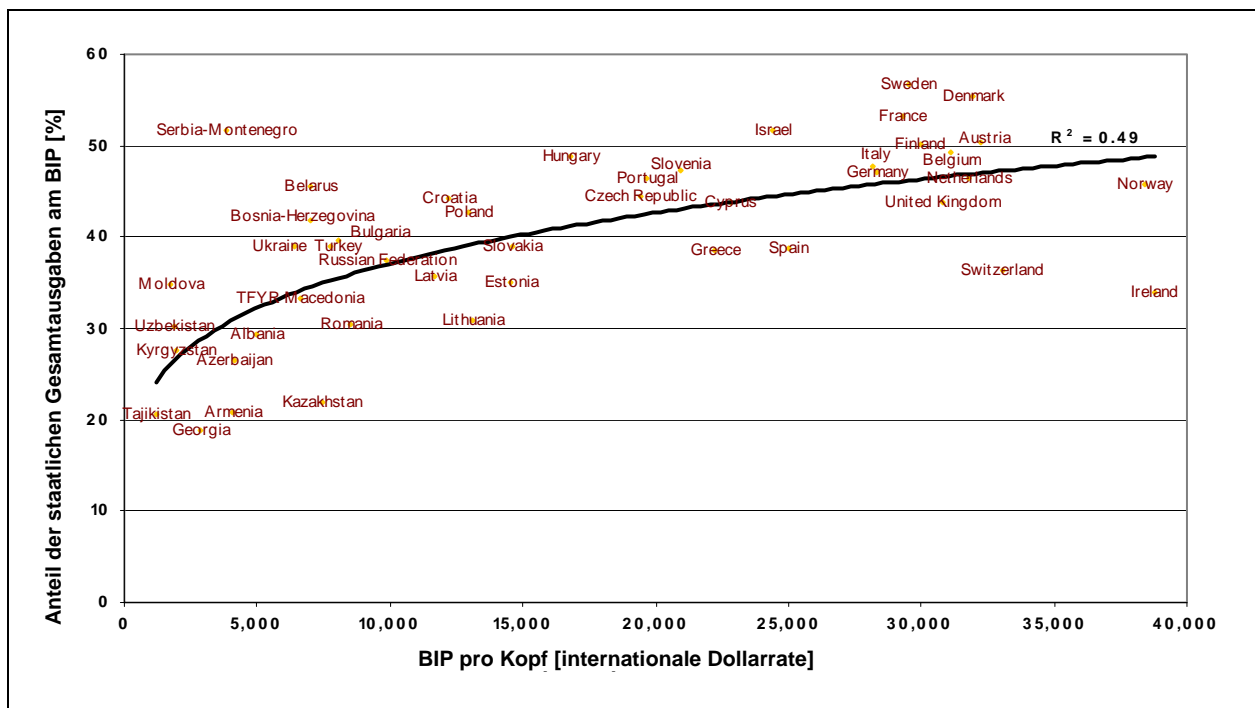
29. Auch wenn die Länder bei den zentralen Werten und den allgemeinen Zielen der Gesundheitssysteme wie auch bei den Zielen der Gesundheitsfinanzierung übereinstimmen mögen, so gibt es doch außerhalb des Gesundheitssystems angesiedelte Faktoren, die das Ausmaß der Umsetzung dieser Ziele, Vorstellungen und Werte in den verschiedenen Ländern einschränken können. Für die Gesundheitsfinanzierung ist das fiskalische Umfeld von überragender Bedeutung. Damit ist die Fähigkeit des Staates gemeint, Steuern⁸ und andere Einkünfte für die öffentliche Hand einzufordern, sowie die Notwendigkeit, ein Gleichgewicht zwischen diesen Einnahmen und den öffentlichen Ausgaben herzustellen. Und da stärker auf öffentlicher Finanzierung beruhende Systeme tendenziell eher Ziele wie finanzielle Absicherung, Finanzierungsgerechtigkeit und Chancengleichheit bei der Inanspruchnahme erreichen, ist das fiskalische Umfeld ein entscheidender Aspekt: Je mehr Geld dem Staat zur Verfügung steht, desto mehr kann er für Gesundheit ausgeben.

Assessment (INAHTA) bietet ein Forum für den schnelleren Erfahrungsaustausch und die Zusammenarbeit der HTA-Agenturen an (http://www.inahta.org/inahta_web/index.asp). INAHTA wurde 1993 gegründet und hat zurzeit 45 Mitgliedsorganisationen in 22 Ländern, darunter 15 aus der Europäischen Region der WHO.

⁸ Dazu gehören alle Formen von Pflichtbeiträgen (wie Einkommens- und Mehrwertsteuern als Teil der allgemeinen Einkünfte der öffentlichen Hand) sowie Lohnsteuern, die ausdrücklich für die Sozialversicherung einschließlich der (gesetzlich vorgeschriebenen) Krankenversicherung vorgesehen sind.

30. Ein guter Maßstab für das fiskalische Umfeld ist das Verhältnis zwischen öffentlichen Einnahmen (oder Ausgaben) zum Bruttoinlandsprodukt (BIP). Tendenziell sind reichere Länder (gemessen an der Größe ihrer Volkswirtschaften) bei der Sicherung des Steueraufkommens erfolgreicher. In ärmeren Ländern gestaltet sich die Steuererhebung oft schwieriger, da größere Bevölkerungsteile in ländlichen Gebieten leben und dort im informellen Sektor arbeiten (27,28). Wie Abb. 9 zeigt, ist dieses Verhältnis zwischen Volkseinkommen und fiskalischem Spielraum auf die Mitgliedstaaten der Europäischen Region durchaus anwendbar. Die Abweichungen der einzelnen Länder von diesem Trend deuten allerdings darauf hin, dass das fiskalische Umfeld nicht vollständig durch das BIP pro Kopf geprägt wird. So ist z. B. der prozentuale Anteil der öffentlichen Ausgaben am BIP in Bulgarien so hoch wie in Spanien, während das BIP pro Kopf in Spanien mehr als dreimal so hoch ist. Ähnlich verhält es sich mit Irland und der Ehemaligen Jugoslawischen Republik Mazedonien, die ungefähr das gleiche Verhältnis von öffentlichen Ausgaben zu BIP aufweisen, wohingegen das BIP pro Kopf in Irland sechsmal so hoch ist. Dies ist ein weiteres Indiz dafür, dass es für die Analyse der Gesundheitsfinanzierung in einem bestimmten Land wichtig ist, die fiskalische Situation zu begreifen und nicht nur das Einkommensniveau zu betrachten.

Abb. 9: Steuerkraft und Volkseinkommen in der Europäischen Region im Jahr 2004 (WHO-Schätzungen für Mitgliedstaaten mit über 500 000 Einwohnern)



31. Der Staat muss sich seiner budgetären Grenzen bewusst sein und kann nicht einfach soviel ausgeben, wie zur Befriedigung sämtlicher Bedürfnisse in der Gesellschaft erforderlich wäre. Die öffentliche Hand muss sich *fiskalisch solide* verhalten, d. h. die Ausgaben müssen ins Gleichgewicht mit den Einnahmen gebracht werden. Dies trifft auch auf die Gesundheitsfinanzierung zu. Aber *fiskalische Nachhaltigkeit ist eher ein Erfordernis als ein Ziel der Gesundheitsfinanzierung*; die Finanzierungssysteme sollten nach dem Grad bewertet werden, zu dem sie die Grundsatzziele gemessen an dem Möglichen erreichen und gleichzeitig die Verpflichtung zu

ausgeglichenen Haushalten erfüllen.⁹ Es gibt also eine sehr wichtige Unterscheidung zwischen Effizienz und Haushaltsdisziplin. Viele Länder sind zu Recht über die hartnäckigen Defizite in ihren Gesundheitssektoren besorgt, doch eine einseitige Beschränkung auf den Abbau von Defiziten könnte leicht von der Notwendigkeit ablenken, das zugrunde liegende Problem der fehlenden Wirtschaftlichkeit anzugehen. In Ländern, in denen die öffentlichen Krankenhäuser etwa ihre Defizite einfach an den Staat weitergeben können, führt die fehlende Rechenschaftspflicht oft zu einem unwirtschaftlichen Umgang mit den Mitteln, der sich letztendlich in Defiziten äußert. Manche von diesen Ländern reagieren mit einer Reduzierung des Leistungsumfanges (d. h. Erhöhung der Selbstbeteiligung der Patienten) und mit der Ausweitung freiwilliger Zusatzversicherungen als partielle Absicherung der Bevölkerung gegen eine finanzielle Mehrbelastung. Solche Maßnahmen können in der Tat vorübergehend das Defizit mindern, setzen jedoch nicht an den Wurzeln des Problems an. Folglich kehren die Defizite zurück, während gleichzeitig die Reformen sich negativ auf Gerechtigkeit und finanzielle Absicherung auswirken (da ärmere und kränkere Menschen es meist schwerer haben, eine freiwillige Krankenversicherung zu finden). Wenn fiskalische Nachhaltigkeit als Pflicht zur Einhaltung des Haushaltsrahmens verstanden wird und nicht als Ziel an sich, dann kann die Politik vom reinen Defizitabbau zu einer breiter angelegten Strategie der Bekämpfung von Unwirtschaftlichkeit übergehen, die die Auswirkungen auf die Ziele des Gesundheitssystems minimieren und gleichzeitig die Einhaltung eines ausgeglichenen Haushalts ermöglichen soll.

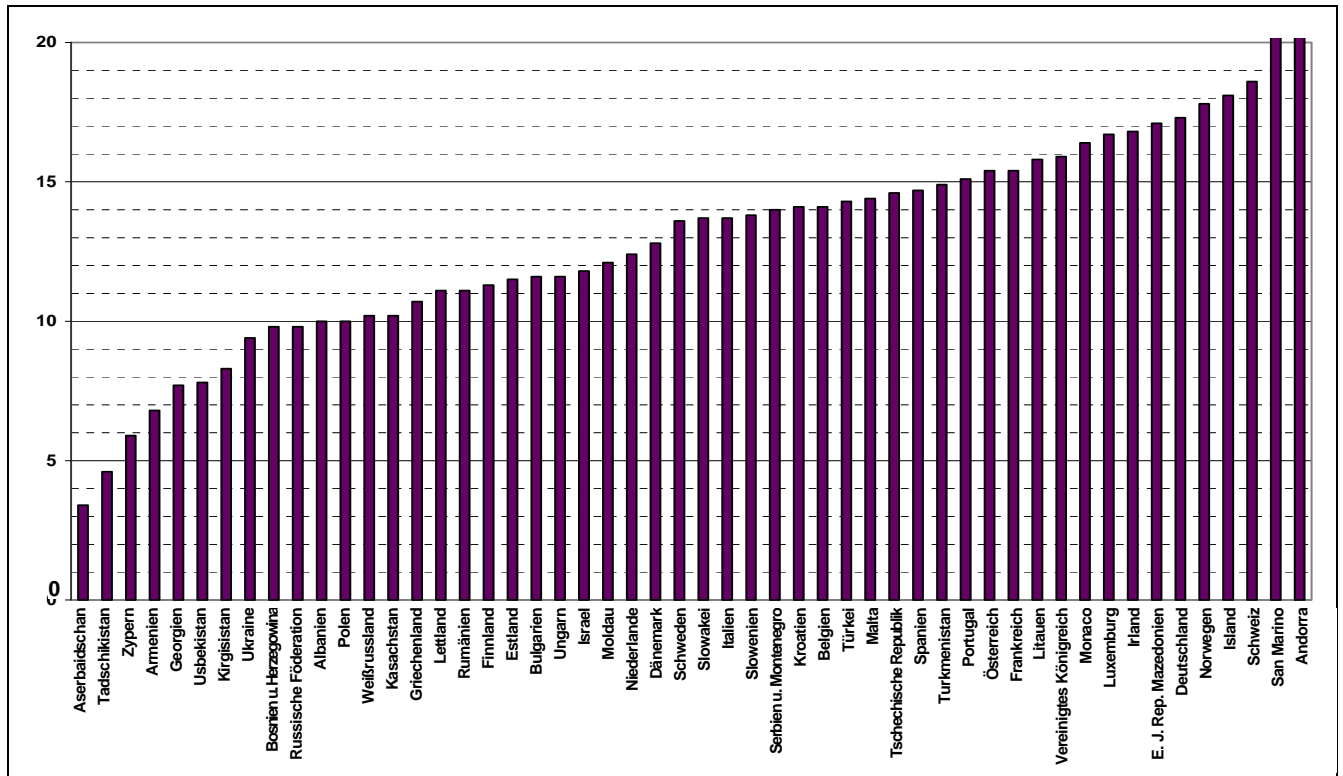
32. Begrenzungen der staatlichen Gesundheitsausgaben machen explizit oder implizit eine Rationierung erforderlich, was wiederum ein Abwägen zwischen den Zielen der Gesundheitsfinanzierung und der Notwendigkeit eines ausgeglichenen Haushalts bedeutet. Je angespannter die Haushaltslage ist, desto einschneidender werden solche *Kompromisse in Bezug auf Nachhaltigkeit* ausfallen. Aber in der zunehmend globalisierten Welt stehen alle Länder, selbst die reichen, unter zunehmendem Druck, die Steuern zu senken, weil sie um internationale Unternehmen konkurrieren. Die Thematisierung von Zielkonflikten in Bezug auf Nachhaltigkeit ist somit in allen Ländern notwendig. Oft besteht die Herausforderung darin, die Länder dazu zu ermutigen, sich mit dem Thema direkt in einem offenen und partizipatorischen Entscheidungsprozess zu befassen, anstatt indirekt durch Untätigkeit Tatsachen zu schaffen.

33. Fiskalische Nachhaltigkeit ist allerdings ein schwer fassbares Konzept. Die Grenzen der staatlichen Besteuerung der Bürger schränken die Ausgabemöglichkeiten der Regierungen ein, und die Länder können tatsächlich nicht auf Dauer mit Haushaltsdefiziten leben. Irgendwann müssen die öffentlichen Ausgaben an die verfügbaren öffentlichen Einnahmen angepasst werden. Die *fiskalische Nachhaltigkeit eines Bereichs* der öffentlichen Ausgaben wie des Gesundheitswesens ist schwerer zu definieren. Wie viel eine Regierung für die Gesundheit ausgibt, hängt teils von den fiskalischen Gegebenheiten und teils von ihren eigenen Prioritäten ab. Der Anteil der staatlichen Gesundheitsausgaben am BIP errechnet sich anhand des Anteils der staatlichen Gesamtausgaben am BIP (Ausgabenspielraum der Regierung) und des Anteils der Gesundheitsausgaben an diesen Gesamtausgaben. Wie Abb. 10 zeigt, variiert dieser Anteil in den Ländern der Region stark aufgrund der unterschiedlichen Bedeutung, die die Regierungen dem Gesundheitswesen beimessen¹⁰.

⁹ Dies gleicht der Unterscheidung zwischen Erfolg und Leistung im Gesundheitssystem (3).

¹⁰ Zwar ist es vertretbar, den Anteil der staatlichen Ausgaben für Gesundheit als Indikator für die Prioritätensetzung der öffentlichen Hand heranzuziehen, doch wäre es ungenau zu sagen, dieser Anteil spiegele genau die Priorität wider, die der Staat der Gesundheitsversorgung einräumt. Zutreffender wäre die Aussage, dass er die (implizite oder explizite) Priorität widerspiegelt, die der Überführung von Geld in das Gesundheitswesen beigemessen wird.

Abb. 10: Anteil der Gesundheitsausgaben an den staatlichen Gesamtausgaben in den Mitgliedstaaten der Europäischen Region im Jahr 2004 (WHO-Schätzungen)



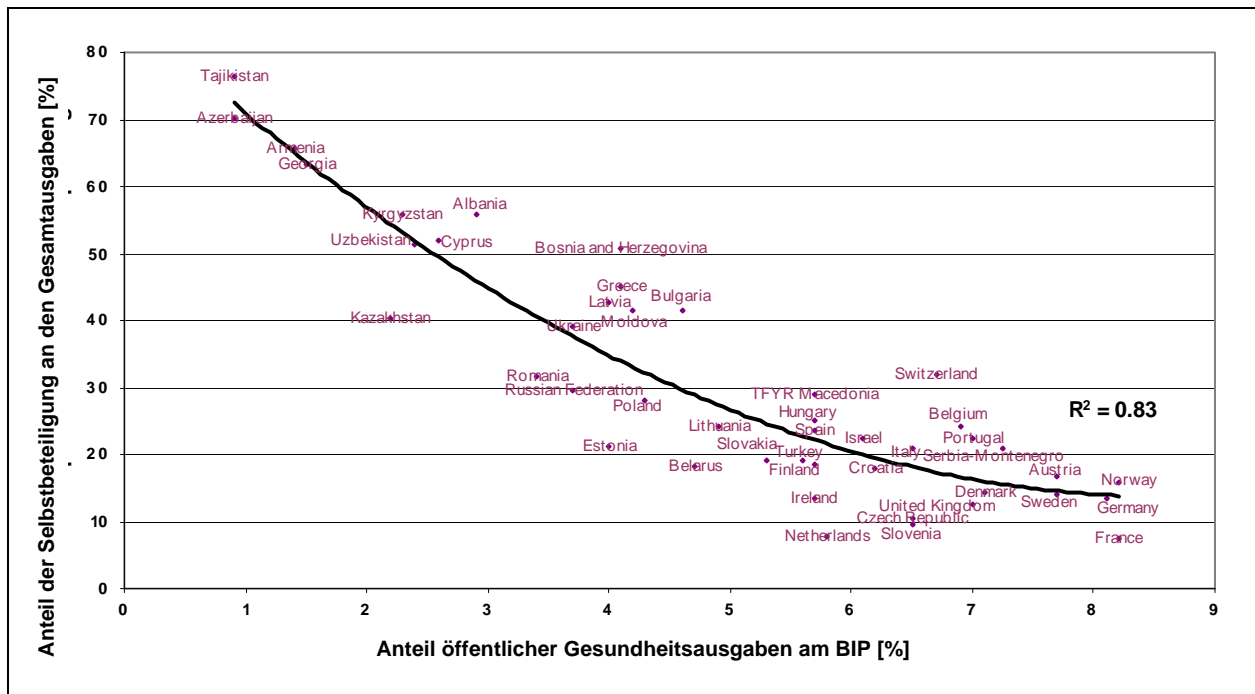
34. Bei der insgesamt angespannten Haushaltsslage können Unterschiede in der Prioritätensetzung zu einer breiten Bandbreite bezüglich des Anteils der Gesundheitsausgaben am BIP führen, was wiederum weit reichende Auswirkungen auf die Grundsatzziele der Gesundheitsfinanzierung haben kann. So fiel z. B. in Estland der Anteil der staatlichen Gesundheitsausgaben am BIP von 5,9% im Jahr 1996 auf 4,1% im Jahr 2003. Dies war zum Teil Folge einer generellen Reduzierung der Staatsausgaben, bei der der Anteil der öffentlichen Ausgaben am BIP im gleichen Zeitraum von über 42% auf knapp unter 37% sank. Gleichzeitig fiel der Anteil der Gesundheitsausgaben an den gesamten öffentlichen Ausgaben von 14% auf 11,2%. Wäre der Anteil von 14% an den öffentlichen Ausgaben beibehalten worden, so hätte 2003 der Anteil der Staatsausgaben am BIP 5,1% betragen. Außerdem ist bemerkenswert, dass der Anteil der Eigenleistungen an den gesamten Gesundheitsausgaben von 11,5% auf 20,3% stieg.¹¹ Dieses länderspezifische Beispiel legt den Schluss nahe, dass die Fähigkeit des estnischen Gesundheitssystems zur Bewahrung eines geringen Anteils an Eigenleistung (und damit einer Verbesserung von finanzieller Absicherung – vgl. Zunahme der katastrophal hohen und ruinösen Ausgaben im gleichen Zeitraum nach Abb.3 – und Zugang zur Gesundheitsversorgung) weitgehend „bewusst“ reduziert wurde und nur zum Teil auf eine insgesamt angespannte Finanzlage zurückzuführen war.

35. Eine Analyse der Gesundheitsausgaben in der Region (Abb. 11) illustriert das stark reziproke Verhältnis zwischen a) den staatlichen Ausgaben für Gesundheit als Anteil am BIP und b) dem Anteil der Selbstbeteiligung an den Gesamtausgaben für das Gesundheitssystem. Mit anderen Worten: Je mehr die Regierungen für Gesundheit ausgeben, desto weniger zahlen die Patienten

¹¹ Sämtliche hier angeführten Daten stammen aus WHO-Schätzungen bezüglich der Gesundheitsausgaben der Länder (<http://www.who.int/nha/country/en/>).

für die Nutzung von Diensten, und dies hat Auswirkungen auf die Ziele finanzielle Absicherung, Finanzierungsgerechtigkeit und Chancengleichheit bei der Inanspruchnahme von Angeboten. Natürlich gibt es Abweichungen von dem Trend, die darauf hindeuten, dass das Niveau der staatlichen Ausgaben allein nicht alles bestimmt; vielmehr kommt es auch auf die Art der Gesundheitsfinanzierung an. Dennoch ist es offenkundig, dass das Niveau der öffentlichen Gesundheitsausgaben, das teils von fiskalischen Engpässen und teils von der Prioritätensetzung der Regierungen bestimmt wird, bedeutende Auswirkungen auf die Fähigkeit der Länder zur Erreichung ihrer Grundsatzziele hat.

Abb. 11: Verhältnis zwischen dem Niveau der staatlichen Ausgaben und dem Anteil der Selbstbeteiligung an den Gesamtausgaben für Gesundheit im Jahr 2004, (WHO-Schätzungen für Mitgliedstaaten der Europäischen Region mit über 500 000 Einwohnern)



36. Die vorstehend zitierten Belege zeigen, dass finanzielle Beschränkungen zwar durchaus eine Rolle spielen, es aber auch auf die Prioritätensetzung ankommt und dass in gewisser Weise das Niveau der Gesundheitsausgaben, das der Staat aufrechterhalten kann, eine bewusste **Entscheidung** ist und nicht nur ein Aspekt des breiteren ökonomischen und fiskalischen Umfelds. Allerdings bedeutet das Beispiel nicht, dass wir uns generell für höhere Gesundheitsausgaben einsetzen sollten. Wir haben die Auffassung vertreten, dass fiskalische Nachhaltigkeit kein Ziel der Gesundheitsfinanzierung ist; ebenso wenig ist die Erhöhung des Niveaus oder Anteils der staatlichen Gesundheitsausgaben ein Ziel der Gesundheitsfinanzierung. Jede solche Anhebung muss durch die Fähigkeit des Gesundheitssystems gerechtfertigt sein, mit den zusätzlichen Mitteln auch eine bessere Zielerfüllung zu gewährleisten. Am wichtigsten ist jedoch, dass die Anerkennung bestehender wie auch wahrscheinlicher künftiger finanzieller Engpässe alle Länder zu dem Schluss kommen lässt, dass die Gesundheitssysteme mehr Wert auf eine **effizientere** Nutzung der Mittel legen müssen. Es gibt keine Entschuldigung für eine Unterlassung von Bemühungen, die öffentlich ausgegebenen Gelder (im Hinblick auf die Grundsatzziele) optimal zu nutzen. Auch wenn nie genügend Geld vorhanden sein wird, sämtliche Bedürfnisse der Nutzer

eines Gesundheitssystems zu erfüllen, so ist doch eine verbesserte Nutzung der verfügbaren Mittel der primäre Weg zur Entschärfung der Zielkonflikte in Bezug auf Nachhaltigkeit.

37. Jenseits der finanziellen Erwägungen, die in allen Ländern von Bedeutung sind, wirken sich auch andere Kontextfaktoren auf die Gesundheitsfinanzierung aus. Jedes Land hat seine Besonderheiten, und wir können hier nicht alle denkbaren Faktoren berücksichtigen. Wir konzentrieren uns daher auf drei: die gegenwärtige und die prognostizierte demografische Struktur, die Vorschriften für das staatliche Finanzsystem im weiteren Sinne und die Dezentralisierung von Politik und Administration.

38. Die gegenwärtige demografische Struktur eines Landes und ihre prognostizierte Entwicklung haben wesentliche Auswirkungen auf die Gesundheitsfinanzierung. Hierbei kommen zwei Dimensionen zum Tragen: Erstens benötigen und verlangen ältere Bevölkerungen häufiger Gesundheitsleistungen. Deshalb verzeichnen Länder, die eine ältere Bevölkerungsstruktur aufweisen oder in denen ein rapides Altern der Bevölkerung prognostiziert wird (wie in vielen Mitgliedstaaten der Europäischen Region mit niedrigen Fruchtbarkeits- und Mortalitätsraten), häufig einen Kostendruck in ihrem System (oder müssen in naher Zukunft damit rechnen). Zweitens sinkt in alternden Gesellschaften mit geringer Fruchtbarkeitsrate der Anteil der arbeitenden Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung, wenn die durch die geringe Fruchtbarkeitsrate bedingte Lücke nicht durch Zuwanderung von Arbeitskräften geschlossen wird. Dies hat wichtige Auswirkungen für die Beitragserhebung im Gesundheitssystem (28). Die erstgenannte Dimension legt den Schluss nahe, dass die Politik eine umfassende systematische Antwort finden muss, die auch Änderungen in der Art und Weise der Prioritätensetzung bei den Gesundheitsausgaben und – vielleicht noch wichtiger – Strategien zur Reformierung der Leistungserbringung und Maßnahmen zur Förderung eines Alterns in Gesundheit beinhaltet, und dass sie eine bessere Koordination von Gesundheits- und Sozialversorgung anstreben muss. Die zweite Dimension ist besonders wichtig für die Länder, die aktuell bei der Finanzierung ihrer Gesundheitssysteme stark auf an die Beschäftigung gekoppelte Beiträge setzen, etwa durch Lohnabzüge für die gesetzliche Krankenversicherung. Da der Anteil der Bevölkerung im arbeitsfähigen Alter an der Gesamtbevölkerung schrumpft, wird es von entscheidender Bedeutung sein, die Quellen der öffentlichen Finanzierung so zu diversifizieren, dass auch Nichtbeitragszahler versorgt werden können. Es ist bereits heute so, dass in den meisten Ländern im Westen der Region, die über eine Art der sozialen Krankenversicherung verfügen, die öffentliche Finanzierung nicht allein durch lohnbezogene Besteuerung bestritten wird. Lediglich Deutschland und die Niederlande bestreiten über 60% ihrer gesamten Gesundheitsausgaben auf diese Weise. In Österreich, Luxemburg und Belgien machen die lohnabhängigen Einnahmen weniger als die Hälfte dieser Ausgaben aus (29). Somit hat der Prozess der Diversifizierung bereits begonnen. Mit dem Fortschreiten der demografischen Entwicklung wird er sich fortsetzen, und es können durchaus tiefer greifende Reformen zur Entkopplung der Krankenversicherung vom Beschäftigungsstatus erforderlich sein, damit ein hohes Ausmaß an finanzieller Absicherung und an Gerechtigkeit aufrechtzuerhalten.

39. Die öffentlichen Finanzen setzen ein Verständnis nicht nur der Fähigkeit des Staates, Steuereinnahmen zu erzielen, sondern auch der Funktionsweise der öffentlichen Verwaltung im weiteren Sinne voraus. Dazu gehören Bereiche wie beamtenrechtliche Vorschriften und Regeln für die öffentliche Finanzverwaltung. Das System kann eine *Anreizkultur* schaffen, in der eine Reform der Gesundheitsfinanzierung die erhofften Effekte erzielen kann, oder es kann umgekehrt die Umsetzung gewisser Reformen behindern bzw. eine Reihe von Negativanreizen beinhalten, die zu ungewollten Reformfolgen führen. Es gibt keinen inhärenten Grund, der eine Vereinbarung der Ziele einer Reform der öffentlichen Verwaltung, etwa eine umfassendere Rechenschaftspflicht für die Verwendung öffentlicher Gelder, mit Reformen der Gesundheitsfinanzierung

verhindern würde, die auf Verbesserung der Wirtschaftlichkeit durch strategischen Einkauf von Leistungen und erhöhte finanzielle Autonomie für die Verwaltung von Gesundheitseinrichtungen abzielen. Dazu ist eine wirksame Verständigung zwischen den treibenden Kräften bei der Reform der Gesundheitsfinanzierung und den Verantwortlichen für die Reformierung des öffentlichen Sektors im weiteren Sinne erforderlich.

40. Ein dritter entscheidender Kontextfaktor für die Gesundheitsfinanzierung ist der Grad der politisch-administrativen Dezentralisierung eines Landes. In dezentralisierten Staaten wie Bosnien und Herzegowina, Schweden und der Schweiz spiegelt die Organisation der Gesundheitsfinanzierung den Aufbau der staatlichen Verwaltung wider, was zu dezentralisierten Fondsbildungen führt. Dies ist nicht wünschenswert, da kleinere Fonds oft über weniger Möglichkeiten zur Überführung von Mitteln aus einem Bereich in einen anderen verfügen und daher die durch eine gewisse finanzielle Ausstattung gewährleistete finanzielle Absicherung nur bedingt bieten können. Ein anderes mögliches Ergebnis der Aufsplitterung des öffentlichen Angebots ist auch Unwirtschaftlichkeit in Form von Überkapazitäten. Dies ist offensichtlich in der Schweiz (30) und in Bosnien (31) ein Problem; in diesen Ländern geht das Ausmaß der politischen Dezentralisierung soweit, dass die Fähigkeit der Zentralregierung, Schwankungen im Beitragsaufkommen auszugleichen, begrenzt ist. In Schweden verwalten Landkreise und Kommunen das Versicherungs- und Einkaufswesen, das System funktioniert jedoch virtuell als eine einzige Versicherung und verwendet dafür Zuweisungsschlüssel und direkte Zuschüsse der Zentralregierung an die Behörden vor Ort (32). In jedem Fall hängt das „Optimum“ von den Kontextfaktoren ab, die die Umsetzbarkeit bestimmen.

41. Dies und weitere Kontextfaktoren müssen bei der Betrachtung der Gesundheitsfinanzierung in jedem einzelnen Land konkret berücksichtigt werden. Auch wenn es gewiss nützlich und notwendig ist, von den Erfahrungen anderer Länder zu lernen, so lassen sich politische Instrumente nicht einfach von einem Land in ein anderes verpflanzen. Entscheidend für die nationalen Politiker ist die Frage, inwiefern Einflüsse von außerhalb des Gesundheitssystems die Machbarkeit und Umsetzbarkeit von Finanzierungsreformen beeinträchtigen.

Entscheidende politische Herausforderungen: Aufsplitterung überwinden und Abstimmung erreichen

Erkennung, Verringerung oder Beseitigung der Folgen der Aufsplitterung

42. Eine Fragmentierung der Gesundheitsfinanzierung ist in vielerlei Hinsicht problematisch, daher ist die Verringerung oder Beseitigung dieses Zustands in vielen Ländern eine wichtige politische Aufgabe. Den Zielen der finanziellen Absicherung und des Zugangs zur Versorgung dienen solche Fonds am besten, die ein möglichst hohes Maß an (Quer)Subventionierung der Kranken durch die Gesunden über Kassengrenzen hinweg ermöglichen; je größer ein solcher Pool (oder: je weniger Pools für eine bestimmte Bevölkerungsgröße), desto größer die mögliche Risikoabsicherung (Quersubventionierung). In Deutschland bestand der „Ausgangspunkt“ für die Reform vor 1996 aus einer Vielzahl von Krankenkassen, denen die Menschen je nach Beschäftigungsverhältnis zugeordnet wurden. Die Fragmentierung verursachte zusammen mit dem Recht der Kassen, ihre Beitragssätze selbst zu bestimmen, zu Ungerechtigkeiten im Finanzierungssystem, da die Beitragshöhe stärker an das Berufsrisiko als an die Beitragsfähigkeit gekoppelt war. Insgesamt brachten die Versicherungsreformen allen Arbeitnehmern das Recht zur eigenen Kassenwahl und führten zum sog. „Risikostrukturausgleich“, einem finanziellen Ausgleichsmechanismus zur Stützung von Kassen mit ungünstiger Risikostruktur. Diese Reformen hatten einen

Rückgang der Beitragsunterschiede zwischen den Kassen zur Folge (33). Auch wenn es noch immer viele Kassen gibt, so hat dieses Umverteilungsverfahren doch durch Schaffung eines „virtuellen Gesamtfonds“ der Krankenkassen die Aufsplitterung wirksam eingeschränkt.

43. Eine solche Fragmentierung kann auch einer mangelnden Effizienz in der Leistungserbringung Vorschub leisten. Im System der früheren Sowjetunion waren die Kassen zum Beispiel auf jedem Verwaltungsniveau (Republik, Bezirk, Stadt) zu Fonds zusammengeschlossen und dann auf der Nachfrage- wie auf der Angebotsseite vertikal durch eine hierarchische Budgetierung nach Zeilenposten integriert. Weil in den Bezirken aber Städte lagen, überschneiden sich die Pflichtversicherungen, was zu einer Doppelversicherung für die gleichzeitigen Einwohner von Stadt und Bezirk führte. Dieser Organisationsaufbau der Gesundheitsfinanzierung und -versorgung trug in Verbindung mit den Anreizen der Planwirtschaft zu der ausufernden räumlichen Infrastruktur in der sowjetischen Gesundheitsversorgung bei. Vor diesem Hintergrund machte der strukturell bedingte Leistungsüberhang eine Reform des Finanzierungssystems erforderlich, um einen einzigen Fonds für die Bevölkerung eines geografischen Gebietes zu schaffen und die Trennung zwischen Leistungsfinanzierung und -erbringung zu vollziehen (Ende der Budgetierung nach Zeilenposten). Diese Reformschritte waren die Voraussetzung für die Verringerung der Effizienzdefizite durch Verkleinerung der Leistungserbringungssysteme in Kirgisistan (34) und der Republik Moldau (19).

44. Probleme und Herausforderungen ergeben sich auch aus einer Aufsplitterung der Finanzierung zwischen dem „allgemeinen“ Gesundheitssystem und anderen Diensten wie der Sozialversorgung und vertikal organisierten Programmen zur Bekämpfung von Krankheiten. In den Niederlanden ist die ganze Bevölkerung pflegeversichert (AWBZ). Die Pflegeversicherung ist von den Krankenkassen getrennt, die um das wichtigste Leistungspaket in der persönlichen Gesundheitsversorgung (Akutfälle) konkurrieren; dabei unterliegen sowohl AWBZ als auch Krankenkassen der Regulierung durch das Gesundheitsministerium. Der Wettbewerb unter den Krankenkassen motiviert diese zur Kostensenkung, eine unbeabsichtigte Folge hiervon ist der Versuch der Verlagerung von Kosten (und Patienten) auf die Pflegeversicherung. Dies hatte negative Folgen für die Kontinuität und Wirksamkeit der Versorgung (35), weshalb die Regierung erklärt hat, gegen das Problem vorgehen zu wollen.

45. Die Aufsplitterung der finanziellen Vorkehrungen für vertikal strukturierte Programme gegen Tuberkulose, HIV/Aids und Drogenmissbrauch schafft in den meisten Mitgliedstaaten im Osten der Region Negativanreize gegen eine gemeinsame Planung und Vergabe von Verträgen, obwohl viele der Kunden und Risikogruppen, auf die ihre Interventionen abzielen, identisch sind. Die Aufsplitterung entsteht aus den traditionellen „Finanzierungsprogrammen“, d. h. der Zuweisung von Budgets an Programme, die dann unabhängig ihr eigenes Maßnahmenbündel gegen „ihre“ Krankheit/Erkrankung einkaufen und bereitstellen können. Dies hat Effizienzdefizite zur Folge, weil es z. B. verhindert, dass die Programme gegen HIV und Drogenmissbrauch ihre Maßnahmen koordinieren (z. B. Nadeltausch oder Substitutionsbehandlung mit der Förderung von Kondomen), obwohl beide Programme weitgehend denselben Bevölkerungsgruppen dienen (36). Es ist daher dringend erforderlich, die fragmentierte Finanzierung dieser Programme zu überwinden und so den Übergang zu einem wirtschaftlicheren *patientenorientierten* System zu ermöglichen.

Reforminstrumente auf Grundsatzziele abstimmen

46. Eine wichtige Herausforderung besteht darin, die Abstimmung der Instrumente der Gesundheitsfinanzierung sowohl untereinander als auch mit den zu erreichenden Zielen sicherzustellen.

Fehlt ein solcher Abgleich, können die Maßnahmen unwirksam und sogar schädlich werden. Ein aus vielen Ländern bekanntes Beispiel hierfür ist das Missverhältnis zwischen den Reformen auf der Einkaufsseite und der Art der Verwaltung der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen. So kann zum Beispiel eine Änderung der Art der Bezahlung öffentlicher Einrichtungen wirkungslos bleiben, wenn deren Leiter über keine eigenständige finanzielle Entscheidungsbefugnis verfügen (d. h., wenn sie nicht Mittel im Budget umschichten können). Ebenso dürfte die Einführung oder Verfeinerung von Vergütungsmethoden, die darauf abzielen, finanzielle Risiken auf die Krankenhäuser zu verlagern (z. B. durch Zahlung fester Fallpauschalen), nur von geringem Wert sein, wenn die Leistungsanbieter sich diesem Druck entziehen können. Diese Erfahrung machten Kroatien (37) (wo die Anbieter der öffentlichen Hand ihre Defizite an den Fiskus weitergeben können), Polen (38) (wo öffentliche Krankenhäuser ihre Schulden von einem auf das nächste Jahr übertragen können) und die Schweiz (30) (wo die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen nur eine „weiche Haushaltsgrenze“ kennen und Defizite am Ende des Haushaltszeitraums von den Kommunen übernommen werden). Die Beseitigung der grundlegenden Ursachen für Leistungsprobleme in der Gesundheitsfinanzierung erfordert Stimmigkeit zwischen den Strategien für den Einkauf von Leistungen und den Vorkehrungen für Organisation und Verwaltung der Leistungserbringung.

47. Eine Überbetonung der Ausgestaltung eines bestimmten Reforminstrumentes kann auch zu einer Fehlanpassung führen, wenn nicht den Grundsatzzielen, denen das Instrument dienen soll, die gleiche Aufmerksamkeit zuteil wird. So erfordert die Ausarbeitung eines plausiblen Leistungspakets zwar viel Detailarbeit zur Abschätzung der für die Leistungen erwarteten Kosten und zum Vergleich mit den erwarteten Einnahmen, doch ist es entscheidend, dass die Ergebnisse dieser Berechnungen in ein Paket *umgesetzt* werden, das der Durchschnittsbürger verstehen kann. Statt einer langen Liste von Maßnahmen oder Diagnosen sollte der Patient dem Paket vielmehr z. B. klar entnehmen können, dass ein Besuch beim Hausarzt für eine Zuzahlung von 1 € zu haben ist, während das direkte Aufsuchen eines Facharztes sehr viel teurer wird. Mit anderen Worten sollte die Zusammensetzung des Pakets und die Art seiner Vermittlung an die Bevölkerung mit dem Ziel einer größeren Transparenz des Systems für die Bevölkerung verknüpft werden. Erkenntnisse aus der Region zeigen, dass sehr komplexe Pakete, die zudem häufig verändert werden oder mit den im System vorhandenen Mitteln deutlich kollidieren, zu einer weiten Verbreitung informeller Zahlungen für Gesundheitsleistungen führen können (39). Die Länder sollten auch einen *Prozess* zur Schnürung der Leistungspakete anstreben, der sich nach und nach in Übereinstimmung mit der medizinischen Praxis, der technologischen Entwicklung, der verbesserten Datenqualität und der relativen Bedeutung der einzelnen Zielveränderungen fortentwickelt. Die kontinuierliche Beobachtung und Auswertung der Anwendung der Leistungspakete ist von entscheidender Bedeutung. In vielen Ländern werden hierfür Patientenbefragungen durchgeführt, um eine Veränderung des Umfangs und der Größenordnung der informellen Zahlungen festzustellen.

Schlussfolgerungen: Grundsätze und praktische Schritte für Politiker

48. Der hier vorgeschlagene Ansatz für die Gesundheitsfinanzierung verkörpert folgende zentrale Grundsätze und Konzepte:

- Wie bei allen Aspekten der Gesundheitspolitik, so ist die Unterscheidung zwischen den Zielen der Gesundheitsfinanzierung (z. B. bessere finanzielle Absicherung, besserer Zugang zur Gesundheitsversorgung) und ihren Instrumenten (z. B. Schaffung eines Versicherungsplans, Reform der Vergütung der Anbieter usw.) sehr wichtig. Vor diesem Hintergrund sollte sich auch die Analyse der angeregten und umgesetzten Reformen auf die Auswirkungen auf die Bevölkerung und das System insgesamt konzentrieren; Pläne sind noch keine Systeme.
- Unter Voraussetzung dieses ersten Grundsatzes sollte verstanden werden, dass Gesundheitsfinanzierung (mit Ausnahme der durch ausschließliche Eigenleistung) immer durch ein **Versicherungssystem** erfolgt und daher danach bewertet werden sollte, wie gut sie die mit ihr verbundenen Ziele (z. B. finanzielle Absicherung, gleichberechtigter Zugang usw.) für die Bevölkerung erreicht, und nicht nach dem allgemein zu ihrer Charakterisierung verwendeten Etikett oder Modell. Zum Beispiel ist man in Deutschland nicht etwa mehr „versichert“ als im Vereinigten Königreich, nur weil das britische System nicht wie das deutsche „Versicherung“ genannt wird. Dementsprechend – und trotz der potenziellen Bedeutung des Etiketts im konkreten nationalen bzw. politischen Kontext – ist es wichtig, dass die Entscheidungsträger in der Gesundheitsfinanzierung sich durch das für ihr System verwendete Etikett nicht in der Erwägung aller verfügbaren Grundsatzoptionen einschränken lassen. Es gibt keinen konzeptionellen Grund, warum die Herkunft von Finanzmitteln über die Art ihrer Zusammenführung, den Einkauf von Leistungen oder die konkrete Regelung von Leistungsansprüchen entscheiden sollte.
- Eine klare Konzentration auf die Grundsatzziele sollte mit einem tieferen Verständnis der vorhandenen Organisation von Aufgaben und Konzepten der Gesundheitsfinanzierung sowie der fiskalischen und sonstigen Kontextfaktoren einhergehen, die ihre Machbarkeit und die erwarteten Wirkungen unterschiedlicher Grundsatzoptionen beeinflussen. Reformen sollten auf die Grundsatzziele ausgerichtet und der deskriptive Rahmen sollte als eine „Checkliste“ verwendet werden, mit der die **Abstimmung** der Reforminstrumente auf die angestrebten Ziele gesichert werden kann.
- Angesichts der gegenwärtigen wie auch der erwarteten künftigen finanziellen Sachzwänge werden alle Länder ihre Anstrengungen zur Erhöhung der **Effizienz** der Gesundheits(finanzierungs)systeme verdoppeln müssen. Effizienz ist kein Synonym für fiskalische Nachhaltigkeit; somit ist die Förderung von Wirtschaftlichkeit auch nicht gleichbedeutend mit einer Beschränkung auf Etatkürzungen. Stattdessen legt die Forderung nach Effizienz einen breit angelegten Ansatz nahe, der sicherstellen soll, dass die Gesundheitsausgaben in Bezug auf die Grundsatzziele den größtmöglichen Nutzen abwerfen, zumal die Ausgaben mit den verfügbaren Einnahmen vereinbar sein müssen. Dementsprechend sollten die Bedingungen (Anreize) im weiteren Umfeld der öffentlichen Finanzierung es ermöglichen, dass der Nutzen (d. h. die Ersparnisse) aus Effizienzgewinnen im Gesundheitssystem verbleibt und zur Verbesserung seiner Leistung genutzt wird.
- Umsetzen, auswerten, lernen und anpassen – Reformen in der Gesundheitsfinanzierung sollten wie Gesundheitsreformen allgemein auf einer starken konzeptionellen und evidenzbasierten Grundlage aufbauen; gleichzeitig gilt es zu erkennen, dass nicht alles planbar ist,

sondern dass es immer ein bestimmtes Maß an Ungewissheit hinsichtlich der Umsetzung wie auch der Ergebnisse geben wird. Somit sind politische Reformen ebenso Kunst wie Wissenschaft, und die Entscheidungsträger sollten nach Möglichkeit ein Lernen durch Umsetzung und Auswertung von Pilotprojekten erleichtern. Es ist sehr wichtig, dass jedes Land Mechanismen zur Auswertung seiner Reformen schafft und dadurch einen flexiblen politischen Prozess ermöglicht, der auf im Zuge der eigenen Reformen gewonnenen Erkenntnissen aufbaut. Ebenso ist es für die Länder wichtig und extrem wertvoll, aus den Erfahrungen der anderen zu lernen. Da aber jedes Land seine eigenen Gegebenheiten und damit eine unterschiedliche Ausgangslage für den Reformprozess hat, ist es gleichermaßen wichtig anzuerkennen, dass sich eine Politik nicht einfach von einem Land auf ein anderes übertragen lässt.

49. Obwohl es nicht möglich ist, Gesundheitsfinanzierung oder Gesundheitspolitik insgesamt in eine enge technokratische Formel zu zwingen, bieten die „drei Säulen“ den Entscheidungsträgern doch eine Orientierungshilfe dafür, wie sie Gesundheitsfinanzierung im eigenen nationalen Kontext angehen können. Zu den zentralen Schritten gehören die folgenden:

- Verwendung der Grundsatzziele der Gesundheitsfinanzierung als Orientierungshilfe bei der Erkennung der länderspezifischen Problembereiche und Prioritäten bezogen auf die Leistung des Finanzierungssystems,
- Akzeptanz, dass bei der Gestaltung einer wirksamen Gesundheitsfinanzierung der „Teufel im Detail steckt.“ Das bestehende System der Gesundheitsfinanzierung sollte einer gründlichen Analyse unterzogen werden, die den deskriptiven Rahmen als „Checkliste“ nutzt und die Einbeziehung jeder Teilfunktion, jedes Verfahrens der Mittelzuweisung und der Grundsätze für Rechte und Pflichten der Bevölkerung sowie der Modalitäten der Steuerungsfunktion für das System als Ganzes gewährleistet. Diese Modalitäten sollten dargestellt werden (u. a. der Strom der Mittel, der Grad der vertikalen Integration oder Trennung funktioneller Zuständigkeiten und die Marktstruktur jeder Teilfunktion): als nützliches Werkzeug für das Verständnis des vorhandenen Gesundheitsfinanzierungssystems, das zwangsläufig den „Ausgangspunkt“ für jedes Reformprogramm bildet. Die maßgeblichen Funktionsbereiche, in denen die politischen Instrumente schlecht aufeinander abgestimmt sind, sollten benannt werden;
- Analyse des fiskalischen Umfelds in Zusammenarbeit mit dem Finanzministerium unter Verwendung statistischer Daten zu Einnahmen und Ausgaben sowie von Vorhersagen für wahrscheinliche Szenarien;
- Benennung und Untersuchung aller weiteren Kontextfaktoren außerhalb des Gesundheitssystems, die Auswirkungen auf die Umsetzung bestimmter Reformoptionen oder auf deren Folgen haben könnten;
- Entwicklung eines Bündels von Reformoptionen, die auf eine Bewältigung der schwerwiegendsten Leistungsprobleme oder ein Erreichen der Ziele für das System ausgerichtet sind. Der deskriptive Rahmen sollte als Leitfaden zur Gewährleistung eines umfassenden Vorgehens vom aktuellen Ausgangspunkt aus genutzt werden und davor schützen, auf „Wunderlösungen“ hinzuarbeiten, die auf nur ein einzelnes Reforminstrument setzen. Die Ziele und vorgeschlagenen Optionen sollten an der fiskalischen Situation gemessen werden, um sicherzustellen, dass sie im nationalen Kontext realistisch sind;
- Ermöglichung eines aufgeklärten öffentlichen Dialogs zur Beschaffenheit der Ziele und Probleme des Systems sowie zu den vorhandenen Reformoptionen. Der weit verbreiteten Erwartung, dass jeder alles haben kann, sollte durch Vermittlung des Konzepts der

Nachhaltigkeitsabwägung und somit der Notwendigkeit gewisser Rationierungsmaßnahmen entgegengewirkt werden. Keine Lösung kann alle zufrieden stellen, doch sollten die Entscheidungen und Zielkonflikte klar angesprochen werden;

- Durchgehende Berücksichtigung und Nutzung der Tatsache, dass jedes Land der Welt mit der Reformierung seiner Gesundheitsfinanzierung zu kämpfen hat. Aus diesen Erfahrungen sollten die nötigen Lehren gezogen bzw. an die nationalen Gegebenheiten angepasst werden.

50. Abschließend möchten wir betonen, dass die WHO über kein Modell und keine Patentlösung für die Organisation der Gesundheitsfinanzierung verfügt. Stattdessen schlagen wir den Mitgliedstaaten den folgenden Prozess vor: 1) Nutzung der Grundsatzziele zur Festlegung der **Richtung** der Reform der Gesundheitsfinanzierung; 2) Verständnis der Funktionen und Grundsätze des vorhandenen Systems zwecks Bestimmung des **Ausgangspunktes**, an dem jede Reform ansetzen muss; 3) Verständnis fiskalischer und sonstiger Kontextfaktoren mit dem Ziel, **realistische Grenzen** bezüglich des Grades der **Aufrechterhaltung** von Grundsatzzielen sowie des Spektrums der zu erwägenden politischen Reformen zu bestimmen. Obwohl der Ansatz also auf dem Fundament gemeinsamer Werte und Ziele gründet, lässt er doch länderspezifische und realistische Analysen und Empfehlungen zu. Generell ist die WHO den Grundsatzzielen der Gesundheitsfinanzierung verpflichtet, dabei aber nicht auf eine bestimmte Organisationsform oder ein bestimmtes Modell festgelegt.

Literatur

1. Saltman RB, Dubois HFW. The historical and social base of social health insurance systems. In: Saltman RB, Busse R, Figueras J, eds., *Social health insurance systems in western Europe*. Maidenhead, Open University Press, 2004.
2. *Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO: Aktualisierung 2005*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr.7).
3. *The world health report 2000*. Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization, 2000.
4. Wagstaff A, van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998. *Health Economics*, 2003, 12:921–934.
5. Habicht J et al. Detecting changes in financial protection: creating evidence for policy in Estonia. *Health Policy and Planning*. 2006, 21(6):421–431.
6. Xu K et al. *Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure*. Geneva, World Health Organization, 2005 (Technical Briefs for Policy-Makers Number 2. WHO/EIP/HSF/PB/05.02).
7. Wagstaff A et al. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics*, 1999, 18(3):263–290.
8. *Albania Poverty Assessment*. Washington, DC, World Bank, 2003 (Report 26213-AL).
9. Pradhan M, Prescott N. Social risk management options for medical care in Indonesia. *Health Economics*, 2002, 11:431–446.
10. Layte R, Nolan B. *Equity in the utilization of health care in Ireland*. Dublin, Economic and Social Research Institute, 2004 (Working Paper 2). (http://www2.eur.nl/ecuity/public_papers/ECuity3wp15LayteNolan.PDF eingesehen am 30. Mai 2006).
11. Gaal P, McKee M. Informal payment for health care and the theory of ‘INXIT’. *International Journal of Health Planning and Management*, 2004, 19:163–178.
12. Gaal P, Evetovits T, McKee M. Informal payment for health care: evidence from Hungary. *Health Policy*, 2006, 77:86–102.
13. Brinkerhoff DW. Accountability and health systems: towards conceptual clarity and policy relevance. *Health Policy and Planning*, 2004, 19(6):371–379.
14. *Annual report 2005*. Tallinn, Estonian Health Insurance Fund, 2005 (<http://www.haigekassa.ee/eng/ehif/annual/>, eingesehen am 28. Juni 2006).
15. Velasco-Garrido M et al. Purchasing for quality of care. In: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, eds. *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead, Open University Press, 2005.
16. Purvis GP et al. *Evaluating Manas health sector reforms (1996–2005): focus on restructuring*. Bishkek, Manas Health Policy Analysis Project, 2005 (Policy Research Paper No. 30).
17. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 2001, 56:171–204.
18. Duran A, Lara J, van Waveren M. *Health Systems in Transition: Spain*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.
19. Shishkin S, Kacevicius G, Ciocanu, M. *Evaluation of health financing reform in the Republic of Moldova*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (forthcoming).
20. Saltman RB. A conceptual overview of recent health care reforms. *European Journal of Public Health*, 1994, 4:287–293.

21. Frenk J. Comprehensive policy analysis for health system reform. *Health Policy*, 1995, 32:257–277.
22. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 1997, 41:1–36.
23. Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, eds. *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead, Open University Press, 2005.
24. McKee M, Brand H. Purchasing to promote population health. In: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, eds. *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead, Open University Press, 2005.
25. Tan-Torres Edejer T et al., eds. *Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis*. Geneva, World Health Organization, 2003.
26. den Exter AP. Purchasers as the public's agent. In: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, eds. *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead, Open University Press, 2005.
27. Schieber G, Maeda A. A curmudgeon's guide to financing health care in developing countries. In: Schieber G, ed. *Innovations in health care financing: Proceedings of a World Bank conference*. Washington, DC, World Bank, 1997 (Discussion paper no.365).
28. Gottret P, Schieber G. *Health financing revisited: A practitioner's guide*. Washington, DC, World Bank, 2006.
29. Busse R, Saltman RB, Dubois HFW. Organization and financing of social health insurance systems: current status and recent policy developments. In: Saltman RB, Busse R, Figueras J, eds., *Social health insurance systems in western Europe*. Maidenhead, Open University Press, 2004.
30. *OECD reviews of health systems – Switzerland*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2006.
31. Cain J et al. *Health care systems in transition: Bosnia and Herzegovina*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002.
32. Glenngård AH et al. *Health systems in transition: Sweden*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005.
33. Dixon A, Pfaff M, Hermesse J. Solidarity and competition in social health insurance countries. In: Saltman RB, Busse R, Figueras J, eds., *Social health insurance systems in western Europe*. Maidenhead, Open University Press, 2004.
34. Kutzin J et al. *Innovations in resource allocation, pooling and purchasing in the Kyrgyz health system*. Bishkek, Manas Health Policy Analysis Project, 2002 (Policy Research Paper 21).
35. De Roo AA, Chambaud L, Güntert BJ. Long-term care in social health insurance systems. In: Saltman RB, Busse R, Figueras J, eds. *Social health insurance systems in western Europe*. Maidenhead, Open University Press, 2004.
36. Alban A, Kutzin J. Scaling up treatment and care for HIV/AIDS and TB and accelerating prevention within the health system in the Baltic States (Estonia, Latvia, Lithuania). Economic, health financing and health system implications. Consultant report. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.
37. Voncina L et al. *Sources of inefficiencies and fiscal deficits in the Croatian health care system, Health Financing Policy Paper, Division of Country Health Systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 [in Vorbereitung].
38. Hensher M, Edwards N. *WHO workshop on hospital debt in Poland: report of WHO consultants on the recommendations by workshop participants*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005.
39. Belli P, Gotsadze G, Shahriari H. Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia. *Health Policy*, 2004, 70:109–123.