



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa
Sechshundfünfzigste Tagung**

Kopenhagen, 11.–14. September 2006

EUR/RC56/BD/1
26. Juni 2006
61101
ORIGINAL: ENGLISCH

**Ansätze zur Gesundheitsfinanzierung in der
Europäischen Region der WHO**

Dieses Papier ist im Rahmen der Weiterverfolgung einer Gesundheitssysteminitiative für die Region entstanden, die auf der 55. Tagung des Regionalkomitees für Europa (Resolution EUR/RC55/R8) begann.

Mit ihm soll ein Finanzierungsansatz herausgearbeitet werden, den die Länder an ihre jeweiligen nationalen Gegebenheiten anpassen können. Er schließt ein: 1) die Beschreibung von auf zentralen WHO-Werten beruhenden Zielen der Gesundheitsfinanzierung, 2) die Schaffung eines konzeptionellen Rahmens zur Analyse von Organisation und Funktion des Finanzierungssystems und 3) das Erkennen der Einflussweise wichtiger Umstände, insbesondere finanzieller Engpässe, auf die Fähigkeit eines Landes zur Erreichung politischer Ziele oder zur Umsetzung gewisser Reformen. Weil die nationalen Bedingungen in der Region so unterschiedlich sind, gibt es keine „Blaupause“ (also kein bestimmtes Finanzierungsmodell oder -system), die sich für alle Länder eignen würde. Obwohl der Ansatz auf gemeinsamen Werten und Zielen gründet, erlaubt er doch länderspezifische Analysen und realistische Empfehlungen. Seine zentrale Botschaft für Entscheidungsträger lautet, dass sie die schädlichen Konsequenzen eines zersplitterten Finanzierungssystems erkennen und gegen diese vorgehen sowie sicherstellen sollten, dass die Instrumente der Gesundheitsfinanzierung kontinuierlich mit den gesundheitspolitischen Zielen abgestimmt werden.

Dieses Hintergrundpapier wird in den Fachinformationsblöcken während der Tagung des Regionalkomitees vorgestellt und nach der Tagung unter Einbeziehung der Diskussionsbeiträge der Mitgliedstaaten fertig gestellt.

Inhalt

	<i>Seite</i>
Zweck dieses Papiers und Überblick.....	1
Drei Säulen der Gesundheitsfinanzierung.....	1
Die erste Säule: Vorgeschlagene Ziele der Gesundheitsfinanzierung.....	3
Zweite Säule: Verständnisrahmen für die Organisation von Gesundheitsfinanzierungssystemen.....	8
Dritte Säule: Einbeziehung fiskalischer Engpässe und anderer Umstände.....	12
Entscheidende politische Herausforderungen: Aufsplitterung überwinden und Abstimmung erreichen	17
Erkennen, Mindern oder Beseitigen der Folgen der Aufsplitterung	17
Reforminstrumente mit politischen Zielen abgleichen	18
Schlussfolgerungen: Prinzipien und praktische Schritte für Politikgestalter	19
Literatur.....	21

Zweck dieses Papiers und 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 Erwartungshaltungen und die Überalterung der Bevölkerung heizen die Nachfrage an und verstärken so den finanziellen Druck auf das System. Gleichzeitig engen die makroökonomischen, demografischen und fiskalischen Bedingungen den Spielraum der Regierungen für eine simple Aufstockung der öffentlichen Mittel für Gesundheit ein. Die Kombination aus steigendem Kostendruck und begrenzter Möglichkeit zu vermehrten Ausgaben zwingt die Regierungen dazu, eine Reform der Finanzierung ihrer Gesundheitssysteme zu erwägen.

2. Auf die Frage, wie die Gesundheitssysteme zu finanzieren sind, gibt es keine einzelne Antwort. Nicht nur sind die konkreten Herausforderungen für jedes Land anders, jedes Land verfügt 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 handeln Debatten über die Reform des Finanzierungssystems eher von Änderungen an den Rändern als von einem durchgreifenden organisatorischen Wandel. In vielen anderen Ländern der Region, insbesondere in den seit 1990 in einem Umbruchprozess befindlichen, lassen sich die Finanzierungssysteme ohne diesen starken kulturellen/historischen Überbau nüchterner als eine Reihe von Sachregelungen betrachten. Und in vielen dieser Länder wurden fundamentalere Reformen der Gesundheitsfinanzierung bereits umgesetzt oder werden gerade erörtert.

3. Das WHO-Regionalbüro für Europa muss in der Lage sein, jedes Land der Region bei seinen Reaktionen auf Herausforderungen und Dringlichkeiten im jeweiligen Kontext zu unterstützen. Das erfordert einen fachlich vernünftigen 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 Kontexte der Region ist und damit nützliche Analysen sowie konkrete Empfehlungen und Ratschläge ermöglicht. Und dies regen wir hiermit an: einen Ansatz für die Gesundheitsfinanzierung der Länder gemäß ihrem eigenen nationalen Zusammenhang.

Drei Säulen der Gesundheitsfinanzierung

4. Der Ansatz 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, auf den zentralen Werten der WHO (2) beruhen und aus dem im Weltgesundheitsbericht 2000 (3) dargestellten Rahmen abgeleitet sind. Sie geben die **Richtung** vor, in welche die Reformen das System voranbringen sollen. Die vorgeschlagenen politischen Ziele können an sich auch als Erfolgskriterien zur Bewertung der Reformwirkungen auf die Systeme der Gesundheitsfinanzierung dienen. Die zweite Säule besteht aus einem konzeptionellen Rahmen für eine Organisationsanalyse der nationalen Gesundheitsfinanzierung. Er dient zur Beschreibung der mit allen Finanzierungssystemen, unabhängig von dem für sie verwendeten Modell oder Etikett, verbundenen Aufgaben und Grundsätzen. Die Verwendung eines solchen deskriptiven Rahmens ist erforderlich für den Zuschnitt der Analyse auf konkrete Reformen in dem Kontext konkreter Länder, denn die aktuelle Ausgestaltung des Finanzierungssystems sollte den **Ausgangspunkt** jeder Reform bilden. Die dritte Säule steht für die Erkenntnis und Analyse des begrenzenden Einflusses wichtiger Umstände, insbesondere fiskalischer Hindernisse, auf das nachhaltige Erreichen politischer Ziele durch ein Land und auf das Spektrum der in Betracht zu ziehenden Grundsatzoptionen. Diese Säule ermöglicht somit eine **realistische Analyse** des Umsetzbaren und des Erreichbaren.

Abb. 1: Drei Säulen für die Analyse der Gesundheitsfinanzierung



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

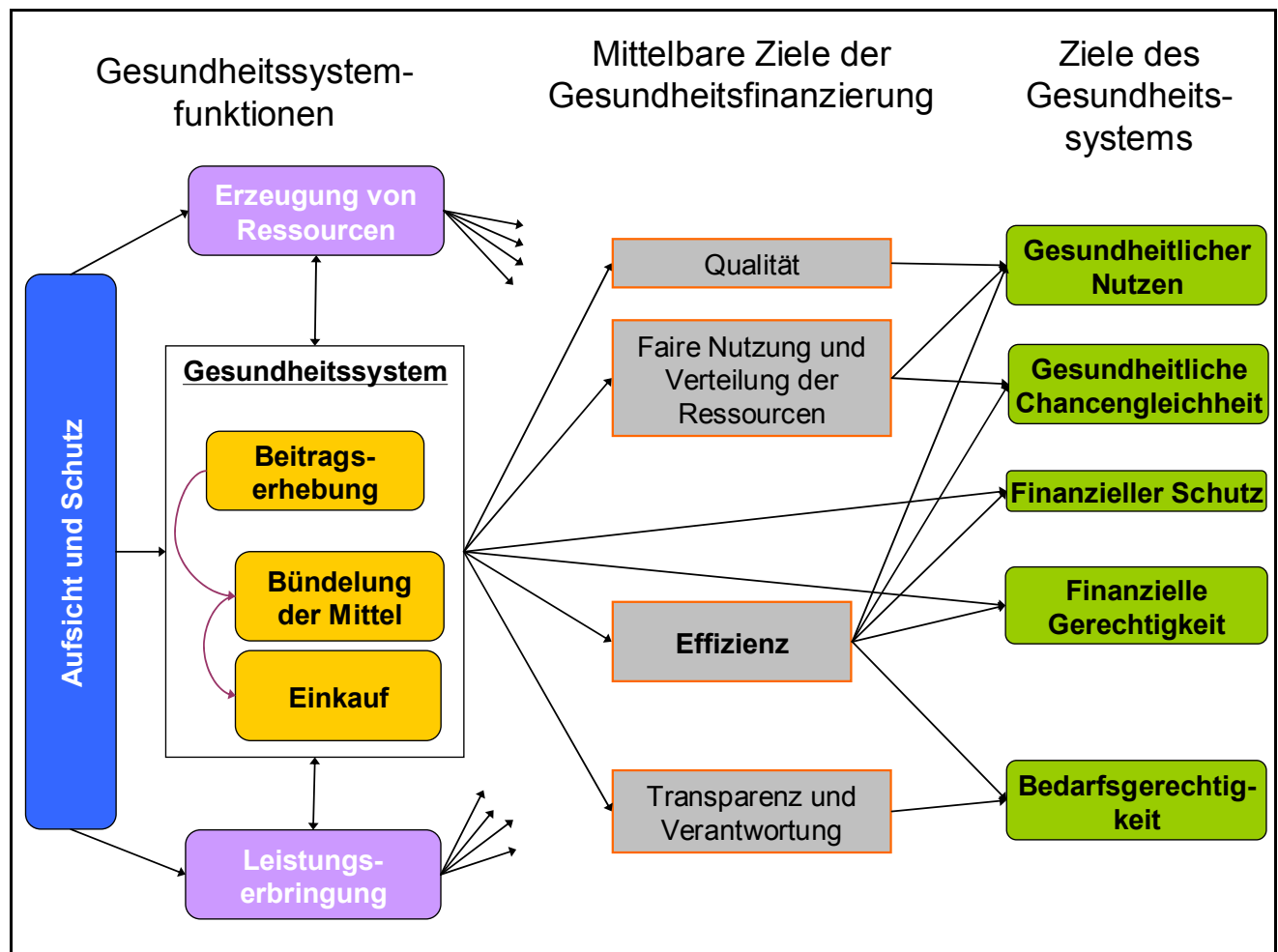
- Im Wesentlichen mit den allgemeinen Gesundheitssystemzielen identische Finanzierungsziele:
 - Förderung des universellen Schutzes vor finanziellem Risiko,
 - Förderung einer gerechteren Verteilung der Finanzierungslasten des Systems.
- Für die allgemeinen Gesundheitssystemziele erforderliche, mittelbare Ziele der Gesundheitsfinanzierung:
 - Förderung einer im Verhältnis zur Bedürftigkeit gerechten Nutzung und Bereitstellung von Diensten,
 - Verbesserung von Systemtransparenz und -verantwortung gegenüber der Bevölkerung,
 - Förderung von Qualität und Effizienz bei der Erbringung von Diensten und
 - Verbesserung der Effizienz in der Verwaltung der Gesundheitsfinanzierung.

6. Der deskriptive Rahmen gründet auch auf dem Weltgesundheitsbericht 2000, der Finanzierung eine von vier Funktionen des Gesundheitssystems nannte.² Das *Gesundheitsfinanzierungssystem* besteht aus konkreten Teilfunktionen und Grundsätzen – Beitragserhebung, Schaffung eines Fonds, Kauf von Dienstleistungen und Grundsätze zu Ansprüchen und Pflichtbeteiligung. 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 Bereichen des Gesundheitssystems erforderlich ist.

¹ Diese Ziele sind: eine bessere Gesundheit und ein glatteres Gesundheitsprofil der Bevölkerung, mehr und ausgedehntere Bedarfsgerechtigkeit des Gesundheitssystems auch in Bezug auf die (nicht Gesundheit betreffenden) Erwartungen der Bevölkerungen, größere „Fairness“ bei den finanziellen Beiträgen der Bevölkerung zum Gesundheitssystem und größere Wirtschaftlichkeit des Gesamtsystems, d. h. maximale Zielerreichung mit den vorhandenen Mitteln.

² Die übrigen Funktionen sind Aufsicht und Schutz, Erzeugung von Ressourcen (Investitionen in Menschen und Ausrüstungen sowie Vorleistungen) und Leistungserbringung).

Abb. 2: Verknüpfungen zwischen dem Finanzierungssystem und seinen mittelbaren Zielen, anderen Systemfunktionen und Zielen des Gesamtsystems



Die erste Säule: Vorgeschlagene Ziele der Gesundheitsfinanzierung

7. Die Ziele der Gesundheitsfinanzierung dienen uns als Erfolgs- und Leistungskriterien der Finanzierungssysteme und der Reformwirkungen. Zwar variieren konkrete Operationalisierung und relative Betonung dieser Ziele von Land zu Land, doch glauben wir an ihre universelle Anwendbarkeit unabhängig von dem Etikett oder Modell, mit dem die Ausgestaltung der Gesundheitsfinanzierung identifiziert wird. Außerdem lassen sich diese Ziele in konkrete Schritte umsetzen, die wiederum das Ziel praktischer politischer Maßnahmen sein können.

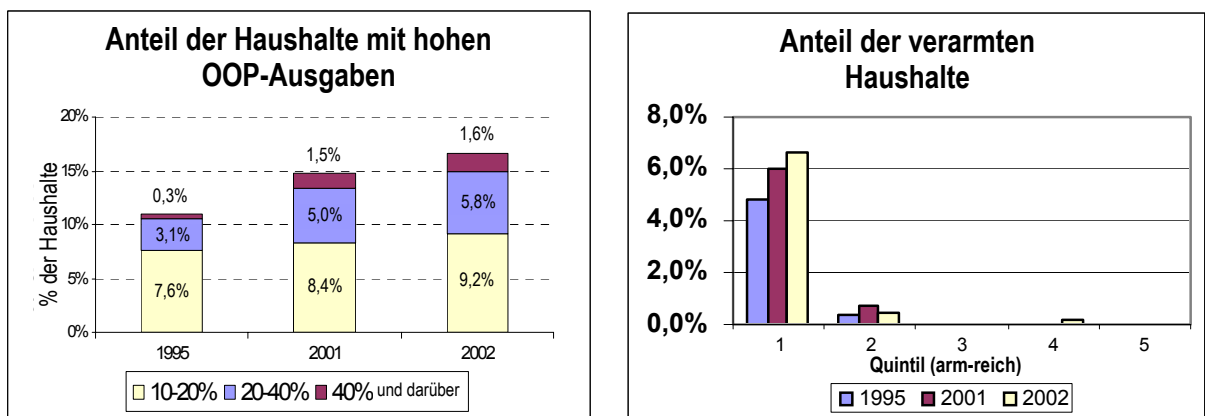
8. Der *finanzielle Schutz*, also der Schutz vor den finanziellen Risiken von Krankheit, lässt sich als Ziel wie folgt zusammenfassen: Niemand sollte durch die Nutzung der Gesundheitswesens verarmen oder gezwungen sein, zwischen körperlicher (und seelischer) Gesundheit und materiellem Wohlstand zu wählen. Dieser Punkt berührt eine der unmittelbarsten Verbindungen zwischen Gesundheit und Wohlstand – ein gewisses Ausmaß an Verarmung der Menschen durch Gesundheitsausgaben oder, umgekehrt, erfolgreicher Schutz vor dem Verarmungsrisiko durch das Finanzierungssystem bei gleichzeitig möglicher Nutzung des Gesundheitswesens. Für dieses Ziel existieren standardisierte Messgrößen (4), die in jedem Land gewonnen werden können, das verlässliche Daten zu den Haushalten besitzt über:

- den Prozentanteil der Haushalte, die katastrophal hohe Gesundheitsausgaben tätigen (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 als Folge ihrer Gesundheitsausgaben unter die Armutsgrenze rutschen).

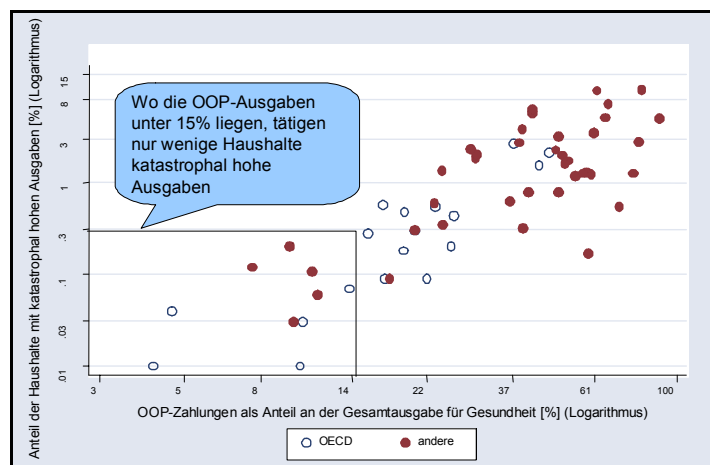
9. Beispiele dieser Konzepte sind in Abb. 3 dargestellt. Die linke Grafik zeigt den Prozentteil der estnischen Haushalte, bei denen die Selbstbeteiligung an den Gesundheitsausgaben [abgekürzt OOP für out-of-pocket] verschiedene definierte katastrophale Schwellen (10, 20 und 40%) der Gesamthaushaltsausgaben in den Jahren 1995, 2001 und 2002 überschritt. Die rechte Grafik zeigt den Anteil der Haushalte aus verschiedenen Einkommensgruppen, die durch die Selbstbeteiligung an den Gesundheitsausgaben in den gleichen drei Jahren verarmt sind.

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



10. Auch ohne tief greifende Analyse der Haushaltsdaten zur Bestimmung der katastrophalen und ruinösen Wirkungen deuten die internationalen Erkenntnisse darauf hin, dass ein hohes Selbstbeteiligungsniveau Anlass zur Sorge gibt. Eine WHO-Analyse von Daten aus fast 80 Ländern (6) (Abb. 4) bringt eine starke Korrelation zwischen dem Selbstbeteiligungsanteil an den Gesamtausgaben für Gesundheit und der Zahl der Familien zum Vorschein, die vor katastrophal hohen³ Gesundheitsausgaben stehen.

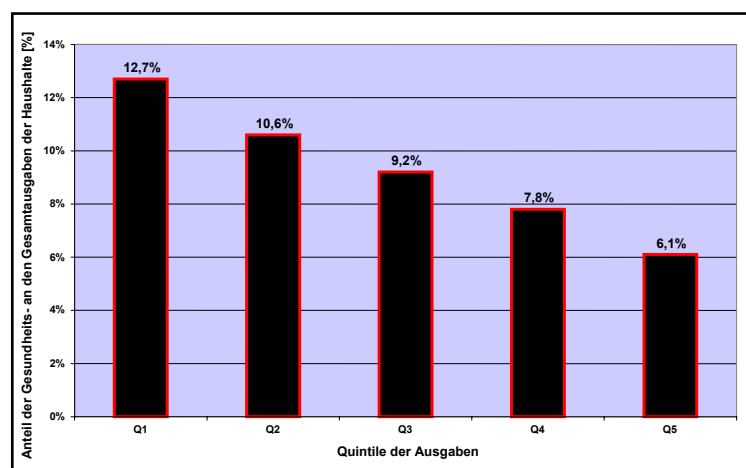
Abb. 4: Anteil der Haushalte mit katastrophal hohen Ausgaben gegenüber Anteil der Selbstbeteiligung an den Gesamtausgaben für Gesundheit



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

11. Damit verwandt und doch unabhängig ist das Ziel der **gerechten Finanzierung** des Gesundheitssystems. Damit ist gemeint, dass die Armen bezogen auf ihr Zahlungsvermögen nicht mehr zahlen sollten als die Reichen. Das Fairnessziel der Finanzierung ist demzufolge eng mit dem zentralen Wert Solidarität verknüpft. Im Prinzip müsste eine umfassende Analyse dieses Sachverhalts alle Ausgabequellen mit einschließen und auf die zahlenden Haushalte zurückführen und dies gilt sowohl für die direkten Selbstbeteiligungszahlungen und (freiwillige und vorgeschriebene) Vorauszahlungen für Krankenversicherungen als auch für indirekt gezahlte zweckgebundene Steuern. Eine vollständige Analyse dessen erfordert die Benennung der verschiedenen Einnahmequellen des Gesundheitssystems sowie die Untersuchung ihres Verteilungseffekts (d. h., wer zahlt) und die Aggregation nach ihrem relativen Finanzierungsbeitrag zum Gesundheitssystem. Internationale Erkenntnisse (7) sprechen dafür, dass eine Vorschussfinanzierung aus Pflichtbeiträgen (allgemeine Steuern und lohnabhängige Beiträge zu einer gesetzlich vorgeschriebenen Krankenversicherung) tendenziell gerechter, eine Vorschussfinanzierung aus freiwilligen Beiträgen dagegen eher ungerechter und eine Selbstbeteiligung am wenigsten gerecht ist. 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 Handlung daher eine Festlegung und Durchführung von Reformstrategien mit konkreten Zielen zur Verringerung des Anteils der Selbstbeteiligung an den Gesamtausgaben für Gesundheit.

Abb. 5: Ungerechte Selbstbeteiligung, Albanien 2002



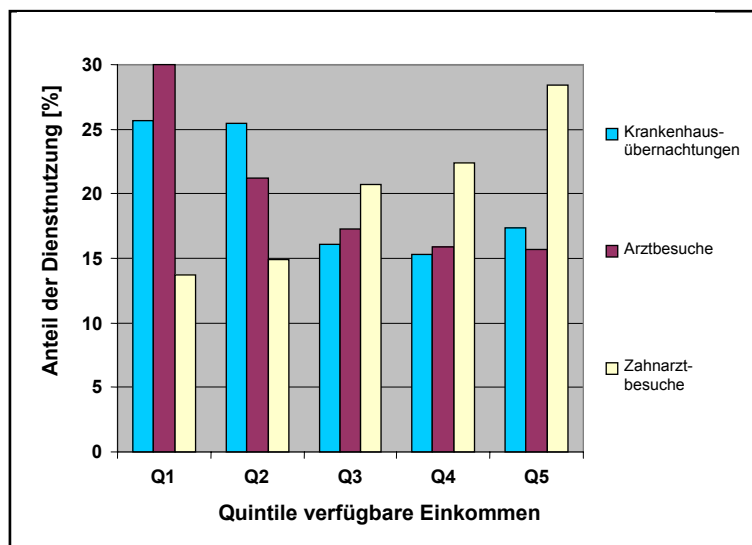
12. Betrachtungen zum finanziellen Schutz und zur finanziellen Fairness reichen für eine Bewertung der Gesundheitsfinanzierung eines Landes nicht aus. Das liegt daran, dass diese finanziellen Ziele die Systemwirkungen auf die Nutzung der Gesundheitsdienste durch die Bürger nicht einbeziehen. Da Selbstbeteiligung per Definition im Augenblick der Dienstnutzung eintritt und da diese Art der Zahlung dem finanziellen Schutz und der finanziellen Gerechtigkeit schadet, würden Maßnahmen für diese politischen Ziele zu einer verbesserten Nutzung der Gesundheitsversorgung durch ärmere Menschen führen.⁴ Für eine vernünftige Deutung der Konzepte müssen daher die Auswirkungen der Gesundheitsfinanzierung auf die Nutzung der Dienste gleichzeitig mit den finanziellen Zielen betrachtet werden (9).

13. Das Ziel der **gerechten Nutzung** lässt sich wie folgt formulieren: Gesundheitsdienste und -mittel sollten nach Bedarf verteilt werden und nicht nach anderen Faktoren wie z. B. der Fähigkeit der Menschen, für die Dienste zu zahlen. Während die Finanzierungsziele prinzipiell davon handeln, wie das Geld zur Bezahlung des Gesundheitssystems aufgetrieben wird, so handelt das Nutzungsziel (bezogen auf den

⁴ Wenn ärmere Menschen durch die Kosten unverhältnismäßig stark von der Nutzung der Dienste abgeschreckt werden, dann wächst auch der Anteil der reicheren Menschen bei der Nutzung der Dienste wie bei der Selbstbeteiligung insgesamt. Im Ergebnis erscheint die Finanzierung des Systems dann infolge der Haushaltsdaten als gerechter, als wenn die Armen und die Reichen die Dienste gleich nutzen und die gleichen Beträge bezahlen würden.

Beitrag der Gesundheitsfinanzierung) eher davon, wie das Geld vom System ausgegeben wird. Somit ergibt sich aus unserer Beschäftigung mit dem Ziel der gerechten Nutzung der Dienste auch die Forderung nach einer gerechten Verteilung der Gesundheitsausgaben und -mittel zur Verfolgung desselben Ziels. Das Ziel selbst ist nicht schwer zu verstehen, wohl aber schwer einheitlich zu messen, denn für eine objektive Messung von *Bedarf* gibt es keine standardisierte kostengünstige Methode. Viele Studien stützen sich auf die Ergebnisse von Befragungen und versuchen damit, die Dienstnutzung in einen Bezug zur Selbsteinschätzung von Gesundheitszustand oder Bedarf zu setzen. Solche Messungen sind nicht perfekt, können aber dann praktisch anwendbar sein, wenn vernünftige Annahmen zur Deutung der Nutzungs- und Bedarfsdaten möglich sind. So sind z. B. in Abb. 6 Daten einer Fragebogenuntersuchung aus Irland zur Nutzung verschiedener Gesundheitsdienste durch alle Einkommensgruppen zusammengefasst. Auf die ärmsten 40% der Bevölkerung (die beiden unteren Quintile) entfielen über die Hälfte aller Krankenhausstuge und Besuche von Allgemeinmedizinern. Ein anderes Muster zeigte sich demgegenüber 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 durch tatsächlichen Bedarf sowie durch den wirksamen Schutz erklärt werden, den das irische System der Gesundheitsfinanzierung vor den durch die Nutzung dieser Dienste anfallenden Kosten gewährt. Umgekehrt wird die stärkere Nutzung der Zahnärzte kaum den tatsächlichen Bedarf der Bevölkerung widerspiegeln, sondern eher durch die für Zahnarztbesuche bei der Leistungserbringung anfallenden Gebühren zu erklären sein, die Menschen mit niedrigerem Einkommen wahrscheinlich eher abschreckt.

Abb. 6: Anteil der Dienstnutzung nach Quintilen des verfügbaren Einkommens in Irland im Jahr 2000



14. Mehr **Transparenz und Rechenschaft** des Systems gegenüber der Bevölkerung stellt als Ziel in Bezug auf seine Deutung und Messung eine Herausforderung dar. Es ist daher sinnvoll das Konzept so zu begrenzen, dass es als ein praktisches Bewertungskriterium für Finanzierungssysteme oder deren Reform 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 berichten, wie das Versprechen in der Praxis eingelöst wird.

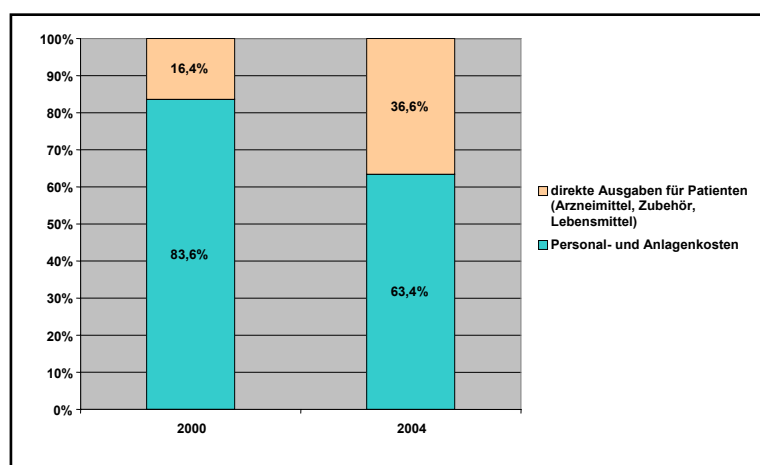
15. Ein konkretes auf Transparenz bezogenes Thema ist in vielen Länder der Region die Existenz informeller Zuzahlungen für Gesundheitsleistungen – also direkter Zahlungen von Patienten (oder der für sie handelnden Angehörigen o. ä.) an Anbieter der Gesundheitsversorgung für Dienste und verwandte Leistungen, auf welche die Patienten ohnehin ein Anrecht hätten (11). Das Ausmaß solcher Zahlungen ist ein direkter Ausdruck für fehlende Transparenz, denn die Zahlungsverpflichtung existiert zwar real, doch wird sie nirgends angegeben. Auf einen Abbau dieses Mangels an Transparenz zielende Reformen stehen vor der Schwierigkeit, solche Zahlungen zu erkennen und zu messen. Allerdings wurde eine Reihe

empirischer Studien über die Größenordnung des Phänomens innerhalb und außerhalb der Europäischen Region veröffentlicht, denen zufolge die Entwicklung verlässlicher Maßstäbe für informelle Zahlungen möglich ist (12).

16. Rechenschaft ist schwer zu fassen, aber nichtsdestoweniger wichtig und für eine qualitative Bewertung gewiss zugänglich. Eine Konzentration auf die Rechenschaftspflicht der „Gesundheitsfinanzierungseinrichtungen“, z. B. der gesetzlichen Krankenversicherungen oder anderer öffentlicher Einrichtungen zur Verwaltung der finanziellen Mittel des Gesundheitssystems, ist nützlich. 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 die Qualität der Gesundheitsdienste, für das Gleichgewicht zwischen Einnahmen und Leistungen, für die Qualität der Dienste gegenüber den Nutzern und für die Unternehmensführung/wirtschaftliche Betriebsleitung (14).

17. Die finanziellen Maßnahmen sollten *qualitativ* gute Versorgung belohnen und *Anreize zur Wirtschaftlichkeit* bei Organisation und Erbringung der Gesundheitsdienste bereithalten. Für einen Erfolg müssen diese Anreize mit den Vorschriften und Leitungsfähigkeiten der Leistungsanbieter abgeglichen werden, damit ein stimmiges und wirkungsvolles Umfeld geschaffen wird, in dem die Erbringer angemessen auf die vom Finanzierungssystem gesendeten Signale reagieren können. Aus praktischen Gründen wollen wir nicht eine universell anwendbare Maßnahme für diese Ziele einführen, sondern regen stattdessen die Verwendung länder- und situationsspezifischer Proxy-Maßnahmen an. Ein Beispiel hierfür wären die 2003 zwischen dem British National Health Service und den Hausärzten eingegangenen Verträge, die finanzielle Belohnungen für Praxen enthielten, welche gewisse definierte Ziele bezüglich Blutdruck oder Cholesterinspiegel erzielten; gleichzeitig gaben in Frankreich Krankenhäuser eine Verminderung der Rate nosokomialer Infektionen vor. In den Ländern der ehemaligen Sowjetunion stand ein Herunterfahren der physischen Infrastruktur der Gesundheitssysteme im Zentrum der Reformen für mehr Wirtschaftlichkeit, da alleine der Unterhalt hohe Fixkosten verursachte. In diesem Kontext ist der Anteil der festen Systemkosten (z. B. durch öffentliche Anlagen, Personal) im Vergleich zu den direkt für Behandlung aufgebrauchten Mittel (z. B. für Medikamente und medizinische Betriebsmittel) ein relevanter Indikator der Effizienz. Abb. 7 zeigt ein Beispiel aus Kirgisistan (16).

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



18. Die Förderung einer *effizienten Verwaltung* erfordert auch einen Fokus auf die Minimierung von Kompetenzüberschneidungen bei der Handhabung der Gesundheitsfinanzierung. Das bedeutet nicht einen

umfangreichen Plan zur Verringerung der administrativen Kosten, tatsächlich sind viele dieser Kosten unumgänglich und tragen zur Leistung des Gesundheitssystems bei. Daher sollte der Fokus in gleicher Weise auf einer Maximierung der Kostenwirksamkeit administrativer Funktionen liegen (im Sinne ihrer Auswirkung auf die politischen Ziele). Die Kostenwirksamkeit bestimmter administrativer Funktionen wie etwa die Verfahren eines Beschaffungsamtes zur Angemessenheitsprüfung von Krankenhauseinweisungen, hängt von der Qualität ihrer Durchführung ab und davon, ob es eine auf mehrere Organisationen verteilte vielfache Zuständigkeit für ihre Durchführung gibt. In einigen Fällen erzeugt das Gesundheitsfinanzierungssystem selbst „reine Kosten“, also Umsetzungskosten, die nichts zur Leistung des Gesundheitssystems beitragen. Beispiele hierfür sind Investitionen mit einander konkurrierender Versicherer in die Erkennung und Anwerbung relativ gesünderer Personen; solche Investitionen werfen einen privaten Ertrag ab, tragen aber nichts zum Erreichen der hier definierten politischen Ziele bei (17).

Zweite Säule: Verständnisrahmen für die Organisation von Gesundheitsfinanzierungssystemen

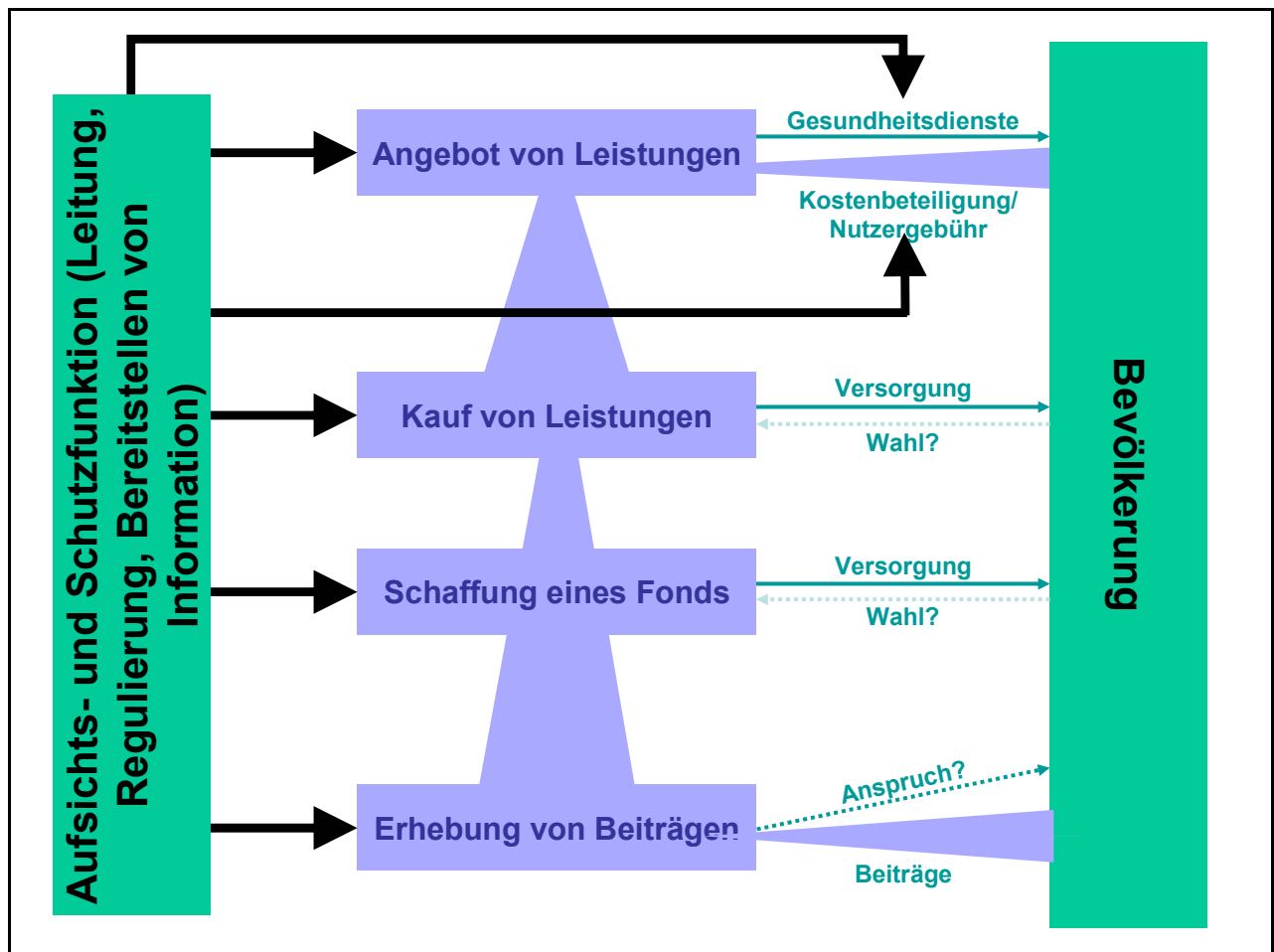
19. Oft werden Gesundheitsfinanzierungssysteme nach bestimmten Modellen oder Etiketten eingeteilt (z. B. Beveridge, Bismarck, Semashko). Solche Bezeichnungen können für die Vermittlung wichtiger politischer Bedeutungen oder kultureller Zusammenhänge nützlich sein, in denen das Gesundheitssystem als eine Art „Way of Life“ verstanden wird (1). In vielen Ländern im Umbruch wird z. B. die Reform als „Wechsel zu einem Versicherungssystem“ etikettiert, um die Botschaft des Wandels weg von dem früher hierarchisch gesteuerten Gesundheits- und Wirtschaftssystem zu vermitteln. Wenn man allerdings durch die Brille der Gesundheitsfinanzierungspolitik etwas genauer hinsieht, sind diese breit gefassten Klassifizierungen wenig hilfreich für ein Verständnis der bestehenden Systeme oder eine Abschätzung möglicher Reformen. Die Modelle werden prinzipiell nach ihrer Einnahmequelle benannt (also allgemeine Steuerfinanzierung gegenüber lohnabhängiger Beitragsfinanzierung), es setzt sich jedoch immer mehr die Erkenntnis durch, dass die Staaten ihre Finanzierungssysteme signifikant reformieren können und dies auch schon getan haben, ohne die Quelle zu wechseln. Gedanklich muss die Quelle weder die Organisation des Sektors, noch das Verfahren der Mittelzuweisung noch die Präzisierung der Anrechte auf Leistungen bestimmen. Spanien bietet ein Beispiel für den Übergang von einem prinzipiell von Arbeitgebern und -nehmern finanzierten zu einem hauptsächlich aus Steuergeldern finanzierten System, der nicht das Verhältnis zwischen Bevölkerung und Gesundheitssystem änderte (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, eine solche Art des Denkens kann in der Tat die Erwägung möglicher Grundsatzoptionen einschränken oder das Interesse 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, in den verschiedene *Teilfunktionen* der Gesundheitsfinanzierung und Grundsätze aus Abb. 8 eingehen – Mittelbeschaffung, Zusammenführung, Einkauf und Grundsätze für Leistungen und Kostenbeteiligung der Patienten (Versicherungsleistung) – und die Wechselwirkungen zwischen diesen, ihre Beziehung zur Leistungserbringung und zusätzlich ihr Verhältnis zur „Aufsichts- und Schutzfunktion des Finanzierungssystems“ explizit macht. Das letztgenannte Konzept wird durch die Leitungsorganisation der Agenturen, welche die Teilfunktionen durchführen, sowie durch die Bereitstellung von Regeln und Informationen operationalisiert, welche das System zu besseren Leistungen befähigen sollen. In diesem Sinne kann jede Teilfunktion als ein Markt betrachtet werden, wobei Führung, Regeln und Informationen wesentlich für die Anpassung dieser Märkte an gesellschaftlich wünschbare Ergebnisse sind. Der von diesem Rahmen unterstützte Ansatz fördert somit eine umfassende Sicht des Gesundheitsfinanzierungssystems und ermöglicht eine Betonung der Wechselwirkungen zwischen einzelnen Systemteilen statt einer Einengung auf bestimmte Reforminstrumente. Das ist sinnvoll zur Vermeidung

⁵ Konkrete bislang nicht versicherte Bevölkerungsgruppen wie professionelle Fußballspieler, Nonnen und andere wurden in das System aufgenommen, aber für die überwiegende Bevölkerungsmehrheit erfolgten keine Änderungen hinsichtlich ihrer Versicherung und Ansprüche.

des Hoffens auf Wundermittel (also einzelner Reforminstrumente), die ja nur selten bei der Erreichung politischer Ziele helfen.

Abb. 8: Konzeptioneller Rahmen für die Organisation von Gesundheitsfinanzierungssystemen (angepasst nach (17))



21. Die in Abb. 8 dargestellten Teilfunktionen sind allen Systemen (wenn auch nicht ausdrücklich) von Beveridge über Bismarck und Semashko bis zu Hybriden gemeinsam. Eine detaillierte Kenntnis jedes „Feldes“ oder „Pfeiles“ ist für das Verständnis des Gesundheitsfinanzierungssystems eines Landes und für die anfängliche Benennung und Abschätzung der Reformoptionen erforderlich, wobei zu letzterem auch eine Bewertung der Systemleistung in Bezug auf das Erreichen der bereits beschriebenen politischen Ziele gehört. Der Rahmen bietet den politischen Entscheidungsträgern ein Instrument zur Handhabung dieser Details: eine „Prüfliste“ für Funktionen und Beziehungen, die für ein umfassendes und wirkungsvolles Herangehen an Gesundheitsfinanzierung und Politikreform in Betracht gezogen werden sollte.

22. Wir wenden diesen Rahmen in allen Ländern an, mit denen wir gemeinsam am Thema Gesundheitsfinanzierung arbeiten. Die Analyse beginnt mit den in der Mitte von Abb. 8 dargestellten Teilfunktionen der Gesundheitsfinanzierung und ihrem jeweiligen Verhältnis zur Bevölkerung. Danach gehen wir zur Aufsichts- und Schutzfunktion des Finanzierungssystems über. Die Darstellung ist allgemeingültig und kann an eine Vielzahl von Kontexten angepasst werden. Viel der Diversität hängt mit den unterschiedlichen Konstellationen aus organisatorischer Integration oder Trennung von Funktionen zusammen (z. B. die Integration von Beitragserhebung, Schaffung eines Fonds und Kauf von Leistungen, die bei vielen Privatversicherern üblich ist, oder die Integration von Kauf und Angebot, wie es sie in einigen öffentlichen Systemen und in einigen Gesundheitsorganisationen gibt). Ein Verständnis des Ausmaßes von Monopolstruktur oder Wettbewerb bei der Umsetzung 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 Geld eintreibenden Organisationen, die Verteilungsverfahren und die anfänglichen Finanzierungsquellen kombiniert betrachtet. Die Verbindung zwischen Erhebung und Bevölkerung leitet sich aus einer offensichtlichen, doch häufig vernachlässigten Tatsache her: Die Bevölkerung ist die Quelle aller Mittel (mit Ausnahme der von anderen Ländern oder ausländischen Hilfsorganisationen empfangen). Die Regierung ist nicht „Quelle“ von Beiträgen, sie erhebt lediglich Steuern von den Menschen. Folglich sind die häufig als Finanzierungsquellen klassifizierten Kategorien tatsächlich eher Verteilungsmechanismen: allgemeine (d. h. nicht zweckgebundene) Steuereinnahmen; Lohnsteuereinnahmen, die gewöhnlich für eine vorgeschriebene Krankenversicherung vorgesehen sind (oft „soziale Krankenversicherungsbeiträge“ genannt); freiwillige Vorauszahlungen (in der Regel für freiwillige Krankenversicherung); direkte Selbstbeteiligung zum Zeitpunkt der Dienstnutzung. Ein kritischer Punkt ist, ob es eine Verbindung zwischen der Beitragsleistung und dem Anspruch gibt (in der Abbildung als gepunkteter Pfeil zwischen „Erhebung“ und „Bevölkerung“ dargestellt). In einigen Systemen gibt es eine solche Verbindung (z. B. wo Beiträge durch oder im Namen von Einzelpersonen gemacht werden und diese Ansprüche aufgrund von Beiträgen erwerben), wo in anderen der Anspruch durch das Bürgerrecht oder den Wohnsitz bedingt wird. Das Vorhandensein oder die Abwesenheit dieser Beitrag-Anspruch-Relation ist ein wichtiger konzeptioneller Unterschied zwischen einer so genannten „sozialen Gesundheitsversicherung“ und einem so genannten „steuerfinanziertem System“.

24. In seiner allgemeinsten Form bezieht sich die **Zusammenführung** (*das Pooling*) 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 basisorientierte nichtstaatliche Organisationen, angesammelt. Auch Organisationen zur Umverteilung der Mittel unter den Fonds (z. B. zum Risikoausgleich zwischen den Prämieinnahmen miteinander konkurrierender Fonds) sind an dieser Funktion beteiligt. Veränderungen der Art der Fondsbildung können sich nicht nur auf den Schutz der Menschen vor den finanziellen Risiken einer Nutzung des Gesundheitswesens auswirken, sondern auch auf eine gerechte Verteilung der Mittel, auf die Anreize zur Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und die Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems insgesamt. Daher ist es nicht nur sinnvoll, für den finanziellen Schutz das Ziel des Risikoausgleichs ins Auge zu fassen, sondern auch zu überlegen, wie solche Risikopools organisiert werden könnten, um Fortschritte bei anderen politischen Zielen zu erleichtern. Wie bei anderen Systemaspekten so ist auch hier ein Verständnis der Marktstruktur solcher Fonds von entscheidender Bedeutung. Die zentrale Frage lautet dabei, ob Wettbewerb oder Monopolstrukturen vorherrschen: Können die Menschen Fonds (oder Versicherung) frei wählen oder werden sie ihnen aufgrund von Wohnort oder Beschäftigung zugewiesen? Weitere wichtige Marktaspekte werden von der Frage berührt, ob es eine einzige nationale Versicherung oder mehrere gibt und ob (im Falle mehrerer nicht konkurrierender Versicherungen) diese auf klare Gebiete beschränkt sind oder einander überlappen.

25. **Kauf von Leistungen** bezieht sich auf die Überführung von Versicherungsmitteln an die Anbieter im Namen der Bevölkerung. Gemeinsam mit der Fondsbildung ermöglicht dieser Kauf von Leistungen, wie durch die Pfeile in Abb. 8 wiedergegeben wird, die Versorgung der Menschen. Mit anderen Worten werden die Mittel angesammelt und die Dienste gekauft im Namen eines Teils der Bevölkerung oder der Bevölkerung insgesamt. Zentrale Fragen des Einkaufs beschäftigen sich mit den diese Teilfunktion ausführenden Organisationen, mit der Marktstruktur und den Verfahren im Einkaufsbereich. Die Fragen zu Organisation und Marktstruktur ähneln denen zu den Fonds, denn in den meisten Ländern kaufen die Fonds auch die Leistungen (ausgenommen hiervon sind Organisationen, die nur für eine Umverteilung der Mittel unter den Fonds verantwortlich sind). Viele Reformen in der Region haben den Schwerpunkt auf den Einkauf der Dienstleistungen durch die Organisationen gelegt und dabei vor Allem auf Anreize zur Hebung von Qualität und Effizienz in der Leistungserbringung gesetzt. Für einen *strategischen* Einkauf der Dienstleistungen werden viele verschiedene Mechanismen eingesetzt, doch begründen solche Maßnahmen zumindest einen Teil der Mittelzuweisungen an die Anbieter auf *Informationen* über deren Leistung oder die gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung. Konkret bedeuten solche Mechanismen

Veränderungen in den Verträgen mit den Anbietern oder in der Bezahlung, damit Anreize geändert und gezielt Bedingungen für Qualitäts- oder Effizienzgewinne geschaffen werden. Hiermit verbunden sein können rückschauende Verwaltungsverfahren zur Überprüfung von Qualität und Angemessenheit der Versorgung oder zumindest zur Aufdeckung betrügerischer Berichtspraktiken (20). In einem Umfeld mit mehreren konkurrierenden Einkäufern stellt die Herstellung eines durchgängig leistungsfördernden Klimas und die Minimierung unproduktiver Verwaltungsausgaben auf der Anbieterseite eine größere Herausforderung für die Ordnungspolitik dar.

26. Die Grundsätze zu **Leistung und Kostenbeteiligung** (z. B. Zuzahlungen der Patienten) beinhalten vielleicht die unmittelbarste Verbindung zwischen dem Gesundheitssystem und der Bevölkerung. In diesem Zusammenhang ist eine Betrachtung der Leistungspakete sinnvoll, denn diese und die Mittel zu ihrer Erreichung werden durch die Einkäufer aus den Versicherungsgeldern bezahlt. Nach dieser Definition muss alles, was nicht im Paket ist (ganz oder teilweise), von den Patienten bezahlt werden (ganz oder teilweise), sei es innerhalb oder außerhalb des öffentlich finanzierten Systems. Das verdeutlicht die Verbindung zwischen Leistung und Kostenbeteiligung (d. h., dass teilweise versicherte Leistungen einer Kostenbeteiligung unterliegen) und stellt solche politischen Maßnahmen in den Zusammenhang einer integrierten Gesundheitsfinanzierung und löst sie aus isoliertem Handeln in Form einer Rationierung von Diensten, Erhebung zusätzlicher Mittel oder Abschreckung der Nachfrage. Wenn die „Mittel zu ihrer Erreichung“ 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 spezialisierte 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 (21), Technologiebewertungen und die Kostenwirksamkeit der Maßnahmen (22)⁶ sowie auf die Notwendigkeit der Beteiligung von Bürgern und Interessengruppen (23) 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. Und schließlich ist die Art der Umsetzung der **Aufsichts- und Schutzfunktion** 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 politischen Maßnahmen als einen *Markt* vorzustellen. In jedem Land (oder in jeder Region eines Landes) können die Organisationen, in deren Händen diese Teilfunktion liegt, als Wettbewerber, Monopolist usw. beschrieben werden. Damit die Märkte wirksam an die Ziele der Gesundheitsfinanzierung angepasst werden können, müssen Informationen angeboten und Regeln vorgegeben werden. Die Bereitstellung von Informationen umfasst z. B. die Aufklärung der Bevölkerung und der Medien über Bevölkerungsgruppen und Leistungen, die von der Kostenbeteiligung ausgenommen sind, oder die Erstellung und Verbreitung von Verbraucherratgebern, 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 Forderung an die Einkäufer, ein zweites Gutachten

⁶ 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 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 45 Mitgliedsorganisationen in 22 Ländern, darunter 15 aus der Europäischen Region der WHO.

einzuholen, bevor sie einem Patienten eine bestimmte Behandlung verweigern. Die Überlegungen zur Ausgestaltung des Finanzierungssystems insgesamt sind hiermit eng verbunden. Sie erstrecken sich von bestimmten Maßnahmen wie einem einheitlichen Grundleistungspaket oder einem Risikoausgleichsplan für konkurrierende Versicherer bis zu dem allgemeineren Thema, wie die Abstimmung der einzelnen Finanzierungsinstrumente aufeinander und mit entsprechenden Maßnahmen in der Leistungserbringung zu sichern ist.

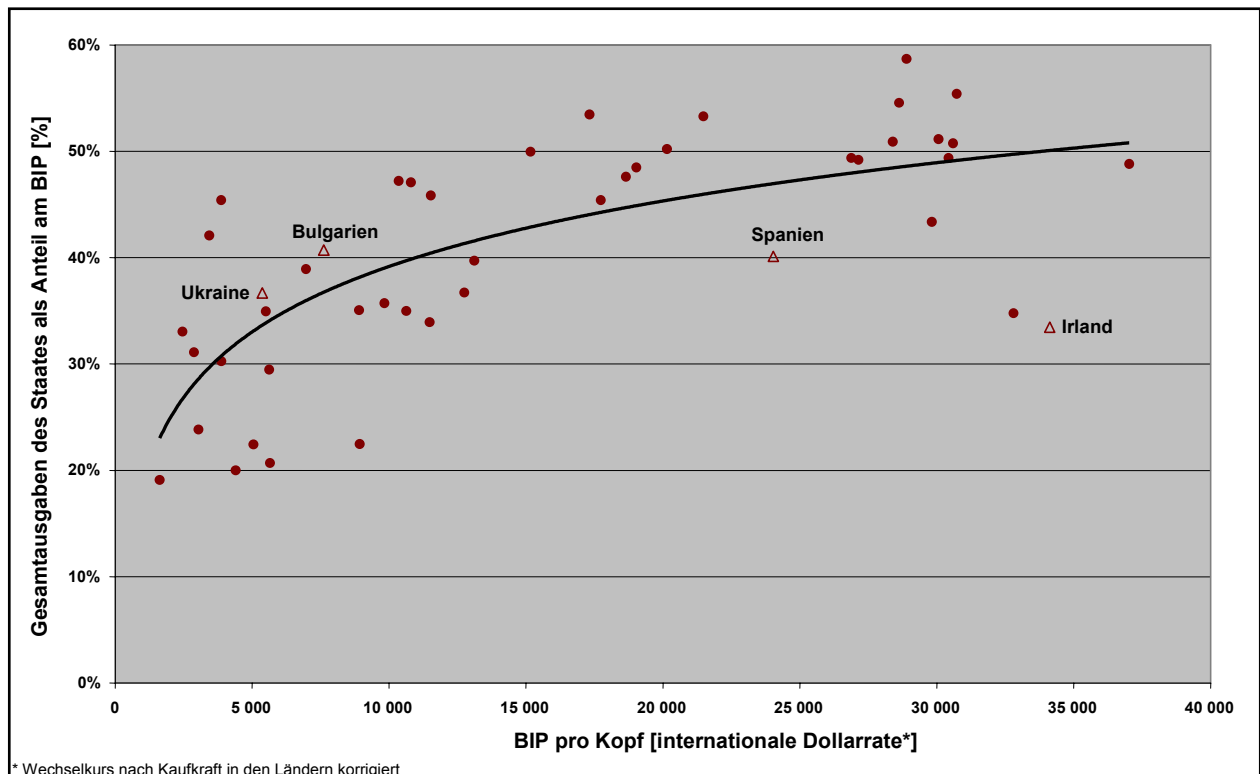
Dritte Säule: Einbeziehung fiskalischer Engpässe und anderer Umstände

29. Auch wenn die Länder in zentralen Werten und den allgemeinen Zielen der Gesundheitssysteme und der Gesundheitsfinanzierung übereinstimmen mögen, so gibt es Faktoren außerhalb des Gesundheitssystems, die das Ausmaß der Umsetzung dieser Ziele, Vorstellungen und Werte in die Praxis einschränken. Für die Gesundheitsfinanzierung ist das fiskalische Umfeld von überragender Bedeutung. Damit ist die Fähigkeit des Staates gemeint, Steuern⁷ und andere Einkünfte für die öffentliche Hand einzufordern, sowie die Notwendigkeit, eine Ausgewogenheit zwischen diesen Einnahmen und den öffentlichen Ausgaben herzustellen. Und da stärker auf öffentlicher Finanzierung beruhende Systeme tendenziell eher Ziele wie finanziellen Schutz, gerechte Finanzierung und faire Nutzung erreichen, ist das fiskalische Umfeld ein entscheidender Aspekt: Je mehr Geld dem Staat zur Verfügung steht, desto mehr kann er für Gesundheit ausgeben.

30. Ein guter Maßstab für das fiskalische Umfeld ist das Verhältnis zwischen öffentlichen Einnahmen (oder Ausgaben) zum Bruttoinlandsprodukt (BIP). Tendenziell ziehen reichere Länder wirkungsvoller Steuern ein (bezogen auf die Größe ihrer Volkswirtschaften). Die Steuererhebung gestaltet sich in ärmeren Ländern oft schwieriger, da größere Bevölkerungsteile in ländlichen Gebieten leben und dort im informellen Sektor arbeiten (24, 25). Wie Abb. 9 zeigt, ist dieses Verhältnis zwischen Volkseinkommen und fiskalischem Spielraum auf die Mitgliedstaaten der Europäischen Region anwendbar. Die Abweichungen der einzelnen Länder von diesem Trend deuten allerdings darauf hin, dass das BIP pro Kopf das fiskalische Umfeld nicht vollkommen bestimmt. Zum Beispiel sind die öffentlichen Ausgaben als prozentualer Anteil am BIP in Bulgarien so hoch wie in Spanien, allerdings ist das BIP pro Kopf in Spanien mehr als dreimal so hoch. Ähnlich verhält es sich mit Irland und der Ukraine, die ungefähr das gleiche Verhältnis von öffentlichen Ausgaben zu BIP aufweisen, dabei ist das BIP pro Kopf in Irland allerdings sechsmal so hoch. 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.

⁷ 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 und darunter die (gesetzlich vorgeschriebene) Krankenversicherung vorgesehen sind.

Abb. 9: Fiskalischer Spielraum und Volkseinkommen in der Europäischen Region im Jahr 2003
(WHO-Schätzungen für Mitgliedstaaten mit über 500 000 Einwohnern)



31. Die Staaten müssen sich ihrer budgetären Grenzen bewusst sein, sie können nicht einfach soviel ausgeben, wie zur Befriedigung aller Bedürfnisse in ihren Gesellschaften erforderlich wäre. Die öffentliche Hand muss sich *fiskalisch solide* verhalten, die Ausgaben müssen mit den Einnahmen im Einklang stehen. Dies trifft auch auf die Gesundheitsfinanzierung zu. Aber *fiskalische Solidität ist eher ein Erfordernis, denn ein Ziel der Gesundheitsfinanzierung*; die Finanzierungssysteme sollten nach dem Ausmaß bewertet werden, in welchem sie politische Ziele im Rahmen des Möglichen erreichen und gleichzeitig die Verpflichtung zum fiskalischen Gleichgewicht erfüllen.⁸ Es gibt also eine sehr wichtige Unterscheidung zwischen Effizienz und fiskalischer Solidität. Viele Länder sind zu Recht über hartnäckige Defizite ihrer Gesundheitssektoren besorgt, doch eine Einengung auf den Defizitabbau könnte die Aufmerksamkeit von der ursächlichen fehlenden Wirtschaftlichkeit ablenken. In Ländern, in denen die öffentlichen Krankenhäuser ihre Defizite einfach an den Staat weiterleiten können, ist fehlende Rechenschaftspflicht beispielsweise eine Quelle für unwirtschaftliches Haushalten mit den Mitteln, die sich in den Defiziten lediglich manifestiert. Einige hiermit konfrontierte Länder reagieren mit Plänen zur Einschränkung der Leistungspakete (z. B. Erhöhung der Kostenbeteiligung der Patienten) und der Ausweitung freiwilliger Zusatzversicherungen als Abmilderung der Zuzahlungen für die Bevölkerung. Solche Maßnahmen können in der Tat vorübergehend das Defizit mindern, sie tun jedoch nichts zur Kurierung des grundlegenden Übels. Folglich kehren die Defizite zurück, doch gleichzeitig wirken sich die Reformen negativ auf Gerechtigkeit und finanziellen Schutz aus (da ärmere und kränkere Menschen schwerer einer freiwilligen Krankenversicherung beitreten können). Wenn fiskalische Solidität als Pflicht zur Einhaltung des Haushaltsrahmens verstanden wird und nicht als Ziel an sich, dann kann sich das Interesse der Politikgestalter vielleicht vom reinen Defizitabbau auf ein breiter angelegtes Erreichen des erforderlichen finanziellen Gleichgewichts durch Bekämpfung von Unwirtschaftlichkeit bei gleichzeitiger Minimierung der Auswirkungen auf die Ziele des Gesundheitssystems hinzubewegen.

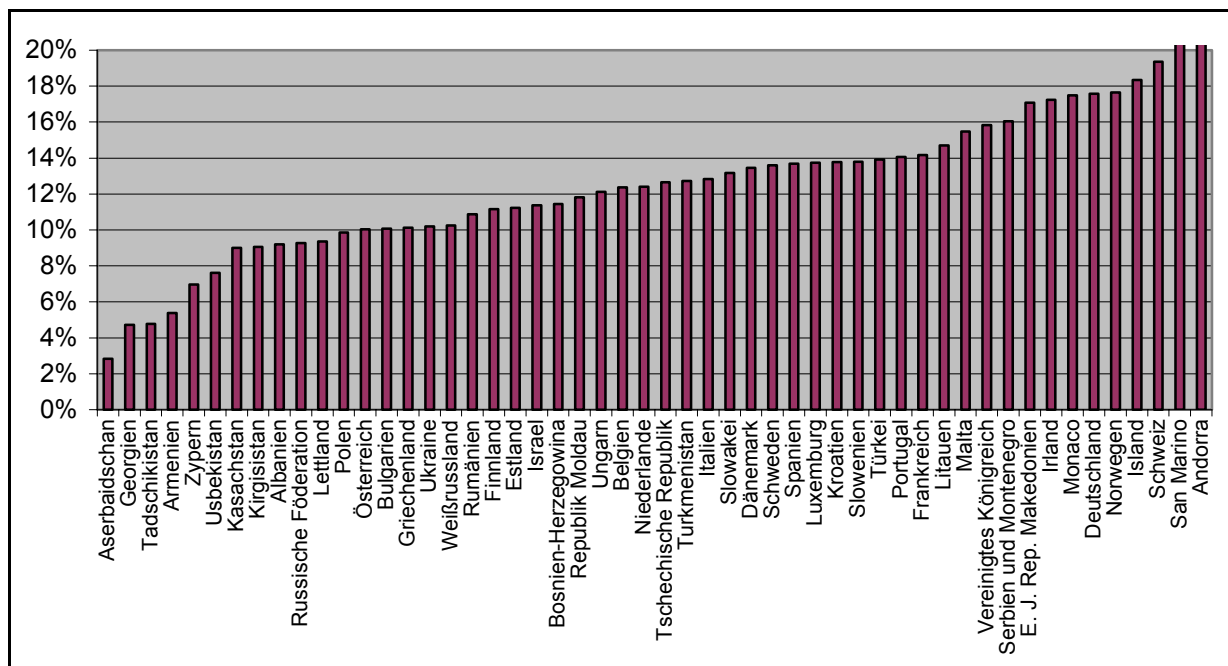
32. Begrenzungen der staatlichen Gesundheitsausgaben bedingen explizit oder implizit eine Rationierung und das heißt wiederum ein Abwägen zwischen den Zielen der Gesundheitsfinanzierung und der

⁸ Dies gleicht der Unterscheidung zwischen Erfolg und Leistung im Gesundheitssystem (3).

notwendigen fiskalischen Ausgeglichenheit. Je eingeschränkter die fiskalische Lage ist, desto härter wird dieses *Abwägen der Ziele nach Nachhaltigkeit* ausfallen. Aber in der zunehmend globalisierten Welt nimmt der Druck für Steuersenkungen in allen Ländern zu, auch in den reichen, weil sie internationale Unternehmen anlocken möchten. Die Thematisierung von Zielkonflikten in Bezug auf die Nachhaltigkeit ist somit in allen Ländern notwendig. Oft besteht die Herausforderung darin, die Länder dazu zu ermutigen, das Thema offen und partizipatorisch zu entscheiden und nicht implizit durch Nichtstun.

33. Fiskalische Nachhaltigkeit ist allerdings ein schwer fassbares Konzept. Die Grenzen der staatlichen Besteuerung der Bürger schränken die Möglichkeit der Regierungen zu Ausgaben ein und die Länder können tatsächlich Haushaltsdefizite nicht auf Dauer beibehalten. Irgendwann müssen die öffentlichen Ausgaben und die verfügbaren öffentlichen Einnahmen übereinstimmen. Die *fiskalische Nachhaltigkeit* eines Bereichs der öffentlichen Ausgaben, nämlich des Gesundheitswesens, ist schwerer zu definieren. Die Summe, die eine Regierung für die Gesundheit ausgibt, hängt teils von dem fiskalischen Umfeld und teils von ihren eigenen Prioritäten und Entscheidungen ab. Rechnerisch sind die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit als Anteil am BIP das Produkt aus allen öffentlichen Ausgaben als Anteil am BIP (der fiskalische Spielraum der Regierung) und dem Anteil, der hiervon für das Gesundheitswesen ausgegeben wird. Wie Abb. 10 zeigt, variiert dieser Anteil stark in Widerspiegelung der sehr unterschiedlichen Priorität, die die Regierungen in der Region dem Gesundheitswesen beimessen⁹.

Abb. 10: Gesundheitsausgaben als Anteil an den staatlichen Gesamtausgaben im Jahr 2003, Mitgliedstaaten der Europäischen Region (WHO-Schätzungen)



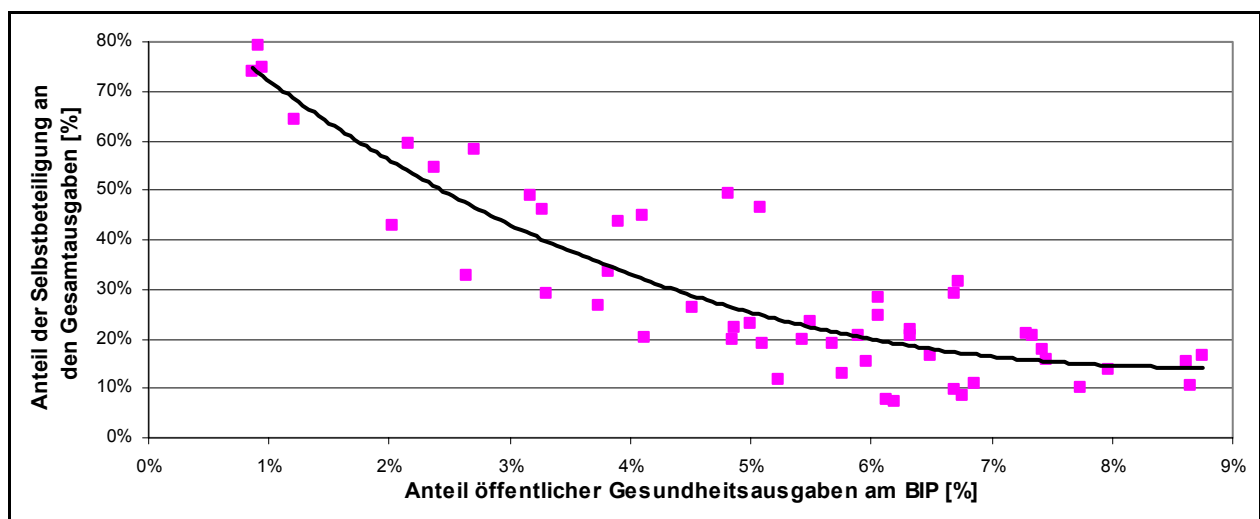
34. Bei den insgesamt vorherrschenden fiskalischen Einschränkungen können unterschiedliche Prioritäten zu einem breiten Spektrum von Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP führen und dies kann wiederum für die Ziele der Gesundheitsfinanzierung wichtige Konsequenzen haben. In Estland fielen die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit zum Beispiel von 5,9% des BIP im Jahr 1996 auf 4,1% im Jahr 2003. Dies war zum Teil die Folge eines generellen finanziellen Schrumpfungsprozesses, bei der die öffentlichen Ausgaben im gleichen Zeitraum von über 42% des BIP auf unter 37% zurückgingen. Gleichzeitig fiel der Anteil der Gesundheit an den öffentlichen Ausgaben von 14 auf 11,2%. Wäre der Anteil von 14% an den öffentlichen Ausgaben beibehalten worden, hätten die Ausgaben 2003 am BIP gemessen 5,1%

⁹ Auch wenn es vernünftig ist, den Anteil der staatlichen Ausgaben für Gesundheit als Indikator für die Prioritäten der öffentlichen Hand zu nehmen, so wäre es ungenau zu sagen, dieser Anteil spiegele nur die Priorität wider, die die Regierungen der Gesundheit einräumen. Genauer wäre es zu sagen, dass er die Priorität widerspiegelt (implizit oder explizit), die der Überführung von Geld in das Gesundheitswesen gegeben wird.

betragen. Außerdem ist beachtenswert, dass der Anteil der Selbstbeteiligung an den gesamten Gesundheitsausgaben von 11,5 auf 20,3% stieg.¹⁰ Dieses länderspezifische Beispiel legt nahe, dass die Fähigkeit des estnischen Gesundheitssystems zur Bewahrung einer geringeren Selbstbeteiligungsquote (und damit eines besseren finanziellen Schutzes – eingedenk der Zunahme der katastrophal hohen und ruinösen Ausgaben im gleichen Zeitraum nach Abb. 3 – und Zugangs zu Versorgung) hauptsächlich durch eine „Entscheidung“ reduziert wurde und nur zum Teil auf fiskalische Engpässe 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 zahlen die Patienten umso weniger für die Nutzung von Diensten, je mehr die Regierungen für Gesundheit ausgeben, und dies hat Konsequenzen für die Ziele des finanziellen Schutzes, der gerechten Finanzierung und der fairen Nutzenverteilung. Natürlich gibt es Schwankungen entlang des Trends, die darauf deuten, dass das Niveau der öffentlichen Ausgaben nicht alles bestimmt: die Art der Gesundheitsfinanzierung ist ebenfalls wichtig. Dennoch ist es offenkundig, dass das Niveau der öffentlichen Gesundheitsausgaben, das teils von fiskalischen Engpässen und teils von Prioritäten der Regierungen bestimmt wird, wichtige Auswirkungen auf die Fähigkeit der Länder zum Erreichen ihrer politischen Ziele hat.

Abb. 11: Verhältnis zwischen dem Niveau der staatlichen Ausgaben und dem Anteil der Selbstbeteiligung an den Gesamtausgaben für Gesundheit im Jahr 2003, Mitgliedstaaten der Europäischen Region



36. Die oben zitierten Belege zeigen, dass fiskalische Beschränkungen zwar wichtig sind, dass es aber auch auf Prioritäten ankommt und dass, in gewissem Umfang, das Niveau der Gesundheitsausgaben, das die Regierungen aufrechterhalten können, eine **Entscheidung** ist und nicht einfach eine Funktion des breiteren ökonomischen und fiskalischen Umfelds. Allerdings bedeutet das Beispiel nicht, dass wir einfach für größere finanzielle Zuweisungen an den Gesundheitsbereich eintreten sollten. Wir haben vorgeschlagen, dass finanzielle Nachhaltigkeit kein Ziel der Gesundheitsfinanzierung sein sollte; auf ähnliche Weise soll das Erhöhen des Niveaus oder Anteils der staatlichen Gesundheitsausgaben kein Ziel der Gesundheitsfinanzierung sein. Jede solche Anhebung muss durch die Fähigkeit des Gesundheitssystems gerechtfertigt sein, die zusätzlichen Mittel auch in eine bessere Zielerfüllung umzuwandeln. Am wichtigsten ist jedoch, dass die Anerkennung bestehender und wahrscheinlicher künftiger fiskalischer Sachzwänge alle Länder zu dem Schluss kommen lässt, dass eine **effiziente** Nutzung der Mittel höchste Aufmerksamkeit verdient. Es gibt keine Entschuldigung für eine Unterlassung des Versuchs, die öffentlich ausgegebenen Gelder (in Bezug auf die Grundsatzziele) optimal zu nutzen. Auch wenn nie genügend Geld vorhanden sein wird, alle Bedürfnisse eines Gesundheitssystems zu erfüllen, so ist die bessere Ausnutzung der

¹⁰ Alle hier angeführten Daten entstammen aus WHO-Schätzungen der Gesundheitsausgaben der Länder (<http://www.who.int/nha/country/en/>).

verfügbaren Mittel der Hauptweg zur Verringerung des Zielkonfliktes bei den Nachhaltigkeitsabwägungen.

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

38. Die gegenwärtige und vorausgesagte demografische Struktur eines Landes wirkt sich wesentlich auf die Gesundheitsfinanzierung aus. Hierzu sind zwei Aspekte zu berücksichtigen. Erstens benötigen und verlangen ältere Bevölkerungen eher Gesundheitsdienste. Als Folge erleben daher Länder mit einer strukturell älteren Bevölkerung und rapide alternde Gesellschaften (von denen es in Mitgliedstaaten der Europäischen Region aufgrund niedriger Fruchtbarkeits- und Sterberaten viele gibt) wahrscheinlich einen Kostendruck in ihrem System (oder werden dies in naher Zukunft tun). Zweitens nimmt die arbeitende Bevölkerung in alternden Gesellschaften mit geringer Fruchtbarkeitsrate im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung ab, wenn die entstehende Lücke nicht durch Zuwanderung von Arbeitskräften geschlossen wird. Dies hat wichtige Auswirkungen auf die Beitragserhebung im Gesundheitssystem (25). Der erste Aspekt legt nahe, dass die Politiker eine umfassende systematische Antwort finden müssen, darunter auch Änderungen der Art und Weise der Festlegung von Prioritäten für Gesundheitsausgaben, und, vielleicht noch wesentlicher, Strategien zur Reform der Dienstleistung und Maßnahmen zur Förderung eines Alterns in Gesundheit sowie für eine bessere Koordinierung von Gesundheits- und Sozialversorgung. Der zweite Aspekt ist besonders wichtig für die Länder, die bei der Finanzierung ihrer Systeme gegenwärtig stark auf an die Beschäftigung gekoppelte Beiträge setzen (z. B. Lohnabzüge für die gesetzliche Krankenversicherung). Da der Anteil der Bevölkerung im arbeitsfähigen Alter im Verhältnis zur 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 öffentlichen Mittel nicht alleine aus der lohnbezogenen Besteuerung kommen. 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 (26). Also hat der Diversifizierungsprozess bereits begonnen. Mit dem Fortschreiten der demografischen Entwicklung wird er sich fortsetzen und es könnten durchaus tief greifendere Reformen zur Entkoppelung der Krankenversicherung vom Arbeitsmarkt erforderlich sein, damit ein hohes Ausmaß an finanziellem Schutz und an Gerechtigkeit aufrechterhalten kann.

39. Die öffentlichen Finanzen erfordern nicht nur ein Verständnis von der Möglichkeit des Staates Steuereinnahmen zu erzielen, sondern auch von der Funktion der Verwaltung des öffentlichen Sektors im weiteren Sinne. Dazu gehören Bereiche wie beamtenrechtliche Vorschriften und Regeln für die Finanzverwaltung der öffentlichen Hand. Das System kann ein *leistungsförderndes Klima* schaffen, in dem es durch eine Reform der Gesundheitsfinanzierung möglich wird, die erhofften Wirkungen zu erzielen, oder es kann umgekehrt die Umsetzung gewisser Reformen behindern oder eine Reihe von Negativanreizen enthalten, die zu ungewollten Reformfolgen führen. Es gibt keinen inhärenten Grund, warum Ziele einer Reform der öffentlichen Verwaltung wie größere Rechenschaftspflicht für die Verwendung öffentlicher Gelder nicht in Einklang gebracht werden könnten mit den Zielen der Reform der Gesundheitsfinanzierung, dass die Wirtschaftlichkeit durch strategischen Einkauf von Leistungen und erhöhte finanzielle Autonomie der Leitung von Einrichtungen gesteigert werden soll. Dazu ist eine wirksame Verständigung zwischen den Reformbetreibern im Bereich der Gesundheitsfinanzierung und im öffentlichen Sektor im weiteren Sinne erforderlich.

40. Ein dritter entscheidender Umstand für die Gesundheitsfinanzierung ist das Ausmaß der politisch-administrativen Dezentralisierung eines Landes. In dezentralisierten Staaten wie Bosnien-Herzegowina, Schweden und der Schweiz spiegelt die Organisation der Gesundheitsfinanzierung die Organisation der staatlichen Verwaltung wider, was zu dezentralisierten Fondsvermögen führt. Dies ist nicht wünschenswert, da kleinere Fonds oft weniger Möglichkeiten zur Überführung von Mitteln aus einem Bereich in

einen anderen haben und daher unterhalb eines gewissen finanziellen Niveaus oft auch weniger finanziellen Schutz bieten können. Außerdem kann das Ergebnis der Aufsplitterung des öffentlichen Angebots auch Unwirtschaftlichkeit in Form von Überkapazitäten sein. Dies ist ein deutliches Problem unter den Bedingungen der Schweiz (27) und Bosniens (28), wo das Ausmaß der politischen Dezentralisierung so weit geht, dass die Fähigkeit der Zentralregierung zur Kompensation von Beitragsschwankungen begrenzt ist. In Schweden verwalten Landkreise und Städte 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 (29). In jedem Fall hängt das „Optimum“ von den Umständen ab, die die Umsetzbarkeit festlegen.

41. Dies alles und weitere Umstände müssen bei der Betrachtung der Gesundheitsfinanzierung in jedem konkreten Land 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. Der entscheidende Punkt für die nationalen Politikgestalter ist, wie sie Hemmschuhe außerhalb des Gesundheitssystems erkennen und verstehen, die über Machbarkeit und Umsetzbarkeit von Finanzierungsreformen mitentscheiden.

Entscheidende politische Herausforderungen: Aufsplitterung überwinden und Abstimmung erreichen

Erkennen, Mindern oder Beseitigen der Folgen der Aufsplitterung

42. Eine fragmentierte Gesundheitsfinanzierung ist auf viele Weisen problematisch, daher ist die Verringerung oder Beseitigung dieses Zustands in vielen Ländern eine wichtige politische Aufgabe. Den Zielen des finanziellen Schutzes und des Zugangs zur Versorgung dienen solche Fonds am besten, die eine Subventionierung der Kranken durch die Gesunden über Kassengrenzen hinweg ermöglichen; je größer ein solcher Pool (oder: je weniger Pools pro Einwohner) desto größer der mögliche Risikoschutz (Querfinanzierung). 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 in Kombination 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. Versicherungsreformen führten in der Kombination aus dem Recht für alle Arbeitnehmer zur eigenen Kassenwahl und aus einem Verfahren für Geldtransfers zwischen den Kassen dazu, dass Kassen mit Risikomitgliedern kompensiert wurden („Risikostrukturausgleich“). Diese Reformen führten zu einem Rückgang der Beitragsunterschiede zwischen den Kassen (30). Auch wenn es noch immer viele Kassen gibt, so hat das Umverteilungsverfahren doch die Aufsplitterung wirksam eingeschränkt, indem es einen „virtuellen Gesamtfonds“ der Krankenkassen schuf.

43. Die Fragmentierung kann auch Unwirtschaftlichkeit in der Leistungserbringung fördern. Im System der früheren Sowjetunion waren die Kassen zum Beispiel auf jedem Verwaltungsniveau (Republik, Bezirk, Stadt) zu Fonds zusammengeschlossen und dann vertikal sowohl auf der Nachfrage- wie der Angebotsseite durch eine hierarchische Budgetierung nach Zeilenposten integriert. Weil in den Bezirken aber Städte lagen, überschritten sich die Pflichtversicherungen und das führte zu einer Doppelversicherung für Einwohner von Stadt und Bezirk. Dieser Organisationsaufbau der Gesundheitsfinanzierung und -versorgung trug im Verein mit den Anreizen der Planwirtschaft zu der ausufernden räumlichen Infrastruktur des sowjetischen medizinischen Apparates bei. Vor diesem Hintergrund machte der strukturell bedingte Leistungsüberhang eine Reform des Finanzierungssystems erforderlich, damit eine einzige Kasse für die Bevölkerung eines geografischen Gebietes geschaffen und die Trennung zwischen Leistungsfinanzierung und -erbringung vollzogen wurde (d. h. die Budgetierung nach Zeilenposten beendet wurde). Dies waren die Voraussetzungen für die Reformschritte zur Verringerung der Unwirtschaftlichkeit durch eine Verkleinerung der Leistungserbringungssysteme in Kirgisistan (31) und der Republik Moldau (19).

44. Probleme und Herausforderungen entstehen auch aus einer Aufsplitterung der Finanzierung des „allgemeinen“ Gesundheitssystems und anderer Dienste wie der Sozialversorgung oder vertikal

organisierten Programmen zur Bekämpfung von Krankheiten. In den Niederlanden ist die ganze Bevölkerung durch eine Pflegeversicherung erfasst (AWBZ). Diese ist von den Krankenkassen getrennt, welche um das wichtigste Leistungspaket für die persönliche Gesundheitsversorgung (Akutfälle) konkurrieren, dabei unterliegen sowohl AWBZ als auch Krankenkassen den Regeln des Gesundheitsministeriums. Der Wettbewerb unter den Krankenkassen motiviert diese zur Kostensenkung und eine unbeabsichtigte Folge hiervon ist der Versuch der Verlagerung von Kosten (und Patienten) auf die AWBZ. Dies hatte negative Folgen für die Kontinuität und Wirksamkeit der Versorgung (32), daher hat die Regierung ihre Absicht kundgetan, gegen das Problem vorzugehen.

45. Die Aufsplitterung der finanziellen Vorkehrungen für vertikal strukturierte Programme gegen Tuberkulose, HIV/Aids und Drogenmissbrauch schaffen 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 Maßnahmen zielen, identisch sind. Die Aufsplitterung entsteht aus den traditionellen „Finanzierungsprogrammen“, d. h. der Genehmigung von Budgets an Programme, die dann unabhängig ihr eigenes Maßnahmenbündel gegen *ihre* Krankheit/Erkrankung einkaufen und liefern können. Dies ist eine Quelle der Unwirtschaftlichkeit, 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 in weiten Teilen dieselbe Bevölkerungsgruppe bedienen (33). Es ist daher dringend erforderlich, die fragmentierte Finanzierung dieser Programme zu überwinden und damit den Übergang zu einem wirtschaftlicheren *klientenorientierten* System zu ermöglichen.

Reforminstrumente mit politischen Zielen abgleichen

46. Eine wichtige Herausforderung besteht darin, die Abstimmung der Gesundheitsfinanzierungsinstrumente untereinander und mit den Zielen, die sie erreichen sollen, zu sichern. Fehlt dieser Abgleich, können die Maßnahmen unwirksam und sogar schädlich werden. Ein aus vielen Ländern bekanntes Beispiel hierfür ist das Missverhältnis zwischen Reformen auf der Einkaufsseite und den Leitungsformen der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen. So kann zum Beispiel eine geänderte Bezahlung öffentlicher Einrichtungen wirkungslos bleiben, wenn deren Leiter nicht das Recht zu autonomen finanziellen Entscheidungen haben (d. h., wenn sie nicht Mittel im Budget umschichten können). In ähnlicher Weise ist die Einführung oder Verfeinerung von Bezahlungsmethoden, die darauf angelegt sind, finanzielle Risiken auf die Krankenhäuser zu verlagern (z. B. durch Zahlung fester Fallpauschalen), wahrscheinlich nur von geringem Wert, wenn die Anbieter diesem Druck ausweichen können. Diese Erfahrung wurde in Kroatien (34) (wo die Anbieter der öffentlichen Hand ihre Defizite an den Fiskus weitergeben können), in Polen (35) (wo die öffentlichen Krankenhäuser ihre Schulden von einem auf das nächste Jahr übertragen können) und in der Schweiz (27) gemacht (wo die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen nur eine „weiche Haushaltsgrenze“ kennen und Defizite am Ende des Haushaltszeitraums von den örtlichen Verwaltungen übernommen werden). Die Beseitigung der grundlegenden Ursachen für Leistungsprobleme in der Gesundheitsfinanzierung erfordert Stimmigkeit zwischen den Strategien für den Einkauf von Dienstleistungen und den Vorkehrungen für die Organisation und Leitung der Leistungserbringung.

47. Eine Überbetonung der Ausgestaltung eines bestimmten Reforminstrumentes kann auch zu einer Fehlanpassung führen, wenn nicht den politischen Zielen, die das Instrument unterstützen soll, die gleiche Aufmerksamkeit zuteil wird. Zum Beispiel erfordert die Ausarbeitung eines verlässlichen Leistungspakets zwar eine detailreiche Arbeit zur Abschätzung der erwarteten Kosten für die Dienste und zum Vergleich der erwarteten Einnahmen, doch ist es entscheidend, dass die Ergebnisse dieser Berechnungen in ein Paket *übersetzt* werden, das jede normale Person verstehen kann. Statt eine lange Liste von Maßnahmen oder Diagnosen zu enthalten, sollte das Paket z. B. verständlich ausdrücken, dass der Eintritt ins Gesundheitssystem über den Hausarzt für einen Euro zu haben ist, während das direkte Aufsuchen eines Spezialisten sehr viel teurer zu stehen kommt. 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 eindeutig nicht in Einklang

stehen, zu einer weiten Verbreitung informeller Zahlungen für Versorgungsleistungen führen können (36). Die Länder sollten auch einen *Prozess* zur Schnürung des Leistungspaketes anstreben, der sich graduell in Übereinstimmung mit der medizinischen Praxis, der technologischen Entwicklung, der verbesserten Datenqualität und der relativen Bedeutung der einzelnen Ziele fortentwickelt. Die kontinuierliche Beobachtung und Auswertung der Anwendung der Leistungspakete ist von entscheidender Bedeutung. In vielen Ländern werden hierfür Befragungen der Patienten durchgeführt, um eine Veränderung des Umfangs und der Größenordnung der informellen Zahlungen festzustellen.

Schlussfolgerungen: Prinzipien und praktische Schritte für Politikgestalter

48. Der hier angeregte Ansatz für Gesundheitsfinanzierung verkörpert bestimmte, nachstehend skizzierte zentrale Prinzipien und Konzepte.

- Wie bei allen Aspekten von Gesundheitspolitik, so ist die Unterscheidung zwischen den Zielen der Gesundheitsfinanzierung (z. B. besserer finanzieller Schutz, besserer Zugang zur Versorgung) und ihren Instrumenten (z. B. die Schaffung eines Versicherungsplans, die Reform der Bezahlung der Anbieter usw.) sehr wichtig. Mit Bezug hierauf sollte sich auch die Analyse der angeregten und umgesetzten Reformen auf die Auswirkungen für die Bevölkerung oder das System insgesamt konzentrieren, Pläne sind noch keine Systeme.
- Unter Voraussetzung dieses ersten Prinzips sollte verstanden werden, dass jede Gesundheitsfinanzierung (mit Ausnahme der durch reine Eigenzahlung) **Versicherungssysteme** sind und daher danach bewertet werden sollten, wie gut sie die mit ihnen verbundenen Ziele für die Bevölkerung erreichen (z. B. den finanziellen Schutz, den gerechten Zugang usw.) und nicht nach dem ihnen allgemein anhaftenden 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 Bedeutung des Etiketts für den besonderen nationalen/politischen Kontext ist es wichtig, dass die Entscheidungsträger für die Gesundheitsfinanzierung sich durch das für ihr System verwendete Etikett nicht in der Erwägung aller verfügbaren Politikoptionen einschränken lassen. Es gibt keinen konzeptionellen Grund, warum die Quelle der Mittel über ihre Zusammenführung, den Kauf der Leistungen oder die Einzelheiten der Leistungsansprüche entscheiden sollte.
- Eine klare Konzentration auf die politischen Ziele sollte mit einem tieferen Verständnis der vorhandenen Organisation von Aufgaben und Maßnahmen der Gesundheitsfinanzierung sowie der fiskalischen Faktoren oder Umstände kombiniert werden, die ihre Machbarkeit und die erwarteten Wirkungen unterschiedlicher Politikoptionen bedingen. Reformen sollten auf die politischen Ziele ausgerichtet und der deskriptive Rahmen sollte als eine „Prüfliste“ verwendet werden, mit der die **Abstimmung** der Reforminstrumente mit den gewünschten Zielen gesichert werden kann.
- Die gegenwärtigen und erwarteten künftigen finanziellen Zwänge bedeuten, dass alle Länder ihre Anstrengungen verdoppeln müssen, um die **Effizienz** der Gesundheits(finanzierungs)systeme zu erhöhen. Effizienz ist kein Synonym für finanzielle Nachhaltigkeit, somit ist die Förderung der Wirtschaftlichkeit auch nicht gleichbedeutend mit einem auf Etatkürzungen eingeeengten Fokus. Stattdessen regt die Forderung nach Effizienz zu einer breit angelegten Herangehensweise an um sicherzustellen, dass die Gesundheitsausgaben den größtmöglichen Nutzen abwerfen, was die politischen Ziele betrifft, wobei die Tatsache akzeptiert wird, dass die Ausgaben mit den verfügbaren Einnahmen übereinstimmen müssen. Bezogen hierauf sollten die Bedingungen (Anreize) im weiteren öffentlichen finanziellen Umfeld es ermöglichen, dass der Nutzen (d. h. die Ersparnisse) aus Wirtschaftlichkeitsgewinnen im Gesundheitssystem verbleiben und zur Verbesserung seiner Leistung genutzt werden.
- Umsetzen, auswerten, lernen und anpassen – Reformen der Gesundheitsfinanzierung sollten wie Gesundheitsreformen allgemein auf einer starken konzeptionellen und evidenzbasierten Grundlage aufbauen; gleichzeitig gilt es zu erkennen, dass nicht alles planbar ist und dass es immer ein bestimmtes Maß an Ungewissheit über die Umsetzung wie die Ergebnisse geben wird. Da politische

Reformen ebenso Kunst wie Wissenschaft sind, sollten die Entscheidungsträger, wo möglich, das Lernen durch die Umsetzung und Auswertung von Pilotprojekten ermöglichen. Es ist sehr wichtig, dass jedes Land Mechanismen zur Auswertung der Reformen schafft und dadurch ein flexibler politischer Prozess möglich wird, bei dem auf Wissen aus eigener Reform Erfahrung gebaut wird. Aus den Erfahrungen der anderen zu lernen, ist zudem für die Länder wichtig und extrem wertvoll. Da jedes Land seinen eigenen Reformkontext und -ausgangspunkt hat, ist es jedoch gleichermaßen wichtig anzuerkennen, dass sich eine Politik nicht einfach von einem Land in ein anderes verpflanzen 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 Ziele der Gesundheitsfinanzierung als Orientierungshilfe zum Erkennen der länderspezifischen Problembereiche und Prioritäten bezogen auf die Leistung des Finanzierungssystems,
- Akzeptanz, dass der „Teufel“ bei der Gestaltung einer wirksamen Gesundheitsfinanzierung „im Detail steckt.“ Eine gründliche Analyse des bestehenden Systems der Gesundheitsfinanzierung unter Verwendung eines deskriptiven Rahmens als „Prüfliste“, die die Einbeziehung jeder Teilfunktion, jedes Verfahrens der Mittelzuweisung, der Grundsätze für Rechte und Pflichten der Bevölkerung und die Aufsichts- und Schutzvorkehrungen für das System als Ganzes sicherstellt. Diese Vorkehrungen sollten abgebildet werden, unter anderem der Strom der Mittel, das Ausmaß der vertikalen Integration oder Trennung funktioneller Verantwortung und die Marktstruktur jeder Teilfunktion, um ein nützliches Werkzeug zum Verstehen des vorhandenen Gesundheitsfinanzierungssystems zu erhalten – dem „Ausgangspunkt“ für jedes Reformprogramm. Die entscheidenden funktionalen Bereiche, in denen die politischen Instrumente schlecht auf einander 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 Umstände außerhalb des Gesundheitssystems, die Auswirkungen auf die Umsetzung oder Folgen für die einzelnen Reformoptionen haben könnten,
- Entwicklung eines Bündels von Reformoptionen, die auf eine Bewältigung der dringendsten Leistungsprobleme oder ein Erreichen der Ziele für das System gerichtet sind. Der deskriptive Rahmen sollte als Leitfaden zur Sicherstellung eines umfassenden Vorgehens vom aktuellen Ausgangspunkt aus genutzt werden und helfen den Lockungen eines „Wundermittels“ zu widerstehen, das nur ein einzelnes Reformwerkzeug hervorhebt. Die Ziele und vorgeschlagenen Optionen sollten an der fiskalischen Situation gemessen werden, damit gesichert ist, dass sie im nationalen Zusammenhang realistisch sind,
- Ermöglichung eines informierten öffentlichen Dialogs zu der Art der Systemziele und -probleme sowie zu den Reformoptionen. Weit verbreiteten Erwartungshaltungen, dass Alles für alle angeboten wird, sollten durch die Vermittlung des Konzepts der Nachhaltigkeitsabwägung und somit der Notwendigkeit zur Rationierung hantiert werden. Keine Lösung kann alle zufrieden stellen, doch sollten die Entscheidungen und Zielkonflikte jedem klar sein,
- Im ganzen Prozess daraus Nutzen ziehen, dass jedes Land der Welt mit der Reform seiner Gesundheitsfinanzierung zu kämpfen hat. Aus diesen Erfahrungen sollte man lernen und bestimmte Lehren gemäß dem nationalen Kontext anpassen.

50. Zusammenfassend möchten wir betonen, dass die WHO kein Modell und keine Blaupause für die Organisation der Gesundheitsfinanzierung besitzt. Stattdessen schlagen wir den Mitgliedstaaten den folgenden Prozess vor: 1) Nutzung der politischen Ziele zur Festlegung der **Richtung** der Reform der

Gesundheitsfinanzierung, 2) Verständnis der vorhandenen Systeme in Bezug auf ihre Funktionen und Grundsätze zur Bestimmung des *Ausgangspunktes*, an dem jede Reform ansetzen muss, 3) Verständnis des fiskalischen Hintergrunds und anderer Umstände zur Bestimmung *realistischer Grenzen* des Ausmaßes, in welchem die Verwirklichung politischer Ziele *aufrechterhalten* werden kann, und des Spektrums politischer Reformen, die erwogen werden können. Obwohl der Ansatz also auf dem Fundament gemeinsamer Werte und Ziele gründet, erlaubt er doch länderspezifische und realistische Analysen und Empfehlungen. Allgemeiner ausgedrückt ist die WHO den Zielen der Gesundheitsfinanzierung verpflichtet, aber wir sind nicht auf eine bestimmte Art oder ein bestimmtes Modell der Finanzierung 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(5) (in Arbeit).
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 Care Systems in Transition: Spain*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (in Arbeit).
19. Shishkin S, Kacevicius G, Ciocanu, M. *Evaluation of health financing reform in the Republic of Moldova*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, Health 2006 (in Arbeit).
20. Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, eds. *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead, Open University Press, 2005.
21. 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.
22. Tan-Torres Edejer T et al., eds. *Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis*. Geneva, World Health Organization, 2003.
23. 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.
24. 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).
25. Gottret P, Schieber G. *Health financing revisited: A practitioner's guide*. Washington, DC, World Bank, 2006.
26. 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.
27. OECD in collaboration with WHO. *OECD reviews of health systems – Switzerland*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2006 (in Arbeit).
28. Cain J et al. *Health care systems in transition: Bosnia and Herzegovina*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002.
29. Glenngård AH et al. *Health systems in transition: Sweden*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005.
30. 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.
31. 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).
32. 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.
33. 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.
34. Duran A et al. Purchasers, providers and contracts. In: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, eds. *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead, Open University Press, 2005.

35. 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.
36. Belli P, Gotsadze G, Shahriari H. Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia. *Health Policy*, 2004, 70:109–123.