


Dokumente¹

Gesundheitswissenschaften

Herausgegeben von
Univ.- Prof. Dr.
Josef Weidenholzer,
Institut für Gesellschafts-
und Sozialpolitik,
Johannes Kepler
Universität Linz in
Zusammenarbeit mit
der Oberösterreichischen
Gebietskrankenkasse.



**Erfahrungen mit der
Reorganisation von
Gesundheitssystemen aus
der europäischen
Perspektive**

Prof. Dr. Reinhard Busse, MPH FFPH



Linz, 2005

Erfahrungen mit der Reorganisation von Gesundheitssystemen aus der europäischen Perspektive

Prof. Dr. med. Reinhard Busse, MPH FFPH

Professor für Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin & Charité –
Universitätsmedizin; Associate Research Director, European Observatory on Health Systems and
Policies

Meine Ausführungen zu internationalen Erfahrungen mit Reformen der Gesundheitssysteme in europäischen Ländern habe ich in drei Abschnitte zu jeweils einer leitenden Frage unterteilt:

- Was sind die Ziele von Gesundheitssystemen?
- Was machen andere Länder?
- Wo steht Österreich?

Was sind die Ziele von Gesundheitssystemen?

Gesundheitspolitik braucht Ziele, auf deren Basis sie mit den beteiligten Akteuren geeignete Umsetzungsformen auswählen und die vorhandenen Ressourcen angemessen verteilen kann. Die Gewährleistung einer zugänglichen, (qualitativ) angemessenen und bedarfsgerechten, zugleich aber auch notwendigen und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung sowie die finanzielle Absicherung im Krankheitsfall ist Gegenstand der Rechtskodizes aller europäischen Länder. In der internationalen Literatur finden sich „Qualität“, „Zugang“, „Gleichheit“, „Kostenbegrenzung“ und „Kosten-Effektivität“ als die am häufigsten genannten Ziele.

In den 1980er Jahren entwickelten die Mitgliedsländern der Weltgesundheitsorganisation WHO den Zielkatalog „Gesundheit für alle“, der das Ziel einer gesundheitsförderlichen Politik einerseits auf viele Politikfelder ausdehnte, andererseits aber unterließ, für die Gesundheitssysteme im engeren Sinne quantifizierte Ziele zu formulieren. Lange Zeit ist es daher unterblieben, Gesundheitssysteme international anhand gemeinsamer Ziele zu vergleichen. Erst im „Weltgesundheitsbericht 2000“ stellte die WHO eine Liste von drei Hauptzielen und davon abgeleiteten Messwerten einer breiteren Öffentlichkeit zur Diskussion:

1. Das Gesundheitssystem soll die Gesundheit der Bevölkerung verbessern. Man könnte einwenden, dies sei nichts Besonderes, deswegen hätten wir ja schließlich ein Gesundheitssystem. Aber wir sehen nicht nur in Österreich, sondern auch in vielen anderen Ländern, dass dieses Ziel bisher viel zuwenig im Mittelpunkt gestanden hat. Das wirklich primäre Ziel des Gesundheitssystems ist nicht die Schaffung von Arbeitsplätzen für Ärzte und für Pflegekräfte oder der Absatz von Waren, sondern die Gesundheit der Bevölkerung. Dieses erste Ziel hat laut WHO zwei Komponenten. Zum einen ist dies die Höhe – also das durchschnittliche Ausmaß – der Gesundheit in der Bevölkerung, und zum anderen die Verteilung der Gesundheit in der Bevölkerung. Wenn die Einwohner eines Landes im Durchschnitt alle 75 Jahre alt werden, aber ungelernete Arbeiter mit 65 und Ärzte mit 85 sterben, ist das eine ungleiche Verteilung der Gesundheit. Ein ebenso wichtiges Ziel wie die 75 Jahre voller Gesundheit im Durchschnitt ist demnach die Verteilung innerhalb einer Gesellschaft.
2. Das zweite Ziel heißt „Responsivität“ und umfasst zwei große Kategorien für die Güte des Kontaktes zwischen Patient und System gemessen werden soll:

a) Kundenorientierung, worunter die WHO vier Subkategorien zusammengefasst werden: Gewährleistung der Wahl der leistungserbringenden Person oder Institution, prompter Aufmerksamkeit (d. h. geringe Wartezeiten beim Zugang zur Versorgung), angemessener Qualität der Versorgung sowie des Zugang zu sozialen Unterstützungsnetzwerken;

b) Respekt für die Person mit ebenfalls vier Subkategorien: Respekt der Würde des Individuums und seiner Autonomie sowie die Gewährleistung von Vertraulichkeit und angemessener Kommunikation bzw. Information.

Auch bei diesen Teilzielen ist eine gleichberechtigte Verteilung im Auge zu behalten.

3. Das dritte Ziel, die faire Finanzierung bedeutet, dass die Bürger nach Finanzkraft und nicht nach Bedarf oder Inanspruchnahme zur Finanzierung der gesundheitlichen Leistungen herangezogen werden. (Der Weltgesundheitsbericht definiert übrigens proportional – also ein konstanter Prozentsatz am Einkommen, jedoch nach Abzug der Kosten für Nahrungsmittel – als fair; andere mögen eine eher progressive Finanzierung - d. h. je weniger der Verdienst, desto geringer der zu zahlende prozentuale Finanzanteil wie z. B. bei direkten, aber nicht bei indirekten Steuern - als fair betrachten.)

Später folgende Zielkataloge bauen z.T. auf dieser Systematik auf. So führt die OECD in ihrem Health Project folgende Ziele an:

- Improving population health status and health outcomes
- Adequate and equitable access to care
- Health system responsiveness
- Sustainable costs and financing
- Efficiency.

Etwas andere Schwerpunkte setzt die EU-Kommission in ihrer Mitteilung zu Zielen für die offene Methode der Koordinierung in den Gesundheitswesen vom April 2004:

- Sicherung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung: Universalität, Angemessenheit, Solidarität
- Förderung der Versorgungsqualität
- Sicherung der langfristigen Finanzierbarkeit einer zugänglichen und hochwertigen Gesundheitsversorgung

Ich selbst hatte angesichts eines ersten EU-Vorschlags im Dezember 2001 den Versuch gemacht, die diversen Zielkataloge auf einen Kern von 4 Oberzielen zusammen zu führen. Diese lauten:

- Erreichung eines *hohen Gesundheitsniveaus* für die gesamte Bevölkerung,
- Zugang der gesamten betroffenen Bevölkerung zu *bedarfsgerechten und wirksamen Gesundheitstechnologien*,
- Gestaltung und Funktion der Gesundheitswesen entsprechend den *gerechtfertigten Bedürfnissen und Erwartungen* der Bevölkerungen,
- Sicherstellung *fairer und nachhaltiger Finanzierung* der Gesundheitsversorgung.

In der wissenschaftlichen, und im Prinzip auch der öffentlichen und politischen Diskussion herrscht Übereinstimmung darüber, dass nicht alle Ziele gleich effektiv verfolgt werden können. Kunst und Handwerk von Politik, Verwaltung, aber auch Leistungserbringern ist es, verschiedene Ziele möglichst synergistisch miteinander zu verbinden und tragfähige Kompromisse zu erwirken. Werden z.B. zum Zwecke der Qualitätssteigerung Mindestmengen an diagnostischen Maßnahmen oder Operationen pro Institution oder Arzt vorgeschrieben, so müssen Nachteile im Zugang zu diesen Leistungen z.B. für die ländliche Bevölkerung in Kauf genommen werden. Darf also der Gleichheitsgrundsatz nur bei wirklich qualitätsgesicherten Leistungen gelten oder muss er auch bei Zweifeln an der Qualität berücksichtigt werden? Wie können Zugangsbarrieren für die Betroffenen möglicherweise praktikabel kompensiert werden (beispielsweise durch gezielt eingesetzte Fahrtkostenerstattungen)? Auf der anderen Seite wird im Rahmen der Diskussionen um die zukünftige Gesundheitspolitik in der EU befürchtet, dass eine zunehmende Berücksichtigung des Ziels ‚Zugang‘ zur Gesundheitsversorgung im europäischen Ausland dazu führt, dass die Mitgliedstaaten bei den zwei weiteren, Zielen ‚Finanzierbarkeit/Kostenbegrenzung‘ und ‚Qualität‘ Abstriche machen müssen, die bisher auf EU-Ebene Übereinstimmung finden.

Im Weltgesundheitsbericht wurde die Höhe der Gesamtausgaben ausdrücklich nicht als Ziel aufgenommen, weder in der einen (je niedriger, desto besser), noch in der anderen (je höher, desto besser) Richtung. Sie kam aber indirekt zum Tragen, da die für das Gesundheitswesen aufgewendeten Ressourcen in Relation zum Grad der Erreichung der o.g. Ziele gesetzt wurden, also die Effizienz des Systems bestimmt wurde.

Was machen andere Länder?

In Europa werden derzeit im Wesentlichen zwei Modelle von Gesundheitssystemen unterschieden: Ein „Beveridge-Modell“, das sich in der Finanzierung primär auf Steuern stützt, wird in nordeuropäischen Ländern sowie in Irland und dem Vereinigten Königreich gefunden. Südeuropäische Länder wie Spanien, Portugal und Griechenland sind seit den 1980er Jahren ebenfalls dieser Gruppe zuzurechnen. Zu den Sozialversicherungsländern, auch „Bismarcksysteme“ genannt, zählen alle mitteleuropäischen Länder und seit den frühen oder späten 1990er Jahren nahezu alle osteuropäischen Länder, wobei der Staat in den meisten der Beitrittsländer beispielsweise weiterhin eine relativ hohe Bedeutung insbesondere bei der Finanzierung des Gesundheitssystems hat. Abbildung 1 zeigt, dass alle europäischen Länder bei der Finanzierung auf einer Mischung aus öffentlichen und privaten Finanzierungsquellen aufbauen, wobei der Anteil öffentlicher Ausgaben im internationalen Vergleich weiterhin relativ hoch ist.

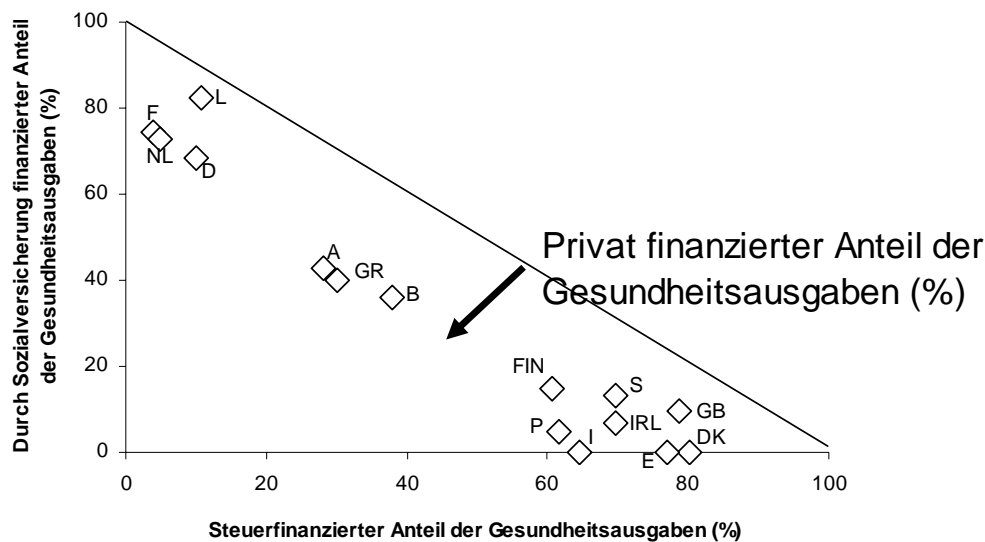


Abbildung 1: Finanzierung westeuropäischer Gesundheitssysteme aus Steuern, Sozialversicherungsbeiträgen und privaten Quellen (% der Gesamtgesundheitsausgaben), 1998

Quelle: Friedrich-Wilhelm Schwartz, Reinhard Busse, Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung, in: Friedrich-Wilhelm Schwartz et al., Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen, München, Jena: Urban & Fischer, 2. Auflage, 2003, S. 516–545.

Informationsquellen

Kenntnis und Verständnis anderer Gesundheitssysteme war lange eine Angelegenheit einiger Insider und war häufig gebunden an Kenntnisse der Landessprache. Die im letzten Jahrzehnt zu beobachtende Zunahme schriftlicher Informationen in Fachartikeln und öffentlich zugänglicher Datenbanken (z. B. der Weltgesundheitsorganisation, der Organisation für Wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit oder der Europäischen Kommission (Missoc)) verändert diese Situation allmählich. Auch für eingehendere Darstellungen und Analysen des Politikfeldes sind in den letzten Jahren einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht worden.

Die ‚Gesundheitssysteme im Wandel‘-Profile des European Observatory on Health Systems and Policies beschreiben und analysieren z. B. Gesundheitssysteme und -reforminitiativen der Länder in der europäischen Region der WHO. Das Observatorium wird getragen vom Regionalbüro Europa der Weltgesundheitsorganisation, den Regierungen von Belgien, Finnland, Griechenland, Norwegen, Schweden und Spanien, der Europäischen Investitionsbank, des Open Society Institutes, der Weltbank, der London School of Economics and Political Science sowie der London School of Hygiene & Tropical Medicine. Zur Zeit stehen für 50 Länder Profile auf der Webseite des Europäischen Observatoriums in englischer, teilweise auch in deutscher, spanischer und russischer Sprache zur Verfügung. Alle Länderberichte werden anhand eines einheitlichen Fragekatalogs entwickelt, um Akteuren und Analysten nationaler Gesundheitssysteme und internationaler Organisationen möglichst vergleichbare und relevante Informationen anbieten zu können. Die Profile beschreiben zunächst die gesundheitliche Lage und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Den Schwerpunkt aber stellen empirisch fundierte Einsichten in die Zusammenhänge der Organisation, Finanzierung und Erbringung der Gesundheitsversorgung dar. Sie untersuchen Reformen und ihre Ergebnisse, Trends und künftigen Reformbedarf. Eine möglichst neutrale und abwägende Darstellung und Interpretation der Informationen soll ein ausgewogenes Verständnis komplexer Zusammenhänge und eine unabhängige Meinungsbildung ermöglichen. Neben Berichten über nationale ‚Gesundheitssysteme im Wandel‘ veröffentlicht das Observatorium vertiefende Analysen und internationale Vergleiche zu ausgewählten politisch relevanten Fragestellungen, z. B. zur Rolle von Krankenhäusern, zur Regulation im Spannungsfeld zwischen marktwirtschaftlichen Anreizen und gesamtgesellschaftlichen Zielen, zur Finanzierung, zu westeuropäischen Ländern mit gesetzlicher Krankenversicherung, zur Primärversorgung oder zu Arzneimitteln. Die wesentlichen Erkenntnisse aus diesen Veröffentlichungen werden in so genannten Policy Briefs zusammengefasst. Alle Veröffentlichungen sind in pdf-Form zugänglich unter <http://www.observatory.dk>

Der Gesundheitspolitik-Monitor, der von der Bertelsmannstiftung initiiert und unterhalten wird, entstand unter dem Eindruck zunehmender Dringlichkeit gesundheitspolitischer Reformen in Deutschland. 2002 wurde ein Netzwerk aus Gesundheitspolitikexperten von 18 Partnerinstitutionen in 17 Industrieländern weltweit gegründet, um über aktuelle, sich derzeit in der Diskussion und Entwicklung befindliche Gesundheitsreformansätze und ihre Umsetzung zu berichten. Indem zeitnahe Informationen darüber, was sich gesundheitspolitisch bewährt hat, zur Verfügung gestellt werden, soll die Lücke zwischen Forschung und ihrer Umsetzung durch die Politik verkleinert werden. Mit Hilfe einer gemeinsam entwickelten Fragebogenmatrix werden die gesundheitspolitischen Reformthemen erfasst. Gleichzeitig kann der Prozessverlauf dieser Reformen über die gesamte Entwicklung von der Idee über politische Statements und das Gesetzgebungsverfahren bis hin zu Implementierung, Evaluation und Abwandlung bzw. Abschaffung verfolgt werden. Durch die halbjährlich erscheinenden Berichte, die auch auf Deutsch vorliegen, sowie durch die auf der Homepage www.healthpolicymonitor.org ergänzend zur Verfügung gestellten (englischsprachigen) Informationen kann der Entwicklungsstand der Reformen verfolgt werden. Die einzelnen Reformen können mit der Datenbank auf der Webseite nach Themen, Ländern, Jahren, Akteuren und Entwicklungsphasen recherchiert werden

Last but not least sei auf eine vom Fachgebiet Management im Gesundheitswesen am Institut für Gesundheitswissenschaften der Technischen Universität Berlin neu entwickelte Datenbank (mit demnächst internetbasiertem Zugang) zu deutschsprachiger Literatur zu Gesundheitssystemen in Industrieländern hingewiesen: <http://mig.tu-berlin.de> oder <http://www.healthcaresystems.de>

Wo steht Österreich?

Ergebnisdimension „Gesundheit“

Bei Ziel 1, der Gesundheit, gemessen an der Lebenserwartung, lag Österreich im Weltgesundheitsbericht weltweit auf Platz 17 und damit innerhalb der damaligen 15 EU-Staaten auf Platz 9. Deutlich besser ist jedoch sein Abschneiden zu bewerten, wenn die Entwicklung über die letzten 20 Jahre betrachtet wird. Dabei zeigt sich, dass die Lebenserwartung lediglich in Luxemburg ebenso so stark zugenommen hat (nämlich um 5,9 Jahre; vgl. Tabelle 1). Damit liegt die Steigerung noch um 1,3 Jahre höher als in den anderen GKV-Ländern.

Ebenso gut steht Österreich da, wenn nur die (fernere) Lebenserwartung der 65-Jährigen betrachtet wird (Abb. 2). Hier war die Zunahme in den 90er Jahren von allen EU-Ländern in Österreich am höchsten – sogar so hoch, dass bei fortlaufendem Trend gegen Ende dieses Jahrzehnts den gegenwärtigen Spitzenreiter Frankreich überholen wird.

Wenn wir die Lebenserwartung oder die behinderungsfreie Lebenserwartung als Indikator nehmen, wissen wir jedoch nie, ob es sich bei einer niedrigen Lebenserwartung in einem Land um einen hohen Bedarf nach einem guten Gesundheitssystem handelt (also höhere Investitionen vonnöten sind) oder um ein Versagen des Gesundheitssystems (die Ausgaben also besser zurück gefahren werden sollten). Besser geeignet ist der Grad der „vermeidbaren Mortalität“, also Todesfälle an Ursachen, die durch eine gute Prävention oder Kuration zu vermeiden wären. Hier liegt Österreich im Niveau ebenfalls (immer noch) recht hoch (wie etwa auch Deutschland), aber der Rückgang in den 80er und 90er Jahren war nur in Portugal und Griechenland steiler.

Tabelle 1: Lebenserwartung (LE) bei Geburt 1980-2000: Entwicklung und Änderung, behinderungs-freie Lebenserwartung (DALE) 2000 (jeweils in Jahren) und relative Position der Länder

	Cross-sectional								Longitudinal	
	LE 1980	LE 1985	LE 1990	LE 1995	LE 2000	DALE 2000 (% of LE)	Relative order: LE 2000	Relative order: DALE 2000	LE change 1980-2000	Relative order: LE change
Switzerland	75.8	77.1	77.6	78.8	80.1	72.5 (91%)	1	1	4.3	10
Italy	74.4	75.7	77.2	78.4	80.0	70.7 (89%)	2	4	5.6	3
Sweden	75.9	76.8	77.8	79.1	79.9	71.6 (90%)	3	2	4.0	13
Spain	75.6	76.5	77.0	78.1	79.5	70.7 (89%)	4	4	3.9	14
France	74.9	76.0	77.6	78.7	79.4	71.1 (90%)	5	3	4.5	8
Israel	74.0	75.4	76.8	77.5	78.8 ²	69.4 (88%)	6	15	4.8	5
Norway	75.8	76.1	76.7	77.9	78.8	70.7 (90%)	6	4	3.0	16
Austria	72.8	74.1	76.0	77.1	78.7	70.7 (90%)	8	4	5.9	1
Luxembourg	72.7	73.8	75.5	77.4	78.6	70.3 (89%)	9	9	5.9	1
Greece	75.4	76.0	77.2	77.8	78.5	70.4 (90%)	10	8	3.1	15
Germany (west -1990)	73.6	75.2	76.2	76.8	78.4	70.1 (89%)	11	10	4.8	5
Netherlands	76.0	76.6	77.2	77.7	78.3	69.7 (89%)	12	13	2.3	17
United Kingdom	73.6	74.7	76.0	76.9	78.2	69.2 (88%)	13	16	4.6	7
Finland	73.7	74.5	75.1	76.8	77.9	69.9 (90%)	14	11	4.2	11
Belgium	73.2	74.7	76.3	77.1	77.6 ¹	69.6 (90%)	15	14	4.4	9
Ireland	72.5	73.5	74.8	75.5	76.6	68.9 (90%)	16	17	4.1	12
Denmark	74.2	74.7	75.1	75.5	76.5 ²	69.8 (91%)	17	12	2.3	17
Portugal	71.2	72.9	74.0	75.0	76.2	66.8 (88%)	18	18	5.0	4
<i>SHI countries average</i>	74.1	75.4	76.7	77.6	78.7	70.4 (89%)	-	-	4.6	-
<i>Tax-funded countries average</i>	74.2	75.1	76.1	77.1	78.2	69.9 (89%)	-	-	4.0	-
<i>Ratio SHI/ tax</i>	1.00	1.00	1.01	1.01	1.01	1.01	-	-	1.16	-
<i>Difference SHI to tax countries (years)</i>	-0.1	0.3	0.6	0.5	0.5	0.5	-	-	0.6	-

Notes: ¹ 1997; ² 1999. Ordering is only to facilitate easy interpretation of the data. It does not reflect overall national rankings. Countries are sorted according to life expectancy in 2000.

Sources: WHO (2004) and own calculations (aktualisiert nach Saltman/ Busse/ Figueras 2004)

Fernere Lebenserwartung im Alter von 65 (in Jahren)

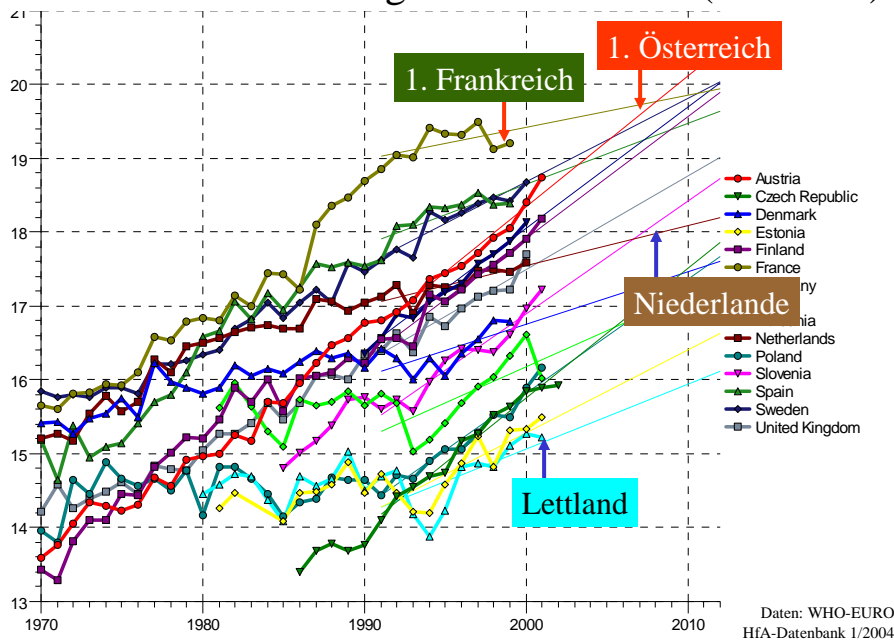


Abbildung 2: Fernere Lebenserwartung im Alter von 65 (in Jahren)

Ergebnisdimension „Zugang zu bedarfsgerechten Technologien“

Das soll jedoch keineswegs dazu veranlassen, sich beruhigt zurück zu lehnen („habe ich ja schon immer gesagt – das österreichische System ist das beste der Welt“) – neben Hinweisen auf eine teilweise exzellente Gesundheitsergebnisse der Gesundheitsversorgung gibt es auch Bereiche mit der Note „Mangelhaft“ – so z.B. bei der Maserndurchimpfung (Abb. 3). Insgesamt zeigt sich jedoch in diesem (wie auch in anderen Bereichen) ein Mangel an vergleichbaren Daten – Österreich ist einfach nicht oft genug an international vergleichenden Studien zur Versorgungssituation und –qualität beteiligt. Dies zu ändern, sollte eine der vordringlichsten Aufgaben sein.

Durchimpfung gegen Masern: Österreich mangelhaft

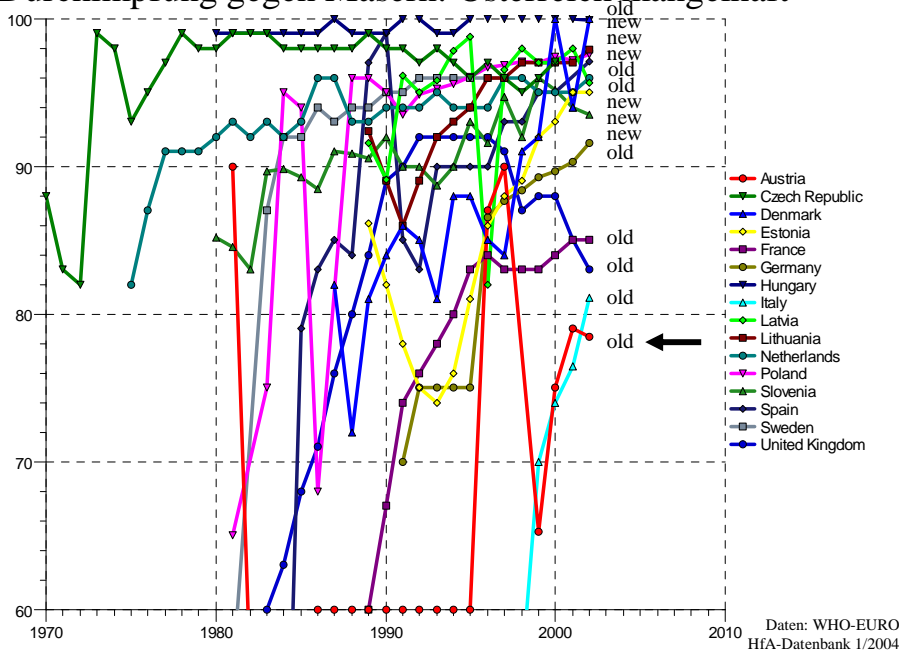


Abbildung 3: Masern-Durchimpfungsraten in neuen und alten EU-Ländern (Pfeil = Österreich)

Ergebnisdimension „Bevölkerungs- und Patientenorientierung“

Im Weltgesundheitsbericht 2000 kam Österreich beim Ziel Responsivität auf Platz 12-13 und damit hinter Luxemburg, Dänemark, Deutschland, den Niederlanden und Schweden auf Platz 6 von 15. Dieses Ergebnis verwundert auch wenig. Patienten haben weitgehend freie Wahl und Wartelisten sind im österreichischen Gesundheitswesen – von den formalen Wartelisten bei Transplantationen abgesehen – nicht bekannt, wenn auch in ländlichen Gebieten gewisse geographische und zeitliche Zugangerschwernisse zu beobachten sind. Die Infrastruktur (trotz mancher Klagen) ist vergleichsweise gut. Gleichzeitig lassen im europäischen Vergleich immer noch hohe Dichteziffern an Krankenhausbetten und medizinischen Großtechnologien eine Überversorgung vermuten, insbesondere wenn sie nicht mit einer Verbesserung der Krankheitslast, z. B. bei Herzerkrankungen, einhergeht.

Inzwischen liegen von der WHO neuere Daten aus Bevölkerungsbefragungen zu den meisten Ländern vor – nicht jedoch zu Österreich. Vorhanden sind jedoch die Ergebnisse zur Zufriedenheit der Gesamtbevölkerung mit dem Gesundheitssystem (im Gegensatz zu den Responsivitätsdaten, wo nur Patienten befragt werden): Wenn die Ergebnisse auch mit dem Wortlaut der Frage etwas variiert, so liegt Österreich jedoch immer auf einem der vorderen Plätze innerhalb der EU – und die Zufriedenheit hat in der zweiten Hälfte der 90er Jahre deutlich zugenommen (Tabelle 2).

Tabelle 2: Zufriedenheit mit den Gesundheitssystemen innerhalb der EU, Ergebnisse aus verschiedenen Eurobarometer-Erhebungen 1996-1999: Prozentsätze der Zufriedenen sowie relative Position der Länder

	“In general, would you say you are very satisfied, fairly satisfied, neither satisfied nor dissatisfied, fairly dissatisfied or very dissatisfied with the way health care runs in (OUR COUNTRY)?”: <i>very or fairly satisfied</i>					“And, on a scale from 1 to 10, how satisfied are you with health services in (OUR COUNTRY)?”: <i>answers 7, 8, 9 or 10</i>		“Please tell me whether you are very satisfied, fairly satisfied, not very satisfied or not at all satisfied with each of the following?” “(OUR COUNTRY)’s health care system in general”: <i>very or fairly satisfied</i>	
	1996 Population (%) [E44.3]	1998 Population [E49] (%) relative order	1998 Poor (%) [E49]*	1998 Elderly (%) [E49]*	Change 1996-1998 Population (%-points)	1998 Population [E50.1] (%) relative order	1999 Population [E52.1] (%) relative order		
Austria	63.3	72.7 3	73	74	9.4	70.6 2	83.4 1		
France	65.1	65.0 6	69	68	-0.1	59.7 4	78.2 2		
Belgium	70.1	62.8 7	54	57	-7.3	56.3 5	77.0 3		
Denmark	90.0	90.6 1	90	93	0.6	48.2 8	75.8 4		
Finland	86.4	81.3 2	78	83	-5.1	78.0 1	74.3 5		
Netherlands	72.8	69.8 4	68	70	-3.0	69.7 3	73.2 6		
Luxembourg	71.1	66.6 5	69	75	-4.5	49.7 6	71.6 7		
Sweden	67.3	57.5 9	56	66	-9.8	45.9 9	58.7 8		
United Kingdom	48.1	57.0 11	67	69	8.9	49.3 7	55.7 9		
Germany	66.0	57.5 9	52	57	-8.5	43.2 10	49.9 10		
Ireland	49.9	57.9 8	65	62	8.0	23.9 12	47.7 11		
Spain	35.6	43.1 12	47	57	7.5	30.8 11	37.6 12		
Italy	16.3	20.1 13	22	30	3.8	14.9 13	26.3 13		
Portugal	19.9	16.4 14	20	19	-3.5	5.7 15	24.1 14		
Greece	18.4	15.5 15	18	22	-2.9	10.7 14	18.6 15		
<i>SHI countries average</i>	<i>68.1</i>	<i>65.7</i>	<i>64.2</i>	<i>66.8</i>	<i>-2.3</i>	<i>58.2</i>	<i>72.2</i>		
<i>Tax-funded countries average</i>	<i>48.0</i>	<i>48.8</i>	<i>51.4</i>	<i>55.7</i>	<i>0.8</i>	<i>34.2</i>	<i>46.5</i>		
<i>Ratio SHI/ tax</i>	<i>1.42</i>	<i>1.34</i>	<i>1.25</i>	<i>1.20</i>		<i>1.70</i>	<i>1.55</i>		
<i>Difference SHI to tax (% points)</i>	<i>20.1</i>	<i>16.9</i>	<i>12.7</i>	<i>11.2</i>	<i>-3.2</i>	<i>24.0</i>	<i>25.7</i>		

Notes: Data source: Personal interviews, population sample size: about 600 for Luxembourg, about 1300 for the UK (of which 300 for Northern Ireland), and about 1000 for the other countries in the table for all four Eurobarometer inquiries, n.a. = not available, E44.3 = Eurobarometer 44.3 (conducted February-April 1996), E49 = Eurobarometer 49 (conducted April-May 1998), E50.1 = Eurobarometer 50.1 (conducted November-December 1998), E52.1 = Eurobarometer 52.1 (conducted October-December 1999); Ordering is only to facilitate easy interpretation of the data. It does not reflect overall national rankings. Countries are sorted according to satisfaction in 1999 [E52.1].

Sources: European Commission (1996); European Commission (1998); European Commission (1999); European Commission (2000); *Blendon *et al.* (2001) (aktualisiert nach Saltman/ Busse/ Figueras 2004)

Ergebnisdimension „Gerechtigkeit“ (equity) bei a) Finanzierung, b) Bevölkerungs- und Patientorientierung und c) Gesundheit

Bei dem Ziel ‚faire Finanzierung‘ kam Österreich im WHO-Ranking 2000 auf Platz 12-15, gemeinsam mit Schweden, aber hinter 7 anderen der damaligen 15 EU-Staaten. Legt man den relativ hohen Anteil privater Gesundheitsausgaben in Österreich zugrunde, steht zu vermuten, dass es um die Fairness der Finanzierung nicht zum allerbesten steht. Neuere Berechnungen der WHO lassen uns sehen, dass es in Ländern mit hohen privaten Finanzierungsanteilen viele Haushalte gibt, die mehr als 40% ihres verfügbaren Haushaltseinkommens für Gesundheit ausgeben: zu nennen sind hier Griechenland, Portugal und die Schweiz (Tabelle 3). Ob dies in Österreich – z.B. aufgrund seines praktisch bevölkerungsweiten Krankenversicherungssystems anders ist, wissen wir nicht (da zu Österreich auch hier Daten fehlen).

Tabelle 3: Vergleich des Anteils privater Ausgaben sowie der Verteilungsgerechtigkeit finanziellen Belastungen, 1990-2002, sortiert nach der Höhe des Anteils privater Ausgaben

	Anteil privater Ausgaben in % der Gesamtgesundheitsausgaben		Finanzielle Verteilungsgerechtigkeit (max. 1,00)	% der Haushalte, die über 40% ihres Einkommens für Gesundheitsausgaben aufwenden	% der Haushalte, die über 40% ihres Einkommens für Zuzahlungen ausgeben („out-of-pocket“)
	2002	1990			
Griechenland	47,1	46,3	0,858	3,29	2,17
Schweiz	42,1	47,6	0,875	3,03	0,57
Österreich	30,1	26,5	n.v.	n.v.	n.v.
Portugal	29,5	34,5	0,845	4,01	2,71
Belgien	28,8	n.v.	0,903	0,23	0,09
Spanien	28,6	21,3	0,899	0,89	0,48
Polen	27,6	8,3	n.v.	n.v.	n.v.
Niederlande	26,7	32,9	n.v.	n.v.	n.v.
Italien	24,4	20,7	n.v.	n.v.	n.v.
Finnland	24,3	19,1	0,901	1,36	0,44
Frankreich	24,0	23,4	0,889	0,68	0,01
Deutschland	21,5	23,8	0,913	0,54	0,03
Dänemark	16,9	17,3	0,920	0,38	0,07
Großbritannien	16,6	16,4	0,921	0,33	0,04
Norwegen	14,7	17,2	0,888	1,22	0,28
Schweden	14,7	10,1	0,920	0,39	0,18
Slowakei	10,9	n.v.	0,941	0,00	0,00
Tschechien	8,6	2,6	0,904	0,01	0,00

n.v. = nicht verfügbar; Datenquellen: OECD Health Data, first edition 2004, WHO Health for All Databank 2004, Murray & Evans 2003: S. 525-6

Was bleibt an Herausforderungen?

- Neue und mehr Leistungen mit immer höheren Hersteller-/Anbieter-Versprechungen und patientenseitigen Erwartungen = Notwendigkeit für Evaluation von Leistungen und Leistungserbringung
- 10% der Bevölkerung = 70% der Kosten: erfordert ganze Konzentration des Systems mit trans-sektoralen Versorgungspfaden, Leitlinien, Disease Management-Programmen etc.