



EUROPA



Europäische Ministerkonferenz  
der WHO zum Thema Gesundheitssysteme:  
„GESUNDHEITSSYSTEME,  
GESUNDHEIT UND WOHLSTAND“

---

Tallinn, Estland, 25.–27. Juni 2008

**BERICHT**

Die Weltgesundheitsorganisation wurde 1948 als die in internationalen Gesundheitsangelegenheiten und Fragen der öffentlichen Gesundheit richtungweisende und koordinierende Sonderorganisation der Vereinten Nationen gegründet. Zu den in der Satzung verankerten Funktionen der WHO gehört es, auf dem Gebiet der menschlichen Gesundheit objektive und zuverlässige Informationen zu liefern und beratend tätig zu sein. Dieser Verantwortung wird sie teilweise durch ihr Publikationsprogramm gerecht, mit dem sie den Ländern zu helfen sucht, eine Politik zu führen, die der Gesundheit ihrer Bevölkerungen dient, und durch das sie sich mit den dringlichsten gesundheitlichen Anliegen der Länder auseinandersetzt.

Das WHO-Regionalbüro für Europa ist eines von sechs in allen Teilen der Welt angesiedelten Regionalbüros, die alle ihr eigenes, auf die besonderen gesundheitlichen Probleme ihrer Mitgliedsländer abgestimmtes Programm haben. In der Europäischen Region leben über 880 Millionen Menschen in einem Gebiet, das sich zwischen Nordpolarmeer und Mittelmeer und zwischen Atlantischem und Pazifischem Ozean erstreckt. Das europäische Programm der WHO unterstützt alle Länder der Region bei der Entwicklung und Erhaltung ihrer eigenen Gesundheitspolitik, -systeme und -programme; es hilft ihnen, gesundheitliche Gefährdungen zu verhüten und zu überwinden, sich auf künftige gesundheitliche Herausforderungen einzustellen, für Maßnahmen einzutreten, die der Gesundheit der Bevölkerung dienen, und diese umzusetzen..

Die WHO strebt die möglichst breite Verfügbarkeit ihrer autoritativen Informationen und ihrer gesundheitlichen Leitlinien an, weshalb sie sicherstellt, dass ihre Veröffentlichungen weite internationale Verbreitung finden, und sie auch deren Übersetzung und Bearbeitung fördert. Die Bücher der WHO tragen dazu bei, Gesundheit zu fördern und zu schützen und Krankheiten zu verhüten und zu bekämpfen. Damit sind sie auch ein Beitrag zur Verwirklichung des Hauptziels der Organisation, allen Menschen die Erreichung des bestmöglichen Gesundheitszustands zu ermöglichen.



Europäische Ministerkonferenz  
der WHO zum Thema Gesundheitssysteme:  
„GESUNDHEITSSYSTEME,  
GESUNDHEIT UND WOHLSTAND“

---

Tallinn, Estland, 25.–27. Juni 2008

# **BERICHT**

---

CIP-Kurztitelaufnahme der WHO-Bibliothek

Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme: „Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand“ Tallinn, Estland, 25.–27. Juni 2008: Bericht.

1. Erbringung von Gesundheitsversorgung – Organisation und Verwaltung 2. Regionale Planung im Gesundheitswesen 3. Wirtschaftliche Entwicklung 4. Gesundheitspolitik 5. Kongress 6. Europa

ISBN 978 92 890 3413 5

NLM-Klassifikation: WA 540

---

ISBN 978 92 890 3413 5

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 2009

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 Einigkeit besteht.

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

Die Weltgesundheitsorganisation hat alle angemessenen Vorkehrungen getroffen, um die in dieser Publikation enthaltenen Informationen zu überprüfen. Dennoch wird 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.

# INHALT

<b>Einführung</b> .....	<b>1</b>
<b>Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand: Althergebrachtes Denken hinterfragen</b> .....	<b>3</b>
Grundsatzreden .....	3
Die Sicht der Mitgliedstaaten: 1. Ministerpodium .....	7
Die Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand.....	8
<b>Gesundheitssysteme: Fachliche Aspekte</b> .....	<b>10</b>
Grundsatzrede .....	10
Die Sicht der Mitgliedstaaten: 3. Ministerpodium .....	11
Die vier Funktionen der Gesundheitssysteme: Parallelsitzungen.....	12
<b>Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand: Eine politische Perspektive</b> .....	<b>14</b>
Grundsatzreden .....	14
Die Sicht der Mitgliedstaaten .....	19
Beiträge der Partnerorganisationen .....	23
Unterzeichnung der Charta von Tallinn und Abschluss der Konferenz .....	25
<b>Literatur</b> .....	<b>26</b>
<b>Anhang 1: Die Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand</b> .....	<b>28</b>
<b>Anhang 2: Programm</b> .....	<b>33</b>
<b>Anhang 3: Wichtigste Publikationen</b> .....	<b>42</b>
<b>Anhang 4: Teilnehmer</b> .....	<b>43</b>



## Einführung

Im Einklang mit einer Resolution des WHO-Regionalkomitees für Europa aus dem Jahr 2005 (1) veranstaltete das WHO-Regionalbüro für Europa auf Einladung der estnischen Regierung vom 25. bis 27. Juni 2008 im Konzertsaal Estonia sowie der Staatsoper und dem Ballettheater der estnischen Hauptstadt Tallin die Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme: „Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand“. Die Konferenz beschäftigte sich mit dem dynamischen Beziehungsgeflecht zwischen Gesundheitssystemen, Gesundheit und Wohlstand und konkret mit der Erörterung folgender Fragen:

1. Wie können gut funktionierende Gesundheitssysteme nicht nur zu Gesundheit, sondern auch zu Wohlstand und wirtschaftlicher Entwicklung beitragen (etwa durch Personalentwicklungskonzepte, erhöhte Produktivität, niedrigere Krankheitskosten und weniger Anträge auf Frühverrentung)?
2. Unter welchen Bedingungen führt eine gute Organisationsführung dazu, dass Wohlstand (wirtschaftliche Entwicklung) zu besserer Gesundheit führt und umgekehrt?
3. Wie können sinnvolle Investitionen in die Gesundheitssysteme sowohl der wirtschaftlichen Entwicklung als auch dem gesellschaftlichen Wohl dienen?

© WHO/Erik Peinar



Der Konferenzort

Die konkrete Zielsetzung der Konferenz lautete:

- zu einem besseren Verständnis des Einflusses der Gesundheitssysteme auf die Gesundheit der Menschen und damit auf das Wirtschaftswachstum in der Europäischen Region der WHO beizutragen;
- angesichts des wachsenden Drucks auf die Gesundheitssysteme bezüglich Nachhaltigkeit und Solidarität eine Bestandsaufnahme der neuesten Erkenntnisse über Wege zu einer wirksamen Verbesserung ihrer Leistungsfähigkeit vorzunehmen;

- als Schluss- und Höhepunkt der Veranstaltung eine Charta zum Thema Gesundheitssysteme anzunehmen, die den strategischen Handlungsrahmen für die Stärkung der Gesundheitssysteme in der gesamten Region bildet und durch die politisches Engagement und Handeln gefördert und zugleich die vielfältigen Unterschiede zwischen den Ländern der Region in Bezug auf Gesundheitssysteme und politische Rahmenbedingungen gebührend berücksichtigt werden.

Während der zweieinhalb Tage befassten sich die Teilnehmer:

1. mit der Philosophie hinter dem Konzept Gesundheitssystem und mit dessen dynamischem Beziehungsgeflecht mit Gesundheit und Wohlstand;
2. mit der Erörterung von Sachfragen mit Bezug zu den vier Funktionen von Gesundheitssystemen (2): Leistungserbringung, Finanzierung, Erschließung personeller und anderer Ressourcen sowie Steuerung/Führung der Gesundheitssysteme; und
3. mit einer politischen Diskussion über Gesundheitssysteme und politischen Verpflichtungen zur Weiterverfolgung der Ergebnisse der Konferenz durch Annahme der Charta von Tallinn (Anhang 1).

Darüber hinaus umfasste das Programm der Konferenz (Anhang 2) einen Workshop über Leistungsmessung zur Verbesserung der Gesundheitssysteme sowie sechs Nebenveranstaltungen, und das Health Evidence Network des Regionalbüros erstellte zusammen mit dem Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik für die Teilnehmer eine Reihe von Grundsatzpapieren und Hintergrunddokumenten zu den Konferenzthemen (Anhang 3).

An der Konferenz nahmen über 500 Teilnehmer (Anhang 4) teil, darunter: Gesundheits-, Innen-, Finanz- und Wirtschaftsminister aus 52 der 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO, international anerkannte Experten für Gesundheitssysteme, Beobachter und Vertreter von internationalen Organisationen und Organisationen der Zivilgesellschaft sowie Vertreter der Massenmedien. Die Teilnehmer wählten die estnische Sozialministerin Maret Maripuu zur Präsidentin und den serbischen Gesundheitsminister Prof. Tomica Milosavljević zum Vizepräsidenten der Konferenz. Videomaterial zur gesamten Konferenz sowie Nachrichten, Bilder und Interviews finden sich auf der Website des Regionalbüros (3).

Frau Maripuu eröffnete die Konferenz, begrüßte die Teilnehmer und lobte die gründliche Vorbereitung der Veranstaltung, die sich mit der Frage befassen werde, welche nachhaltigen Elemente für die vier Funktionen der Gesundheitssysteme erforderlich seien. Sie fügte hinzu, auf der Konferenz würden Erkenntnisse, Wissen und politisches Engagement in einem angemessenen Umfeld zusammentreffen, da mit Estland ein Land Gastgeber sei, das durch Reformen im Gesundheitsbereich die Gesundheit seiner Bevölkerung verbessert und dadurch seine Wirtschaft gestärkt habe.

Dr. Marc Danzon, WHO-Regionaldirektor für Europa, begrüßte die Teilnehmer, Beobachter und WHO-Mitarbeiter von innerhalb und außerhalb der Europäischen Region und dankte der Regierung Estlands für die Ausrichtung der Konferenz. Er zeigte sich überzeugt davon, dass dies ein historisches Ereignis sei und dass sich die vorgeschlagene Charta als ebenso einflussreich erweisen werde wie die Grundsatzserklärungen der Vorläuferkonferenzen, etwa die Erklärung von Alma-Ata (4) und die Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung (5). Es deute alles darauf hin, dass die Konferenz zu einem fachlichen und politischen Wendepunkt für die öffentliche Gesundheit werden könne. Es gebe eine neue, jedoch tief greifende Erkenntnis, dass ein qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem eine Voraussetzung für nachhaltige Verbesserungen der öffentlichen Gesundheit sei, und auch die jüngsten Gesundheitskrisen hätten gezeigt, dass nachhaltige, solide Gesundheitssysteme nötig seien, um die Reaktionen von nationaler und internationaler Seite zu untermauern.

# Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand: Althergebrachtes Denken hinterfragen

## Grundsatzreden

Drei Grundsatzredner befassten sich mit den Verknüpfungen zwischen Gesundheitssystemen, Gesundheit und Wohlstand aus internationaler bzw. europäischer Sicht und unter dem Aspekt von Gesundheit als Menschenrecht. Ein vierter Redner beleuchtete die Notwendigkeit, die Leistung der Gesundheitssysteme zu messen.

### *Internationale Perspektive: Gesundheitssysteme, die auf gesellschaftlichen Zielsetzungen beruhen*

Prof. Uwe Reinhardt erläuterte anhand von Forschungsergebnissen, wie Länder in der ganzen Welt ihre Gesundheitssysteme nach unterschiedlichen gesellschaftlichen Zielsetzungen strukturiert haben und wie die Gesundheitssysteme zum Wohlbefinden beitragen können. Erstens bauten die meisten Länder ihre Gesundheitssysteme nach einer Reihe von gesellschaftlichen Zielen und namentlich Verteilungsaspekten auf, wodurch die Struktur der Systeme festgelegt werde. So sähen viele Länder in der Europäischen Region, aber auch Kanada in Gesundheit ein rein gesellschaftliches Gut an und entwickelten primär auf Chancengleichheit ausgerichtete Systeme, während die Vereinigten Staaten Gesundheit als ein privates Gut betrachteten und ein mehrstufiges System besäßen. Je nach Kultur, Geschichte und aktueller Einkommensverteilung legten die verschiedenen Länder daher ihren Gesundheitssystemen eine unterschiedliche gesellschaftliche Ethik zugrunde. In vielen entwickelten Ländern komme diese Ethik in den Gesundheitssystemen durch eine strenge Regulierung der Aspekte Finanzierung und Krankenversicherung zum Ausdruck. Systeme, bei denen gesellschaftliche Solidarität die ethische Grundlage darstelle, strebten eine Gesundheitsversorgung zu gleichen Bedingungen für die meisten oder alle Bürger an, und viele benutzten die gesetzliche Krankenversicherung zur Finanzierung der Versorgung und zur Bündelung der Risiken.

Zweitens unterschieden sich die Gesundheitssysteme in der Welt nach Eigentums- und Finanzierungsverhältnissen (Tabelle 1). Systeme, die eine Form der gesetzlichen Krankenversicherung beinhalten, wie in den meisten Ländern der Europäischen Region der WHO, besäßen zwei wesentliche Merkmale:

1. Sie führten gewöhnlich unter staatlicher Regie zur Entstehung großer Risikogemeinschaften, auf die einzelne Bürger oder Familien die finanziellen Risiken von Krankheit abwälzen könnten.
2. Ausschlaggebend für die Höhe des Beitrags des Einzelnen oder der Familie (Prämien oder Steuern) zu dieser Risikogemeinschaft sei primär das Zahlungsvermögen und nicht der Gesundheitszustand (Versicherungsrisiko).

Wenn der Staat die Finanzierung und Versicherung im Gesundheitssystem im Sinne der gewünschten Verteilungsethik reguliere, könnten Erbringung und Einkauf von Gesundheitsleistungen in privater Hand nach unternehmerischen Gesichtspunkten organisiert werden. Dagegen richteten Systeme mit privaten Krankenversicherungen wie in den Vereinigten Staaten ihre Prämien am Gesundheitszustand des Versicherten aus und betrieben die Finanzierung der Gesundheitsversorgung nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten, was gegen die gesellschaftliche Solidarität verstoße und enorme Verwaltungskosten mit sich bringe.

**Tabelle 1: Klassifizierung der Elemente von Gesundheitssystemen**

Trägerschaft der Anbieter	Finanzierung und Krankenversicherung				
	Staatliche Kranken- versicherung (Zahlung nach Vermögen)		Privatversicherung (Zahlung nach Versicherungsrisiko)		Keine Kranken- versicherung
	Einzelzahler	Viele Träger	Gemeinnützig	Gewinn-orientiert	Eigenleistung
Staat	A	D	G	J	M
Privat, nicht gewinnorientiert	B	E	H	K	N
Privat, gewinnorientiert	C	F	I	L	O

Außerdem könnten die Gesundheitssysteme ihren Aktionsradius von der reinen Gesundheitsversorgung hin zur Förderung von Wohlbefinden ausdehnen, indem sie ihre Tätigkeit auf eine größere Bandbreite von miteinander verbundenen gesellschaftlichen, umweltbedingten und individuellen Faktoren einstellten, die neben der Versorgung auch zur Schaffung von Wohlbefinden beitragen. Untersuchungen in 22 Ländern (6) hätten ergeben, dass gesundheitliche Ungleichheiten innerhalb der Europäischen Region in unterschiedlich hohem Maße durch den sozioökonomischen Status bestimmt würden. Diese Ungleichheiten könnten durch Verbesserungen in Bezug auf Bildungschancen, Einkommensverteilung, Gesundheitsverhalten oder Zugang zur Gesundheitsversorgung verringert werden. Ein gutes Gesundheitssystem würde zum Beispiel über das Bildungssystem gesunde Lebensweisen fördern. Leistungsmessung sei für ein gutes Gesundheitssystem entscheidend; um eine sinnvolle Rechenschaftsablage zu gewährleisten, würden das neue Berufsbild eines Buchhalters für Gesundheitsversorgung sowie eine angemessene Mittelausstattung benötigt.

### *Die Perspektive der Europäischen Region: Synergien zwischen Gesundheit, Wohlstand und Gesundheitssystemen*

Prof. Martin McKee beschrieb das auf Gegenseitigkeit beruhende Verhältnis zwischen Gesundheitssystem, Gesundheit und Wohlstand. Seit der WHO-Konferenz zur Reform der Gesundheitsversorgung 1996 (7) habe es sich in der Europäischen Region als Konsens durchgesetzt, Reformen auf Evidenz zu gründen. Außerdem habe sich durch die Schwerpunktlegerung auf Kosteneindämmung und Finanzierung ein neues Paradigma durchgesetzt, bei dem die Länder nun sowohl Gesundheit als auch Wohlstand in synergetischer Weise anstrebten, etwa indem sie sinnvoll in die Gesundheitssysteme investierten. Wie im Logo der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme symbolisch zum Ausdruck gebracht, ergänzten Gesundheit, Wohlstand und Gesundheitssysteme einander auf nutzbringende Weise, und dies sei wegweisend für die Region. Die Herausforderung für alle Beteiligten bestehe nun darin, Bedingungen zu schaffen, unter denen sich die Konzepte zu einem positiven Kreislauf zusammenfügten.

Es sei anerkannt, dass Wohlstand zur Verbesserung von Gesundheit beitrage: Wohlhabendere Bevölkerungsgruppen und Länder verzeichneten eine höhere Lebenserwartung. Andererseits trage Gesundheit auf verschiedene Weise zum Wohlstand bei. So habe z. B. das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik (8) durch Studien in den westlichen Ländern belegt, dass gesunde Menschen produktiver seien. In Ländern mit hohem, mittlerem und niedrigem Einkommen



© WHO/Erik Peinar

### Hauptredner

bestehe ein Zusammenhang zwischen einer verbesserten Gesundheitssituation einerseits und Investitionen in Bildung sowie Kostenersparnissen andererseits. Außerdem werde prognostiziert, dass ein Versagen beim Abbau der Erwachsenenmortalität das Wirtschaftswachstum bremsen und dass ein Versagen bei der Bewältigung gesundheitlicher Ungleichheiten in den westlichen Ländern erhebliche wirtschaftliche Kosten verursachen würde.

Auch zwischen Gesundheit und Gesundheitssystemen bestünden vielfältige Wechselbeziehungen. Forschungsergebnisse belegten, dass moderne Gesundheitssysteme wesentlich zur Reduzierung der vermeidbaren Sterblichkeit beigetragen hätten. Im östlichen Teil der Region gebe es hier erhebliche Defizite, auch wenn Estlands Erfolge bei der Verringerung von Mortalität und Behinderung durch Schlaganfälle im Rahmen einer modernen primären Gesundheitsversorgung nicht nur aufzeigten, was machbar sei, sondern auch, welche Auswirkungen eine bessere Gesundheit auf die Gesundheitssysteme habe. In Bezug auf letztere Frage habe der Wanless-Report (9) aus dem Vereinigten Königreich auch gezeigt, dass die volle Umsetzung eines Szenarios, in dem Prävention und wirksame Frühbehandlung Priorität erhielten, zu einer substanziellen Verringerung künftiger Kosten für das Gesundheitssystem führe. Entgegen anders lautenden Argumenten führe eine erhöhte Lebenserwartung nicht automatisch zu höheren künftigen Belastungen; vielmehr sei der kostentreibende Faktor nicht das Alter, sondern der zeitliche Abstand zum Tod.

Was Gesundheitssysteme und Wohlstand angehe, so könnten sich wohlhabendere Länder bessere Gesundheitssysteme leisten. Andererseits würden manche Länder erkennen, dass Gesundheitssysteme auch zu Wohlstand beitragen könnten, etwa indem sie Investitionen in regionale Entwicklungsprogramme anlockten.

### *Menschenrechte als Mittel und Zweck gestärkter Gesundheitssysteme*

Mary Robinson sprach davon, dass die Arbeit für Menschenrechte und die Bemühungen um Stärkung der Gesundheitssysteme sich gegenseitig unterstützten. Das Menschenrecht auf Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit sei sowohl die Grundlage als auch das Ziel der Stärkung der Gesundheitssysteme, und ein auf die Menschenrechte gestütztes Vorgehen liefere sowohl die Grundsätze als auch die Werkzeuge

zur Durchführung dieser Aufgabe. Der Entwurf für die Charta von Tallinn gründe auf dem Bekenntnis der Mitgliedstaaten zum Menschenrecht auf Gesundheit, wie es auch in der WHO-Satzung (10) und im Elften Allgemeinen Arbeitsprogramm (11) zum Ausdruck komme.

Ein belastbares Gesundheitssystem sei eine entscheidende Voraussetzung für die Verwirklichung des Rechtes aller Menschen auf Gesundheit. Es werde dazu beitragen, die gesundheitlichen Resultate zu verbessern und die massive Chancenungleichheit innerhalb der wie auch zwischen den Ländern zu verringern, wozu auch das in der Europäischen Region wachsende Ost-West-Gefälle in Bezug auf die Gesundheit zähle.

Außerdem werde ein auf Menschenrechten basierendes Konzept die Bemühungen um eine Stärkung der Gesundheitssysteme unterstützen, indem Einzelpersonen und Gemeinschaften befähigt, gerechte Lösungen gefördert und ein Rahmen für die begleitende Beobachtung und Rechenschaftsablage angeboten würden. Dazu sei es nicht nur erforderlich, qualitativ hochwertige Gesundheitsangebote für alle zur Verfügung zu stellen und zugänglich zu machen, sondern auch, Maßnahmen zur Bewältigung der ökonomischen, sozialen und politischen Ungleichheiten zu ergreifen, die für die Gesundheitsprobleme verantwortlich seien. Zudem beinhalte ein solches Vorgehen auch ein System zur Überwachung der Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten durch Mechanismen wie die Organe internationaler Menschenrechtsverträge und nationale Menschenrechtsorganisationen, und es mache die Entwicklung von Indikatoren zur Messung des Fortschritts erforderlich.

Durch Beispiele aus der ganzen Welt werde belegt, wie ein auf Menschenrechte gestütztes Vorgehen zu einem wirksamen, integrierten und zugänglichen Gesundheitssystem beitrage. Die Globale Allianz für Impfstoffe und Immunisierung (GAVI) habe sich dafür eingesetzt, durch Stärkung des Gesundheitssystems in Georgien eine höhere Durchimpfungsrate zu erreichen. In Indonesien habe sich durch die Bemühungen um Transparenz und die Zugänglichkeit von Informationen die Zuweisung von Mitteln in den nationalen und regionalen Etats verbessert. In Tansania seien durch die Beteiligung und das Engagement eines Netzwerks nichtstaatlicher Organisationen Erkenntnisse zugänglich geworden, durch welche die Zuweisung von Mitteln des Gesundheitssektors für gesellschaftliche Randgruppen verbessert werden konnte. Zwar könnten durch solche Erfolge die Gesundheitssysteme möglicherweise gestärkt und bedarfsgerechter gestaltet werden, doch könnten sie durch Einbeziehung von Gleichstellungsaspekten und die Gewährleistung von Teilhabe und Zugang zu Informationen für alle Bürger und die Gesellschaft insgesamt noch wirkungsvoll ergänzt werden.

### *Bewertung der Leistung von Gesundheitssystemen*

Prof. Peter Smith erläuterte, die Notwendigkeit der Leistungsbewertung in den Gesundheitssystemen sei darin begründet, dass für die politische Debatte konkret ermittelt werden müsse, welche Unterschiede in Bezug auf Erkrankung, Behandlung und Behandlungserfolg der gleiche Bürger in unterschiedlichen Gesundheitssystemen erleben würde. Zu den von der Leistungsmessung erfassten Bereichen zählten daher individuelle gesundheitliche Resultate, klinische Qualität und Angemessenheit, Bevölkerungsgesundheit, Bedarfsgerechtigkeit, finanzielle Absicherung, Chancengleichheit und Produktivität.

Ein umfassender Ansatz zur Messung der Leistung eines Gesundheitssystems, wie er im Weltgesundheitsbericht 2000 (12) dargestellt sei, mache die Annahme einer ganzheitlichen Systemperspektive und die Zusammenfassung einer großen Menge von Daten erforderlich. Zwar seien damit viele methodische Herausforderungen verbunden, doch werde so die Aufmerksamkeit der Politiker gebunden. Ein fragmentarischer Ansatz – wie die Erhebung von Daten zu Qualitätsindikatoren durch die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) oder das HealthBASKET-Projekt der Europäischen

Kommission (über gesundheitlichen Nutzen und organisatorische Kosten in Europa) – führe zweifellos auch zu sinnvollen Informationen, sei jedoch in Bezug auf die Sicherstellung akkurater und einheitlicher Messungen problematisch.

Leistungsbewertung könne auf einer Reihe von Feldern zu politischen Eingriffen führen. In einem Land seien in jüngerer Zeit Maßnahmen zur Einbeziehung der von Patienten gemeldeten gesundheitlichen Resultate ergriffen worden, in einem anderen werde der Versuch unternommen, private und öffentliche Berichte über die Leistung von Krankenhäusern miteinander zu vergleichen, wobei als Kontrollgruppe eine Gruppe von Krankenhäusern diene, über die nicht berichtet werde. Ein Beispiel für eine Intervention, die Anreize für hochwertige Leistungen geben solle, sei ein Vertrag zwischen der nationalen Regierung und den Allgemeinärzten: Dabei würden ca. 20% des Einkommens der Ärzte leistungsbezogen gezahlt; dies geschehe unter erheblichem Rückgriff auf (extern überprüfte) Eigenangaben. Eine andere Art von Intervention ziele auf die Förderung der beruflichen Praxis durch Qualitätsregister ab: Hierdurch würden die Resultate und qualitätsbezogenen Informationen im zeitlichen Ablauf und zwischen den Anbietern verglichen und ausgewertet.

Den Regierungen kämen im Bereich der Leistungsmessung eine Reihe von Steuerungsaufgaben zu. So müssten sie einen klaren konzeptionellen Rahmen entwickeln, Erhebungsmethoden anordnen, Verfahren der Qualitätssicherung durchführen, Anreize für Folgemaßnahmen aus der Leistungsmessung schaffen und nicht zuletzt die Instrumente der Leistungsmessung bewerten, insbesondere in Bezug auf ihre Kostenwirksamkeit. Ohne Leistungsmessung sei es nicht möglich, gute von schlechten Ärzten und gute von schlechten Gesundheitsangeboten zu unterscheiden, Patienten und Beitragszahler zu schützen bzw. letztlich für Investitionen in die Gesundheitsversorgung zu argumentieren.

## Die Sicht der Mitgliedstaaten: 1. Ministerpodium

An diesem Podium nahmen Gesundheits- und Finanzminister aus Albanien, Belgien, Estland, Island, Israel, der Republik Moldau und der Slowakei teil.<sup>1</sup> Die Finanzminister zeigten sich nach den Grundsatzreden überzeugt, dass die Länder mehr in ihre Gesundheitssysteme investieren sollten. Auch wenn Bevölkerungsalterung nicht automatisch zu einem Kostenanstieg führe, sei es doch wichtig, überflüssige Ausgaben zu streichen und die Mittel gezielt dahin zu lenken, wo sie am effizientesten genutzt würden. Je nach ihren Gegebenheiten könnten sich die Länder auf eine Verbesserung der Infrastruktur ihres Gesundheitssystems, die Prävention von Krankheiten, die Förderung gesunder Lebensgewohnheiten oder eine Kombination dieser Ansätze konzentrieren.

Um eine sektorübergreifende Zusammenarbeit anzustoßen und zu fördern, müssten die Gesundheitsministerien den wirtschaftlichen Nutzen von Konzepten zur Verbesserung von Gesundheit und Gesundheitssystemen unter Beweis stellen. So könne beispielsweise durch Maßnahmen zur Verringerung der Zahl der Straßenverkehrsunfälle mit Kinderbeteiligung einer erheblichen Verschwendung von wirtschaftlichem Potenzial vorgebeugt werden. Umgekehrt könnten soziale Maßnahmen wie Anreize zu einer verlängerten Berufstätigkeit für die Bürger positive gesundheitliche Effekte in Form einer höheren Lebenserwartung nach sich ziehen. Der Themenkomplex öffentliche Gesundheit sei so umfassend, dass er systematisch und integriert angegangen werden müsse, etwa in Partnerschaft mit den Ressorts Landwirtschaft und Bildung und durch eine vollständige Einbeziehung der Bürger bei der Festlegung der Prioritäten.

---

<sup>1</sup> In Anhang 2 sind die Namen sämtlicher Minister/innen aufgeführt, die an einem der sechs Podien teilnahmen oder darin den Vorsitz führten.

Was die Zuweisung von Mitteln betreffe, so sollten die Regierungen sorgfältig entscheiden, wo sie in die Wertschöpfungskette investierten, um maximale Erträge zu erzielen. Es gebe jedoch gute Gründe, die Ausgaben ausgewogen und empirisch begründet vorzunehmen. So sei es in Ländern mit schlechten Bildungseinrichtungen u. U. angemessen, die Mittel vorrangig in den Bildungsbereich zu lenken.

Solidarität werde als ein Wert anerkannt, den sich die meisten Gesundheitssysteme in der Europäischen Region zu Eigen gemacht hätten und der oft durch eine Form der allgemeinen Versorgung verwirklicht werde. Wenn die Menschen erkennen könnten, dass die Regierung aktiv die gefährdeten und schwachen Gruppen unterstütze, so werde dadurch ihr Vertrauen in die Gesundheitspolitik gestärkt. Von den Patienten zu erwarten, dass sie ein Gegengewicht zu der angebotsseitig geschaffenen Nachfrage nach Gesundheitsleistungen bildeten, sei unrealistisch; vielmehr gehöre dies ebenso zur Steuerungsfunktion des Staates wie die Aufgabe, die vom Gesundheitssystem erzielten Fortschritte zu bewerten.

### **Die Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand**

Die führenden Köpfe der Redaktionsgruppe für die Charta beschrieben die Ziele, den Inhalt und die Entstehung des Entwurfs der Charta von Tallinn mit dem Untertitel „Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand“.

Die Vorsitzende der Redaktionsgruppe, Dr. Fiona Adshead, erklärte, die Mitgliedstaaten hätten die Charta ausgearbeitet, um

- den Gesundheitssystemen einen hohen Stellenwert auf der politischen Agenda zu geben und zum politischen Dialog in der Europäischen Region der WHO beizutragen;
- Orientierungshilfe für die Festlegung von Handlungsprioritäten zu geben; und
- einen Schwerpunkt für eine verstärkte Unterstützung der Länder durch die WHO zu setzen.

Konkret werde von der Charta erwartet, dass sie die grundlegenden Werte und Prinzipien für die Weiterentwicklung der Gesundheitssysteme sowie den Beitrag der Gesundheit zum gesellschaftlichen Wohl benenne, ein gemeinsames Verständnis von Gesundheitssystemen und ihrer Zielsetzung vermittele, ausdrückliche Bekenntnisse der Länder zur Verbesserung der Leistung ihrer Gesundheitssysteme beinhalte und der Öffentlichkeit und den Medien ein greifbares Ergebnis mit den zentralen Botschaften der Konferenz übergebe.

Die Charta untersuche dementsprechend das Verhältnis zwischen Gesundheitssystemen, Gesundheit und Wohlstand, stelle die Werte und Grundsätze von Gesundheitssystemen heraus und enthalte ein zentrales Bekenntnis zur Notwendigkeit, von Wertvorstellungen zu konkreten Maßnahmen überzugehen. Sie definiere auch die Grenzen des Gesundheitssystems und beschreibe die unterschiedlichen Beiträge und Funktionen in den Bereichen Leistungserbringung, Finanzierung, Ressourcenerschließung und Steuerung. Die zentralen Botschaften der Charta seien:

- Gesundheitssysteme bedeuten mehr als Gesundheitsversorgung, da wirksame Gesundheitssysteme sowohl Gesundheit als auch Wohlstand fördern.
- Investitionen in die Gesundheit sind auch Investitionen in die künftige Entwicklung der Menschen.
- Gut funktionierende Gesundheitssysteme sind für jede Gesellschaft, die die Gesundheit ihrer Bevölkerung verbessern und mehr Chancengleichheit im Gesundheitsbereich verwirklichen möchte, unverzichtbar.

Die stellvertretende Vorsitzende der Redaktionsgruppe, Dr. Ainura Ibraimova, erläuterte die Struktur der Charta. Sie beginne mit einer einleitenden Präambel, in der die Notwendigkeit einer derartigen Erklärung

begründet werde, in der der Begriff „Gesundheitssystem“ definiert werde und die Werte und Grundsätze vorgestellt würden, denen sich die Unterzeichner verbunden fühlten. Der folgende Abschnitt gebe die Verpflichtungen der Mitgliedstaaten, der WHO und der Partnerorganisationen wieder. Im restlichen Text würden Wege zur Stärkung der Gesundheitssysteme in ihren vier grundlegenden Funktionsbereichen vorgestellt.

Die stellvertretende Vorsitzende der Redaktionsgruppe, Dr. Leen Meulenbergs, hielt fest, dass Vertreter aus 26 Mitgliedstaaten sowie einer Reihe von Partnerorganisationen an dem Entwurf der Charta mitgearbeitet hätten. Die Redaktionsgruppe habe im Oktober 2007 in Gastein (Österreich), im Februar 2008 in Valencia (Spanien) und im Mai 2008 in Moskau (Russische Föderation) getagt. Spätere Entwürfe seien auf weiteren Vorkonferenzen der Mitgliedstaaten und Partner geprüft worden, die im November 2007 in Bled (Slowenien), im April 2008 in Rom und im Juni 2008 in Brüssel stattgefunden hätten. Es herrschte breite Übereinstimmung darüber, dass der abschließende Entwurf einen guten Überblick biete und eine überzeugende Zukunftsvision enthalte.

### *Die Sicht der Mitgliedstaaten: 2. Ministerpodium*

Die für Gesundheit und Inneres zuständigen Minister aus Armenien, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, Serbien und der ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien begrüßten die Charta von Tallinn ebenso wie ein Teilnehmer im Namen des Südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerks (SEE) (13), das aus folgenden Ländern besteht: Albanien, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Kroatien, Montenegro, Republik Moldau, Rumänien und Serbien.

Die Beteiligung am Entwurf der Charta habe in Serben und der ehemaligen jugoslawischen Republik Makedonien positive Veränderungen bewirkt, und sowohl der Redaktionsprozess als auch die Grundsätze der Charta hätten die Bemühungen der Länder um eine Stärkung ihrer Gesundheitssysteme unterstützt. So seien etwa in folgenden Bereichen Verbesserungen erzielt worden: Gesundheitsüberwachung (Armenien); Gesetzgebung (Bosnien und Herzegowina); Wirksamkeit, Zugänglichkeit und Wirtschaftlichkeit der Versorgung (Bulgarien); kardiologische Versorgung (Serbien); und Investitionen in den Gesundheitssektor und die sektorübergreifende Zusammenarbeit (ehemalige jugoslawische Republik Makedonien). Das Südosteuropäische Gesundheitsnetzwerk, das sich für starke Gesundheitssysteme mit dem Ziel der Förderung politischer Stabilität einsetze, sei außerdem dabei, vertikal angelegte Programme durch einen ganzheitlichen Systemansatz zu ersetzen.

Die Charta werde nach ihrer Annahme auch eine Hilfe für die aktuelle und künftige Arbeit der Länder sein. Indem sie zeige, dass Investitionen in die Gesundheit auch Investitionen in die wirtschaftliche Entwicklung seien, werde sie

- alle betroffenen Ministerien in ein Team um das Gesundheitsministerium einbeziehen und eine ressortübergreifende Arbeit zugunsten der Gesundheit fördern;
- stärkere Gesundheitssysteme als den Schlüssel zu mehr Gesundheit ausweisen und eine Schwerpunktlegung des Staates auf die außerhalb der Gesundheitsversorgung angesiedelten Determinanten von Gesundheit unterstützen;
- die zur Sicherung von Rechenschaftsablage erforderliche Beobachtung und Leistungsmessung fördern; und
- politische Unterstützung für starke Gesundheitssysteme in den Länder und der Europäischen Region insgesamt sichern helfen.

Während der Konferenz und durch die Charta selbst verpflichteten sich eine Reihe von Partnern – die WHO, die Weltbank, die Europäische Investitionsbank, das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen, die

Internationale Organisation für Migration, der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria, der Europarat und die Europäische Kommission – zur Umsetzung der Charta.

## Gesundheitssysteme: Fachliche Aspekte

### Grundsatzrede

Prof. Sir Michael Marmot, Vorsitzender der Kommission der WHO für soziale Determinanten von Gesundheit (14), befasste sich mit dem Wechselspiel zwischen diesen Determinanten und den Gesundheitssystemen. Die signifikanten gesundheitlichen Ungleichheiten innerhalb der wie auch zwischen den Ländern seien wohl bekannt: Die Lebenserwartung von Männern sei in einigen Ländern im östlichen Teil der Europäischen Region der WHO um 20 Jahre geringer als in einigen Ländern im westlichen Teil, und die Unterschiede bei der Säuglingssterblichkeit seien sogar noch höher. Die Überlebens- und Behinderungsraten in den Altersgruppen 45–49 und 70–74 Jahre wiesen ebenfalls bemerkenswerte geografische Unterschiede auf und führten in den östlichen Ländern zu Alterskohorten mit einem Mangel an Männern (da viele von ihnen vorzeitig verstorben seien). Die offenkundigen Unterschiede hinsichtlich des Gesundheitszustands (etwa bei Lebenserwartung und Sterblichkeit) innerhalb der Länder seien einer Reihe von sozialen Determinanten zuzuschreiben, hierunter die Position in der Beschäftigungshierarchie (wie durch die Whitehall-Studie für England (15) belegt) und das Bildungsniveau. Trotz Verbesserungen in absoluten Zahlen nähmen die Ungleichheiten zu, und das soziale Gefälle im Gesundheitsbereich sei über die gesamte Gesellschaft hinweg zu beobachten. Auch könne es keine Lösung sein, nur die ärmsten 10% der Bevölkerung als Zielgruppe anzuvisieren, weil dann ein Großteil der bestehenden Gesundheitsprobleme unberücksichtigt bliebe.

Der von der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit angenommene konzeptionelle Rahmen nehme daher als Ausgangspunkt eine Betrachtung der Verteilung von Gesundheit und Wohlergehen innerhalb der Gesellschaft und untersuche dann die Frage, wie diese Güter durch biologische Faktoren, materielle Umstände und Verhalten der Menschen, psychosoziale Faktoren, gesellschaftlichen Zusammenhalt und natürlich das Gesundheitssystem beeinflusst würden. Diese Elemente seien selbst mit der gesellschaftlichen Stellung, Bildung, Beschäftigung, dem Einkommen, dem Geschlecht und der ethnischen Zugehörigkeit/Hautfarbe einer Person verknüpft, die wiederum in einem sozioökonomischen und politischen Kontext aus kulturellen und gesellschaftlichen Normen und Werten, Volkswirtschafts-, Gesellschafts- und Gesundheitspolitik und im Gesamtrahmen der Regierungsführung stünden.

Es gebe keine überzeugenden biologischen Erklärungen für gesundheitliche Ungleichheiten; sie hingen vielmehr davon ab, wie die Menschen ihre Gesellschaft gestalteten. Vermeidbare gesundheitliche Ungleichheiten seien ungerecht. Die Bewältigung der Defizite in der gesundheitlichen Chancengleichheit sei in erster Linie eine Frage der sozialen Gerechtigkeit, allerdings gebe es hierfür durchaus auch vernünftige wirtschaftliche Argumente. Wenn Gesundheit als Kapitalgut wie auch als Konsumgut betrachtet werde, betrügen die kombinierten Kosten gesundheitlicher Ungleichheiten in den Ländern der Europäischen Region ca. 11% des Bruttoinlandsprodukts (BIP). Durch eine gerechtere Verteilung der Gesundheit würde das Gemeinwohl vergrößert, und in der Tat seien die Bevölkerungsgesundheit und die gesundheitliche Chancengleichheit gute Maßstäbe für die Wirtschaftsleistung eines Landes und seine gesellschaftliche Entwicklung.

Die Kommission trete für Maßnahmen in folgenden Bereichen ein:

- die Bedingungen, unter denen Menschen geboren würden, aufwüchsen, lebten, arbeiteten und alterten;

- die strukturellen Triebkräfte hinter diesen Bedingungen auf globaler, nationaler und lokaler Ebene; sowie
- Beobachtung, Ausbildung und Forschung.

Solche Maßnahmen müssten nicht nur in allen Sektoren (Gesundheit in allen Politikbereichen), sondern auch in allen Ländern ergriffen werden. Die Effekte der strukturellen Triebkräfte und Lebensbedingungen würden hingegen durch den Grad der Ermächtigung und Beteiligung der Menschen bzw. ihrer Fähigkeit, sich Gehör zu verschaffen, beeinflusst, die beide sich auf das Erreichen gesundheitlicher Chancengleichheit als Entwicklungsergebnis auswirkten.

Zu den sektorübergreifenden Rahmenbedingungen zugunsten von Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit gehörten u. a. Maßnahmen zur Förderung der frühen Entwicklung und Bildung von Kindern, einer gesunden Umwelt, fairer Beschäftigungsbedingungen, sozialer Sicherheit und einer allgemeinen Gesundheitsversorgung. Insgesamt müsse der Begriff der gesundheitlichen Chancengleichheit in alle Politikbereiche aufgenommen werden, um Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern, Marktverantwortung und Finanzierungsgerechtigkeit sowie politische Ermächtigung und eine gute globale Staatsführung zu gewährleisten.

Angesichts der Bedeutung von Handel und Handelsabkommen für Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit weltweit spielten die einkommensstarken Länder in der Europäischen Region der WHO eindeutig eine wichtige Rolle in Bezug auf Schuldenerlass und Entwicklungshilfe in anderen Teilen der Welt. Das übergeordnete Ziel der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit sei eine Welt, in der soziale Gerechtigkeit ernst genommen werde.

### **Die Sicht der Mitgliedstaaten: 3. Ministerpodium**

Die teilnehmenden Minister und anderen Beamten aus dem Bereich der Gesundheitspolitik aus Finnland, Frankreich, Kasachstan, Lettland, den Niederlanden und Portugal brachten ihre Unterstützung für die Rede nachdrücklich zum Ausdruck und begrüßten den bevorstehenden Bericht der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit. Sie erkannten an, dass es in der Europäischen Region wachsende Defizite hinsichtlich der gesundheitlichen Chancengleichheit gebe, und schilderten konkrete Probleme aus ihren Ländern und die jeweils ergriffenen Gegenmaßnahmen. Auch wenn sie sich in ihren Gegebenheiten und Möglichkeiten unterschieden, so verwendeten sie doch ähnliche Methoden, die dem Erreichen des gleichen Ziels dienen: gesundheitliche Chancengleichheit.

Finnland und die Niederlande erläuterten, Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen einzelnen sozioökonomischen Gruppen seien wichtige Indikatoren für mangelnde Chancengleichheit. In Finnland und Lettland wurde den Lebensstilfaktoren (Tabak, Alkohol, Ernährungsfragen) besondere Aufmerksamkeit geschenkt, und die Sicherung des Zugangs zu Angeboten für benachteiligte Gruppen stand im Mittelpunkt der Bemühungen in Finnland und Lettland (einkommensschwache Gruppen), in Kasachstan (isolierte Landbewohner), in den Niederlanden (Bewohner sozialer Brennpunkte) und in Portugal (Immigranten).

Finnland und Portugal hätten das Thema auf internationaler Ebene im Rahmen ihrer Ratspräsidentschaften in der Europäischen Union verfolgt und sich dabei auf Gesundheit in allen Politikbereichen bzw. Determinanten von Gesundheit konzentriert. Auch im eigenen Land würden sektorübergreifende Konzepte verfolgt: in Finnland durch ein staatliches Programm zur Gesundheitsförderung und in Portugal durch eine Enquete-Kommission, in der Minister Informationen austauschten und nach Lösungen suchten.

Alle Länder hätten eine Reihe von Maßnahmen gegen gesundheitliche Chancenungleichheit ergriffen. Finnland besitze einen Aktionsplan mit den Schwerpunktbereichen Armut, Gesundheit junger

Menschen, Tabak, Alkohol und Zugang zur Gesundheitsversorgung. Mit Unterstützung durch die WHO und die Weltbank strebe Kasachstan in seinem Gesundheitsetat im Zeitraum 2009–2010 eine Erhöhung der Effizienz im Gesundheitssystem und die Förderung eines gleichberechtigten Zugangs zur Gesundheitsversorgung an. Ein weiteres Vorhaben der Regierung konzentrierte sich auf die Bewältigung der sozialen Determinanten von Gesundheit und die Reduzierung der Mortalität sowie von Krankheiten wie Krebs und Aids. Der Gesetzgeber sei zudem in den Bereichen Ernährung, Umwelt und Lebensweise tätig geworden. Ähnlich habe Lettland das Rauchen an öffentlichen Orten und den Verkauf von zuckerhaltigen Getränken und salzigen Knabberereien in Schulen untersagt und ein Nadelaustauschprogramm für intravenöse Drogenkonsumenten aufgelegt. Neben der Verabschiedung eines Gesetzes zur Sicherung des gleichen Zugangs zur Gesundheitsversorgung habe Portugal mobile Einheiten geschaffen, welche die Gesundheitsangebote zu den Immigranten bringen, und nehme die gesundheitliche Benachteiligung dieser Gruppe in seinem Gesundheitsplan für 2009–2010 ins Visier.

In seiner Erwiderung stellte Prof. Sir Michal Marmot fest, dass die Länder bereits den nächsten Schritt ins Auge fassten und nach Lösungen suchten. Die Aufgabe des Berichts der Kommission bestehe darin, Empfehlungen auszuarbeiten, die die betroffenen Akteure dann nach ihrem Vermögen auslegen und anwenden würden. Bei dieser Arbeit solle der Gesundheitssektor das Finanzministerium davon überzeugen, seine Rolle in der ethischen Entscheidungsfindung anzunehmen und auszufüllen.

### Die vier Funktionen der Gesundheitssysteme: Parallelsitzungen

Dr. Josep Figueras, der Koordinator des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik und Leiter des Europäischen Zentrums für Gesundheitspolitik beim WHO-Regionalbüro für Europa, berichtete über die Parallelsitzungen, die sich mit den vier Funktionen der Gesundheitssysteme befasst hätten (2): Leistungserbringung, Erschließung von Ressourcen, Finanzierung und Steuerungsfunktion (siehe Anhang 2). Alle wiesen eine Reihe gemeinsamer Themen auf:

- die Notwendigkeit, einen das gesamte System erfassenden Ansatz zu verfolgen und die verschiedenen Anreize und Strategien aufeinander abzustimmen;
- die Notwendigkeit, die maßgeblichen Interessengruppen sowie die Verbraucher und Patienten einzubeziehen;
- die Führungsaspekte und die politische Dimension;
- die Anpassung an die Verschiedenartigkeit der Kontexte; und
- die Notwendigkeit, eine Leistungsbewertung, eine kontinuierliche Anpassung und die Regulierung sämtlicher ergriffenen Maßnahmen einzubeziehen.

In den Parallelsitzungen zum Thema Leistungserbringung seien sich die Teilnehmer darüber einig gewesen, dass hier die wichtigste Stoßrichtung darin bestehen müsse, eine Leistungsverbesserung durch Stärkung der primären Gesundheitsversorgung herbeizuführen. 30 Jahre nach der Erklärung von Alma-Ata (4) hätten die Werte und Grundsätze des Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“, auf denen die primäre Gesundheitsversorgung basiere, immer noch Gültigkeit, doch müssten die Strategien überdacht oder aktualisiert werden. Dabei könne eine Reihe von Organisationsmodellen (Familienmedizin, Privatisierung usw.) verwendet werden, doch gelte es, die gegenseitige Ergänzung der Bereiche Regulierung, Finanzierung und Bereitstellung beizubehalten. Vor diesem Hintergrund müssten vertikale Programme (wie etwa für HIV/Aids oder Tuberkulose) in die primäre Gesundheitsversorgung integriert werden. Zwar herrschte Einigkeit darüber, dass sich durch eine solche Integration die Kosteneffektivität erhöhe, doch müssten auch die Eigenschaften der betreffenden Krankheit oder des betreffenden Risikofaktors, die Merkmale des Gesundheitssystems (z. B. organisatorische Kapazitäten und Nachhaltigkeit) und Aspekte der politischen Ökonomie (Druck von den Gebern) gebührend berücksichtigt werden. Angesichts der gestiegenen

Belastung durch chronische Krankheiten gelte es, eine Zersplitterung und zeitliche Begrenzung der Gesundheitsversorgung zu vermeiden. Es müsste ein Kontinuum effektiver und qualitativ hochwertiger, koordinierter oder integrierter Versorgung gewährleistet werden. Zwar könne ein breites Spektrum an Leistungsmodellen eingesetzt werden, doch würden diese mit hoher Wahrscheinlichkeit sowohl bei den Leistungsanbietern als auch bei den Patienten einen Kulturwechsel erforderlich machen, bei dem Selbstbewältigung durch die Patienten und eine Neuausrichtung der Ausbildung an neuen personellen Erfordernissen eine wachsende Rolle spielen sollten.

© WHO/Isy Vromans



**Zusammenfassung  
der Diskussionen  
in den Parallel-  
sitzungen**

In einer zweiten Reihe von Parallelsitzungen habe der Schwerpunkt auf der Erschließung von Ressourcen gelegen, deren Zielsetzung auch eine Verbesserung der Leistung der Gesundheitssysteme durch Optimierung des Qualifikationsmixes einschlieÙe. In diesem hochgradig kontextspezifischen Bereich würden eine langfristige Planung und ein entsprechendes Engagement benötigt. Zu den möglichen Strategien gehörten hier Ersetzung, Delegation und Aufgabenübertragung; in letzterem Bereich könne E-Health nützliche Unterstützungsarbeit leisten. Mit dem Bildungswesen müssten enge Kontakte unterhalten werden, und es gelte dafür zu sorgen, dass die Gesundheitsberufe gebührend einbezogen würden. Ein weiterer bedeutender Aspekt der Erschließung von Ressourcen sei die Rolle der Innovation und der Gesundheitstechnologiebewertung, die transparent und in politische und andere Entscheidungsprozesse eingebunden sein und dennoch von diesen getrennt erfolgen müssten und bei denen eine Beteiligung der Interessengruppen sowie eine internationale Zusammenarbeit unverzichtbar seien. In einer Sitzung seien Möglichkeiten zur Verbesserung des Zugangs zu Arzneimitteln sowie ihrer Wirksamkeit und Preisgünstigkeit untersucht worden. Als Maßnahmen seien vorgeschlagen worden: Stärkung der Regulierungsbemühungen zum Zwecke der Qualitätssicherung; Förderung einer sinnvollen Verschreibungspraxis und einer entsprechenden Anwendung von Arzneimitteln; und Begünstigung der richtigen Art und Höhe von Investitionen in Forschung und Entwicklung.

Die dritte Gruppe der Parallelsitzungen habe sich mit Fragen der Gesundheitsfinanzierung befasst; hier werde als Ziel eine Förderung der Solidarität durch eine Reformierung der Finanzierungsmodalitäten angestrebt. Miteinander konkurrierende Versicherungssysteme und dezentralisierte Etats führten häufig zu einer geringeren finanziellen Absicherung und zu einer Einschränkung des Umverteilungsspielraums. Ebenso sei eine Umstellung von einer staatlichen Krankenversicherung auf mehr Wettbewerb unter den Versicherungen wegen der damit verbundenen ordnungspolitischen Auflagen oft sehr aufwändig. Reformen, die auf mehr Chancengleichheit abzielten, strebten daher eine weitest mögliche Zentralisierung der Beitragserfassung, die Einführung von Risikoausgleichsmechanismen und die Förderung einer wettbewerbsorientierten Einkaufspolitik anstatt einer Risikoselektion an. Es gebe viel versprechende Anzeichen dafür, dass Finanzierungsinstrumente zur Verbesserung von Qualität und Effizienz der Gesundheitsleistungen herangezogen werden könnten, doch müssten sie mit entsprechenden Bereitstellungsstrategien abgestimmt werden.

In den Parallelsitzungen zum Thema Steuerungsfunktion habe der Schwerpunkt auf der Rolle der Gesundheitsministerien, dem Themenkomplex „Gesundheit in allen Politikbereichen“ und der Ermächtigung der Bürger gelegen. Als oberste Steuerungsinstante müssten die Gesundheitsministerien über ein klares Konzept für die Bekämpfung von Defiziten bei der Chancengleichheit im Gesundheitsbereich sowie für die Fähigkeit, Qualifikationen und organisatorische Struktur zur Umsetzung der erforderlichen Maßnahmen verfügen. Ihre Aufgabe bestehe darin, auf den seit der Annahme der Charta von Ljubljana über die Reformierung der Gesundheitsversorgung im Jahr 1996 (8) erzielten Fortschritten aufzubauen und dabei weniger zu rudern, dafür aber mehr zu steuern. Die Einbeziehung der Gesundheit in alle Politikbereiche unter Einbindung aller Sektoren und Gesundheitsdeterminanten sei ein Beispiel für die Steuerungsfunktion der Gesundheitsministerien im weiteren Sinne. Sektorübergreifende Instrumente wie die Gesundheitsfolgenabschätzung und die Festlegung von Zielvorgaben seien in diesem Zusammenhang ebenso wertvoll wie Argumente, die auf der Ökonomie der Prävention aufbauten, und das erforderliche Maß an Wille und Führungskompetenz seitens der Politik. Zur Ermächtigung der Bürger stehe ein breites Spektrum von Strategien zur Verfügung, u. a. Mechanismen zur Beratung und Repräsentation, die Wahl der Versicherung und des Leistungserbringers und die Beteiligung von Patienten an klinischen Entscheidungsprozessen.

## Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand: Eine politische Perspektive

### Grundsatzreden

Der **estnische Ministerpräsident Andrus Ansip** erklärte, es sei eine große Ehre für sein Land, die Konferenz ausrichten zu dürfen. Die Bedeutung einer guten Gesundheitssituation für eine Volkswirtschaft sei eines der wichtigsten Themen für Regierungen weltweit.

Durch die demografischen Veränderungen und das Altern der Gesellschaft gerieten die Gesundheitssysteme in sämtlichen Ländern der Europäischen Region unter erheblichen Druck. Nach einer Analyse der OECD sei bis 2050 mit einem Anstieg des Finanzierungsbedarfs um zusätzliche 6% des BIP zu rechnen. Die Gesundheitssysteme der Länder der Europäischen Region hätten es heute mit größeren Herausforderungen zu tun als in vergangenen Jahrzehnten. Der Druck auf die öffentlichen Finanzen mache politisches Handeln zur Stärkung der Gesundheitssysteme, zur Förderung gesünderer Lebensgewohnheiten und zur weiteren Erhöhung der Produktivität erforderlich. Die Charta, die am Ende der Konferenz angenommen werde solle, stelle ein ausgezeichnetes Grundsatzdokument dar, das diese Herausforderungen ins Visier nehme. Angesichts dieser Prognose suchten die Regierungen nach Wegen zur Verbesserung der Leistung

der Gesundheitssysteme und nach Möglichkeiten, die Bürger zu gesundheitsbewussterem Verhalten zu bewegen.

Estland sei ein gutes Beispiel für ein Land, das im vergangenen Jahrzehnt wesentliche Reformen im Gesundheitswesen durchgeführt und dabei die meisten Komponenten, von der Finanzierung bis zu den Patientenrechten und der Art der Leistungserbringung, neu ausgerichtet habe. Nach jüngsten Umfragen seien 69% der Patienten mit der Qualität der Gesundheitsversorgung im Land zufrieden. Ein stabiles und ausgewogenes Finanzsystem mit klaren und transparenten Regeln habe zusammen mit einer starken Beteiligung der Privatwirtschaft und leistungsbezogenen Vertragsvereinbarungen zu einem qualitativ hochwertigen, nachhaltigen Gesundheitssystem beigetragen, das von einer wirksamen Nutzung der Finanzmittel sowie einem sehr niedrigen Maß an Korruption geprägt sei.

Dennoch gebe es für Estland wie auch für die Europäische Region insgesamt vier Hauptprioritäten für die Gesundheitspolitik der Zukunft. Erstens sei es von entscheidender Bedeutung, die Menschen zu gesünderen Lebensgewohnheiten und zur Reduzierung risikoreicher Verhaltensweisen zu bewegen. Gesundheitszustand und gesunde Lebenserwartung seien in hohem Maße von den in einer Gesellschaft vorherrschenden Wertvorstellungen abhängig, und die Menschen hätten sich immer noch nicht daran gewöhnt, in ihrem alltäglichen Leben über ihre Gesundheit nachzudenken und sich gesundheitsbewusster zu verhalten. Deshalb seien zügige Grundsatzmaßnahmen gefordert, um die Lebensqualität der Menschen zu erhöhen, ihre gesunde Lebensphase zu verlängern und zu höherer Produktivität beizutragen.

Die zweite Priorität bestehe darin, die Voraussetzungen für eine effektive und transparente Organisationsführung zu schaffen, die zu einer nachhaltigen Finanzierung ohne Beeinträchtigung von Qualität und Zugänglichkeit von Gesundheitsleistungen führen solle. Dies wiederum mache Transparenz in Bezug auf die Ausgaben und eine Zusammenarbeit zwischen öffentlichem und privatem Sektor erforderlich. Die Neuausrichtung der Organisationsmechanismen im Gesundheitswesen in Estland habe 1992 begonnen und sich in Richtung eines unabhängigen, leistungsorientierten Systems bewegt. Die Grundsätze einer breit angelegten und stabilen Finanzierung seien mit der Einführung der staatlichen Krankenversicherung verwirklicht worden, was zur Schaffung einer einheitlichen, unabhängigen Instanz, dem Krankenversicherungsfonds, Ende der 1990er Jahre geführt habe. Durch diese Reformen sei der öffentliche Sektor gestärkt, die organisatorische Effizienz erhöht und vor allem die Rechenschaftsablage gegenüber der Öffentlichkeit verbessert worden.

Die dritte Priorität seien eine hochwertige primäre Gesundheitsversorgung und Krankheitsprävention. Ohne qualitativ hochwertige Leistungen sei es unmöglich, Fälle von Krankheiten wie Krebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen schon in ihren frühen Entwicklungsstadien zu erkennen und entsprechend zu reagieren. Estland habe ein an der Familienmedizin orientiertes System der primären Gesundheitsversorgung eingeführt, das eine Wächterfunktion für die sekundäre und tertiäre Versorgung erfülle. Mit einer leistungsabhängigen Entlohnung sollten Anreize für die Hausärzte geschaffen werden, mehr Verantwortung für Diagnose und Behandlung zu übernehmen, und solle ein Versorgungskontinuum gewährleistet und ein Ausgleich für finanzielle Risiken aufgrund der Versorgung älterer Menschen und der Arbeit in entlegenen Gebieten geschaffen werden.

Die vierte Priorität seien Innovation und ein aktiver Einsatz von computergestützten Gesundheitsinformationssystemen. Estland habe 2005 ein umfassendes E-Health-Programm begonnen, das auf dem Grundsatz basiere, dass sämtliche Informationen über die Gesundheit von Patienten von einer zentralen Instanz verwaltet werden und Patienten wie Gesundheitsfachkräften auf Wunsch zur Verfügung stehen sollten. Dieses Programm werde durch die technologische Entwicklung und Innovation, insbesondere in Bezug auf neue Arzneimittel, ergänzt.

**WHO-Generaldirektorin Dr. Margaret Chan** wies darauf hin, dass das Thema Gesundheitssysteme gegenwärtig so viel Interesse erwecke wie nie zuvor. Die Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele (16) sei in vielen Teilen der Welt ins Stocken geraten. Trotz der Verfügbarkeit wirkungsvoller Interventionen, bewährter Strategien für die Umsetzung und eines starken politischen Engagements könne ohne Gesundheitssysteme, die die Bedürftigsten erreichten, nur wenig bewirkt werden. Fortschritte bei der Verwirklichung dieser Ziele ließen sich an den Veränderungen am Gesundheitsstatus armer und marginalisierter Bevölkerungsgruppen ersehen, und das letztendliche Ziel der Reform eines Gesundheitssystems bestehe darin, die Unterschiede hinsichtlich der gesundheitlichen Ergebnisse zu verringern und den Gesundheitsstatus der Bevölkerung insgesamt zu heben.

Die Welt habe auch andere schwerwiegende Sorgen: Vor allem für chronische Erkrankungen seien die Krankheitstrends alarmierend. Chronische nichtübertragbare Erkrankungen machten häufig ein langfristiges Krankheitsmanagement erforderlich, und auch die wachsende Zahl gebrechlicher älterer Menschen stelle eine Belastung für die Länder dar. Außerdem würden auch die Versorgung der Patienten und deren Erwartungen an die Gesundheitssysteme immer komplexer. Die gesundheitlichen Folgen der Zunahme des internationalen Reiseverkehrs, der Handelsabkommen, der Verstädterung sowie des Alterns der Bevölkerung seien allesamt weltweite Phänomene. Deshalb seien alle Länder bemüht, die zusätzliche Belastung ihres Gesundheitswesens zu bewältigen, die Kosten einzudämmen und sich Beschäftigte mit den richtigen Qualifikationen zu sichern.

Zwar verzeichneten Medizin und Wissenschaft immer noch beeindruckende Fortschritte, doch seien neue Impfstoffe und Arzneimittel fast immer teurer als ihre Vorgänger, und Gesundheitsprobleme würden sowohl für Volkswirtschaften als auch für den Einzelnen zunehmend zur finanziellen Belastung. Wenn die Gesundheitssysteme sich nicht mit diesen Problemen auseinandersetzten, würde die Diskrepanz zwischen den gesundheitlichen Ergebnissen sich noch verschärfen. Die Gesundheitssysteme würden sich nicht von selbst hin zu mehr Effizienz oder mehr Chancengleichheit beim Zugang entwickeln; vielmehr sei hierfür zielgerichtetes Handeln erforderlich.

Die Gesundheitssysteme wiesen eine starke politische Dimension auf und unterlägen beträchtlichen politischen Sachzwängen. Diese führten häufig zum Bau kostspieliger Prestigeprojekte, während gleichzeitig die ärmeren Bevölkerungsgruppen über keine oder nur eine unzureichende Krankenhausversorgung verfügten. Die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger in allen Ländern wollten wissen, wie sie die Leistung ihrer Gesundheitssysteme verbessern, sie effizienter gestalten und eine gerechte Finanzierung mit den richtigen Anreizen anbieten könnten; und sie legten Wert darauf, dass die Arzneimittel rationell beschafft, verschrieben und gebraucht würden. Die auf der Konferenz vorgenommene aufrichtige Bestandsaufnahme der Erfolge und Misserfolge sei auch für Länder weit außerhalb der Europäischen Region von Bedeutung. Die Konferenz werde ein starkes Signal an den Rest der Welt senden, dass die Verbesserung der Leistung der Gesundheitssysteme eine vordringliche Priorität sei, selbst in wohlhabenden Ländern, in denen die Gesundheitssituation vorbildlich sei.

Es sei ermutigend, sich zu vergegenwärtigen, welches Wertesystem dem Entwurf der Charta von Tallinn zugrunde liege und welche starken Verpflichtungen dieser in Bezug auf Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, integriertes Krankheitsmanagement und Zusammenarbeit mit den vielen anderen für die Gesundheit relevanten Sektoren enthalte. Vor diesem Hintergrund begrüßte Dr. Chan die Tatsache, dass die EU-Kommission das Konzept „Gesundheit in allen Politikbereichen“ angenommen habe. Die Charta stehe in deutlichem Zusammenhang zu der 30 Jahre zuvor angenommenen Erklärung von Alma-Ata (4) und nehme explizit auf diese Bezug.

Die Grundsatzpapiere und die Berichte, die für die Konferenz erstellt worden seien, um das dynamische Beziehungsgeflecht zwischen Gesundheitssystemen, Gesundheit und Wohlstand zu veran-

schaulichen, ermöglichten es der WHO, auf der Konferenz die Notwendigkeit einer ernsthaften politischen Auseinandersetzung mit der Leistung der Gesundheitssysteme zu unterstreichen. Es gebe auch Erkenntnisse darüber, wie die Leistungsbewertung als Instrument zur zielgerichteten Verbesserung der Gesundheitssysteme dienen könne und wie Investitionen in die Gesundheitssysteme zu Ergebnissen führten, die in Bezug auf Gesundheit und Wohlstand messbare Verbesserungen beinhalteten.

1994 sei die WHO in einer Bestandsaufnahme der Fortschritte bei der Neuausrichtung der Gesundheitssysteme zu dem Schluss gelangt, dass der Austausch praktischer Erfahrungen bei der Lösung von Problemen das wichtigste Instrument für die Gewährleistung von Fortschritten sei. Diese Schlussfolgerung habe nach wie vor Gültigkeit. Durch Hervorhebung des dynamischen Beziehungsgeflechts zwischen Gesundheit und Wohlstand sende die Konferenz ein Signal an die Welt, dass die Bemühungen zur Verbesserung der Gesundheitssysteme ein hohes Maß an politischer Aufmerksamkeit verdienen.

Die **EU-Kommissarin für Gesundheit, Androulla Vassiliou**, stimmte zu, dass die Charta von Tallinn dazu beitragen werde, die Menschen stärker für die Bedeutung der Gesundheitssysteme zu sensibilisieren. Die Kommission habe vor kurzem ein Weißbuch über die Gesundheitsstrategie der EU für 2008–2013 (17) veröffentlicht, zu dessen Grundsätzen auch eine stärkere Einbeziehung gesundheitlicher Aspekte in alle Politikbereiche („Gesundheit in allen Politikbereichen“) gehöre. Dies sei ein gutes Beispiel für die Steuerungsfunktion, wie sie in der Charta von Tallinn befürwortet werde.

Darüber hinaus gründe die Strategie auf weiteren gemeinsamen Werten wie Universalität, Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung, Chancengleichheit und Solidarität. Die Gesundheitssysteme in der Europäischen Region stünden gemeinsamen Herausforderungen gegenüber, die sich in demografischen Veränderungen (Altern der Bevölkerung) und einer daraus resultierenden Veränderung der Krankheitsmuster (mehr Morbidität aufgrund chronischer Erkrankungen) äußerten. Eines der Ziele der Strategie sei es daher, in einer alternden Europäischen Region durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Krankheitsprävention über die gesamte Lebenszeit zur Verbesserung der Gesundheit beizutragen. Ein anderes Ziel bestehe darin, den Aufbau dynamischer Gesundheitssysteme sowie neue Konzepte wie E-Health, Genomik und Biotechnologie zu unterstützen und gleichzeitig die Patientensicherheit zu stärken und etwaigen negativen Folgen von Maßnahmen der Gesundheitsversorgung vorzubeugen. Vor diesem Hintergrund beabsichtige die Kommission, gesetzliche Maßnahmen vorzuschlagen, um die Anwendung der Rechte von Patienten in Bezug auf eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zu erleichtern.

Sie sei auch besorgt über gesundheitliche Ungleichheiten sowie die Personalsituation im Gesundheitswesen. Das geografische und soziale Gefälle von Mortalität und Morbidität dürfe nicht hingenommen werden, da es zu einem Verlust von Gesundheit führen und den sozialen Zusammenhalt untergraben könne. Die Kommission erkenne an, dass eine breit angelegte Antwort aus einer Vielzahl von Politikbereichen erforderlich sei, und werde daher 2009 eine Initiative starten, um Ungleichheiten im Gesundheitsbereich zu bekämpfen. Für die Beschäftigten im Gesundheitswesen werde angestrebt, die erforderliche Zahl an Fachkräften zu erreichen, ohne den armen Ländern ihr Gesundheitspersonal wegzunehmen. Die Kommission werde noch vor Ende 2008 ein Diskussionspapier oder Grünbuch zu dieser Thematik vorlegen.

Wie die Generaldirektorin hob auch Frau Vassiliou die wesentliche Bedeutung des Erfahrungsaustauschs hervor. Die Konferenz und die Charta von Tallinn stellten wichtige Schritte bei der Stärkung der Zusammenarbeit zwischen den beiden Organisationen und ihren jeweiligen Mitgliedstaaten dar.

Die **Stellvertretende Regionaldirektorin beim WHO-Regionalbüro für Europa, Dr. Nata Menabde**, betonte, die Gesundheitsindikatoren für die Europäische Region der WHO seien insgesamt nützlich, doch sollten die Anstrengungen konkret auf soziale Gruppen und Länder mit bestimmten Problemen abzielen. Bei der Kindersterblichkeit gebe es enorme Unterschiede zwischen den Ländern mit den niedrigsten und

den Ländern mit den höchsten Raten, und der Durchschnitt für die Länder der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS) sei dreimal so hoch wie der EU-Durchschnitt. Herz-Kreislauf-Erkrankungen seien für mehr als 50% aller Todesfälle in der Region verantwortlich und stellten zusammen mit Tod aufgrund äußerer Ursachen auch die Hauptursache für die Differenz von 20 Jahren zwischen bestimmten Ländern der Region in Bezug auf die Lebenserwartung dar. Wie bereits erwähnt, bildeten mangelnde Kapazitäten der Gesundheitssysteme ein erhebliches Hindernis für die Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele (16); dies gelte sowohl innerhalb als auch außerhalb der Europäischen Region. Die Rolle der Gesundheitssysteme zeige sich beispielsweise in dem Befund, dass bei einem Anstieg der Versorgungsrate für die wichtigsten Leistungen in den Bereichen Geburtshilfe und Gynäkologie auf 99% die Zahl der Müttersterbefälle um 73% sinken würde.

Die Kommission für Makroökonomie und Gesundheit habe das vielfältige Beziehungsgeflecht zwischen Gesundheit und ökonomischer Entwicklung erläutert, das durch Elemente wie wirtschaftspolitische Konzepte und Institutionen, Organisationsführung, Bereitstellung von öffentlichen Gütern, Humankapital und Technologie (18) manifestiere. Die positive Korrelation zwischen Wohlstand und Lebenserwartung sei offenbar hauptsächlich durch die Wirkung des Bruttosozialprodukts pro Kopf auf das Einkommen der Bürger (und insbesondere das der ärmeren Bevölkerungsschichten) und auf die staatlichen Ausgaben (vor allem für die Gesundheitsversorgung) bedingt. Das dreieckige Konferenz-Logo stelle das Beziehungsgeflecht zwischen Gesundheitssystemen, Gesundheit und Wohlstand sowie deren Einfluss auf das Wohlbefinden der Menschen dar. Die Gesundheitssysteme verbesserten die Gesundheitssituation dadurch, dass sie die Häufigkeit bzw. Dauer von Erkrankungen und Komplikationen verringerten. Auf Chancengleichheit ausgerichtete Gesundheitssysteme bewirkten eine Verbesserung der Qualität und Verteilung von Gesundheitsergebnissen. Gleichzeitig trügen die Gesundheitssysteme sowohl direkt (Bereitstellung von Gütern und Dienstleistungen, Anlageinvestitionen usw.) als auch indirekt (höhere Produktivität, niedrigere Gesundheitsausgaben) zu mehr Wohlstand bei. Dieser führe wiederum zu einer Verbesserung der Gesundheitssysteme.

Für die Gesundheitssysteme gelte es nun, die primäre Gesundheitsversorgung in dem neuen Umfeld neu zu beleben und dabei Grundsätze wie einen chancengleichen Zugang, Bürgerbeteiligung und sektorübergreifende Zusammenarbeit zu bekräftigen. Das Aufgabenfeld der Gesundheitssysteme müsse um Bereiche wie neue oder erneut auftretende Krankheiten, den epidemiologischen Übergang, die Verstärkung und demografische Veränderungen erweitert werden. Die Gesundheitssysteme müssten auf einen geeigneten öffentlich-privaten Mix bei der Finanzierung und der Leistungserbringung achten, die Mobilität der Bevölkerung und der Leistungsanbieter sowie die Erwartungen und Präferenzen der Patienten berücksichtigen und die Fortschritte in der Medizin- und Informationstechnologie sinnvoll nutzen.

Die Länder und die WHO sollten die spezifischen Maßnahmen im Bereich der Bevölkerungsgesundheit aufrechterhalten, u. a. durch Verabschiedung von Gesetzen für öffentliche Gesundheit und entsprechenden Berichten, die Durchführung von Zielvereinbarungsprogrammen, die Einführung von Rauchverboten und insbesondere die Anwendung der Gesundheitsfolgenabschätzung. Dies komme u. a. in dem Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (19) und in der Europäischen Charta zur Bekämpfung der Adipositas (20) zum Ausdruck.

Die Funktionen eines Gesundheitssystems seien miteinander verknüpft; eine Verbesserung ihrer Leistung erfordere daher aufeinander abgestimmte Maßnahmen, die an mehreren Funktionen ansetzten. Ein wesentlicher Aspekt der Steuerungsfunktion des Staates bestehe darin, eine bessere Messung der Leistung des Gesundheitssystems sowie deren Bewertung in Bezug auf Zielerfüllung, Qualität und Potenzial zu gewährleisten. Auch hier seien in den Ländern bereits eine Reihe von Initiativen durchgeführt worden, darunter Vergleiche mit Referenzwerten, Inspektions- und Rechnungsprüfungsverfahren, Qualitätssicherung,

Aufstellung nationaler Normen und Veröffentlichung von vergleichenden Informationen. Das letztendliche Ziel all dieser Bemühungen bestehe darin, dafür zu sorgen, dass die Menschen sich wohler fühlten, produktiver seien und länger lebten und dass die Gesellschaft insgesamt sich positiver entwickle.

## Die Sicht der Mitgliedstaaten

### 4. Ministerpodium

Die teilnehmenden Minister und Beamten aus den Gesundheitsministerien Deutschlands, Irlands, Kroatiens, Luxemburgs, Maltas, Monacos, der Tschechischen Republik und der Türkei erörterten anhand von Beispielen aus ihrer eigenen Erfahrung Fragen, die von der Konferenz aufgeworfen worden waren, und befassten sich auch mit der Frage, wie die Charta von Tallinn nach ihrer Annahme umgesetzt werden solle.

In ihrer Gesundheitspolitik und ihren Anstrengungen zur Reformierung der Gesundheitssysteme hätten die Länder festgestellt, dass mit evidenzbasiertem Handeln und der Sicherung des Engagements der betroffenen Interessengruppen für bestimmte Veränderungsvorschläge (ggf. durch entsprechende Verhandlungen) die besten Ergebnisse erzielt werden könnten. Irland berichtete, beide Instrumente seien entscheidend für den Erfolg seiner Bemühungen, die Lebenserwartung zu erhöhen und die Versorgung von Krebspatienten zu verbessern. Eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den maßgeblichen Interessengruppen spielte auch eine wesentliche Rolle bei den gesundheitspolitischen und sonstigen Reformen in Kroatien, bei den Reformplänen in der Tschechischen Republik (neben den gesetzlichen Maßnahmen) und bei den Verhandlungen über Reformen wie die Rationalisierung des Krankenhauswesens in der Türkei. Zu den Schlüsselpartnern zählten dabei nicht nur Politikbereiche außerhalb des Gesundheitssektors (insbesondere Finanzen und Beschäftigung), sondern auch Leistungsanbieter und Patienten. Malta berichtete, neben der von der WHO beigesteuerten Evidenz sei auch die aus der Anwendung der wichtigsten leistungsbezogenen Zielvorgaben und Indikatoren gewonnene Evidenz entscheidend für die Reform im Krankenhauswesen und in der klinischen Praxis gewesen; hierbei sei die Idee einer leistungsgerechten Finanzierung verwirklicht worden. Diese Praxis könne in der gesamten Region Anwendung finden.

Da die Solidarität ein Grundwert sei, strebten die Länder einen chancengleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung an, was für die Verwirklichung des menschlichen Grundrechts auf Gesundheit von wesentlicher Bedeutung sei. Monaco berichtete, es habe durch Sicherstellung der Finanzierung grundlegender Krankenhausleistungen und entsprechender Technik einen allgemeinen Zugang angestrebt; so seien gefährdete Gruppen abgesichert, und es werde nun die Rolle des privaten Sektors geprüft; dabei sollten die Kosten sich an der Zahlungsfähigkeit der Patienten orientieren. Luxemburg erklärte, 98% seiner Bevölkerung verfügten über eine Krankenversicherung, und es bestehe eine Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen und Leistungsanbietern; außerdem sei wie in Deutschland die Krankenversicherung mit anderen Leistungen für ältere Menschen verknüpft. Wie andere kleine Länder auch versuche es, den Zugang zu einer hochwertigen und effizienten Versorgung dadurch zu verwirklichen, dass es Patienten für spezialisierte Leistungen ins Ausland schicke und sich im eigenen Land auf eine Reihe von Leistungsangeboten beschränke. Deutschland erklärte, es wolle mit sinnvollen Investitionen für eine chancengleiche Verteilung von Leistungsangeboten, aber auch mit einer soliden Finanzierung und einem starken Gewicht auf Prävention die Nachhaltigkeit seines Gesundheitssystems sichern.

Bei der Bekämpfung des Tabakkonsums stellten Länder wie Irland, Deutschland und Malta fest, dass ein Präventionsansatz eine Vielfalt von Vorteilen biete. Die betroffenen Interessengruppen unterstützten Maßnahmen wie Rauchverbote an öffentlichen Orten, wenn deren Präventionsaspekt hervorgehoben werde. Gesetze oder Verbote könnten durch entsprechende Aufklärungsprogramme ergänzt werden. Darüber hinaus habe die Betonung des langfristigen ökonomischen Nutzens der Vorbeugung gegen

durch Tabak verursachte Schäden eine Unterstützung der Interessengruppen für Maßnahmen mit unmittelbaren ökonomischen Kosten (z. B. Erhöhungen des Tabakpreises) herbeigeführt. Kroatien berichtete von jährlich durchgeführten umfassenden Präventionsprogrammen, die namentlich auf die Sensibilisierung von Bürgern und Schulkindern für Lebensstilfaktoren wie Adipositas, Alkohol- und Tabakkonsum abzielten.

Die EU-Kommissarin für Gesundheit wies in ihrer Antwort darauf hin, dass die Kombination von Verbot und Aufklärung fester Bestandteil der EU-Strategie für junge Menschen sein werde. Die WHO-Generaldirektorin begrüßte die Verwendung starker ökonomischer Argumente und Evidenz bei der Bekämpfung des Tabakkonsums und wies darauf hin, dass die Minister Gesundheit als ein politisches Thema erkannt hätten und dass sie die Patienten, die Parlamente und die Öffentlichkeit als wichtige Partner wahrnahmen. Die Politik sei nun gefordert, als Vorreiterin für die Gesundheit aufzutreten. Ihre Unterstützung könne durch überzeugende Argumente für den ökonomischen Nutzen von Gesundheit gewonnen werden, wie sie sich u. a. aus einer Bewertung der Leistung der Gesundheitssysteme ergäben. Die WHO helfe den Ländern bei der Entwicklung von Gesundheitsinformationssystemen, die dieser Aufgabe gerecht würden.

© WHO/Erik Peinar



**WHO-Organisatoren, Partner und Delegationsleiter der Mitgliedstaaten**

Schließlich rief das gesamte Podium dazu auf, die Charta von Tallinn umzusetzen. Der Vorbereitungsprozess habe mehr Klarheit in die Debatte über die Gesundheitssysteme in der Europäischen Region gebracht, und ein Handeln gemäß den Grundsätzen der Charta – Transparenz, Verantwortung, Solidarität, Effizienz und Unterstützung des gesamten Systems zur Erfüllung der Bedürfnisse der Menschen – könne einer Reihe von Zwecken dienen, u. a.:

- der Einbeziehung von Gesundheitsaspekten in alle politischen Entscheidungsprozesse;
- einer Mobilisierung des Gesundheitssektors, die diesem eine Führungsrolle in Bezug auf die sektorübergreifende Gesundheitsarbeit ermöglicht; und
- der Gewährleistung von Nachhaltigkeit und der Erhöhung der Effizienz in den Gesundheitssystemen.

Die Charta werde ein gemeinsames Instrument sein, das die Länder für ihr Handeln auf nationaler Ebene sowie zum Erfahrungsaustausch und zur gegenseitigen Unterstützung nutzen könnten; als Partner auf internationaler Ebene stünden die WHO und die EU zur Verfügung. Die Annahme der Charta werde für die Länder eine echte Verpflichtung, ihre anschließende Umsetzung eine Herausforderung darstellen.

### 5. Ministerpodium

Die teilnehmenden Minister und Beamten aus den Gesundheitsministerien Dänemarks, Griechenlands, Kirgisistans, Litauens, Österreichs, Rumäniens, der Russischen Föderation, Ungarns und Usbekistans befassten sich mit den Konzepten sektorübergreifende Zusammenarbeit, Transparenz und Verantwortung und mit dem Wert der Charta von Tallinn als politischem Instrument auf nationaler und internationaler Ebene.

Zur Einführung in die Diskussion wies der Vorsitzende darauf hin, dass die Gesundheitspolitik oft eine ambivalente Position einnehme. So sei sie manchmal ein Baustein der staatlichen Politik insgesamt, dann wieder sei sie (insbesondere in den Ländern der ehemaligen Sowjetunion) der von oben bestimmten staatlichen Politik untergeordnet. Dennoch waren sich die Podiumsteilnehmer darüber einig, dass die Einbeziehung anderer Politikbereiche (wie Verkehr oder Umwelt) bei der Planung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention unverzichtbar sei.

Das Konzept der Transparenz werde beispielsweise im Arzneimittelbereich problemlos verstanden, wo vor einer Freigabe der Produkte zum Verkauf routinemäßig Sicherheits-, Effizienz- und Kosten-Nutzen-Analysen durchgeführt und ihre Ergebnisse veröffentlicht würden. Wesentlich schwieriger sei dagegen eine Einigung auf die Kriterien für die Messung der Leistung der Gesundheitssysteme, durch die erst Transparenz gewährleistet werde. Die zunehmende Verwendung von Informationstechnologien und modernen betriebswirtschaftlichen Methoden werde bei gleichzeitiger Reformierung des Krankenhauswesens und anderer Bestandteile des Gesundheitssystems zweifellos zu mehr Transparenz für Leistungsanbieter wie auch Nutzer führen. Die Patientenzufriedenheit sei ein bedeutendes Kriterium für die Ergebnisqualität, an der beide Seiten ein Interesse hätten; durch besser informierte und selbstbewusste Patienten wiederum werde die Rechenschaftsablage innerhalb des Systems gefördert.

In einem Mitgliedstaat sei vor kurzem eine Reform des öffentlichen Sektors durchgeführt worden; dabei seien die Kommunen mit umfassenderen Zuständigkeiten für die Krankheitsprävention, die Gesundheitsförderung und die öffentliche Gesundheit insgesamt sowie für die Einbeziehung dieser Bereiche in das Bildungs-, Verkehrs- und Planungswesen betraut worden, und es sei die Zahl der Krankenhäuser auf regionaler Ebene konsolidiert bzw. reduziert und die Steuerungs- und Führungsfunktion der nationalen Gesundheitsbehörden gestärkt worden. Ein anderes Land berichtete von der Einrichtung eines nationalen Zentrums für den Gesundheitsbetrieb, das eine ordnungsgemäße Koordinierung und Zusammenarbeit medizinischer Einrichtungen in entlegenen Gebieten sicherstellen solle. All diese Maßnahmen würden zu mehr Transparenz und Rechenschaftsablage führen.

Aufgrund der Beteiligung der Mitgliedstaaten während des gesamten Redaktionsprozesses für die Charta von Tallinn habe sich Transparenz darin als Begriff herauskristallisiert. Die Charta umfasse auch eine Reihe anderer Grundsätze, die das Fundament für Reformen in zahlreichen Ländern bildeten, wie etwa die Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung, eine nachhaltige Finanzierung und mehr Verantwortung. Außerdem stehe sie im Einklang mit der Erklärung von Paris über die Wirksamkeit der Entwicklungshilfe (21), und manche Länder erhielten deshalb inzwischen mehr Finanzmittel für das Gesundheitswesen. Die Umsetzung der Charta werde dennoch ein langwieriger und heterogener Prozess sein, der eine kontinuierliche internationale Zusammenarbeit erforderlich mache.



Teilnehmer

### 6. Ministerpodium

Die teilnehmenden Minister und Beamten aus den Gesundheitsministerien Albaniens, Aserbaidschans, der Schweiz, des Vereinigten Königreichs und Zyperns befassten sich mit der Wirkung der Charta von Tallinn auf die künftige Arbeit in ihren Ländern. Für viele Länder komme die Annahme der Charta gerade zum richtigen Zeitpunkt, da sie entweder in ihren nationalen Parlamenten gerade mit der Debatte über die Reformierung ihrer Gesundheitssysteme begonnen hätten oder sich im Beitrittsprozess zur Europäischen Union befänden und deren Grundsätze in ihre nationale Gesetzgebung einarbeiten müssten oder da sie zur Zeit die Steuerungsfunktion ihrer Gesundheitsministerien ausweiteten. Andere Länder würden die gemeinsame Teilnahme von Vertretern der Gesundheits- und Finanzministerien an der Konferenz dazu nutzen, engere Arbeitskontakte zwischen diesen herzustellen. Allgemein begrüßten die Podiumsteilnehmer die für die Konferenz zusammengetragene Evidenz (Grundsatzpapiere, Hintergrunddokumente usw.), das in der Charta zum Ausdruck gebrachte politische Engagement und die Gelegenheit für die Teilnehmer zum Erfahrungsaustausch.

In einer Wortmeldung wurde die Ansicht vertreten, dass ökonomische Entwicklung die Grundlage für mehr Gesundheit bilde, da sie die notwendigen Investitionen in Infrastruktur und Leistungsangebote ermögliche, und dass der Gesundheitssektor sich nicht wesentlich schneller entwickeln könne als die anderen Faktoren, von denen er abhängig sei. So sei beispielsweise eine Erhöhung der Finanzierung nur wenig sinnvoll, wenn diese das Aufnahmevermögen des Gesundheitssystems übersteige. Andere Teilnehmer wiederholten dagegen, die finanzielle Nachhaltigkeit sei zwar ein durchaus wichtiger Aspekt, doch sei die Entwicklung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO seit der Erklärung von Alma-Ata (4) von Werten wie Solidarität und Chancengleichheit geprägt.

Die Annahme der Charta bedeute für die Gesundheitsministerien der Länder auch eine Herausforderung, gemeinsame Indikatoren für die Messung der Wirkung der Reformen im Gesundheitssystem zu entwickeln, namentlich in Bezug auf die gesundheitlichen Ergebnisse in den ärmsten Bevölkerungsschichten. Dies

werde zusammen mit der Überzeugungsarbeit zugunsten von Gesundheit in anderen Bereichen dazu führen, dass die Gesundheitsministerien ihrer Rolle als Steuerungsinstanz im Gesundheitswesen und nicht nur für die personenbezogene Gesundheitsversorgung auch tatsächlich gerecht würden.

## Beiträge der Partnerorganisationen

Die Vertreter von sechs Partnerorganisationen bekannten sich zur Charta von Tallinn, zu deren Ausarbeitung sie auch beigetragen hatten, und erläuterten, wie ihre Arbeit, einschließlich ihrer Zusammenarbeit mit der WHO und untereinander, den Grundsätzen und Zielen der Charta zugute komme. Die Vertreter waren: Dr. Armin Fidler (Weltbank), Philippe Maystadt (Europäische Investitionsbank), Prof. Michel Kazatchkine (Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria), Aart De Geus (OECD), Dr. Piotr Mierzewski (Europarat) und Shahnaz Kianian-Firouzgar (Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen, Regionalbüro für Mittel- und Osteuropa und die Gemeinschaft Unabhängiger Staaten).

Die Weltbank werde, so ihr Vertreter, in ihrem Streben nach einer gesünderen Gesellschaft mit allen maßgeblichen Interessengruppen in der Wirtschaft zusammenarbeiten, um die Gesundheitssysteme zu stärken und messbare positive Gesundheitsergebnisse zu erreichen. Die Investitionen von Ländern in ihr Gesundheitswesen zahlten sich immer aus, sofern dabei die richtigen Schwerpunkte gesetzt würden. Eine gesunde Bevölkerung sei produktiver, und der Gesundheitssektor und die damit verknüpften Wirtschaftszweige leisteten in zahlreichen Ländern einen Beitrag zu Beschäftigung, Wirtschaftswachstum und Wohlstand. Die Stärkung der Gesundheitssysteme sei daher eine entscheidende Voraussetzung für mehr Gesundheit. Mit diesem Ziel vor Augen habe die Weltbank eine neue globale Gesundheitsstrategie in Gang gesetzt, deren Ziele auch in die Charta Eingang gefunden hätten; so erkenne sie wie auch die Charta die Notwendigkeit an, gesundheitliche Aspekte in allen Politikbereichen zu berücksichtigen (unter der Federführung des Gesundheitssektors), politische Maßnahmen auf Evidenz zu gründen und strenge Überwachungs- und Evaluationsmaßnahmen durchzuführen. Die Weltbank engagiere sich in Partnerschaften mit ihren Mitgliedstaaten, der WHO und anderen auf der Konferenz vertretenen internationalen Organisationen. All diese Akteure müssten gemeinsam auf eine Stärkung der Gesundheitssysteme hinarbeiten, die der Schlüssel zur Verwirklichung von Gesundheit und Wohlstand sei.

In ähnlicher Weise erklärte der Vertreter der Europäischen Investitionsbank (EIB), seine Organisation bemühe sich intensiv um die Schaffung von Gesundheit und Wohlstand, indem sie die Entwicklung und Erhaltung effektiver, effizienter und nachhaltiger Gesundheitssysteme unterstütze. Dabei investiere die EIB in Humankapital; die Konferenz habe ökonomische Indizien dafür erbracht, dass eine bessere Gesundheitssituation in Ländern aller Entwicklungsstufen zu mehr Produktivität führe. Seit 1997 investiere sie in die Stärkung der Gesundheitssysteme in den meisten EU-Mitgliedstaaten sowie in einigen Nachbarländern (u. a. in Serbien). Durch die Finanzierung von Einrichtungen für unterschiedliche geografische Gebiete stelle sie fachliche Hilfe zur Unterstützung von Investitionsprojekten in Mittelmeerländern wie Marokko, neuen EU-Mitgliedstaaten wie Estland und Ländern des westlichen Balkans wie der ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien bereit. Die EIB werde die Erkenntnisse aus der Konferenz bei der Aktualisierung ihrer Kreditvergabestrategie für den Gesundheitsbereich berücksichtigen; möglicherweise könnten die EU-Kommission und die EIB zusammen mit der WHO eine Finanzierungsfazilität zur Unterstützung von Gesundheitsprojekten schaffen. Die Konferenz und die Charta von Tallinn würden das Profil des Gesundheitssektors als einem Bereich für notwendige und nutzbringende Investitionen schärfen.

Der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria ließ durch einen Vertreter verlauten, er unterstütze die Charta als Teil seines Engagements zur Schaffung nachhaltiger Gesundheitssysteme sowie von mehr Chancengleichheit beim Zugang zur Gesundheitsversorgung. Dadurch werde sein Engagement

zur Bekämpfung dieser drei übertragbaren Krankheiten ergänzt. Ca. 35% der Ressourcen des Globalen Fonds würden zur Stärkung der Gesundheitssysteme ausgegeben: für die Ausbildung von Fachkräften, die Infrastruktur und den Bereich Überwachung und Evaluation. Die Anstrengungen von Partnern wie der WHO, der Weltbank, UNICEF, der EU-Kommission sowie verschiedenen Ländern (u. a. Deutschland, Norwegen, Vereinigtes Königreich) seien für die Bewältigung dieser Aufgabe und für die Gewährleistung eines chancengleichen Zugangs zur Gesundheitsversorgung unverzichtbar. Zur Verwirklichung des letztgenannten Ziels investiere der Globale Fonds inzwischen in die Stärkung von bürgernahen Systemen sowie Krankenversicherungs- und Sozialsystemen. Er begrüße die Charta, da sie einen Rahmen bilde, mit dessen Hilfe die Länder in der gesamten Europäischen Region ihre Gesundheitssysteme stärken könnten; dies werde es ihnen erleichtern, die gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele (16) zu erfüllen.

Der Vertreter der OECD erklärte, angesichts der mangelnden Chancengleichheit im Gesundheitsbereich, der uneinheitlichen Qualität der Gesundheitsversorgung und des wachsenden Kostendrucks auf die Gesundheitssysteme sammle und analysiere die OECD einschlägige Daten über Gesundheit und Gesundheitssysteme, um den Ländern bei der Sicherung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung für alle und der Gewährleistung von Effizienz und finanzieller Nachhaltigkeit ihrer Gesundheitssysteme behilflich zu sein. Die OECD werde darauf hinarbeiten, vergleichbare Indikatoren für sozioökonomische Ungleichheiten in Bezug auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung für einen internationalen Leistungsvergleich zu erstellen, und habe ein Forum eingerichtet, in dem politische Entscheidungsträger über die Wirkung politischer Maßnahmen auf die Verringerung von Ungleichheiten diskutieren könnten. Dies werde den Ländern dabei helfen, die Leistung ihrer Gesundheitssysteme zu verbessern. Die OECD begrüße Partnerschaften mit Organisationen wie der WHO bei der Zusammenstellung von ökonomischen Argumenten für die Prävention von Übergewicht und Adipositas, mit der Weltbank bei der Bewertung des türkischen Gesundheitssystems sowie mit der EU-Kommission und der WHO bei der Ausarbeitung globaler Normen für Gesundheit und Rechnungswesen und der Verringerung der Berichtslast der Länder. Durch ihre enge Zusammenarbeit mit internationalen Partnern sei die OECD in der Lage, den Ländern bei der Bewältigung ihrer gesundheitspolitischen Herausforderungen zu helfen und auf der Grundlage zweier Schlüsselwerte auf mehr Gesundheit und Wohlstand hinzuarbeiten; diese seien Solidarität und herausragende Fachkompetenz.

Der Vertreter des Europarates erklärte, Gesundheit, Wohlstand und Menschenrechte stellten ein gemeinsames Handlungsfeld dar und die Charta von Tallinn sei für den Europarat und die WHO die beste Möglichkeit, darin tätig zu werden. Der ökonomische Imperativ eines guten Preis-Leistungs-Verhältnisses solle durch einen ethischen Imperativ ergänzt werden: Geld für Werte wie Solidarität und Chancengleichheit. Der Europarat und die WHO arbeiteten seit langer Zeit gemeinsam erfolgreich auf eine Verwirklichung dieser Werte hin, u. a. im Südosteuropäischen Gesundheitsnetzwerk (13). Der Europarat arbeite bereits an der Umsetzung der Charta und stimme mit deren Ausrichtung auf die sozialen Determinanten von Gesundheit und die Führung der Gesundheitssysteme überein. Die Charta sei ein Mechanismus für eine sinnvolle Kanalisierung von Gesundheitsausgaben. Das Dreieck aus medizinischen, monetären und moralischen Erwägungen müsse eine gute Organisationsführung einschließen.

Die Vertreterin des UNICEF-Regionalbüros für Mittel- und Osteuropa und die Gemeinschaft Unabhängiger Staaten erklärte, die Charta von Tallinn und andere Empfehlungen der Konferenz würden den Mitgliedstaaten dabei behilflich sein, die Gesundheit ihrer Bürger zu verbessern und ihre Gesundheitssysteme so zu stärken, dass sie hochwertige Gesundheitsleistungen erbrächten, insbesondere für die gefährdetsten Mitglieder der Gesellschaft wie Kinder. Ihre Organisation begrüße die Tatsache, dass in der Charta ein Schwerpunkt auf die Bereiche Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung gelegt werde. UNICEF sei bereits bei einer Reihe von damit verwandten Themen in Mittel- und Osteuropa und in den GUS-Staaten tätig, darunter:

- Gesundheitssysteme und -etats, die die speziellen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen besonders berücksichtigen;
- bei Reformen der Gesundheitssysteme Schutz eines Pakets an unverzichtbaren Leistungen für Kinder und Frauen und Erhaltung funktionsfähiger Interventionen der primären Gesundheitsversorgung (z. B. Impfmaßnahmen);
- bessere Anpassung von Gesundheits- und Sozialsystemen an die Bedürfnisse von Kindern, die durch die rapiden demografischen, ökologischen und epidemiologischen Veränderungen in der Region benachteiligt werden;
- starke Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Öffentlichkeitsarbeit im Gesundheitsbereich, um sicherzustellen, dass Einzelpersonen, Familien und Gemeinschaften genau über die Risiken und den Wert von Interventionen wie Impfmaßnahmen oder HIV/Aids-Prävention informiert sind.

Das UNICEF-Regionalbüro habe die Stärkung der Gesundheitssysteme als eine Priorität eingestuft und werde in diesem wichtigen Aufgabenbereich eng mit seinen Mitgliedstaaten, der WHO und allen anderen Partnern zusammenarbeiten. Die Charta stelle ein strategisches Rahmen- und Leitkonzept dar, das in konkrete Handlungskonzepte, Rechtsvorschriften, Normen, Programme und Interventionen umgesetzt werden müsse, die zur Verwirklichung des Rechts jedes Kindes auf Überleben, Wachstum und Entwicklung beitragen würden.

In ihrer Antwort dankte Dr. Nata Menabde, Stellvertretende Regionaldirektorin beim WHO-Regionalbüro für Europa, den Partnern der WHO für ihren Beitrag zur Ausarbeitung der Charta und begrüßte ihr Bekenntnis zum Ergebnis dieses Prozesses. Dabei lud sie u. a. den Vertreter der EIB zu einem Treffen beim Regionalbüro ein, um über neue Maßnahmen zur Unterstützung der Länder der Europäischen Region der WHO zu diskutieren.

Dr. Mohamed Abdi Jama, Stellvertretender Regionaldirektor beim WHO-Regionalbüro für den östlichen Mittelmeerraum, wies auf die gemeinsamen Herausforderungen hin, die die Regionen Europa und östlicher Mittelmeerraum zu bewältigen hätten, und lobte die lang bewährte Zusammenarbeit zwischen den beiden Regionalbüros. Er fügte hinzu, andere Regionen der WHO könnten aus den Ergebnissen der Konferenz sowie den Erfahrungen der Europäischen Region lernen. Die Konzeption der Gesundheitssysteme und die innerhalb der Europäischen Region zu ihrer Stärkung ergriffenen Maßnahmen hätten innovativen Charakter und könnten der ganzen Welt zugute kommen. Die Konferenz habe zwingende Indizien für die Zusammenhänge zwischen Gesundheitssystemen, Gesundheit und Wohlstand geliefert, und die Bedeutung des Konzeptes „Gesundheit in allen Politikbereichen“ sei zusammen mit der Steuerungsfunktion der Gesundheitsministerien der wichtigste Beitrag zu der Debatte über die Gesundheitssysteme und die gemeindenahere Arbeit. Das WHO-Regionalbüro für den östlichen Mittelmeerraum werde sich gemeinsam mit dem Regionalbüro für Europa und anderen Partnern an den nächsten Schritten in diesem Prozess beteiligen.

## **Unterzeichnung der Charta von Tallinn und Abschluss der Konferenz**

Die Charta von Tallinn (Anhang 1) wurde von Dr. Marc Danzon, WHO-Regionaldirektor für Europa, und Maret Maripuu, Ministerin für Soziales von Estland, unterzeichnet.

Zum Abschluss der Konferenz betonte die Ministerin, die Charta, die sie gerade im Namen der 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO unterzeichnet habe, verkörpere ihre gemeinsamen Werte Solidarität, Chancengleichheit und Teilhabe. Die Länder stünden nun vor der Aufgabe, sie umzusetzen, und die Regierung ihres Landes werde alles in ihrer Kraft Stehende tun, um die Gesundheit seiner Bürger zu verbessern.

© WHO/Isy Vromans



Unterzeichnung  
der Charta von  
Tallinn

© WHO/Erik Peinar



Der Regionaldirektor unterstrich nochmals, dass die Gesundheit der Bevölkerung verbessert werden müsse und dass die Gesundheitssysteme dazu ernsthafte und radikale Maßnahmen ergreifen müssten. Aufgrund des hohen Anteils von Fachkräften mit hohem Bildungsniveau seien jedoch solche Veränderungen im Gesundheitsbereich möglicherweise schwerer zu verwirklichen als in anderen Politikbereichen. Die Gesundheitssysteme müssten den Mut aufbringen, ihre eigenen Ergebnisse zu messen, um den Geldgebern zu beweisen, dass ihre Investitionen sich lohnten. Auch er beabsichtige, den Einfluss der Konferenz auf die Gesundheitssysteme der Länder der Europäischen Region zu messen und die Ergebnisse im Interesse der Transparenz zu veröffentlichen.

## Literatur

1. Resolution EUR/RC55/R8 des WHO-Regionalkomitees zur *Stärkung der europäischen Gesundheitssysteme als Fortsetzung der Länderstrategie „Die Dienste den neuen Anforderungen anpassen“* des WHO-Regionalbüros für Europa. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 ([http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920\\_2?language=German](http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920_2?language=German), eingesehen am 31. Juli 2008).
2. *WHO's health system performance framework: functions and goals*. Kopenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 ([http://www.euro.who.int/healthsystems/20070323\\_1](http://www.euro.who.int/healthsystems/20070323_1), eingesehen am 31. Juli 2008).
3. WHO-Konferenz 2008 Multimedia-Site [Website]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (<http://www.whoconference2008.org>, eingesehen am 31. Juli 2008).
4. *Declaration of Alma-Ata, 1978*. Kopenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 ([http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_1](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1), eingesehen am 31. Juli 2008).
5. *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 ([http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_2?language=German](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German), eingesehen am 31. Juli 2008).

6. Mackenbach JP et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 2008, 358(23):2468–2481.
7. Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik [Website]. Kopenhagen, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2008 (<http://www.euro.who.int/observatory>, eingesehen am 31. Juli 2008)
8. *Die Charta von Ljubljana über die Reformierung der Gesundheitsversorgung, 1996*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 ([http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010927\\_5](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010927_5), eingesehen am 31. Juli 2008).
9. Wanless D. *Securing good health for the whole population. Final report*. London, HM Treasury, 2004 ([http://www.hm-treasury.gov.uk/Consultations\\_and\\_Legislation/wanless/consult\\_wanless04\\_final.cfm](http://www.hm-treasury.gov.uk/Consultations_and_Legislation/wanless/consult_wanless04_final.cfm), eingesehen am 31. Juli 2008).
10. Constitution of the World Health Organization. In: *Basic documents, supplement 2006*. Geneva, World Health Organization, 2006 ([http://www.who.int/entity/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/entity/governance/eb/who_constitution_en.pdf), eingesehen am 31. Juli 2008).
11. *Engaging for health. Eleventh General Programme of Work 2006–2015. A global health agenda*. Geneva, World Health Organization, 2006 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/GPW\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/GPW_eng.pdf), eingesehen am 31. Juli 2008).
12. *The world health report 2000 – Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000 (<http://www.who.int/whr/2000/en>, eingesehen am 31. Juli 2008).
13. South-eastern Europe Health Network [Website]. Kopenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/stabilitypact/network/20040611\\_1](http://www.euro.who.int/stabilitypact/network/20040611_1), eingesehen am 31. Juli 2008).
14. Commission on Social Determinants of Health [Website]. Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/), eingesehen am 31. Juli).
15. Marmot MG, Shipley MJ. Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study. *BMJ*, 1996, 313(7066):1177.
16. UN Millennium Development Goals [Website]. New York, United Nations, 2008 (<http://www.un.org/millenniumgoals>, eingesehen am 31. Juli 2008).
17. *Gemeinsam für die Gesundheit: ein strategischer Ansatz der EU für 2008–2013*. Brüssel, Kommission der Europäischen Gemeinschaften, 2007 (KOM(2007) 630 endgültig; [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/strategy\\_wp\\_de.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_de.pdf), eingesehen am 31. Juli 2008).
18. *Report of the WHO Commission on Macroeconomics and Health*. Geneva, World Health Organization, 2002 ([http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA55/ea555.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/ea555.pdf), eingesehen am 31. Juli 2008).
19. WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) [Website]. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/fctc/en>, eingesehen am 31. Juli 2008).
20. *Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 (<http://www.euro.who.int/Document/e89567g.pdf>, eingesehen am 31. Juli 2008).
21. *Paris Declaration on Aid Effectiveness, Ownership, Harmonisation, Alignment, Results and Mutual Accountability*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2005 (<http://www.oecd.org/dataoecd/11/41/34428351.pdf>, eingesehen am 31. Juli 2008).

# Anhang 1: Die Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand

## Präambel

1. Die Zielsetzung dieser Charta besteht darin, die Mitgliedstaaten der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dazu zu verpflichten, durch Stärkung der Gesundheitssysteme auf eine Verbesserung der Gesundheit der Menschen hinzuwirken und dabei die Verschiedenartigkeit der sozialen, kulturellen und ökonomischen Rahmenbedingungen innerhalb der Region anzuerkennen. Die Charta von Tallinn bekräftigt die in früheren Chartas, Übereinkommen und Erklärungen verankerten Werte und nimmt sie an.<sup>1</sup>
2. Ein Gesundheitssystem ist die Gesamtheit aller öffentlichen und privaten Organisationen, Einrichtungen und Ressourcen in einem Land, deren Auftrag darin besteht, unter den dortigen politischen und institutionellen Rahmenbedingungen auf die Verbesserung, Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit hinzuwirken. Die Gesundheitssysteme umfassen sowohl die individuelle als auch die bevölkerungsbezogene Gesundheitsversorgung, aber auch Maßnahmen, mit denen andere Politikbereiche dazu veranlasst werden sollen, in ihrer Arbeit an den sozialen wie auch den umweltbedingten und ökonomischen Determinanten von Gesundheit anzusetzen.
3. Alle Länder der Europäischen Region der WHO haben vor dem Hintergrund sich verändernder demografischer und epidemiologischer Bedingungen, sich verschärfender sozioökonomischer Ungleichheiten, begrenzter Ressourcen, der technologischen Entwicklung und steigender Erwartungen erhebliche gesundheitspolitische Herausforderungen zu bewältigen.
4. Neben ihrem Wert an sich trägt eine bessere Gesundheit durch ihre Auswirkungen auf wirtschaftliche Entwicklung, Wettbewerbsfähigkeit und Produktivität auch zum sozialen Wohlergehen bei. Leistungsfähige Gesundheitssysteme fördern wirtschaftliche Entwicklung und Wohlstand.
5. Deshalb sind wir, die Mitgliedstaaten und unsere Partnerorganisationen, der Überzeugung,<sup>2</sup> dass:
  - Investitionen in die Gesundheit Investitionen in Entwicklung, soziales Wohlergehen und Wohlstand der Menschen sind;
  - es heute nicht mehr hingenommen werden darf, dass Menschen infolge von Gesundheitsproblemen verarmen;

---

<sup>1</sup> Die Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme fällt zeitlich mit dem 30. Jahrestag der Erklärung von Alma-Ata über primäre Gesundheitsversorgung zusammen, deren Empfehlung, dass im Mittelpunkt der Gesundheitssysteme die Bürger, die Gesellschaft und die primäre Gesundheitsversorgung stehen sollten, heute noch so aktuell ist wie vor 30 Jahren. Mit der Charta wird auch die Bedeutung der anderen Chartas und Erklärungen zum Thema Gesundheitsförderung (Ottawa 1986, Jakarta 1997, Bangkok 2005), der Konferenz von Ljubljana im Jahr 1996 zur Reform der Gesundheitsversorgung, der Erklärung von Mexiko zur Gesundheitsforschung aus dem Jahr 2004 sowie der 2005 durchgeführten Aktualisierung des Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ in der Europäischen Region anerkannt. Das Recht auf einen bestmöglichen Gesundheitszustand ist auch ausdrücklich in der Satzung der WHO, in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte, im Übereinkommen über die Rechte des Kindes und in den unter der Schirmherrschaft der Vereinten Nationen beschlossenen Millenniums-Entwicklungszielen enthalten.

<sup>2</sup> Diese Überzeugung basiert auf einer konkreten Evidenzgrundlage, insbesondere dem Hintergrundmaterial, das die WHO für die Europäische Ministerkonferenz zum Thema Gesundheitssysteme erstellt hat.

- Gesundheitssysteme nicht auf die reine Gesundheitsversorgung beschränkt sind, sondern auch die Bereiche Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung umfassen und bestrebt sind, andere Politikbereiche zur Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte in ihrem Handeln zu veranlassen;
- gut funktionierende Gesundheitssysteme für die Verbesserung der Gesundheitssituation unverzichtbar sind und somit die Stärkung der Gesundheitssysteme Leben rettet und dass deshalb
- die Gesundheitssysteme sich als leistungsstark erweisen müssen.

## Verpflichtung zum Handeln

6. Wir, die Mitgliedstaaten, verpflichten uns hiermit:
  - **unsere gemeinsamen Werte Solidarität, Chancengleichheit und Teilhabe** in der Gesundheitspolitik sowie bei der Umverteilung von Ressourcen und bei sonstigen Maßnahmen zu fördern und dafür zu sorgen, dass dabei die Bedürfnisse einkommensschwacher und anderer benachteiligter Bevölkerungsgruppen gebührend berücksichtigt werden;
  - anhand der Erkenntnisse über die Zusammenhänge zwischen sozioökonomischer Entwicklung und Gesundheit **in die Gesundheitssysteme zu investieren und Investitionen in alle anderen für die Gesundheit relevanten Politikbereiche zu fördern**;
  - **Transparenz zu fördern und** für die Leistung der Gesundheitssysteme **Verantwortung zu übernehmen**, um messbare Ergebnisse zu erzielen;
  - **die Gesundheitssysteme** stärker auf die Bedürfnisse, Präferenzen und Erwartungen der Menschen **auszurichten** und dabei deren Rechte und Pflichten in Bezug auf die eigene Gesundheit anzuerkennen;
  - die **maßgeblichen Interessengruppen** in die Politikgestaltung und -umsetzung **einzubinden**;
  - **ein länderübergreifendes Lernen und eine länderübergreifende Kooperation** in Bezug auf die Entwicklung und Umsetzung von Reformen der Gesundheitssysteme auf nationaler und subnationaler Ebene **zu fördern**; und
  - **sicherzustellen, dass die Gesundheitssysteme auch für Krisensituationen gerüstet** und entsprechend handlungsfähig sind und dass wir in Zusammenarbeit die Anwendung der Internationalen Gesundheitsvorschriften durchsetzen.
7. Die WHO wird ihre Mitgliedstaaten in der Europäischen Region bei der Gestaltung ihrer Gesundheitssysteme unterstützen und dabei eine länderübergreifende Abstimmung bei der Umsetzung der Charta gewährleisten, u. a. auf dem Gebiet der Leistungsmessung und beim Erfahrungsaustausch hinsichtlich der vorstehend genannten Verpflichtungen.
8. Wir, die WHO, die Weltbank, das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen, die Internationale Organisation für Migration und der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria, verpflichten uns, nach Maßgabe unserer jeweiligen Satzung bzw. unseres jeweiligen Auftrags gemeinsam mit den Mitgliedstaaten an der Umsetzung dieser Charta zu arbeiten, um zur Verbesserung der Leistung der Gesundheitssysteme beizutragen. Wir fordern den Europarat und die Europäische Kommission und mit ihr verbundene Institutionen auf, bei ihrer Arbeit im Bereich Gesundheitssysteme die Ziele dieser Charta gebührend zu berücksichtigen. Die Europäische Investitionsbank wird sich bemühen, nach Maßgabe ihres Auftrags und ihrer Satzung mit den Mitgliedstaaten und den beteiligten Institutionen bei der Umsetzung dieser Charta zusammenzuarbeiten. Wir, die Mitgliedstaaten, fordern andere interessierte Partner auf, sich uns anzuschließen.

## Stärkung der Gesundheitssysteme: Von Wertvorstellungen zu konkreten Maßnahmen

9. Alle Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO teilen die Wertvorstellung von einem bestmöglichen Gesundheitszustand als einem grundlegenden Menschenrecht; deshalb muss jedes Land danach streben, die Leistung seines Gesundheitssystems zu fördern, um das Ziel einer Verbesserung der Gesundheitssituation auf der Grundlage von Chancengleichheit und unter Berücksichtigung besonderer gesundheitlicher Bedürfnisse aufgrund von Geschlecht, Alter, ethnischer Zugehörigkeit und Einkommen zu erreichen.
10. Jedes Land bemüht sich auch, zu sozialem Wohlergehen und Zusammenhalt beizutragen, indem es dafür Sorge trägt, dass sein Gesundheitssystem:
  - eine gerechte Lastenverteilung aufweist, die den finanziellen Möglichkeiten der Menschen entspricht, so dass Einzelpersonen und Familien nicht aufgrund ihrer Gesundheitsprobleme oder der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verarmen; und
  - den Bedürfnissen und Präferenzen der Menschen gerecht wird und ihnen bei der Inanspruchnahme seiner Leistungen Respekt und Würde entgegenbringt.
11. Die Länder verfolgen diese übergeordneten leistungsbezogenen Ziele nach besten Kräften und im Rahmen ihrer Möglichkeiten. Dies erfordert Effizienz, d. h. eine optimale Nutzung der verfügbaren Ressourcen.
12. Die praktische Anwendung dieser breit angelegten Zielvorstellungen erfordert in jedem Land die Festlegung damit verbundener und in politische Maßnahmen umsetzbarer konkreter Ziele, die den gesellschaftspolitischen Prioritäten des Landes sowie seinen ökonomischen und finanziellen Möglichkeiten gerecht werden. Die Verbesserung des Zugangs zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung und die Stärkung der Kompetenz der Menschen zur Verbesserung ihrer eigenen Gesundheit sind Beispiele, die für alle Länder von Belang sind. Die Ziele sollten auf messbare Weise festgelegt werden, um eine konkrete Überwachung der erzielten Fortschritte zu ermöglichen. Dieser Ansatz bildet die Grundlage für die Gestaltung, Umsetzung und Bewertung der Reformen in den Gesundheitssystemen.
13. Gesundheitssysteme sind verschiedenartig und weisen doch eine Reihe gemeinsamer Funktionen auf, die durch die nachstehenden Einzelziele und Maßnahmen konkretisiert werden können.
  - **Erbringung individueller und bevölkerungsbezogener Gesundheitsleistungen**
    - Die Politiker in der gesamten Region sind sich des Werts einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung für alle bewusst und streben sie an; ein besonderes Anliegen sind dabei die benachteiligten Bevölkerungsgruppen mit ihren Bedürfnissen. Außerdem sollen die Menschen in die Lage versetzt werden, einen gesunden Lebensstil zu pflegen.
    - Die Patienten wollen Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung und die Gewissheit, dass die Leistungserbringer aufgrund der besten verfügbaren Evidenz handeln, die die medizinische Wissenschaft bieten kann, und mit der jeweils geeignetsten Technologie ein Optimum an Effektivität und Patientensicherheit gewährleisten.
    - Die Patienten wünschen sich auch ein Verhältnis mit dem Leistungserbringer, das auf Achtung ihrer Privatsphäre und Würde sowie der Wahrung von Vertraulichkeit beruht.
    - Eine effektive primäre Gesundheitsversorgung ist für die Förderung dieser Ziele besonders

wichtig, denn sie schafft einen Rahmen für die Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen einerseits und gesellschaftlichen Gruppen und Familien andererseits sowie für die sektorübergreifende und interdisziplinäre Zusammenarbeit und für die Gesundheitsförderung allgemein.

- Die Gesundheitssysteme sollten gezielte krankheitsspezifische Programme in bestehende Strukturen und Angebote integrieren, um so bessere und nachhaltige Resultate zu erreichen.
- Die Gesundheitssysteme benötigen für die Gestaltung ihrer Angebote ein ganzheitliches Konzept, das Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und strukturierte Behandlungsprogramme beinhaltet, eine Abstimmung zwischen einer Vielzahl von Leistungsanbietern, Institutionen und Bereichen im öffentlichen wie auch privaten Sektor gewährleistet und die primäre Gesundheitsversorgung, Einrichtungen für Akutversorgung und Weiterversorgung, Altenheime u. a. umfasst.

### ● Finanzierung des Systems

- Es gibt kein einzelnes „optimales“ Konzept für die Gesundheitsfinanzierung; bisherige Unterscheidungen zwischen „Modellen“ verwischen sich zusehends, da Länder bei der Beschaffung und Zusammenführung von Mitteln sowie beim Einkauf von Leistungen auf neue Mischkonzepte setzen, die auf ihre jeweiligen Bedürfnisse, ihre historischen, steuerpolitischen und demografischen Rahmenbedingungen und ihre sozialen Prioritäten und Präferenzen zugeschnitten sind.
- Die finanziellen Regelungen sollten die Umverteilung von Ressourcen zur Bewältigung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs, den Abbau von finanziellen Schranken für die Inanspruchnahme benötigter Leistungen und eine Absicherung gegen die damit verbundenen finanziellen Risiken auf fiskalisch vertretbare Weise gewährleisten.
- Sie sollten auch Anreize für eine effiziente Bereitstellung von Gesundheitsleistungen schaffen, die Zuweisung von Mitteln an Leistungsanbieter von deren Qualität und vom Bedarf der Bevölkerung abhängig machen und Rechenschaftspflicht und Transparenz bei der Mittelverwendung fördern.
- Bei der Zuteilung von Ressourcen insgesamt sollte ein sinnvolles Gleichgewicht zwischen Gesundheitsversorgung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung verwirklicht werden, das heutigen wie künftigen gesundheitlichen Anforderungen gerecht wird.

### ● Erschließung von Ressourcen

- Angesichts der rapiden Globalisierung setzen die Gewinnung von Wissen, die Bereitstellung von Infrastruktur und Technologien sowie insbesondere von Arbeitskräften mit den erforderlichen Fähigkeiten und Qualifikationen eine langfristige Planung und entsprechende Investitionen voraus. Diese Planung muss dem sich verändernden Versorgungsbedarf und den damit verbundenen Leistungserbringungsmodellen gerecht werden.
- Investitionen in das Gesundheitspersonal sind auch deswegen ein entscheidender Aspekt, weil sie nicht nur für das investierende Land, sondern aufgrund der Mobilität der Gesundheitsfachkräfte auch für andere Länder Auswirkungen hat. Die grenzüberschreitende Anwerbung von Fachkräften im Gesundheitswesen sollte auf der Grundlage ethischer Überlegungen und einer länderübergreifenden Solidarität erfolgen und durch einen Verhaltenskodex sichergestellt werden.<sup>3</sup>

---

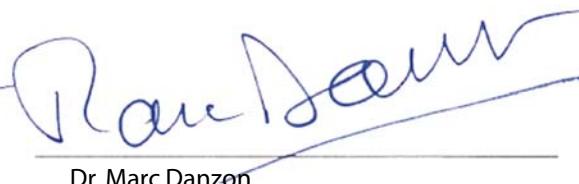
<sup>3</sup> Nach Maßgabe der Resolution der Weltgesundheitsversammlung zur internationalen Migration von Gesundheitspersonal als Herausforderung für die Gesundheitssysteme in den Entwicklungsländern (WHA57.19) und der vom WHO-Regionalkomitee für Europa angenommenen Resolution *Personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region* (EUR/RC57/R1).

- Die Förderung von Forschung in den Bereichen Gesundheitspolitik und Gesundheitssysteme und die effektive Nutzung von Innovationen auf dem Gebiet medizinischer Technologien und der Arzneimittel sind für alle Länder von Bedeutung; durch Gesundheitstechnologiebewertungen sollte eine fundiertere Entscheidungsfindung herbeigeführt werden.
- **Steuerungsfunktion**
    - Zwar regelt jeder Mitgliedstaat die Verwaltung seines Gesundheitssystems auf seine Weise, doch werden die Zielvorstellungen für die Entwicklung der Gesundheitssysteme von den Gesundheitsministerien vorgegeben, die den Auftrag und die Zuständigkeit für die Ausarbeitung von Gesetzen und Vorschriften und deren Durchsetzung sowie für die Gewinnung einschlägiger Erkenntnisse über Gesundheit und ihre sozialen, ökonomischen und umweltbedingten Determinanten innehaben.
    - Die Gesundheitsministerien sollten die Berücksichtigung von Gesundheitsaspekten in allen Politikbereichen vorantreiben und sich für ihre effektive Umsetzung über Ressortgrenzen hinweg einsetzen, um maximale gesundheitliche Zugewinne zu ermöglichen.
    - Für die Förderung von Transparenz und Übernahme von Verantwortung sind eine Erhebung und Evaluation der Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme und eine ausgewogene Zusammenarbeit mit den maßgeblichen Interessengruppen auf allen ordnungspolitischen Ebenen unverzichtbar.
14. Die Funktionen eines Gesundheitssystems sind miteinander verknüpft. Eine Leistungssteigerung erfordert ein zusammenhängendes Konzept, bei dem aufeinander abgestimmte Maßnahmen an verschiedenen Funktionen des Systems ansetzen. Erfahrungsgemäß führt eine Maßnahme in einem einzelnen Funktionsbereich oder Programm kaum zu substanziellen Fortschritten bzw. zu den gewünschten Ergebnissen.
15. Wir, die Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO, verpflichten uns, diese Charta als Grundlage für die Umsetzung unserer gemeinsamen Werte in konkrete Maßnahmen heranzuziehen und sie zu einem Meilenstein zu machen, der als Ausgangspunkt für die Umsetzung der vorstehend genannten Verpflichtungen zur Stärkung der Gesundheitssysteme dient.

**Tallinn, Estland, 27. Juni 2008**



Frau Maret Maripuu  
Ministerin für Soziales, Estland



Dr. Marc Danzon  
WHO-Regionaldirektor für Europa

## Anhang 2. Programm

### Eröffnung der Tagung

Maret Maripuu, Ministerin für Soziales, Estland

Dr. Marc Danzon, WHO-Regionaldirektor für Europa

Wahl der Tagungsleitung

Einführung in das Programm

Annahme des Programms

### 1. Sitzung – Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand: Konventionelles Denken überprüfen

Vorsitz: Maret Maripuu, Ministerin für Soziales, Estland

#### Grundsatzreden:

*Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand und soziales Wohlergehen: eine internationale Perspektive*

Prof. Uwe Reinhardt, James-Madison-Lehrstuhl für politische Ökonomie und Professor für Ökonomie, Princeton-Universität, Princeton, New Jersey, Vereinigte Staaten

*Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand: vom Blickwinkel der Menschenrechte*

Mary Robinson, Präsidentin, Realizing Rights: the Ethical Globalization Initiative, und Ko-Vorsitzende, Health Worker Global Policy Advisory Council

*Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand: eine Betrachtung innerhalb der Europäischen Region der WHO*

Prof. Martin McKee, Professor für öffentliche Gesundheitsforschung in Europa, Hochschule für Hygiene und Tropenmedizin, London, und Leiter der Abteilung Forschungspolitik, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik

*Bewertung der Leistung von Gesundheitssystemen*

Prof. Peter C. Smith, Leiter, Zentrum für Gesundheitsökonomie, Universität York, Vereinigtes Königreich

#### Ministerpodium 1: Die Sicht der Mitgliedstaaten:

##### *Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand*

Prof. Avi Israeli, Generaldirektor, Gesundheitsministerium, Israel (Vorsitzender)

Sherefedin Shehu, Stellvertretender Finanzminister, Finanzministerium, Albanien

Dr. Dirk Cuyppers, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses, Föderaler Öffentlicher Dienst Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt, Belgien

Ivar Padar, Finanzminister, Finanzministerium, Estland

Berglind Ásgeirsdóttir, Ständige Staatssekretärin, Gesundheitsministerium, Island

Dr. Larisa Catrinici, Gesundheitsministerin, Republik Moldau

Dr. Adam Hochel, Generaldirektor, Abteilung Gesundheit, Gesundheitsministerium, Slowakei

### *Die Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand*

#### **Präsentationen**

Dr. Fiona Adshead, Stellvertretende Leitende Medizinalbeamtin, Leitende Beraterin der Regierung zum Thema Ungleichheiten im Gesundheitsbereich, Gesundheitsministerium, England, Vereinigtes Königreich (Vorsitzende der Redaktionsgruppe für die Charta)

Dr. Ainura Ibraimova, Stellvertretende Gesundheitsministerin, Ministerium für Gesundheit, Kirgisistan (Stellvertretende Vorsitzende der Charta-Redaktionsgruppe)

Dr. Leen Meulenbergs, Leiterin, Abteilung Internationale Beziehungen, Föderaler Öffentlicher Dienst Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt, Belgien (Stellvertretende Vorsitzende der Redaktionsgruppe für die Charta)

### *Ministerpodium 2: Die Sicht der Mitgliedstaaten*

Prof. Tomica Milosavljević, Gesundheitsminister, Gesundheitsministerium, Serbien (Vorsitz)

Prof. Harutyun Kushkayan, Gesundheitsminister, Armenien

Dr. Drazenka Malicbegovic, Stellvertretende Ministerin, Abteilung Gesundheit, Ministerium für Verwaltungsangelegenheiten, Bosnien und Herzegowina

Dr. Valeri Tzekov, Stellvertretender Gesundheitsminister, Bulgarien

Dr. Imer Selmani, Gesundheitsminister, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien

## **2. Sitzung – Gesundheitssysteme: Fachliche Aspekte**

### *Grundsatzrede*

#### *Soziale Determinanten von Gesundheit und Gesundheitssysteme*

Prof. Sir Michael Marmot, Leiter, International Institute for Society and Health und Forschungsprofessor, Abteilung für Epidemiologie und Bevölkerungsgesundheit, University College London, Vereinigtes Königreich

### *Ministerpodium 3: Die Sicht der Mitgliedstaaten*

Prof. Didier Houssin, Generaldirektor für Gesundheit, Ministerium für Gesundheit, Jugend, Sport und gesellschaftliches Leben, Frankreich (Vorsitz)

Paula Risikko, Ministerin für Soziales und Gesundheit, Ministerium für Soziales und Gesundheit, Finnland

Dr. Anatolij G. Dernovoy, Gesundheitsminister, Kasachstan

Rinalds Mucins, Staatssekretär für politische Planung, Gesundheitsministerium, Lettland

Dr. Marc J. W. Sprenger, Generaldirektor, Nationales Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt (RIVM), Niederlande

Prof. Maria do Céu Machado, Hochkommissarin für Gesundheit, Gesundheitsministerium, Portugal

### *Parallelveranstaltungen*

#### **Steuerung/Führung der Gesundheitssysteme**

Vorsitz: Dr. Antonio Duran, Berater, WHO-Regionalbüro für Europa

Ausübung der Steuerungsfunktion des Gesundheitssystems mittels des Konzepts „Gesundheit in allen Politikbereichen“

Ermächtigung der Bürger

Stärkung der Steuerungsfunktion des Gesundheitsministeriums

#### **Gesundheitsfinanzierung**

Vorsitz: Joseph Kutzin, Referatsleiter, Politik und Systeme der Länder, WHO-Regionalbüro für Europa

Zwischen Wettbewerb der Krankenkassen und Solidarität

Mehr Solidarität durch Zentralisierung der Finanzierung

Leistungsverbesserung durch gezielte Beschaffung

#### **Erschließung von Ressourcen**

Vorsitz: Dr. Bernhard Gibis, Leiter a.i., Gesundheitsinformationsdienste, WHO-Regionalbüro für Europa

Leistungssteigerung durch Innovation: Die Rolle der Bewertung medizinischer Verfahren (HTA)

Sicherung wirksamer und bezahlbarer hochwertiger Arzneimittel

Gesundheitspersonal: optimierter Qualifikationsmix für bessere Leistung

#### **Leistungserbringung**

Vorsitz: Dr. Enis Barış, Direktor, Abteilung Gesundheitssysteme der Länder, WHO-Regionalbüro für Europa

Besser koordinierte Versorgung für höhere Qualität, größere Zufriedenheit der Patienten und bessere gesundheitliche Ergebnisse

Integration vertikaler Programme in primäre Gesundheitsversorgung und Gesundheitssysteme

Leistungssteigerung durch primäre Gesundheitsversorgung

### **3. Sitzung – Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand: Eine politische Perspektive**

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

### *Grundsatzreden*

Andrus Ansip, Ministerpräsident, Estland

Dr. Margaret Chan, WHO-Generaldirektorin

Androulla Vassiliou, Europäische Kommissarin für Gesundheit

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

### *Ministerpodium 4: Die Sicht der Mitgliedstaaten*

Mary Harney, Ministerin für Gesundheit und Kinder, Irland (Vorsitz)

Dr. Klaus Theo Schröder, Staatssekretär, Gesundheitsministerium, Deutschland

Dr. Ante-Zvonimir Golem, Staatssekretär, Ministerium für Gesundheit und Gemeinwohl, Kroatien

M. Roger Consbruck, Sachverständiger für das Krankenhauswesen, Gesundheitsministerium, Luxemburg

Dr. Joseph Cassar, Parlamentarischer Staatssekretär für Gesundheit, Malta

M. Jean-Jacques Campana, Berater der Regierung für Gesundheit und Soziales, Staatsministerium, Monaco

Dr. Tomáš Julínek, Gesundheitsminister, Gesundheitsministerium, Tschechische Republik

Prof. Sabahattin Aydın, Stellvertretender Staatssekretär, Gesundheitsministerium, Türkei

### *Ministerpodium 5: Die Sicht der Mitgliedstaaten*

Prof. Ruslan Khalfin, Stellvertretender Minister für Gesundheit und soziale Entwicklung, Russische Föderation (Vorsitz)

Jesper Fisker, Generaldirektor und Leitender Medizinaldirektor, Dänisches Gesundheitsamt (Sundhedsstyrelsen), Dänemark

Dr. Panagiotis Efstathiou, Leiter, Nationales Zentrum für den Gesundheitsbetrieb, Ministerium für Gesundheit und soziale Solidarität, Griechenland

Dr. Nazgul Tashpaeva, Leiterin, Abteilung Soziale Entwicklung, Zentralverwaltung, Kirgisistan

Dr. Rimvydas Turčinskas, Gesundheitsminister, Lettland

Dr. Clemens Martin Auer, Sektionsleiter, Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Österreich

Mircea Manuc, Staatssekretär, Gesundheitsministerium, Rumänien

Dr. Tamás Székely, Gesundheitsminister, Ungarn

Dr. Vasila S. Alimova, Leiterin, Abteilung Behandlung und Prophylaxe, Gesundheitsministerium, Usbekistan

### *Zusammenfassung und Rückmeldung aus den Parallelsitzungen: Zentrale Aussagen*

Dr. Josep Figueras, Koordinator, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik – Europäisches Zentrum der WHO für Gesundheitspolitik, Brüssel, WHO-Regionalbüro für Europa

### *Ministerpodium 6: Die Sicht der Mitgliedstaaten*

Dr. Abbas Soltan Valibayov, Stellvertretender Minister, Gesundheitsministerium, Aserbaidshan (Vorsitz)

Zamira Sinoimeri, Stellvertretende Gesundheitsministerin, Gesundheitsministerium, Albanien

Prof. Thomas Zeltner, Staatssekretär, Leiter, Bundesamt für Gesundheit, Schweiz

Dr. Marija Seljak, Leiterin, Staatliches Institut für öffentliche Gesundheit, Slowenien

Prof. David R. Harper, Leitender Wissenschaftler und Generaldirektor, Direktion Gesundheitsverbesserung und Gesundheitsschutz, Gesundheitsministerium, Vereinigtes Königreich

Dr. Christos Patsalides, Gesundheitsminister, Gesundheitsministerium, Zypern

### *Beiträge der Partnerorganisationen*

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

Weltbank – Dr. Armin H. Fidler, Leitender gesundheitspolitischer Berater

Europäische Investitionsbank – Philippe Maystadt, Präsident

Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria – Prof. Michel Kazatchkine, Exekutivdirektor

Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung – Aart De Geus, Stellvertretender Generalsekretär

Europarat – Dr. Piotr Mierzewski, Leiter, Abteilung Gesundheit

Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen – Dr. Shahnaz Kianian-Firouzgar, Stellvertretende Regionaldirektorin

### *Unterzeichnung der Europäischen Charta der WHO über Gesundheitssysteme: „Die Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand“*

Maret Maripuu, Ministerin für Soziales, Estland

Dr. Marc Danzon, WHO-Regionaldirektor für Europa

### *Abschluss der Tagung*

Maret Maripuu, Ministerin für Soziales, Estland

Dr. Marc Danzon, WHO-Regionaldirektor für Europa

## Vorbereitende Veranstaltung, WHO-Workshop zur Leistungsbewertung und Verbesserung von Gesundheitssystemen

### *Eröffnung und Begrüßung*

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

Prof. Peter C. Smith, Leiter, Zentrum für Gesundheitsökonomie, Universität York, Vereinigtes Königreich

*Maßgebliche internationale Vergleiche: Wie aussagekräftig sind sie?*

Prof. Niek Klazinga, Abteilung für Sozialmedizin, Akademisches Medizinzentrum, Universität Amsterdam, Niederlande

### *1. Sitzung – Erkenntnisse aus neuesten Entwicklungen*

Vorsitz: Dr. Enis Barış, Direktor, Abteilung Gesundheitssysteme der Länder, WHO-Regionalbüro für Europa

*Neueste Entwicklungen in der Leistungsmessung*

Prof. Peter C. Smith, Leiter, Zentrum für Gesundheitsökonomie, Universität York, Vereinigtes Königreich

*Leistungsmessung und fachliche Verbesserung*

Dr. Arnold Epstein, John-H.-Foster-Proessur für Gesundheitspolitik, Vorsitzender, Abteilung Gesundheitspolitik und Gesundheitsmanagement, Harvard School of Public Health, Boston, Vereinigte Staaten

*Leistungsanreize*

Prof. Douglas Conrad, Professor für Gesundheitsversorgung und Stellvertretender Leiter, Zentrum für Gesundheitsmanagementforschung, Abteilung Gesundheitsversorgung, Universität Washington, Seattle, Vereinigte Staaten

### *2. Sitzung – Fallstudien*

Vorsitz: Dr. Antonio Duran, Berater, WHO-Regionalbüro für Europa

*Sektorbezogene Fallstudie: Psychische Krankheit*

David McDaid, Koordinator, Mental Health Economics European Network, und Forschungsstipendiat, London School of Economics and Political Science, Vereinigtes Königreich

*Veröffentlichung von Leistungsdaten*

Dr. Paul G. Shekelle, Leiter, Southern California Evidence-Based Practice Center, Abteilung Gesundheit, RAND Corporation, Santa Monica, Vereinigte Staaten

*Leistungsberichte: Eine niederländische Fallstudie*

Prof. Gert P. Westert, Leiter, Bericht über Leistungsfähigkeit der Gesundheitsversorgung, Zentrum für Prävention und Gesundheitswesenforschung, Nationales Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt (RIVM), Bilthoven, Niederlande

*Leistungsinformationen: Eine italienische Fallstudie*

Dr. Fabrizio Carinci, Amtlicher Sachverständiger, Nationales System zur Überprüfung und Kontrolle der Gesundheitsversorgung (SIVEAS), Generaldirektion Gesundheitsplanung, Gesundheitsministerium, Pescara, Italien

## Schlussbemerkungen

Nick Fahy, Stellvertretender Leiter, Referat Gesundheitspolitische Information, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher, Europäische Kommission, Brüssel, Belgien

## Nebenveranstaltungen

### *Nebenveranstaltung 1 – Migration von Gesundheitspersonal: Ethische Überlegungen*

#### *Begrüßung*

Dr. Marc Danzon, WHO-Regionaldirektor für Europa

#### *Einführung*

Dr. Bjørn-Inge Larsen, Leitender Medizinalbeamter, Generaldirektor, Direktorat für Gesundheit, Norwegen (Vorsitz)

#### *Wichtigste Ergebnisse einer neuen OECD-Studie*

Dr. Peter Scherer, Leiter, Abteilung Familiengesundheit, Direktorat für Beschäftigung, Arbeitsmarkt und Soziales, OECD

#### *Grundzüge und Entwicklungsprozess für einen Verhaltenskodex für die grenzüberschreitende Anwerbung von Arbeitskräften*

Dr. Manuel Dayrit, Direktor, Abteilung Gesundheitspersonal, WHO-Hauptbüro

#### *Wichtigste Ergebnisse einer laufenden Studie über bestehende Verhaltenskodizes in der Europäischen Region*

Prof. James Buchan, Gesundheitswissenschaften, Königin-Margaret-Universität, Edinburgh, Vereinigtes Königreich

#### *Die Lage in Ländern mit kritischen Engpässen in den Gesundheitsberufen*

Dr. Mubashar Sheikh, Exekutivdirektor, Global Health Workforce Alliance

#### *Die Sichtweise der Europäischen Kommission*

Dr. Tapani Piha, Leiter, Referat Gesundheitsrecht und internationale Fragen, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher, Europäische Kommission

#### *Diskussion und Fazit*

Gerard Schmits, Koordinator, Führung von Gesundheitssystemen, Konzepte und Effektivität der Hilfe, WHO-Hauptbüro

### *Nebenveranstaltung 2 – Gesundheitspolitische Informationssysteme in der Europäischen Region. Internetgestützte Präsentation zum Gesundheitsinformations- und Wissenssystem der Europäischen Union (EUPHIX)*

#### *Einführung*

Prof. Dr. Hans van Oers, Projektleiter EUPHIX, Nationales Institut für öffentliche Gesundheit, Niederlande

#### *Podiumsdiskussion*

Eveline van der Wilk, Wissenschaftlerin, Nationales Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt (RIVM), Niederlande

Monique Kuunders, Wissenschaftlerin, Nationales Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt (RIVM), Niederlande

Dr. Bernard Ledéser, Direktor, regionales Gesundheitsobservatorium Languedoc-Roussillon, Frankreich

### *Nebenveranstaltung 3 – Das Europäische Netzwerk für Gesundheitstechnologiebewertung (EUnetHTA). Ergebnisse und Perspektiven*

#### *Begrüßung und Einführung in das EUnetHTA*

Prof. Finn Børlum Kristensen, Dänisches Zentrum für Gesundheitstechnologiebewertung, Nationales Gesundheitsamt, Dänemark, Projektleiter EUnetHTA (Vorsitz)

#### *Core Health Technology Assessment Model*

Dr. Kristian Lampe, Leitender Medizinalbeamter, Finnisches Büro für Gesundheitstechnologiebewertung, Finnland, Stellvertretender Leiter des EUnetHTA-Arbeitspakets „Core HTA Model“

#### *Überwachung neuer und neu entstehender Gesundheitstechnologien*

Dr. François Meyer, Leiter, Abteilung für die Bewertung medizinischer und chirurgischer Verfahren, Nationale Gesundheitsbehörde, Frankreich

#### *Gesundheitstechnologiebewertung: Institutionelle Entwicklung und Kompetenzbildung*

Dr. Oriol Solà-Morales Serra, Leiter, Katalanische Agentur für Gesundheitstechnologiebewertung, Spanien, Leiter des EUnetHTA-Arbeitspakets „Institutionelle Entwicklung und Kompetenzbildung“

### *Nebenveranstaltung 4 – Vorstellung der Aktualisierung des Profils „Gesundheitssysteme im Wandel (HiT-Profil) für Estland für das Jahr 2008 und Feier des 10. Jahrestages der Gründung des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik*

#### *Begrüßung und Einführung*

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

#### *Vorstellung des neuen HiT-Länderprofils zum estnischen Gesundheitssystem*

Maret Maripuu, Ministerin für Soziales, Estland

#### *Überblick über die wichtigsten Ergebnisse des Länderprofils für Estland Ein Überblick*

Dr. Jarno Habicht, Leiter des Länderbüros Estland, WHO-Regionalbüro für Europa

#### *Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik: Eine Zehn-Jahres-Bilanz*

Dr. Josep Figueras, Leiter, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik – Europäisches Zentrum der WHO für Gesundheitspolitik, Brüssel, WHO-Regionalbüro für Europa

### *Nebenveranstaltung 5 – Aufbau personeller Kapazitäten im Gesundheitsbereich in der Europäischen Union*

#### *Die Gesundheitsberufe – Ein Thema für Europa*

Andrzej Jan Rys, Direktor, Öffentliche Gesundheit und Risikobewertung, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher

*Wichtigste Ergebnisse einer neuen OECD-Studie*

Dr. Peter Scherer, Leiter, Abteilung Familiengesundheit, Direktorat für Beschäftigung, Arbeitsmarkt und Soziales, OECD

*Organisation der Arbeitszeit im Gesundheitswesen*

Madeleine Reid, Generaldirektion Beschäftigung, soziale Angelegenheiten und Chancengleichheit, Europäische Kommission

*Gemeinsame Lösungen für gemeinsame Probleme – Europäische Zusammenarbeit in der Gesundheitssystemforschung*

Dr. Jan Paehler, Wissenschafts-/Fachreferent, Direktion Öffentliche Gesundheit, Generaldirektion Forschung, Europäische Kommission

*Europäische Forschung in Aktion: Mobilität in den Gesundheitsberufen*

Dr. Caren Weilandt, Stellvertretende Direktorin, Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD), Bonn, Deutschland

*Nebenveranstaltung 6 – Die Dezentralisierung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO – Regionale Perspektiven*

*Einführung: Das Netzwerk „Regionen für Gesundheit“*

Dr. Marianna Pénczes, Vorsitzende, Sekretariat des WHO-Netzwerks „Regionen für Gesundheit“, Gesundheitsfakultät der Universität Debrecen, Nyíregyháza, Ungarn

*10 Thesen über Gesundheit und Wohlstand auf regionaler Ebene*

Prof. Rainer Fehr, Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW), Bielefeld, Deutschland

## Anhang 3: Wichtigste Publikationen

Die Hintergrunddokumente und Grundsatzpapiere sind in gedruckter oder elektronischer Form auf der Website des WHO-Regionalbüros für Europa erhältlich.<sup>4</sup>

### Hintergrunddokumente

*Die wirtschaftlichen Kosten von Gesundheitsdefiziten in der Europäischen Region*

*Leistungsmessung zur Verbesserung der Gesundheitssysteme: Erfahrungen, Herausforderungen und Aussichten (Zusammenfassung)*

*Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand – Beurteilung der Argumente für Investitionen in Gesundheitssysteme (Zusammenfassung)*

*Leistungsmessung zur Verbesserung der Gesundheitssysteme: Erfahrungen, Herausforderungen und Aussichten (Langfassung – Entwurf zur Beratung)*

*Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand – Beurteilung der Argumente für Investitionen in Gesundheitssysteme (Langfassung – Entwurf zur Beratung)*

### Grundsatzpapiere

*Wie können europäische Gesundheitssysteme Strategien zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung durch Investitionen und Umsetzungsmaßnahmen unterstützen?*

*Wie kann die Gesundheitstechnologiebewertung wirkungsvoller gestaltet werden?*

*Welche Stellung haben Patienten im Entscheidungsprozess in eigener Sache?*

*Wie lässt sich ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den verschiedenen Pflegesettings für ältere Menschen herstellen?*

*Wann sind vertikale (eigenständige) Programme in Gesundheitssystemen sinnvoll?*

*Wie können Krankheitsmanagement-Programme für chronische Erkrankungen sämtliche Versorgungs-umgebungen und -dienstleister einbeziehen?*

*Wie kann die Migration von Gesundheitsfachkräften gesteuert werden, um negative Auswirkungen auf das Angebot zu verhindern?*

*Wie kann ein optimaler Qualifikationsmix effektiv verwirklicht werden – und warum?*

*Sind lebenslanges Lernen und Revalidierung Garantien für die Praxistauglichkeit von Ärzten?*

---

<sup>4</sup> Wichtigste Publikationen zur Konferenz [Website]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 ([http://www.euro.who.int/healthsystems/Conference/Documents/20080620\\_34?language=German](http://www.euro.who.int/healthsystems/Conference/Documents/20080620_34?language=German), eingesehen am 30. Juni 2008).

## Anhang 4: Teilnehmer

### Albanien

Saimir Kadiu  
Leiter, Abteilung Finanzplanung, Gesundheitsministerium

Dr. Ehad Mersini  
Referatsleiter, Abteilung für Politik- und Gesundheitsplanung, Gesundheitsministerium

Sherefedin Shehu  
Stellvertretender Finanzminister, Finanzministerium

Zamira Sinoimeri  
Stellvertretende Gesundheitsministerin, Gesundheitsministerium

Dr. Alban Ylli  
Leiter, Institut für öffentliche Gesundheit

### Andorra

Dr. Josep M. Casals Alis  
Regierung von Andorra

### Armenien

Prof. Ara Babloyan  
Vorsitzender, Ständiger Parlamentarischer Ausschuss für Soziales, Gesundheitsversorgung und Umweltschutz, Nationalversammlung

Prof. Vladimir Davidyants  
Leiter, Staatliches Gesundheitsinstitut

Dr. Naira Davtyan  
Leitende Sachverständige, Abteilung Finanzierung von Ausgabenprogrammen im Sozialbereich, Ministerium für Finanzen und Wirtschaft

Tigran Kostanyan  
Stellvertretender Leiter, Abteilung für makroökonomische Politik, Ministerium für Finanzen und Wirtschaft

Prof. Harutyun Kushkyan  
Gesundheitsminister, Gesundheitsministerium

Roza Melkonyan  
Persönliche Assistentin des Gesundheitsministers, Gesundheitsministerium

Dr. Gagik Sayadyan  
Leiter der Personalabteilung, Gesundheitsministerium

## Aserbaidshan

Dr. Samir Abdullayev

Leiter, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Dr. Rauf M. Aghayev

Stellvertretender Leiter, Abteilung Personal, Wissenschaft und Bildung, Gesundheitsministerium

Javid Mammadov

Stellvertretender Leiter, Abteilung Finanzierung des Sozialwesens, Finanzministerium

Prof. Oktay Shiraliyev

Gesundheitsminister, Gesundheitsministerium

Dr. Abbas Valibayov

Stellvertretender Minister, Gesundheitsministerium

## Belgien

Benoit Collin

Beigeordneter Generaladministrator, Nationales Institut für Kranken- und Invaliditätsversicherung (INAMI)

Johan De Cock

Generaladministrator, Nationales Institut für Kranken- und Invaliditätsversicherung (INAMI)

Dr. Dirk Cuypers

Vorsitzender des Verwaltungsausschusses, Föderaler Öffentlicher Dienst Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt

Pierre C. Dubuisson

Botschafter in Estland

Dr. Pascal Meeus

Gesundheitsversorgung, Abteilung für Forschung, Entwicklung und Qualitätsförderung, Nationales Institut für Kranken- und Invaliditätsversicherung (INAMI)

Dr. Leen Meulenbergs

Leiterin, Abteilung Internationale Beziehungen, Föderaler Öffentlicher Dienst Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt

Dr. Ri De Ridder

Generaldirektor, Gesundheitsversorgung, Nationales Institut für Kranken- und Invaliditätsversicherung (INAMI)

## Bosnien und Herzegowina

Dr. Marina Bera

Persönliche Assistentin des Gesundheitsministers, Gesundheitsministerium, Föderation Bosnien und Herzegowina

Dr. Drazenka Malicbegovic  
Stellvertretende Ministerin, Abteilung Gesundheit, Ministerium für Verwaltungsangelegenheiten, Bosnien und Herzegowina

## **Bulgarien**

Dr. Svetlana Spassova  
Leiterin, Direktion Nationale Gesundheitspolitik, Gesundheitsministerium

Dr. Valeri Tzekov  
Stellvertretender Gesundheitsminister, Gesundheitsministerium

Elena Ugrinova  
Leitende Sachverständige, Abteilung für EU-Angelegenheiten und Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

## **Dänemark**

Jesper Fisker  
Generaldirektor und Leitender Medizinalbeamter, Dänisches Gesundheitsamt

Dr. Svend Juul Jørgensen  
Leitende Beraterin, Dänisches Gesundheitsamt

Prof. Finn Børlum Kristensen  
Leiter, Zentrum für Gesundheitstechnologiebewertung und -förderung (CEMTV), Dänisches Gesundheitsamt

Marianne Kristensen  
Leitende Beraterin, Dänisches Gesundheitsamt

Dr. Lone de Neergaard  
Leiterin, Abteilung Planung der Gesundheitsversorgung, Dänisches Gesundheitsamt

## **Deutschland**

Dr. Birgit Cobbers  
Strategische Planung der Gesundheitspolitik, Bundesministerium für Gesundheit

Britta Groeger  
Dolmetscherin, Bundesministerium für Gesundheit

Dagmar Reitenbach  
Leiterin, Referat Z 34, Multilaterale Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, Bundesministerium für Gesundheit

Udo Scholten  
Leiter, Unterabteilung Z 3, Europäische und internationale Gesundheitspolitik, Bundesministerium für Gesundheit

Dr. Klaus-Theo Schröder  
Staatssekretär, Bundesministerium für Gesundheit

Dr. Josephine Tautz  
Referentin, Medizinische Fragen der GKV, Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP), Bundesministerium für Gesundheit

## **Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien**

Angelina Bacanovik  
Leiterin, Abteilung Rechtsfragen, Gesundheitsministerium

Nenad Kolev  
Leiter der Vertretung in Estland, Ministerium für Auswärtige Angelegenheiten

Dr. Vladimir Lazarevik  
Stellvertretender Gesundheitsminister, Gesundheitsministerium

Florija Ljatif-Maljoku  
Beraterin des Präsidenten in Gesundheitsfragen, Kabinett des Präsidenten

Dr. Edis Ramo  
Gesundheitsministerium

Dr. Imer Selmani  
Gesundheitsminister, Gesundheitsministerium

Bajram Skenderi  
Büro des Ministers, Gesundheitsministerium

## **Estland**

Tõnu Lillelaid  
Leitender Sachverständiger, Finanzministerium

Maret Maripuu  
Ministerin für Soziales, Ministerium für Soziales (*Präsidentin der Konferenz*)

Dr. Ivi Normet  
Stellvertretende Generalsekretärin für Gesundheitspolitik, Ministerium für Soziales

Dr. Ülla Karin Nurm  
Leiterin, Abteilung für öffentliche Gesundheit, Ministerium für Soziales

Ivari Padar  
Stellvertretender Finanzminister, Finanzministerium

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

Riho Tapfer  
Generalsekretär, Ministerium für Soziales

## **Finnland**

Dr. Taru Koivisto  
Politische Beraterin, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Marja-Liisa Partanen  
Stellvertretende Generaldirektorin, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Paula Risikko  
Ministerin für Soziales und Gesundheit, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Dr. Marjukka Vallimies-Patomäki  
Politische Beraterin, Abteilung Gesundheit, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Maria Waltari  
Leitende Beamtin, Abteilung Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Soziales und Gesundheit

## **Frankreich**

Géraldine Bonnin  
Delegation für europäische und internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit, Jugend, Sport und gesellschaftliches Leben

Dr. Charles Bruneau  
Abteilung Akkreditierung und Evaluation der beruflichen Praxis, Hohe Gesundheitsbehörde

Dr. Alain Fontaine  
Repräsentant, MASPRAS / Generaldirektion Gesundheit, Ministerium für Gesundheit, Jugend, Sport und gesellschaftliches Leben

Prof. Didier Houssin  
Generaldirektor für Gesundheit, Ministerium für Gesundheit, Jugend, Sport und gesellschaftliches Leben

Dr. Louis Lebrun  
Medizinischer Berater, Abteilung Krankenhauswesen und Gesundheitsversorgung, Ministerium für Gesundheit, Jugend, Sport und gesellschaftliches Leben

## **Georgien**

Dr. Sofia Lebanidze  
Leiterin, Abteilung Gesundheitswesen, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

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

## **Griechenland**

Dr. Panagiotis Efstathiou  
Leiter, Nationales Zentrum für den Gesundheitsbetrieb, Ministerium für Gesundheit und soziale Solidarität

Dr. Efstratios Geragotis

Sonderberater für EU-Angelegenheiten, Generalsekretariat, Ministerium für Gesundheit und soziale Solidarität

Marousa Liapi-Manola

Generaldirektorin für Wohlfahrt, Ministerium für Gesundheit und soziale Solidarität

Dr. Kalliopi Mantzavinou

Beraterin des Generalsekretärs für Fragen der psychischen Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und soziale Solidarität

Alexandra Papadia

Generaldirektorin für Verwaltungsdienste, Ministerium für Gesundheit und soziale Solidarität

Filomila Raidou

Leiterin, Abteilung Internationale Beziehungen, Ministerium für Gesundheit und soziale Solidarität

## **Irland**

Catherine Dardis

Persönliche Referentin der Ministerin, Abteilung Gesundheit und Kinder, Ministerium für Gesundheit und Kinder

Dr. John Devlin

Stellvertretender Leitender Medizinalbeamter, Abteilung Gesundheit und Kinder, Ministerium für Gesundheit und Kinder

Frances Fletcher

Stellvertretende Leiterin, Forschung, Beziehungen zur EU und zu anderen Staaten, Abteilung Gesundheit und Kinder, Ministerium für Gesundheit und Kinder

Mary Harney

Ministerin für Gesundheit und Kinder, Ministerium für Gesundheit und Kinder

Peter Hogan

Zweiter Sekretär, Botschaft Irlands in Estland

Noel Kilkenny

Botschafter Irlands in Estland

Oliver O'Connor

Sonderberater der Ministerin, Abteilung Gesundheit und Kinder, Ministerium für Gesundheit und Kinder

Patricia Ryan

Sonderberaterin der Ministerin für Gesundheit und Kinder, Ministerium für Gesundheit und Kinder

Darragh Scully

Privatsekretär, Ministerbüro, Abteilung Gesundheit und Kinder, Ministerium für Gesundheit und Kinder

## Island

Berglind Ásgeirsdóttir  
Ständige Sekretärin, Gesundheitsministerium

## Israel

Prof. Avi Israeli  
Generaldirektor, Gesundheitsministerium

## Italien

Dr. Laura Arcangeli  
Amtliche Sachverständige, Nationales System zur Überprüfung und Kontrolle der Gesundheitsversorgung (SIVEAS), Generaldirektion Gesundheitsplanung, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Dr. Fabrizio Carinci  
Amtlicher Sachverständiger, Nationales System zur Überprüfung und Kontrolle der Gesundheitsversorgung (SIVEAS), Generaldirektion Gesundheitsplanung, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Dr. Francesco Cicogna  
Leitender Medizinaldirektor, Generaldirektion für Beziehungen zur Europäischen Union und Internationale Beziehungen, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Dr. Gaetano Guglielmi  
Leitender Medizinaldirektor, Generaldirektion für Beziehungen zur Europäischen Union und Internationale Beziehungen, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Dr. Maria Paola Di Martino  
Generaldirektorin, Generaldirektion für Beziehungen zur Europäischen Union und Internationale Beziehungen, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

## Kasachstan

Dr. Aykan Akanov  
Rektor, Staatliche Medizinische Akademie Kasachstans

Serik Ayaganov  
Abgeordneter, Mitglied des Ausschusses für soziokulturelle Entwicklung, Senat des Parlaments der Republik Kasachstan

Dr. Anatolij G. Dernovoy  
Gesundheitsminister, Gesundheitsministerium

Salidat Kairbekova  
Leiterin, Abteilung für sozioökonomische Analysen, Kabinett des Präsidenten der Republik Kasachstan

Prof. Alexander Nersessov  
Leiter, Abteilung strategische Entwicklung und internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

Marat Shoranov  
Stellvertretender Leiter, Organisatorische und ökonomische Fragen, Wissenschaftliches Zentrum für Urologie

## **Kirgisistan**

Dr. Ainura Ibraimova  
Stellvertretende Gesundheitsministerin, Gesundheitsministerium

Dr. Mederbek Ismailov  
Leiter, Personalreferat, Gesundheitsministerium

Arzybek Kojoshev  
Stellvertretender Minister, Finanzministerium

Dr. Alimjan Koshmuratov  
Leiter, Abteilung Strategische Planung und Reformen, Gesundheitsministerium

Kiyalbek Mukashov  
Leiter, Abteilung Sozialausgaben, Finanzministerium

Dr. Dinara Saginbaeva  
Leiterin, Abteilung Organisation der Gesundheitsversorgung und der ärztlichen Approbation, Gesundheitsministerium

Dr. Nazgul Tashpaeva  
Leiterin, Abteilung Soziale Entwicklung, Zentralverwaltung von Kirgisistan

## **Kroatien**

Dr. Ante-Zvonimir Golem  
Staatssekretär, Ministerium für Gesundheit und Gemeinwohl

Kresimir Kopic  
Erster Botschaftssekretär, Botschaft der Republik Kroatien

Sibila Žabica  
Beraterin, Büro des Ministers, Ministerium für Gesundheit und Gemeinwohl

## **Lettland**

Lūcija Akermane  
Staatliches Krankenversicherungsamt

Dr. Ainārs Čivčs  
Leiter, Abteilung Öffentliche Gesundheit, Gesundheitsministerium

Dr. Viktors Jaksons  
Berater des Staatssekretärs für internationale Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

Rinalds Mucins  
Staatssekretär für politische Planung, Gesundheitsministerium

Līga Šerna  
Stellvertretende Leiterin, Abteilung Europäische Angelegenheiten und Internationale Zusammenarbeit,  
Gesundheitsministerium

## **Litauen**

Rasa Eilunavičienė  
Pressereferentin, Gesundheitsministerium

Jolanta Iždonienė  
Stellvertretende Leiterin, Gesundheitspolitik und -ökonomie, Gesundheitsministerium

Dr. Janina Kumpiene  
Staatssekretärin, Gesundheitsministerium

Martynas Pukas  
Leitender Sachverständiger, Abteilung Auswärtige Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

Dr. Rimvydas Turčinskas  
Gesundheitsminister, Gesundheitsministerium

## **Luxemburg**

Roger Consbruck  
Sachverständiger für das Krankenhauswesen, Gesundheitsministerium

## **Malta**

Antony Cassar  
Leiter, Überwachung der Programmumsetzung, Ministerium für Soziales

Dr. Joseph Cassar  
Parlamentarischer Staatssekretär für Gesundheit

M. Vella Haber  
Persönlicher Assistent des Parlamentarischen Staatssekretärs

Dr. Ray G. Xerri  
Leiter, Abteilung Besondere Maßnahmen, Ministerium für Soziales

## **Monaco**

Jean-Jacques Campana  
Berater der Regierung für Gesundheit und Soziales, Staatsministerium

Dr. Thierry Picco  
Generaldirektor, Abteilung Gesundheit und Soziales, Staatsministerium

## Montenegro

Ramo Bralic  
Leiter, Krankenversicherungsfonds Montenegros

Valentina Dragojevic  
Dolmetscherin, Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Soziales

Mirjana Kojicic  
Stellvertretende Leiterin, Krankenversicherungsfonds Montenegros

Smiljka Kotlica  
Ministerialsekretärin, Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Soziales

Nina Milovic  
Beraterin, Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Soziales

Lorena Vlahovic  
Presseberaterin, Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt

## Niederlande

Annemiek van Bolhuis  
Leiterin der Abteilung für Ernährung, Gesundheitsschutz und Prävention, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport

Lejo van der Heiden  
Projektleiter, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport

Serge Heijnen  
Vertreter, Forschungsforum Gesundheitssysteme, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport

Lenie Kootstra  
Leiterin, Abteilung Internationales, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport

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

Diana M. J. J. Monissen  
Generaldirektorin für kurative Versorgung, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport

Frieda M. Nicolai  
Leitende Beraterin, Abteilung Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport

Marc J. W. Sprenger  
Generaldirektor, Nationales Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt (RIVM)

Prof. Gert P. Westert  
Leiter, Bericht über Leistungsfähigkeit der Gesundheitsversorgung, Zentrum für Prävention und Gesundheitswesensforschung, Nationales Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt (RIVM)

## Norwegen

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

Dr. Bjørn-Inge Larsen  
Generaldirektor, Direktion für Gesundheit

Toril Roscher-Nielsen  
Generaldirektorin, Abteilung Internationale Zusammenarbeit und Bereitschaft, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

Arne-Petter Sanne  
Leiter, Multilaterale Angelegenheiten, Sekretariat für internationale Zusammenarbeit

Tone Wroldsen  
Beraterin, Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste

## Österreich

Dr. Clemens Martin Auer  
Sektionsleiter, Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend

Mag. Birgit Bürger  
Stellvertretende Leiterin, Kabinett der Bundesministerin, Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend

Daniela Klinser  
Pressesprecherin der Bundesministerin, Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend

Alexandra Punzet  
Stellvertretende Leiterin, Abteilung Internationale Gesundheitsbeziehungen, Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend

## Polen

Dr. Adam Fronczak  
Unterstaatssekretär, Gesundheitsministerium

Sylwia Lis  
Leiterin, Abteilung Krankenversicherungswesen, Gesundheitsministerium

Dr. Michal Marek  
Ministerieller Berater, Abteilung Krankenversicherungswesen, Gesundheitsministerium

## Portugal

Prof. José Maria Albuquerque  
Stellvertretender Hochkommissar für Gesundheit, Gesundheitsministerium

Prof. Maria Céu Machado  
Hochkommissarin für Gesundheit, Gesundheitsministerium

Dr. Paulo Jorge de Morais Zamith Nicola  
Medizinischer Berater, Hochkommissarin für Gesundheit, Gesundheitsministerium

Dr. Manuel Teixeira  
Gesundheitsministerium

## **Republik Moldau**

Dr. Eugenia Berzan  
Leiterin, Abteilung internationale Beziehungen und externer Beistand, Gesundheitsministerium

Dr. Larisa Catrinici  
Gesundheitsministerin, Gesundheitsministerium

Dr. Aurel Grosu  
Vorsitzender, Beratender Sachverständigenausschuss, Gesundheitsministerium

Dr. Cristina Mahu  
Abteilungsleiterin, regionale Zusammenarbeit mit Südosteuropa, Ministerium für auswärtige Angelegenheiten und europäische Integration

Larisa Rotaru  
Abteilung Personal- und Lohnpolitik, Ministerium für Wirtschaft und Handel

Larisa Stucalov  
Stellvertretende Leiterin, Abteilung Personal- und Lohnpolitik, Ministerium für Wirtschaft und Handel

Dr. Ghenadie Turcanu  
Leiter, Politikanalyse, Überwachung und Evaluation, Gesundheitsministerium

## **Rumänien**

Mircea Manuc  
Staatssekretär, Gesundheitsministerium

Silvia Olteanu  
Gesundheitsattachée, Öffentliche Gesundheitspolitik, Ständige Vertretung Rumäniens bei der EU

## **Russische Föderation**

Dr. Oleg Chestnov  
Stellvertretender Leiter, Abteilung für Internationale Zusammenarbeit und Öffentlichkeitsarbeit, Ministerium für Gesundheit und Soziale Entwicklung

Prof. Ruslan Khalfin  
Stellvertretender Minister, Ministerium für Gesundheit und soziale Entwicklung

Nadejda Kuleshova  
Chefsachverständige, Abteilung für Internationale Zusammenarbeit und Öffentlichkeitsarbeit, Ministerium für Gesundheit und Soziale Entwicklung

## San Marino

Mauro Chiaruzzi  
Gesundheitsminister, Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit, nationales Versicherungswesen und Gleichstellung der Geschlechter

Dr. Fabio Della Balda  
Persönlicher Sekretär, Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit, nationales Versicherungswesen und Gleichstellung der Geschlechter

Paolo Pasini  
Generaldirektor, Institut für Gesundheitsdienste, Praxiszulassung, Akkreditierung und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen

## Schweden

Ingvor Bjugård  
Abteilung Gesundheit und Soziales, Schwedischer Kommunal- und Regionalverband

Anna Halén  
Stellvertretende Leiterin, Internationale Angelegenheiten und Europäische Union, Ministerium für Gesundheit und Soziales

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

Bosse Pettersson  
Leitender Ratgeber und unabhängiger Berater, Gesundheitspolitik, Nationales Institut für öffentliche Gesundheit

Olivia Wigzell  
Stellvertretende Generaldirektorin, Ministerium für Gesundheit und Soziales

## Schweiz

Delphine Sordat Fornerod  
Wissenschaftliche Beraterin, Abteilung Internationales, Bundesamt für Gesundheit

Alexandre von Kessel  
Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Stellvertretender Leiter, Abteilung Internationales, Bundesamt für Gesundheit

Dr. Gaudenz Silberschmidt  
Vizedirektor, Leiter Abteilung Internationales, Bundesamt für Gesundheit

Prof. Thomas Zeltner  
Staatssekretär, Leiter, Bundesamt für Gesundheit

## Serbien

Prof. Tomica Milosavljević  
Gesundheitsminister, Gesundheitsministerium (*Vizepräsident der Konferenz*)

Dr. Ivana Mišić  
Stellvertretende Ministerin, Referat Gesundheitsversorgung und Gesundheitsüberwachung, Gesundheitsministerium

Dr. Elizabet Paunović  
Stellvertretende Gesundheitsministerin, Referat EU-Integration und internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

## Slowakei

Dr. Klára Frečerová  
Generaldirektorin, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

Dr. Adam Hochel  
Generaldirektor für Gesundheit, Gesundheitsministerium

## Slowenien

Dr. Tit Albreht  
Berater des Institutsleiters, Staatliches Institut für Öffentliche Gesundheit

Dr. Vesna-Kerstin Petrič  
Leiterin, Abteilung Gesundheitsförderung und Gesunde Lebensweisen, Gesundheitsministerium

Dr. Marija Seljak  
Leiterin, Staatliches Institut für Öffentliche Gesundheit

## Spanien

Dr. Alberto Infante Campos  
Generaldirektor, Zusammenhalt des nationalen Gesundheitssystems, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz

Dr. Concepción Colomer Revuelta  
Leiterin, Observatorium für das nationale Gesundheitssystem und Observatorium für die Gesundheit von Frauen, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz

José Perez Lazaro  
Stellvertretender Generaldirektor, Abteilung Internationale Beziehungen, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

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

## Tadschikistan

Ilhom S. Bandaev  
Referatsleiter, Abteilung Reformen und Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

Dr. Salomudin Isupov  
Leiter, Abteilung Personalwesen, Gesundheitsministerium

Dr. Shamsidin M. Kurbonov  
Leiter, Abteilung Gesundheit von Müttern und Kindern, Gesundheitsministerium

Dr. Dilorom Sadikova  
Leiterin, Abteilung Reformen und Internationale Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

Nousratullo F. Salimov  
Gesundheitsminister, Gesundheitsministerium

## Tschechische Republik

Dr. Lucie Bryndová  
Beraterin des Ministers, Gesundheitsministerium

Dr. Pavel Hroboň  
Stellvertretender Minister, Gesundheitsministerium

Dr. Tomáš Julínek  
Gesundheitsminister, Gesundheitsministerium

Lucie Rounova  
Übersetzerin, Gesundheitsministerium

Martina Tothova  
Leiterin, Abteilung Internationale Angelegenheiten und die Europäische Union, Gesundheitsministerium

## Türkei

Prof. Sabahattin Aydın  
Stellvertretender Staatssekretär, Gesundheitsministerium

Sevim Tezel Aydın  
Stellvertretende Leiterin, Abteilung Auswärtige Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

Dr. Fehmi Aydınlı  
Stellvertretender Generaldirektor, Direktion für primäre Gesundheitsversorgung, Gesundheitsministerium

Kamuran Özden  
Leiter, Abteilung Auswärtige Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

Murat Ugurlu  
Abteilungsleiter, Finanzministerium

## Ukraine

Prof. Tetiana Gruzeva  
Leiterin, Staatliche Medizinische Universität

Dr. Oleksandr Tolstanov  
Leiter, Regionalverwaltung Zhytomyr

Zhanna Tsenilova  
Leiterin, Abteilung Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium

## Ungarn

Dr. Mihály Kökény  
Vorsitzender, Gesundheitsausschuss, ungarisches Parlament

Noémi Kondorosi  
Beraterin, Abteilung Europäische und internationale Angelegenheiten, Gesundheitsministerium

B. Alex Lawani  
Dolmetscher, Gesundheitsministerium

Dr. Katalin Rapi  
Stellvertretende Generaldirektorin, Verwaltung des Nationalen Gesundheitsfonds

Dr. Tamás Székely  
Gesundheitsminister, Gesundheitsministerium

## Usbekistan

Dr. Abduvali Agzamov  
Leiter, Zentrum für Privatisierung und gebührenpflichtige Leistungen, Gesundheitsministerium

Dr. Vasila S. Alimova  
Leiterin, Abteilung Therapie und Prophylaxe, Gesundheitsministerium

## Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland

Dr. Fiona Adshead  
Stellvertretende Leitende Medizinalbeamtin, Leitende Beraterin der Regierung zum Thema Ungleichheiten im Gesundheitsbereich, Gesundheitsministerium

Chris Brookes  
Programmleiter, Ungleichheiten im Gesundheitsbereich auf internationaler Ebene, Gesundheitsministerium

Maggie Davies  
Hauptberaterin, Internationale Gesundheitsverbesserung, Gesundheitsministerium

Prof. David R. Harper  
Leitender Wissenschaftler und Generaldirektor, Direktion Gesundheitsverbesserung und Gesundheitsschutz, Gesundheitsministerium

## Weißrussland

Dr. Igor Vladimirov Brovko  
Leiter, Abteilung Organisation der medizinischen Hilfe, Gesundheitsministerium

Aleksandr Ostrovsky  
Generalkonsul, Generalkonsulat Weißrussland in Tallinn

Dr. Vasilii Ivanovich Zharko  
Gesundheitsminister, Gesundheitsministerium

## Zypern

Dr. Elisavet Constantinou  
Leitende Medizinalbeamtin, Gesundheitsministerium

Christos Patsalides  
Gesundheitsminister, Gesundheitsministerium

Dr. Andreas Polynikis  
Leitender Medizinalbeamter, Gesundheitsministerium

## Beobachter aus Mitgliedstaaten der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa

### *Kanada*

Gavin Brown  
Leiter, Abteilung Gesundheitsversorgung, Health Canada

### *Vereinigte Staaten von Amerika*

Jessica Adkins  
Leiterin, Politisch-wirtschaftliche Abteilung, Botschaft der Vereinigten Staaten in Estland

Taimi Alas  
Sachverständige, Politisch-wirtschaftliche Abteilung, Botschaft der Vereinigten Staaten in Estland

## Repräsentanten von Organisationen der Vereinten Nationen und anderer Organisationen

### *Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF)*

Dr. Shahnaz Kianian-Firouzgar  
Stellvertretende Regionaldirektorin, UNICEF-Regionalbüro für MOE, GUS und Baltikum

Toomas Palu  
Estnisches Nationalkomitee, UNICEF Estland

Dr. Dragoslav Popovic  
Sachverständiger, Immunisierung, UNICEF-Regionalbüro für MOE, GUS und Baltikum

### *Weltbank*

Dr. Armin H. Fidler  
Leitender gesundheitspolitischer Berater, Netzwerk Menschliche Entwicklung, Gesundheit, Ernährung und Bevölkerung, Regionalbüro für Europa und Baltikum

Patricio V. Marquez  
Leitender gesundheitlicher Berater, Netzwerk Menschliche Entwicklung, Regionalbüro für Europa und Baltikum

## **Repräsentanten von zwischenstaatlichen Organisationen**

### *Europäische Kommission*

Nathalie Chaze  
Referentin, Referat Gesundheitspolitische Strategie und Gesundheitssysteme, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher

Erdem Erginel  
Mitglied des Kabinetts, EU-Kommissarin für Gesundheit

Nick Fahy  
Leiter, Referat Gesundheitsinformationen, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher

Elisabeth Kidd  
Referentin, Referat Gesundheitspolitische Strategie und Gesundheitssysteme, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher

Toivo Klaar  
Leiter der Vertretung in Estland

Dr. Bernard Merkel  
Leiter, Referat Gesundheitspolitische Strategie und Gesundheitssysteme, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher

Jan Paehler  
Wissenschaftsreferent, Öffentliche Gesundheitsforschung, Direktion Gesundheit, Generaldirektion Forschung

Dr. Tapani Piha  
Leiter, Referat Gesundheitsrecht und internationale Fragen, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher

Dr. Matti Rajala  
Ministerieller Berater, Ständige Vertretung der Europäischen Kommission bei den Vereinten Nationen und anderen Internationalen Organisation in Genf

Madeleine Reid

Juristische Referentin, EU-Arbeitsrecht, Generaldirektion Beschäftigung, soziale Angelegenheiten und Chancengleichheit

Dr. Andrzej Jan Rys

Direktor, Öffentliche Gesundheit und Risikobewertung, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher

Androula Vassiliou

Europäische Kommissarin für Gesundheit

### *Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC)*

John O'Toole

Leiter, Außenbeziehungen und Partnerschaften

### *Europarat*

Dr. Piotr Mierzewski

Leiter, Abteilung Gesundheit

### *European Investment Bank*

Christine Blades

Leitende Wirtschaftsreferentin, Direktion Projekte

Philippe Maystadt

Präsident

### *Internationale Organisation für Migration*

Roumyana Petrova-Benedict

Oberste Beauftragte für Migrationsgesundheit in Europa, Verbindungsperson zur EU und zur Europäischen Kommission

### *Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung*

Aart de Geus

Stellvertretender Generalsekretär

Dr. Peter Scherer

Leiter, Abteilung Familiengesundheit, Direktorat für Beschäftigung, Arbeitsmarkt und Soziales

## **Repräsentanten von nichtstaatlichen Organisationen, die offizielle Beziehungen zur WHO unterhalten**

### *Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger*

David C. Benton

Berater, Pflege- und Gesundheitspolitik

### *Weltverband Praktischer Ärzte*

Dr. Egle Zebiene  
Abteilung Familienmedizin

### **Gäste und Beobachter aus dem Gastgeberland**

Arto Aas  
Berater des Ministerpräsidenten und Büroleiter, Staatskanzlei der Republik Estland

Jaak Aab  
Mitglied des estnischen Parlaments

Dr. Ain Aaviksoo  
Leiter des Programms für Gesundheitspolitik, PRAXIS-Zentrum für politische Studien

Tõnis Allik  
Vorsitzender, Verwaltungsausschuss, Medizinisches Zentrum Nord-Estland

Dr. Ralf Allikvee  
Vorsitzender, Verwaltungsausschuss, Zentralkrankenhaus Ost-Tallinn

Dr. Tiiu Aro  
Generaldirektorin, Gesundheitsamt

Dr. Toomas Asser  
Dekan, Medizinische Fakultät, Universität Tartu

Hannes Danilov  
Vorsitzender des Verwaltungsausschusses, estnischer Krankenversicherungsfonds

Triin Habicht  
Leiterin, Abteilung Gesundheitsökonomie, estnischer Krankenversicherungsfonds

Dr. Maris Jesse  
Leiterin, Staatliches Institut für Gesundheitsentwicklung

Dr. Tiina Juhansoo  
Vize-Rektorin für Entwicklung, Hochschule für Gesundheit Tallinn

Dr. Katrin Kaarma  
Leiterin, Gewerbeaufsichtsamt

Dr. Kristiina Kahur  
Leitende Gesundheitsökonomin, estnischer Krankenversicherungsfonds

Dr. Üllar Kaljumäe  
Leitung, estnischer Gesundheitsversorgungsrat

Anneli Kannus  
Rektorin, Schule für Gesundheitsversorgung Tartu

Keit Kasemets  
Leiter, Abteilung Strategie, Staatskanzlei der Republik Estland

Piret Kruuser  
Vorstandsvorsitzende, Estnischer Verband der Gesundheitsberufe

Tõnis Kõiv  
Mitglied des Parlaments

Dr. Ago Kõrgvee  
Vorsitzender des Exekutivrats, Bund der estnischen Ambulanzdienste

Heli Laarmann  
Leiterin, Chemikaliensicherheit, Abteilung für öffentliche Gesundheit, Ministerium für Soziales

Dr. Peeter Laasik  
Vorstandsvorsitzender, Elva-Hospital

Dr. Aili Laasner  
Vorstandsvorsitzende, Estnischer Verband für Gesundheitsförderung

Helve Luik  
Vorsitzende, Estnischer Behindertenverband

Dr. Merike Martinson  
Stellvertretende Bürgermeisterin, Gesundheit und Sozialversorgung, Stadtverwaltung Tallinn

Dr. Andrus Mäesalu  
Leiter der Chirurgie, Zentralkrankenhaus Ost-Tallinn

Peep Mühls  
Vorstandsvorsitzender, Stiftung für öffentliches Verständnis

Ülle-Marika Põldma  
Leiterin, Protokoll, Staatskanzlei der Republik Estland

Siiri Põllumaa  
Präsidentin, Hebammenverband

Inna Rahendi  
Präsidentin, Estnischer Verband der Gesundheitsberufe

Dr. Kristin Raudsepp  
Generaldirektorin, Staatliche Arzneimittelbehörde

Johannes Rebane  
Pressereferent, Ministerium für auswärtige Angelegenheiten

Marge Reinap  
Leiterin, Referat Gesundheitspolitik, Abteilung Öffentliche Gesundheit, Ministerium für Soziales

Pille Saar

Leitende Sachverständige, Referat Systemressourcen, Abteilung Gesundheitsversorgung, Ministerium für Soziales

Kaidi Sarv

Leitende Pharmazeutin, estnischer Pharmazeutenverband

Katrin Sibul

Amtierende Leiterin, Ständige Vertretung Estlands bei den Vereinten Nationen und anderen Internationalen Organisationen in Genf

Dr. Urmas Siigur

Vorsitzender des Exekutivrats, Universitätskrankenhaus Tartu

Kyllike Sillaste-Elling

Beraterin des Ministerpräsidenten, Staatskanzlei der Republik Estland

Eve Sirp

Beraterin, Ministerium für auswärtige Angelegenheiten

Dr. Urmas Sule

Vorsitzender des Exekutivrats, Pärnu-Hospital

Harri Taliga

Vorsitzender, Estnischer Gewerkschaftsbund

Paul Teesalu

Leiter, Abteilung Internationale Organisationen, Ministerium für auswärtige Angelegenheiten

Dr. Jelena Tomasova

Leiterin, Gesundheitsschutzbehörde Tallinn

Andres Tsahkna

Ministerieller Berater, Ministerium für Soziales

Dr. Anneli Uuskula

Vorsitz, Abteilung öffentliche Gesundheit, Universität Tartu

Dr. Piret Väli

Präsidentin, Region Tallinn, Estnische Gesellschaft für Zahnmedizin

## **Gäste und eingeladene Redner**

Andrus Ansip

Ministerpräsident, Estland

Prof. Sir Michael Marmot

Leiter, International Institute for Society and Health und Forschungsprofessor, Abteilung für Epidemiologie und Bevölkerungsgesundheit, University College London

Prof. Martin McKee

Professor für öffentliche Gesundheitsforschung in Europa, Hochschule für Hygiene und Tropenmedizin, London, und Leiter der Abteilung Forschungspolitik, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik

Prof. Uwe Reinhardt

James-Madison-Lehrstuhl für politische Ökonomie und Professor für Ökonomie, Princeton-Universität, Princeton, New Jersey, Vereinigte Staaten

Mary Robinson

Präsidentin, Realizing Rights: Ethical Globalization Initiative, und Ko-Vorsitzende, Health Worker Global Policy Advisory Council, New York, Vereinigte Staaten

Prof. Peter C. Smith

Leiter, Zentrum für Gesundheitsökonomie, Universität York, Vereinigtes Königreich

### *Das Europäische Netzwerk für Gesundheitstechnologiebewertung (EUnetHTA)*

Dr. Kristian Lampe

Leitender Medizinalbeamter, Finnisches Amt für Gesundheitstechnologiebewertung (FinOHTA), Finnland

Dr. Francois Meyer

Direktor, Medizinische, ökonomische und gesundheitspolitische Evaluation, Hohe Gesundheitsbehörde, Frankreich

### *Gesundheitsinformations- und Wissenssystem der EU (EUPHIX)*

Monique Kuunders

Wissenschaftlerin, Nationales Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt (RIVM), Niederlande

Prof. Bernard Ledésert

Direktor, regionales Gesundheitsobservatorium Languedoc-Roussillon, Frankreich

Prof. Johannes van Oers

Projektleiter, Nationales Institut für öffentliche Gesundheit, Niederlande

Eveline van der Wilk

Forscherin, Nationales Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt (RIVM), Niederlande

### *Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria*

Prof. Michel Kazatchkine

Exekutiv-Direktor

Madeleine Leloup

Leitende Beraterin des Exekutiv-Direktors

### *Global Health Workforce Alliance*

Beth Magne-Watts  
Referentin für Überzeugungsarbeit und Kommunikation

Dr. Mubashar R. Sheikh  
Exekutiv-Direktor

### *Netzwerk „Regionen für Gesundheit“ (RHN)*

Prof. Rainer Fehr  
Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW), Bielefeld, Deutschland

Dr. Marianna Penzes  
Gesundheitsfakultät der Universität Debrecen, Nyíregyháza, Ungarn

Dr. Manfred H.J. Schmitz  
Leiter, Abteilung Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Deutschland

### **Berater auf Zeit**

Prof. Rifat A. Atun  
Professor für internationales Gesundheitsmanagement, Leiter, Zentrum für Gesundheitsmanagement, Tanaka Business School, Imperial College, London, Vereinigtes Königreich

Prof. James Buchan  
Gesundheitswissenschaften, Königin-Margaret-Universität, Edinburgh, Vereinigtes Königreich

Prof. Reinhard Busse  
Institut für Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin, Deutschland und Assoziierter Forschungsdirektor, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik

Kate Charlesworth  
Forschungsstipendiatin, Hochschule für Hygiene und Tropenmedizin London, Vereinigtes Königreich

Dr. David Chinitz  
Dozent, Gesundheitspolitik und -management, Schule für öffentliche Gesundheit, Hebräische Universität Hadassah, Israel

Prof. Douglas Conrad  
Professor für Gesundheitsversorgung und Stellvertretender Leiter, Zentrum für Gesundheitsmanagementforschung, Abteilung Gesundheitsversorgung, Universität Washington, Seattle, Vereinigte Staaten

Dr. Angela Coulter  
Leitende Verantwortliche, Picker-Institut Europa, Oxford, Vereinigtes Königreich

Dr. Peter Coyte

Professor für Gesundheitsökonomie und Vorsitzender, Abteilung Gesundheitspolitik, -management und -evaluierung, Universität Toronto, Kanada

Dr. Arnold Epstein

John-H.-Foster-Professur für Gesundheitspolitik, Vorsitzender, Abteilung Gesundheitspolitik und Gesundheitsmanagement, Harvard School of Public Health, Boston, Vereinigte Staaten

Ewout van Ginneken

Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin, Deutschland

Prof. Niek S. Klazinga

Professor für Sozialmedizin, Abteilung für Sozialmedizin, Akademisches Medizinstudium, Universität Amsterdam, Niederlande

Dr. John N. Lavis

Außerordentlicher Professor und Inhaber des kanadischen Forschungslehrstuhls für Wissenstransfer und -austausch, Zentrum für Gesundheitswissenschaften, McMaster University, Hamilton, Kanada

Prof. Jon Magnussen

Medizinische Fakultät, Abteilung für öffentliche Gesundheit, Norwegische Universität für Wissenschaft und Technologie, Trondheim

Prof. José M. Martin-Moreno

Professor für Medizin und öffentliche Gesundheit, Medizinische Fakultät, Universität Valencia, Spanien

David McDaid

Koordinator, Mental Health Economics European Network, und Forschungsstipendiat, London School of Economics and Political Science, Vereinigtes Königreich

Dr. Ellen Nolte

Leitende Dozentin, European Centre on Health of Societies in Transition, Hochschule für Hygiene und Tropenmedizin, London, Vereinigtes Königreich

Prof. Charles Normand

Edward-Kennedy-Professur für Gesundheitspolitik und -management, Trinity College, Universität Dublin, Irland

Irene Papanicolas

Gastforscherin, LSE Health, London School of Economics and Political Science, Vereinigtes Königreich

Prof. Richard B. Saltman

Professor für Gesundheitspolitik und -management, Abteilung Gesundheitspolitik und -management, Rollins School of Public Health, Emory-University, Atlanta, Vereinigte Staaten, und Assoziierter Forschungsdirektor, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik

Dr. Paul G. Shekelle

Direktor, Southern California Evidence-Based Practice Center, RAND Corporation, Santa Monica, Vereinigte Staaten

Prof. Igor Sheiman

Forscher, Ökonomie der öffentlichen Hand, Staatliche Universität – Hochschule für Ökonomie, Moskau, Russische Föderation

Debbie Singh

London, Vereinigtes Königreich

Corinna Sorenson

LSE Health, London School of Economics and Political Science, Vereinigtes Königreich

Dr. Caren Weilandt

Stellvertretende Direktorin, Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD), Bonn, Deutschland

Norbert Wilk

Stellvertretender Leiter, Abteilung Analyse, Amt für Gesundheitstechnologiebewertung in Polen, Warschau

## **Beobachter**

### *British Medical Journal*

Dr. Tessa Richards

Stellvertretende Redakteurin

### *Europäische Allianz für öffentliche Gesundheit*

Paul Belcher

Nicht geschäftsführender Direktor

### *Europäische Föderation der Pflegeverbände*

Paul De Raeve

Generalsekretär

### *Europäisches Forum der Ärzteverbände und der WHO*

Dr. Ramin Walter Parsa-Parsi

Abteilungsleiter, Bundesärztekammer

Dr. René Salzberg

Berater

### *Europäisches Forum der nationalen Pflege- und Hebammenverbände und der WHO*

Mary Higgins

Stellvertretende Leiterin, Abteilung Hebammenwesen, Verband irischer Krankenschwestern und -pfleger

Madeline Spiers

Vorsitzende

### *European Forum for Primary Care*

Diederik Aarendonk  
Koordinator

### *European Public Health Association*

Dr. Dineke Zeegers-Paget  
Verantwortliche Direktorin

### *European Society for Quality in Healthcare*

Laimutis Paskevicius  
Exekutivratsmitglied

### *EuroPharm Forum*

Dr. T. F. J. Tromp  
Koordinator, Gesundheitssystemprogramm

### *Globales Bündnis für Impfstoffe und Immunisierung (GAVI)*

Nilgun Aydogan  
Programmleiterin

### *Internationale Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften (IFRC)*

Georg Habsburg  
Präsident, Ungarisches Rotes Kreuz

### *Internationaler Verband für Familienplanung (IPPF) Europäisches Netzwerk*

Irene Donadio  
Fachreferentin für Überzeugungsarbeit

### *Internationales Forum Gastein*

Prof. Gunther Leiner  
Präsident

Matthias Schuppe  
Generalsekretär

### *Nationales Forschungs- und Entwicklungszentrum für Gemeinwohl und Gesundheit (STAKES), Finnland*

Dr. Ilmo Keskimäki  
Leiter, Abteilung Gesundheitsversorgungsforschung

Marko Lähteenmäki  
Entwicklungsleiter

Tiina Puhazza  
Planungsreferentin

Prof. Vappu Taipale  
Generaldirektorin

Anna Turunen  
Planungsreferentin

### *Projekt Hoffnung*

Judit Csiszar  
Regionaldirektorin

### *The Lancet*

Dr. Astrid James  
Stellvertretende Redakteurin

## **Weltgesundheitsorganisation**

### *Regionalbüro für Europa*

Susan M. R. Ahrenst  
Programmassistentin, Gesundheitssysteme der Länder

Marija Andjelkovic  
Verwaltungsassistentin, WHO-Länderbüro Slowenien

Dr. Anshu Banerjee  
Leiter, WHO-Länderbüro Albanien

Dr. Enis Barış  
Direktor, Abteilung Gesundheitssysteme der Länder

Karim Benthani  
Verwaltungsdienste, Beschaffungs- und Konferenzverantwortlicher

Mary Stewart Burgher  
Redakteurin, Gesundheitsinformationsdienste

André Calmis  
Fachassistent, IT-Unterstützung der Länderbüros, IT-Kundendienst

Oluf Christoffersen  
Aufsichtsführender, Druck- und Konferenzdienste

Dr. Yelizabet Danielyan  
Leiter, WHO-Länderbüro Armenien

Dr. Marc Danzon  
WHO-Regionaldirektor für Europa

Joachim Robin Dartell  
Fachreferent, Länderaktivitäten Managementunterstützung

Dr. Antonio Duran  
Berater

Dr. François Decaillet  
Leitender Politischer Berater und Repräsentant des WHO-Regionalbüros für Europa bei der Europäischen Union

Sasa Delic  
Assistent, Druck- und Konferenzdienste

Dr. Lucica Ditiu  
Medizinische Referentin, Übertragbare Krankheiten

Dr. Nedret Emiroglu  
Direktorin a. i., Abteilung Gesundheitsprogramme

Mirona Eriksen  
Programmassistentin, Büro des Regionaldirektors

Dr. Josep Figueras  
Leiter, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik – Europäisches Zentrum der WHO für Gesundheitspolitik, Brüssel

Elena Galmond  
Programmassistentin, Gesundheitssysteme der Länder

Kamran Garakhanov  
Leiter, WHO-Länderbüro Aserbaidshan

Dr. Bernhard Rudolf Gibis  
Leiter a.i., Gesundheitsinformationsdienste

Dr. Jarno Habicht  
Leiter, WHO-Länderbüro Estland

Clayton Hamilton  
Datenbanken-Koordinator, Lösungsentwicklung

Tine Hansen  
Praktikantin

Gitte Andersen Havn  
Assistentin, Allgemeine Dienste, Verwaltung, Beschaffung und Konferenzen

Birgit Heesemann-Nielsen  
Dokumentations- und Übersetzungsassistentin, Gesundheitsinformationsdienste

Imre Hollo  
Direktor, Abteilung Verwaltung und Finanzen

Dr. Gabit Ismailov  
Leiter, WHO-Länderbüro Kasachstan

Marijan Ivanusa  
Leiter, WHO-Länderbüro Slowenien

Anne Elizabeth Jakobsen  
Fachassistentin, Strategische Gruppe

Kees de Joncheere  
Regionalbeauftragter, Politik und Systeme der Länder

Bent Jørgensen  
Verantwortlicher für Büroausstattung, Druck- und Konferenzdienste

Dr. Matthew Jowett  
Leitender Sachverständiger für Gesundheitsfinanzierung

Kaja Kaasik-Aaslav  
Praktikantin

Yulnara Kadirova  
Programmassistentin, Nichtübertragbare Krankheiten und Umwelt

Dr. Antoinette Kaic-Rak  
Leiterin, WHO-Länderbüro Kroatien

Dr. Bahtygul Karriyeva  
Leiterin, WHO-Länderbüro Turkmenistan

Dr. Marija Kisman  
Leiterin, WHO-Länderbüro der ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien

Dr. Rusudan Klimiashvili  
Leiter, WHO-Länderbüro Georgien

Blerim Komoni  
Logistikassistent, WHO-Büro Pristina

Yavuz Mehmet Kontas  
Länderreferent, WHO-Länderbüro Türkei

Kadri Kont-Kontson  
Verwaltungsassistentin, WHO-Länderbüro Estland

Dr. Agris Koppel  
Fachreferent, WHO-Länderbüro Estland

Dr. Michal Krzyzanowski  
Regionalbeauftragter

Joseph Kutzin  
Referatsleiter, Politik und Systeme der Länder

Suszy Lessof  
Projektleiterin, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik – Europäisches Zentrum der WHO für Gesundheitspolitik, Brüssel

Dr. Lucianne Licari  
Regionalbeauftragte, Umwelt und Gesundheit, Koordination und Partnerschaften

Claudia Bettina Maier  
Fachreferentin, Forschungsstipendiatin, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik – Europäisches Zentrum der WHO für Gesundheitspolitik, Brüssel

Maria Teresa Marchetti  
Verwaltungsreferentin, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik – Europäisches Zentrum der WHO für Gesundheitspolitik, Brüssel

Dr. Srdan Matic  
Amtierender Referatsleiter, Übertragbare Krankheiten

Geraldine McWeeney  
Fachreferentin, Umwelt und Gesundheit in Südosteuropa

Dr. Nata Menabde  
Stellvertretende Regionaldirektorin

Sherry Merkur  
Forschungsstipendiatin – Web-Referentin, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik – Europäisches WHO-Zentrum für Gesundheitspolitik, Brüssel

Tanya Michaelsen  
Kommissarische Administratorin für Sonderveranstaltungen, Partnerschaften und Kontakte

Dr. Luigi Migliorini  
Leiter, WHO-Länderbüro der Russischen Föderation

Dr. Paulina Marianna Miskiewicz  
Leiterin, WHO-Länderbüro Polen

Dr. Oskon Moldokulov  
Leiter, WHO-Länderbüro Kirgisistan

Natela Nadareishvili  
Fachreferentin, Länderaktivitäten Managementunterstützung

Liuba Negru  
Öffentlichkeitsarbeit, Presse- und Medienbeziehungen, Partnerschaften und Kontakte

Jens Nielsen  
Fachassistent, Arbeitsablauf (Produktion und Betreuung)

Dr. Dorit Nitzan Kaluski  
Managerin, WHO-Länderbüro Serbien

Dr. Arun Nanda  
Berater für Gesundheitsgefahren, Abteilung Gesundheitsprogramme

Elena Nivaro  
Assistent des Direktors, Büro des Direktors, Abteilung Verwaltung und Finanzen

Jonathan North  
Fachreferent Veröffentlichungen, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik – Europäisches Zentrum der WHO für Gesundheitspolitik, Brüssel, und LSE Health, London School of Economics and Political Science, Vereinigtes Königreich

Dr. Victor Olsavszky  
Leiter, WHO-Länderbüro Rumänien

Willy Palm  
Fachreferent für Informationsverbreitung, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik – Europäisches Zentrum der WHO für Gesundheitspolitik, Brüssel

Dr. Galina Perfilieva  
Regionalbeauftragte, Humanressourcen im Gesundheitswesen, Politik und Systeme der Länder

Dr. Govin Permanand  
Fachreferent, Gesundheitsinformationsdienste

Dr. Robertas Petkevicius  
Leiter, WHO-Länderbüro Litauen

Teresa Pinto  
Praktikantin

Dr. Igor Pokanevych  
Leiter, WHO-Länderbüro Ukraine

Dr. Maria Cristina Profili  
Koordinatorin der Ministerkonferenz Gesundheitssysteme

Francesca Racioppi  
Leiterin, Zentrum zur Erforschung der gesundheitlichen Auswirkungen von Umwelt- und Entwicklungspolitik

Janna Riisager  
Verwaltungsreferentin, Büro des Regionaldirektors

Charles Robson  
Leiter, Übersetzung und Redaktion, Gesundheitsinformationsdienste

Anna Roepstorff  
Programmassistentin, Partnerschaften und Kontakte

Dr. Aiga Rurane  
Leiter, WHO-Länderbüro Lettland

Cristiana Salvi  
Fachreferentin, Partnerschaften und Kontakte

Dr. Darina Sedláková  
Leiterin, WHO-Länderbüro Slowakei

Dr. Santino Severoni  
Leiter, WHO-Länderbüro Tadschikistan

Tarang Sharma  
Praktikantin

Dr. Elena Shevkun  
Fachreferentin, Länderaktivitäten Managementunterstützung

Julia Solovieva  
Verwaltungsreferentin, Büro des Direktors, Abteilung Gesundheitssysteme der Länder

Margarita Spasenovska  
Nationale Fachreferentin, WHO-Länderbüro der ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien

Dr. Alena Steflöva  
Leiterin, WHO-Länderbüro der Tschechischen Republik

Dr. Marc Suhrcke  
Referent für konzeptionelle Entwicklung, WHO-Büro Venedig

Dr. Skender Sylja  
Leiter, WHO-Büro Pristina

Dr. Kinga Szepeshazi  
Referent für Gesundheitspolitik und Gesundheitssysteme, WHO-Länderbüro Ungarn

Dr. Michel Louis Marie Tailhades  
Leiter, WHO-Länderbüro Usbekistan

Rouruina Teura  
Fachassistentin, IT-Kundendienst

Emilia Tontcheva  
Leiterin, WHO-Länderbüro Bulgarien

Dr. Agis Tsouros  
Amtierender Referatsleiter, Nichtübertragbare Krankheiten und Umwelt

Dr. Pavel Ursu  
Leiter, WHO-Länderbüro der Republik Moldau

Jeremy Veillard

Amtierender Regionalbeauftragter für Gesundheitspolitik und Chancengleichheit, Politik und Systeme der Länder

Dr. Isidora Sylvia Yvonne Vromans

Sonderberaterin, Büro des Direktors, Abteilung Gesundheitssysteme der Länder

Dr. Melita Vujnovic

Länderreferentin, WHO-Länderbüro Serbien

Helena Vuksanovic

Verwaltungsassistentin, WHO-Länderbüro Serbien

Caroline White

Sekretärin für die Bereiche Forschung und Publikation, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik – Europäisches Zentrum der WHO für Gesundheitspolitik, Brüssel

Dr. Matthias Wismar

Leitender Analytiker für Gesundheitspolitik, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik – Europäisches Zentrum der WHO für Gesundheitspolitik, Brüssel

Dr. Egor Zaitsev

Leiter, WHO-Länderbüro Weißrussland

Dr. Erio Ziglio

Leiter, WHO-Büro Venedig

### *Hauptbüro*

Toufic Abi-chaker

Leitender Dolmetscher, Dolmetscherdienst

Dr. Margaret Chan

Generaldirektorin

Dr. Manuel Dayrit

Leiter, Abteilung Gesundheitspersonal

Dr. Carissa Etienne

Stellvertretende Generaldirektorin, Gesundheitssysteme und Gesundheitsversorgung

Dr. David Bruce Evans

Direktor, Finanzierung von Gesundheitssystemen

Cong Fu

Berater der Generaldirektorin, Büro der Generaldirektorin

Dr. Gaya Gamhewage

Teamleiterin, Unternehmenskommunikation, Büro der Generaldirektorin

Dr. Adrian Ong

Leitender Verantwortlicher, Büro der Generaldirektorin

Dr. Pongsadhorn Pokpermdée  
Leitender Verantwortlicher, Büro der Generaldirektorin

Veronica Riemer  
Assistentin, Abteilung Kommunikation

Gérard Schmets  
Koordinator, Führung von Gesundheitssystemen, Konzepte und Effektivität der Hilfe

Dr. Susanne Weber-Mosdorf  
Stellvertretende Generaldirektorin, WHO-Büro bei der Europäischen Union

Dr. Regina Winkelmann  
Leitende Verantwortliche, Büro der Generaldirektorin

### *Andere Regionalbüros*

#### **Regionalbüro für Gesamtamerika/Panamerikanische Gesundheitsorganisation**

Dr. Jacques Girard  
L nderberater, Gesundheitssysteme und Gesundheitsversorgung

Dr. Hernan Montenegro  
Regionalbeauftragter, Gesundheitssysteme und -versorgung

Prof. Eliot Sorel  
Globale Gesundheit, Management im Gesundheitswesen, und Leiter, Schule für öffentliche Gesundheit,  
George-Washington-Universität

#### **Regionalbüro für den östlichen Mittelmeerraum**

Dr. Mohamed Abdi Jama  
Stellvertretender Regionaldirektor

#### **Regionalbüro für den westlichen Pazifikraum**

Dr. Henk Bekedam  
Direktor, Entwicklung des Gesundheitssektors

#### **Sekretariat des Gastlandes**

Ivi Aalak

Kristiina Alliksaar

Anneli Berends

Liisi Bucht

Tarmo Inno

Ööle Janson

Edith Kallaste

Ursel Kedars

Kalle Kingsepp

Eda Kondra

Eli Lilles

Edda-Helen Link

Mairi Laanetu

Marle Malvet

Merilin Mäesalu

Kerstin Peterson

Ülle-Marika Pöldma

Johannes Rebane

Sten Roosvald

Mariann Rugo

Triin Rusi

Maris Salekešin

Kristel Sarapuu

Marek Seer

Kati Tamm

Helvi Tarien

Mrs Ene Tomberg

Tatjana Tšernjak

Triinu Täht

Marika Vaher

Jako Vernik

Andris Viltsin

Jana Zdanovitš



## EUROPA

### Das WHO-Regionalbüro für Europa

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist eine 1948 gegründete Sonderorganisation der Vereinten Nationen, die sich in erster Linie mit internationalen Gesundheitsfragen und der öffentlichen Gesundheit befasst. Das WHO-Regionalbüro für Europa ist eines von sechs Regionalbüros, die überall in der Welt eigene, auf die Gesundheitsbedürfnisse ihrer Mitgliedsländer abgestimmte Programme durchführen.

### Mitgliedstaaten

Albanien	Monaco
Andorra	Montenegro
Armenien	Niederlande
Aserbaidschan	Norwegen
Belgien	Österreich
Bosnien-Herzegowina	Polen
Bulgarien	Portugal
Dänemark	Republik Moldau
Deutschland	Rumänien
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	Russische Föderation
Estland	San Marino
Finnland	Schweden
Frankreich	Schweiz
Georgien	Serbien
Griechenland	Slowakei
Irland	Slowenien
Island	Spanien
Israel	Tadschikistan
Italien	Tschechische Republik
Kasachstan	Türkei
Kirgisistan	Turkmenistan
Kroatien	Ukraine
Lettland	Ungarn
Litauen	Usbekistan
Luxemburg	Vereinigtes Königreich
Malta	Weißrussland
	Zypern

Die Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema **Gesundheitssysteme: „Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand“** wurde vom WHO-Regionalbüro für Europa im Juni 2008 in Tallinn (Estland) organisiert und von der Regierung Estlands ausgerichtet.

An der Veranstaltung nahmen über 500 Personen teil, darunter Gesundheits-, Innen-, Finanz- und Wirtschaftsminister aus 52 der 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO, international anerkannte Experten für Gesundheitssysteme und Organisationen der Zivilgesellschaft sowie Vertreter der Massenmedien. Die Konferenz war ein wichtiger Wendepunkt in der Entwicklung der öffentlichen Gesundheit.

In dem vorliegenden Bericht wird geschildert, wie die Teilnehmer das dynamische Beziehungsgeflecht zwischen Gesundheitssystemen, Gesundheit und Wohlstand eingehend untersuchten und die vier Grundfunktionen der Gesundheitssysteme (Leistungserbringung, Finanzierung, Bereitstellung von Gesundheitspersonal und anderen Inputfaktoren sowie Steuerung/Führung) erörterten. Der Bericht schließt mit einer ausführlichen Erläuterung der von der WHO und ihren Mitgliedstaaten sowie einer Reihe internationaler Partnerorganisationen eingegangenen Verpflichtungen zur Stärkung der Gesundheitssysteme, die in der Annahme der Charta von Tallinn: „Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand“ gipfelten.

Doch auch wenn die Konferenz der Thematik in der Öffentlichkeit mehr Profil und Gewicht verliehen hat, so wird doch erst die Weiterverfolgung ihrer Ergebnisse eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme bewirken. Dieser Prozess setzt die Billigung der Charta durch das WHO-Regionalkomitee für Europa im September 2008 ebenso voraus wie die Entwicklung von Instrumenten zur Verbesserung der Leistungsbewertung und die Veröffentlichung dieses Berichts zur Verbreitung der Botschaft der Konferenz. Für die Leser wird dieser Bericht ein nützliches Instrument in der Umsetzungsphase sein, die mit der Annahme der Charta begonnen hat, deren Ziel darin besteht, durch Stärkung der Gesundheitssysteme Gesundheit und Wohlstand der Menschen in der Europäischen Region zu fördern.

### Weltgesundheitsorganisation

#### Regionalbüro für Europa

Scherfigsvej 8

DK-2100 Kopenhagen Ø

Dänemark

Tel.: +45 39 17 17 17

Fax: +45 39 17 18 18

E-Mail: [postmaster@euro.who.int](mailto:postmaster@euro.who.int)

Website: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

