

Bismarck, Beveridge oder was sonst?

Linzer Gesundheitspolitisches Gespräch Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich

Prof. Dr. Heinz Rothgang
Zentrum für Sozialpolitik
Universität Bremen

I. Einleitung

- Gegenstand verweist auf positive und normative Fragestellungen
- Positive Fragestellungen:
 - In welche Richtung bewegen sich Gesundheitssysteme?
 - Gibt es gemeinsame Entwicklungstrends?
 - Werden Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen größer oder kleiner?
- Normative Fragestellungen:
 - Wie sollten sich Gesundheitssysteme entwickeln?
 - Was kann aus dem internationalen Vergleich gelernt werden?

Übersicht

- I. Einleitung
- II. Gesundheitssystemtypen
- III. Entwicklungstrends: Konvergenz der Systemtypen?
- IV. Erklärung des Wandels durch Probleme verschiedener Gesundheitssystemtypen
- V. Jenseits von Bismarck und Beveridge:
Das Hybridsystem der Zukunft

Übersicht

I. Einleitung

II. Gesundheitssystemtypen

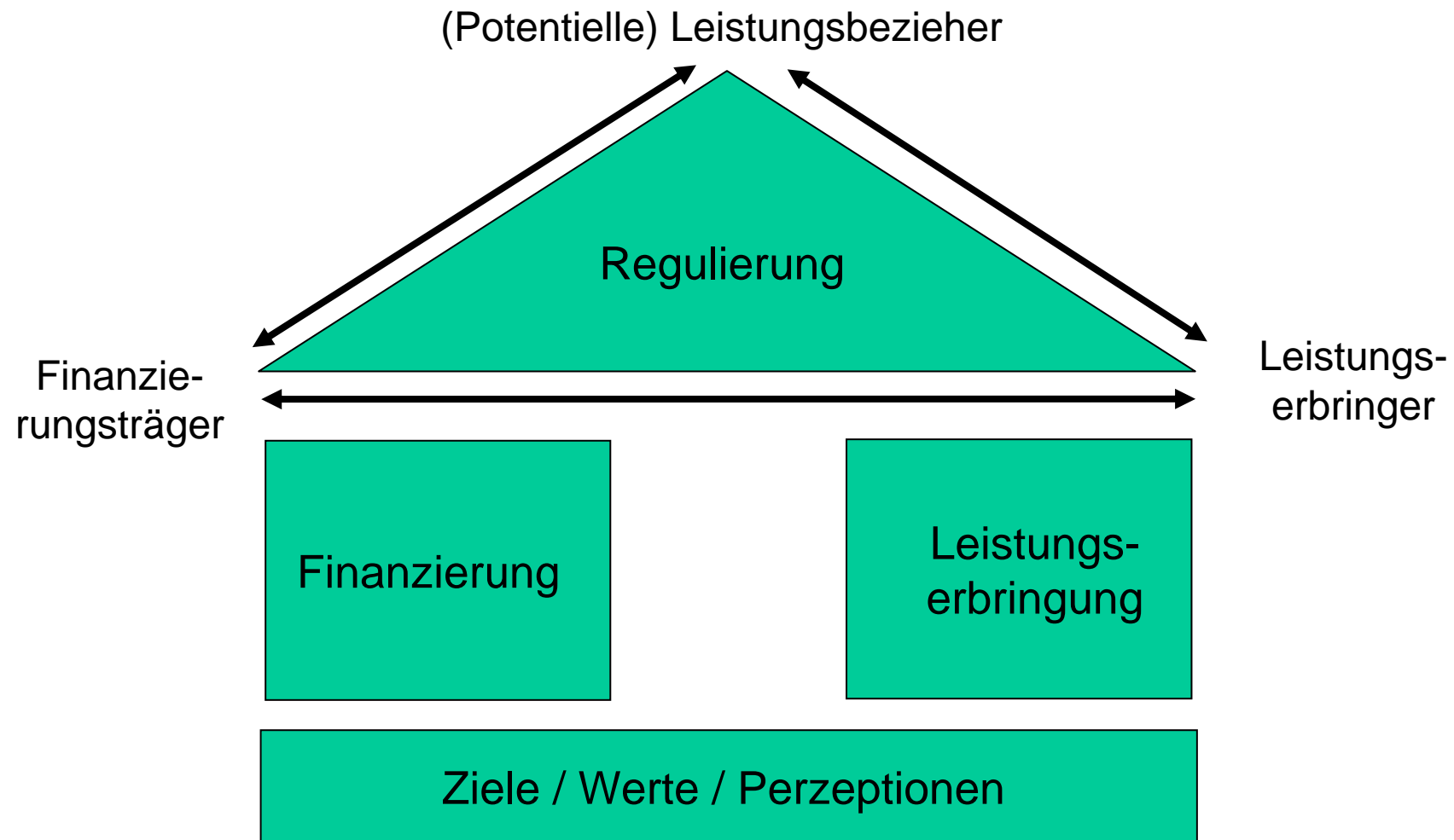
1. Dimensionen eines Gesundheitssystems
2. Ausprägungen der Dimensionen
3. Gesundheitssystemtypen

III. Entwicklungstrend: Konvergenz zwischen Systemtypen?

IV. Erklärung des Wandels durch Probleme verschiedener Gesundheitssystemtypen

V. Jenseits von Bismarck und Beveridge:
Das Hybridsystem der Zukunft

II.1 Dimensionen eines Gesundheitssystems (1/2)



II.1 Dimensionen eines Gesundheitssystems (2/2)

Regulierung der Beziehung von

- Leistungsberechtigten und Finanzierungsträgern
 - Leistungsberechtigter Personenkreis
 - Ausgestaltung des Finanzierungssystems
- Finanzierungsträgern und Leistungserbringern
 - Marktzugang für Leistungserbringer zum Gesundheitssystem
 - Vergütungssysteme
- Leistungserbringern und Leistungsberechtigten
 - Zugangsmöglichkeit für Patienten zu Leistungserbringern
 - Leistungskatalog

II.2 Ausprägung der Dimensionen (1/2)

- Finanzierung:
 - Steuern
 - (Sozialversicherungs) Beiträge
 - (Privatversicherungs) Prämien
 - Out-of-pocket Zahlungen
(Zuzahlung und private Leistungen,
z.B. OTC-Arzneimittel, IGeL-Leistungen)

} öffentlich

} privat
- Leistungserbringung:
 - staatliche Anbieter
 - private non-profit-Anbieter
(Wohlfahrtsverbände, 3. Sektor-Anbieter)
 - private gewinnorientierte Anbieter

II.2 Ausprägung der Dimensionen (2/2)

- Regulierung:
 - Regulierungsakteure
 - Staat
 - Selbstverwaltungsakteure
 - Marktteilnehmer
 - Interaktionsform zwischen den Akteuren
 - Hierarchie
 - Kollektivverhandlungen
 - Wettbewerb

II.3 Gesundheitssystemtypen (1/2)

- Je nach ihrem public-private mix in den Dimensionen
 - Finanzierung
 - Leistungserbringung und
 - Regulierung
 können **Gesundheitssystemtypen** unterschieden werden

Gesundheitssystemtyp	Finanzierung	Leistungserbringung durch	Regulierung
Nationaler Gesundheitsdienst (Beveridge)	<i>Öffentlich:</i> durch Steuern	<i>Öffentliche</i> Anbieter	<i>Staatliche</i> <i>Hierarchie</i>
Sozialversicherung (Bismarck)	<i>Öffentlich:</i> durch Beiträge	<i>Öffentliche und Private (non-profit)</i> Anbieter	<i>Kollektivverhandlungen</i> gesellschaftlicher Akteure
Privatversicherungssystem	<i>Privat:</i> risikoabhängige Prämien	<i>Private</i> Anbieter	<i>Wettbewerb</i> privater Marktteilnehmer

II.3 Gesundheitssystemtypen (2/2)

Tentative Einordnung von Gesundheitssystemen

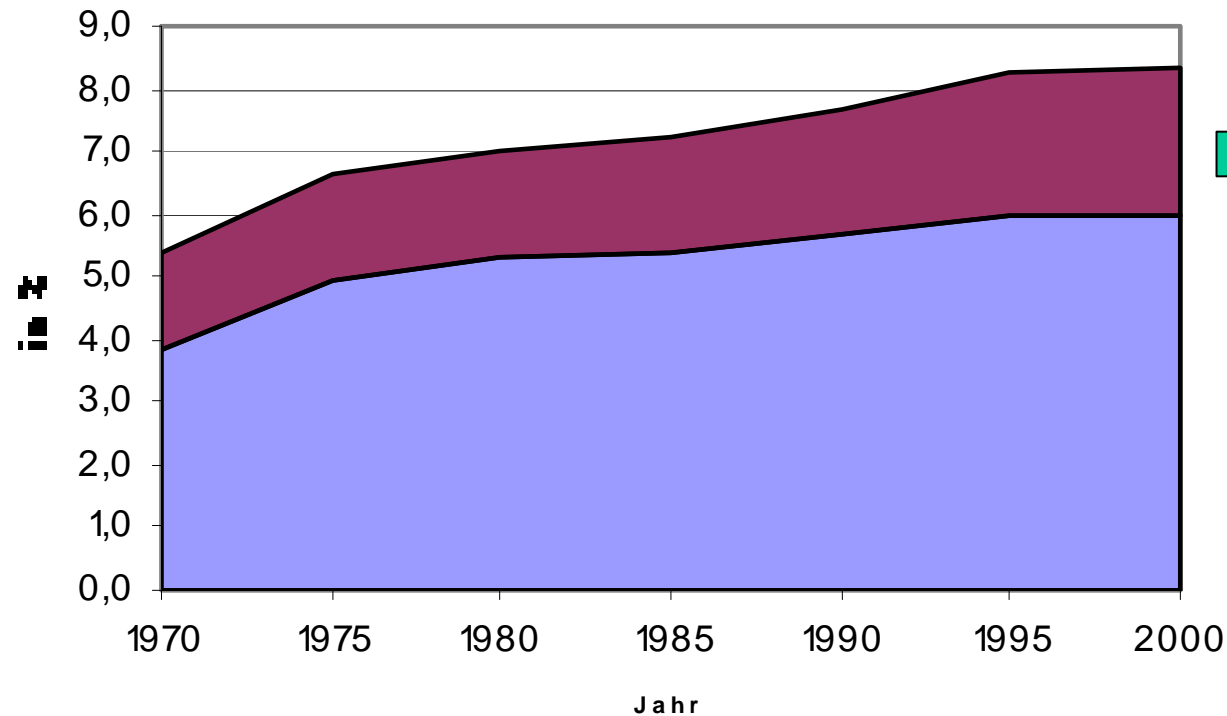
- Nationale Gesundheitsdienste
 - Australien, Dänemark, Finnland, Griechenland, Island, Irland, Italien, Kanada, Neuseeland, Norwegen, Portugal, Spanien, Schweden, Vereinigtes Königreich
- Sozialversicherungssysteme
 - Deutschland, Frankreich, Japan, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Schweiz
- Privatversicherungssystem
 - USA

Übersicht

- I. Einleitung
- II. Gesundheitssystemtypen
- III. Entwicklungstrends: Konvergenz der Systemtypen?
 1. Finanzierung
 2. Leistungserbringung
 3. Regulierung
 4. Synopse
- IV. Erklärung des Wandels durch Probleme verschiedener Gesundheitssystemtypen
- V. Jenseits von Bismarck und Beveridge:
Das Hybridsystem der Zukunft

III.1 Trends: Finanzierung (1/5)

Gesundheitsquoten (= Gesundheitsausgaben / BIP)

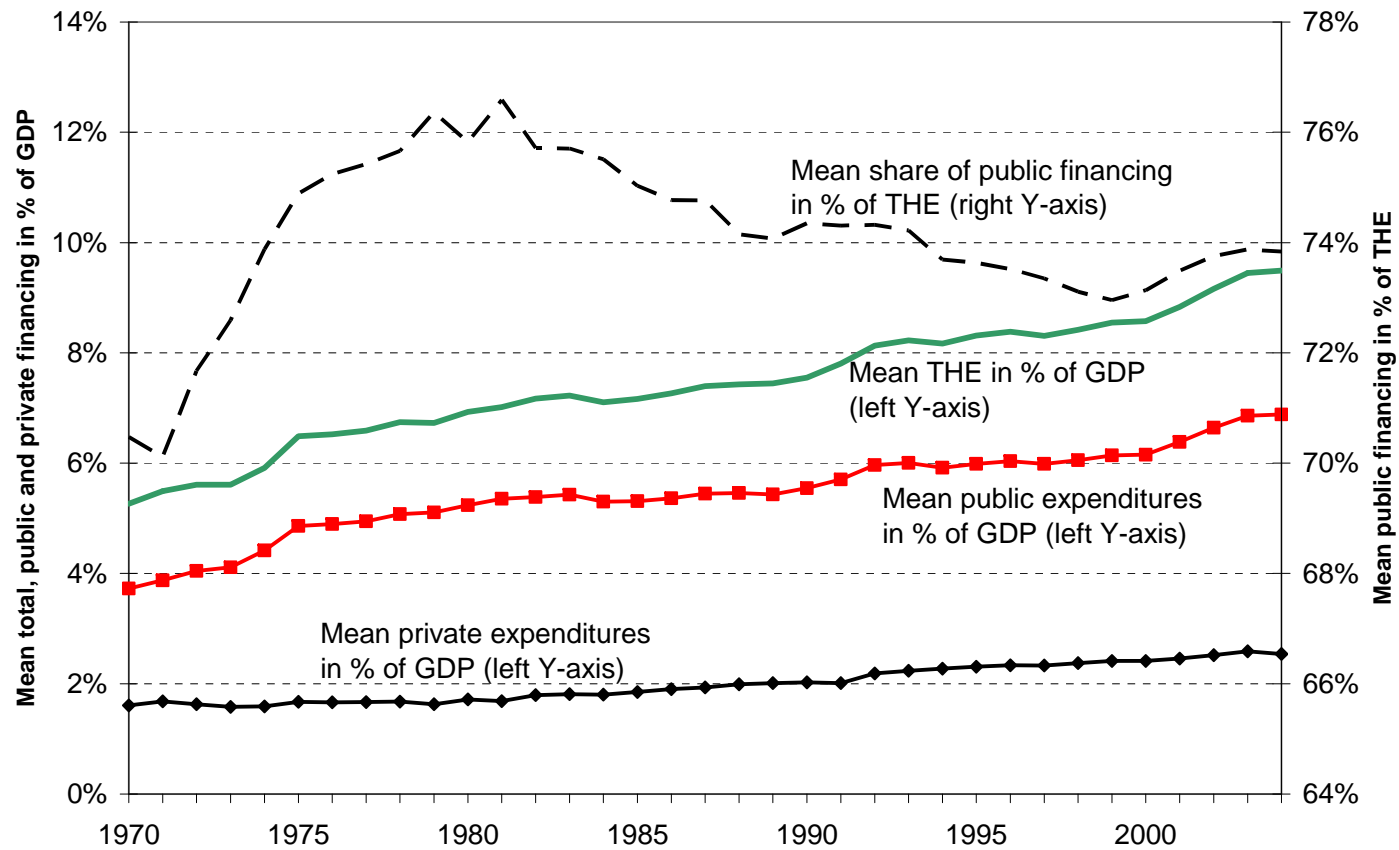


➔ In OECD-Staaten ist der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP gestiegen, stark zu Beginn der 1970er Jahre, danach langsamer

➔ Das Wachstum wurde zunächst von den öffentlichen, später von den privaten Gesundheitsausgaben angetrieben

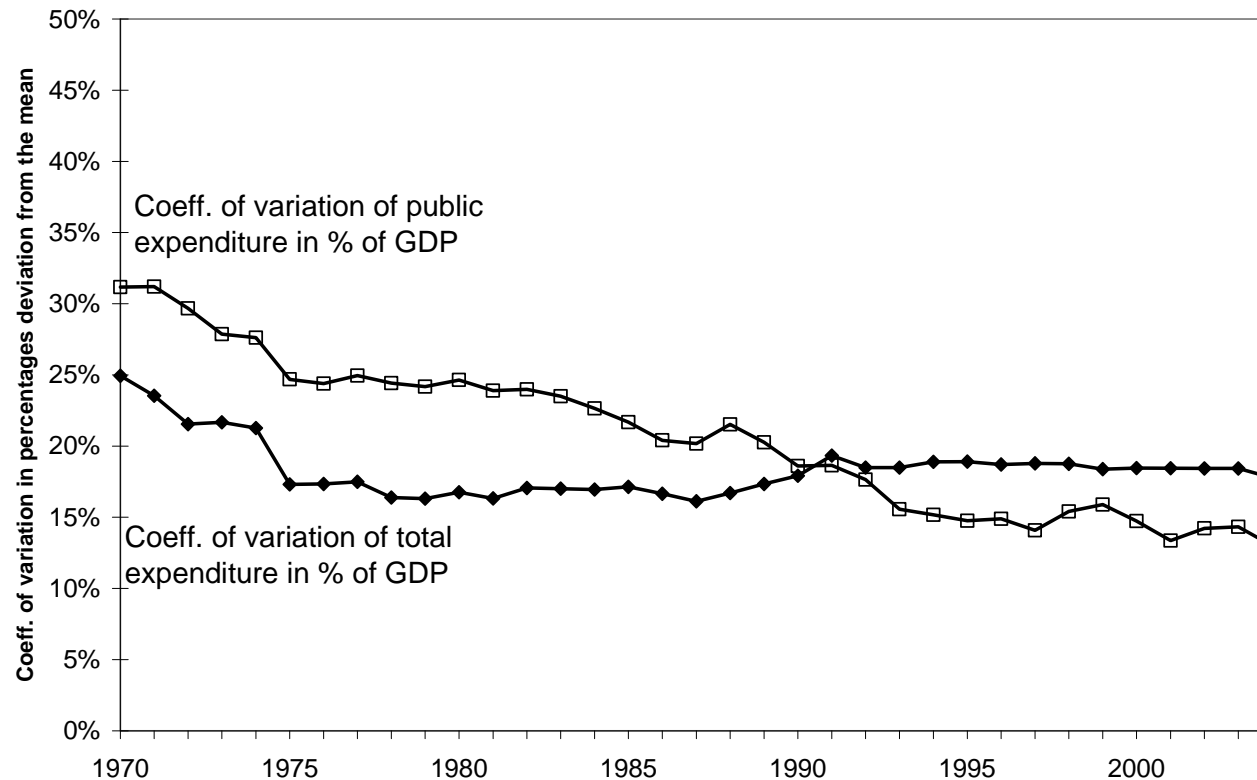
III.1 Trends: Finanzierung (2/5)

Gesundheitsquoten (= Gesundheitsausgaben / BIP)



III.1 Trends: Finanzierung (3/5)

Varianz der Gesundheitsquoten (= Gesundheitsausgaben / BIP)

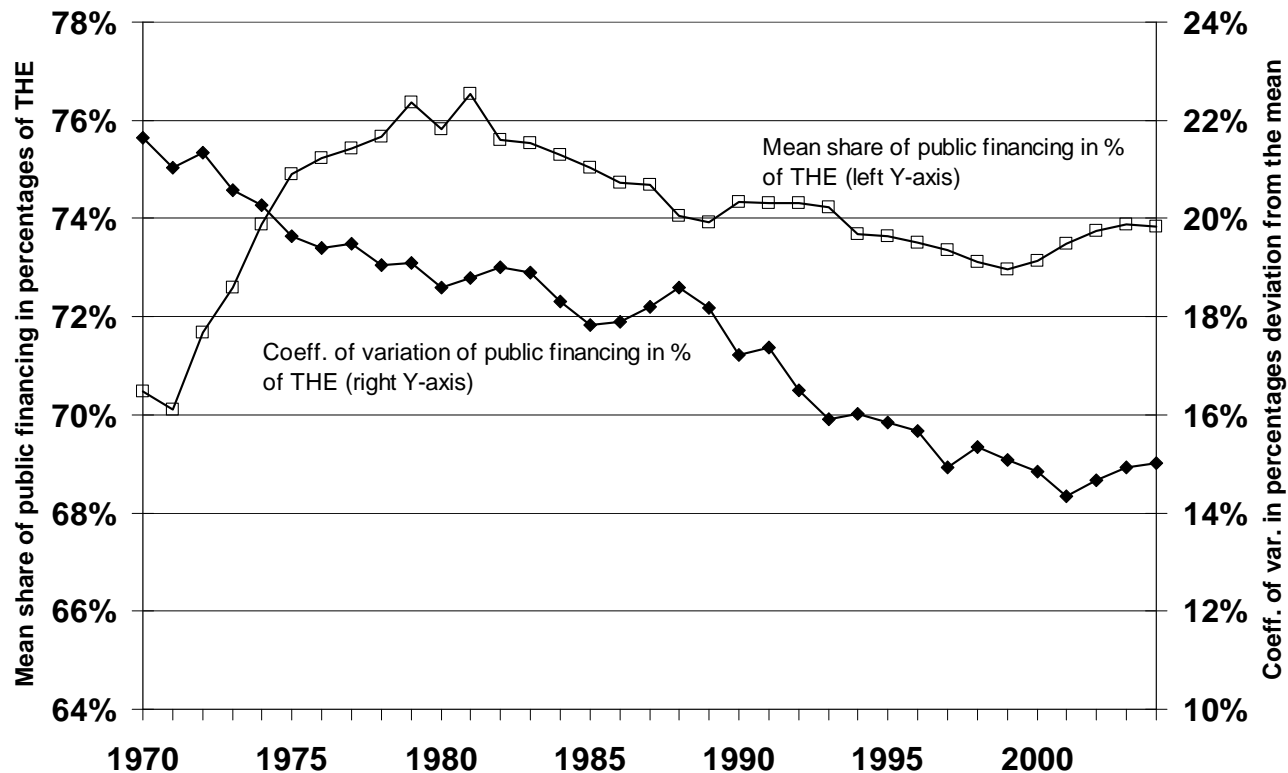


Bei den Gesamtgesundheitsquoten nähern sich die Systeme nicht an, der Variationskoeffizient bleibt im Wesentlichen konstant

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben / BIP konvergieren

III.1 Trends: Finanzierung (4/5)

Öffentlicher Finanzierungsanteil der Gesundheitsausgaben



Der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben ist seit 1980 leicht gesunken



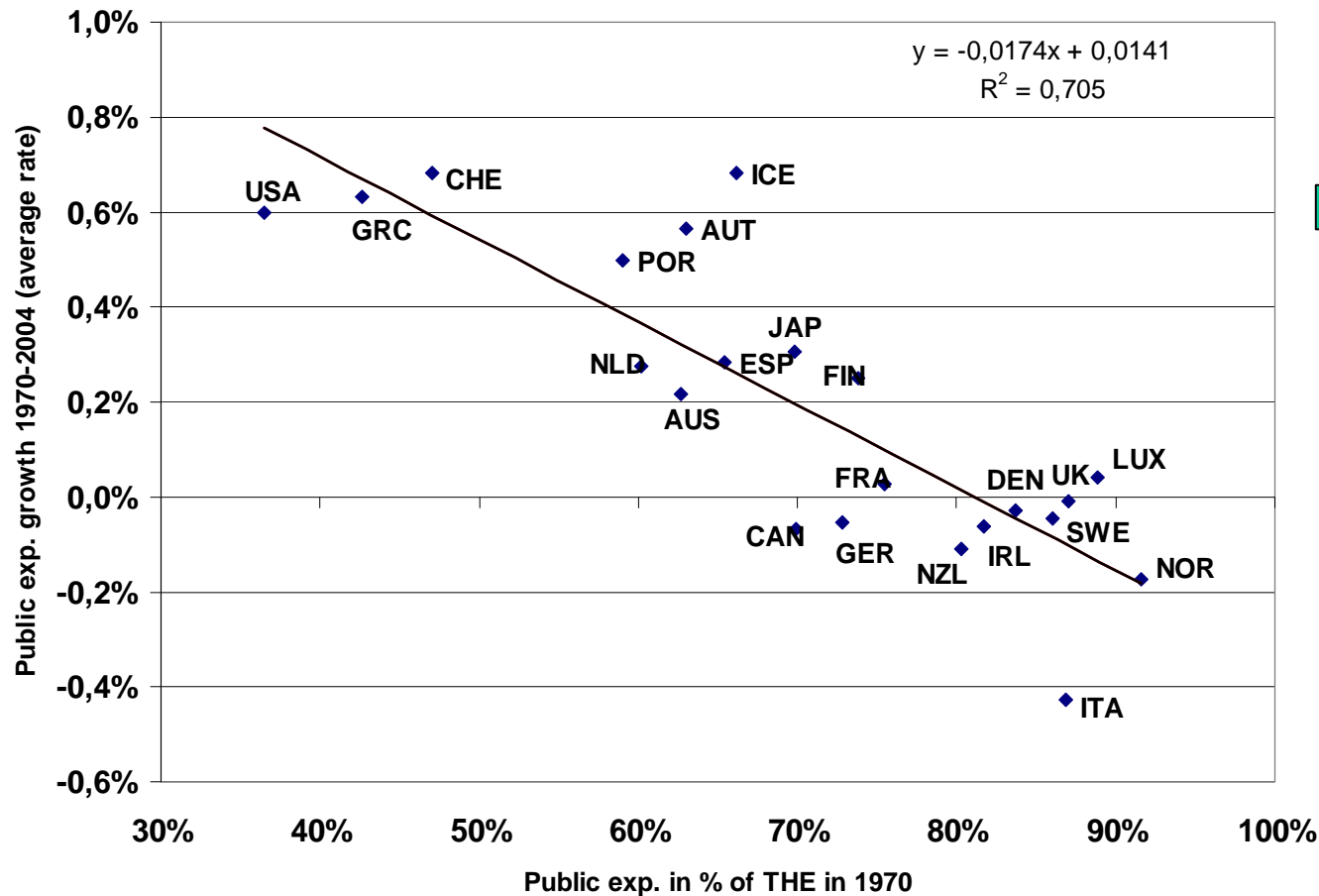
Der Variationskoeffizient dieser Kennzahl ist kontinuierlich gefallen



Die öffentlichen Finanzierungsanteile konvergieren

III.1 Trends: Finanzierung (5/5)

Korrelation von öffentlichem Finanzierungsanteil 1970 und Wachstum des öffentlichen Finanzierungsanteils



Die Wachstumsraten sind besonders hoch bei Ländern mit niedrigen Ausgangswerten

Ein „Nachholeffekt“ führt zur Konvergenz

III.2 Trends: Leistungserbringung (1/2)

- Formen der Privatisierung:
 - materiell: Änderung der Eigentümer
 - formal: Änderung der Rechtsform (z.B. gGmbH) bei gleichem Träger
 - Funktional: Outsourcing einzelner Bereiche
- Formen der Privatisierung
 - Direkt: tatsächliche Privatisierung von Einrichtungen in einem Gesundheitssektor
 - Indirekt: Verschiebungen von Finanzierungsanteil aus Sektoren mit stärker öffentlicher Leistungserbringung in Sektoren mit stärker privater Leistungserbringung (z.B. vom stationären in den ambulanten Sektor)

III.2 Trends: Leistungserbringung (2/2)

Public Service Provision Index:
$$PPI = \sum a_i \cdot P_i$$

	1990	1995	2000	2002/3	1990/95-2003
Finland	84%	79%	78%	77%	Minus 7%
Iceland	58%	-	62%	64%	Plus 6%
Denmark	57%	57%	54%	52%	Minus 5%
Norway	-	51%	50%	47%	Minus 4%
Switzerland	-	43%	40%	41%	Minus 2 %
Austria	-	40%	38%	39%	Minus 1%
Italy	-	38%	38%	37%	Minus 2%
France	32%	31%	29%	30%	Minus 2%
Australia	38%	34%	28%	27%	Minus 11%
New Zealand	-	34%	27%	26%	Minus 8%
Germany	21%	20%	18%	18%	Minus 3%
Japan	11%	-	11%	-	0
Netherlands	7%	-	7%	7%	0
USA	11%	9%	7%	7%	Minus 4%



Der PPI ist ein Maß für direkte und indirekte materielle Privatisierung



Insgesamt kommt es tendenziell zu Privatisierungen

a_i = share of total health spending on sector i
 P_i = share of public service provision in sector i
 i = inpatient sector, outpatient sector, dental sector, pharmaceutical sector

III.3 Trends: Regulierung (1/2)

- Bezüglich der Regulierung sind zu unterscheiden
 - Regulierungsakteure und deren
 - Interaktionsformen.
- Idealtypisch ergeben sich drei Regulierungstypen auf der „Hauptdiagonalen“
- Dem entsprechen die drei Gesundheitssystemtypen
 - NHS
 - Sozialversicherungssystem
 - Privatversicherungssystem

Akteure \ Interaktionsform	Staat	Selbstverwaltungsakteure	Marktteilnehmer
Hierarchie	staatlich-hierarchische Regulierung		
Kollektivverhandlung		gesellschaftliche Selbstregulierung	
Wettbewerb			privat-wettbewerbliche Regulierung

III.3 Trends: Regulierung (2/2)

- Inzwischen haben alle Systeme bisher „systemfremde“ Elemente aufgenommen

- Deutschland:

- Wettbewerb und
- stärkere staatliche Regulierung

- Großbritannien

- Wettbewerb

- USA:

- Staatliche Hierarchie (Medicaid, Medicare)
- Private Hierarchie (managed care)

Akteure \ Interaktionsform	Staat	Korporative Akteure	Marktteilnehmer
Hierarchie	GB USA D		USA
Kollektivverhandlung		D	USA
Wettbewerb	GB	D	USA D

- Es kommt zu einer Hybridisierung der Regulierung

III.4 Trends: Synopse

Konvergenz und gemeinsame Trends:

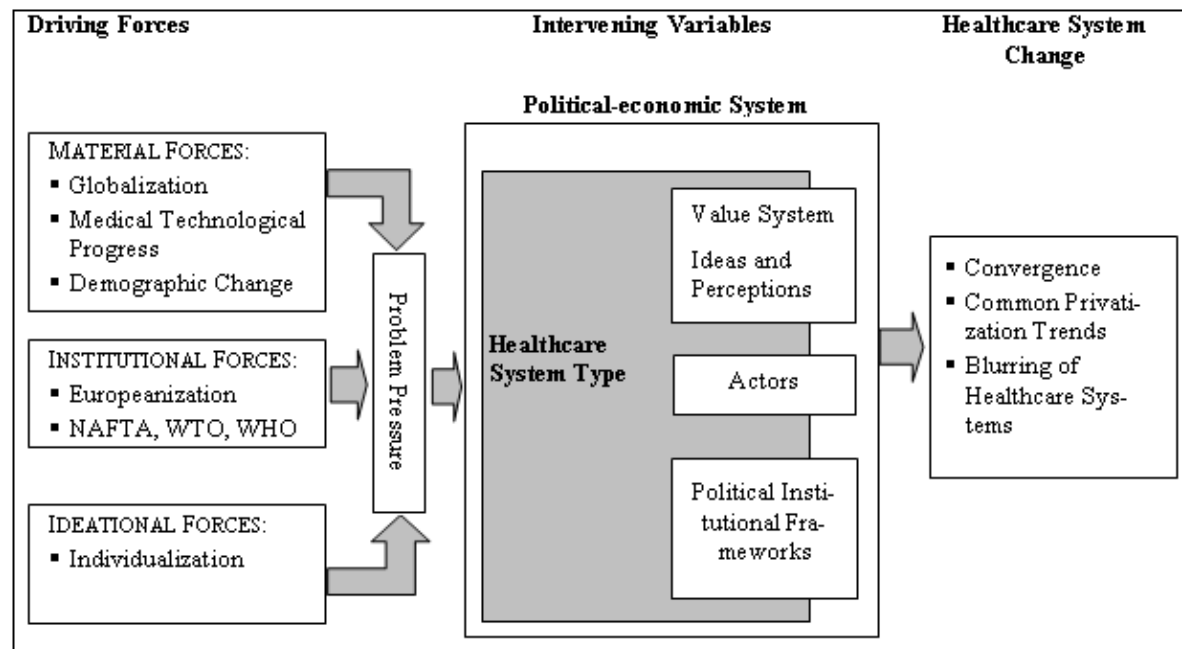
- Finanzierung: Konvergenz des öffentlichen Finanzierungsanteils
- Leistungserbringung: Gemeinsamer Privatisierungstrend
- Regulierung: Verwischung von Systemgrenzen und Hybridisierung

Übersicht

- I. Einleitung
- II. Gesundheitssystemtypen
- III. Entwicklungstrends: Konvergenz der Systemtypen?
- IV. Erklärung des Wandels durch Probleme verschiedener Gesundheitssystemtypen
 1. Allgemeines Modell zur Erklärung des Wandels
 2. Systemtypspezifische Probleme und Reaktionen
 3. Modifizierte Problemdruckhypothese
- V. Jenseits von Bismarck und Beveridge:
Das Hybridsystem der Zukunft

IV.1 Allgemeines Erklärungsmodell

- Demographischer Wandel & medizin.-techn. Fortschritt erhöhen den Bedarf.
- Globalisierung verengt Finanzierungsspielräume.
- Es entsteht Effizienzdruck, der je nach Systeme unterschiedliche Reformnotwendigkeiten nach sich zieht (divergierende Reformrichtung).
- Dieser systemspezifische Anpassungsdruck wird gebrochen durch
 - Wahrnehmungsfiler und
 - politische Machtkonstellationen
 - ⇒ unterschiedliche Reformgeschwindigkeiten



IV.2 Probleme und Reaktionen in NHS-Systemen

- Typische Probleme:
 - Geringe Innovationsfreudigkeit
 - geringe Responsibilität
 - geringe Effizienz wg. fehlender Anreize
 - unzureichende Investitionen
 - Wartelisten als Folge von Rationierung durch Budgets

- Reaktionen (am Beispiel Großbritannien)
 - stärkerer Anteil privater Finanzierung
 - (formale) Privatisierung
 - Einführung von Wettbewerb auf Quasi-Märkten

IV.2 Probleme und Reaktionen in Sozialversicherungssystemen

- Typische Probleme:
 - Institutionelle Sklerose
 - geringe Innovationsfreudigkeit
 - begrenzte Fähigkeiten zur Kostenkontrolle
 - Erodierende Finanzierungsbasis bei arbeitseinkommensbezogenen Beiträgen wg.
 - sinkender Lohnquote
 - Standortwettbewerb und Lohnnebenkostenproblematik
- Reaktionen (am Beispiel Deutschland)
 - Einführung von Wettbewerb
 - Privatisierungstendenzen (materiell, formal und funktional)
 - Zunehmende Steuerfinanzierung und zunehmende private Finanzierung

IV.2 Probleme und Reaktionen in Privatversicherungssystemen

- Typische Probleme:
 - Moral hazard bedingte Kostensteigerungen ohne Korrektiv durch Kollektivverhandlungen oder staatliche Regulierung
 - Adverse Selektion (wenn Risikostatus nicht bekannt) und/oder fehlender Versicherungsschutz für schlechte Risiken (bei risikobezogener Tarifierung)
- Reaktionen (am Beispiel USA)
 - Schaffung von staatlichen Versicherungssystemen für Problemgruppen des Versichertenmarktes
 - zunehmendes staatliches Engagement in der Finanzierung
 - Staatliche Regulierung in staatlichen Teilsegmenten (Medicaid und Medicare)
 - Private hierarchische Regulierung durch managed care.

IV.3 Modifizierte Problemdruckhypothese

- Die Erklärung erfolgt über das Zusammenwirken von objektiven Problemdruck, funktionalen Notwendigkeiten des Systemtyps sowie subjektiven Wahrnehmungen und politischen Machtpositionen der handelnden Akteure
 - Gesundheitssystemtypen sind die entscheidende intervenierende Variable, die über Stärke und Richtung der Reformnotwendigkeit entscheiden.
 - Die Aufnahme bisher systemfremder Elemente verspricht am ehesten Effizienzgewinne.
- => Im Ergebnis kommt es zur Verwischung von Systemtypen und zu Konvergenz – weder „Beveridge“, noch „Bismarck“ überleben in Reinform

Übersicht

- I. Einleitung
- II. Gesundheitssystemtypen
- III. Entwicklungstrends: Konvergenz der Systemtypen?
- IV. Erklärung des Wandels durch Probleme verschiedener Gesundheitssystemtypen
- V. Jenseits von Bismarck und Beveridge:
Das Hybridsystem der Zukunft**
 1. Hybride Formen als effiziente Lösung?
 2. Leistungserbringung
 3. Regulierung
 4. Finanzierung
 5. Synopse

V.1 Hybride Formen als effiziente Lösung?

- Bestandsaufnahme zeigt: „Reine“ Gesundheitssysteme wandeln sich in hybride Formen
- Dieser Wandel ist u. a. Folge von Defiziten der reinen Formen
- Aufnahme neuer Systemelemente kann effizienzsteigernd sein
- Gesucht ist die „optimale Mischung“ in allen Dimensionen und im Wechselspiel aller Dimensionen

V.2 Leistungserbringung

- Erwartungen an Privatisierung (insbes. stationärer Sektor)
 - Hoffnung: Private Anbieter sind flexibler, innovativer, effizienter
 - Befürchtung: Profitorientierte private Anbieter bieten schlechtere Qualität
 - Befunde:
 - Eindeutige Qualitätsunterschiede sind nicht erkennbar
 - Private Anbieter sind teilweise kostengünstiger, u.a. auch durch niedrigere Entlohnung
 - Verhaltensangleichung verschiedener Anbieter
 - These: Privatisierung kann positiv sein, wenn sie durch Regulierung (u. a. Qualitätssicherung) begleitet wird
- ⇒ „Wippeneffekt“: Privatisierung erfordert stärkere Regulierung

V.3 Regulierung (1/4)

- These: „Reine“ Regulierungsformen sind unbefriedigend
- Staatlich-hierarchische Steuerung:
 - Vorteile: gute Kostenkontrolle, direkte Steuerung möglich. Aber:
 - Keine Effizienz- und Innovationsanreize
 - Geringe Einflussnahme der Bürger, Gesundheitssystem wird schnell zur Beute der Gesundheitsbehörden,
 - Lösung: Einführung von Wettbewerb
- Kollektivverhandlungen:
 - Vorteil: sachverständige Lösungen möglich
 - Problem:
 - Akteure können sich nicht einigen → „Schatten der Hierarchie“
 - Akteure „richten sich gemütlich ein“ → Wettbewerb
- Zwischenfazit: Wettbewerb ist notwendige Ergänzung!

V.3 Regulierung (2/4)

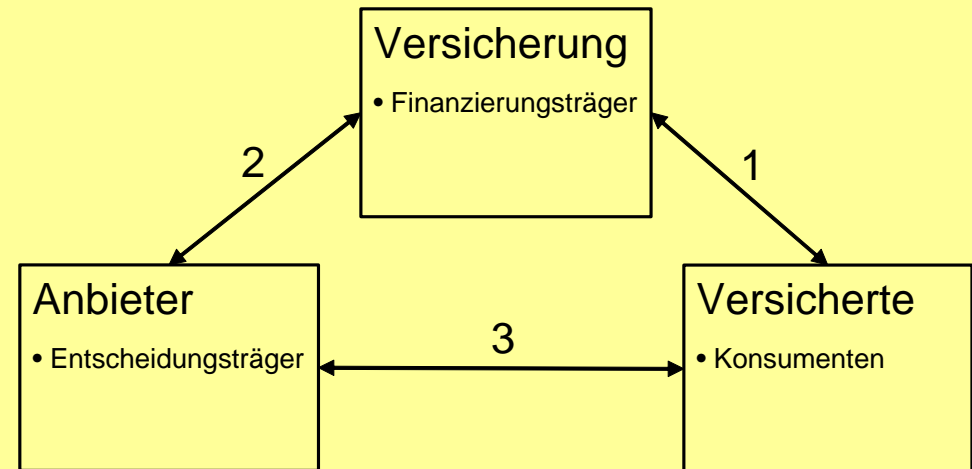
- Wettbewerb
 - Vorteil: Innovationsfördernd, führt zur Präferenzbeachtung. Aber:
 - keine umfassende Versicherung der Bevölkerung möglich
 - Notwendigkeit von reguliertem Wettbewerb, solidarischer Wettbewerbsordnung (mit umfassender Versicherungspflicht)
- Wettbewerb kann nur funktionieren, wenn er in einer „Minstdosis“ verabreicht wird und sich auf Versicherungsmarkt und Leistungserbringermarkt bezieht
- (Negativ)Beispiel NHS:
 - Wettbewerb nur auf Leistungserbringerseite, Monopol der Gesundheitsbehörden bleibt → geringe Verantwortlichkeit bleibt
 - 1991: Wettbewerb um Krankenhausleistungen ohne Preissystem: gescheitert → DRGs oder ähnliches sind Voraussetzung

V.3 Regulierung (3/4)

- Beispiel Deutschland: Wer A sagt, muss auch B sagen: Einführung von Wettbewerbselemente zieht funktionsnotwendig weitere Wettbewerbselemente nach sich.
 - Einführung von Kassenwettbewerb (nur ein Teilmarkt)
 - Anreize zur dysfunktionalen Risikoselektion (Rosinenpicken)
 - dagegen: Risikostrukturausgleich (staatl. Re-Regulierung)
 - Weiterer Wettbewerbsparameter: Leistungskatalog
 - Anreize zur Entsolidarisierung für gute Risiken
 - einheitlicher Leistungskatalog (staatl. Re-Regulierung durch G-BA und IQWiG)
 - Verbleibender Wettbewerbsparameter: Ausdehnung auf Vertragswettbewerb mit Anbietern durch Selektivverträge
- Im Ergebnis: Einführung zusätzlicher Wettbewerbsmechanismen

V.3 Regulierung (4/4)

- Die GKV hat 1992 mit Kassenwettbewerb angefangen (Relation 1)
- Alleiniger Kassenwettbewerb ist dysfunktional, weil er nur Risikoselektion hervorruft
- Funktional kann Wettbewerb nur sein, wenn er
 - a) auch auf den Vertragswettbewerb (Relation 2) ausgreift und
 - b) Über Versorgungsmodelle bei gleichem Leistungskatalog ausgetragen wird→ These: Ein Gleichgewicht ist erst erreicht, wenn der Kassenwettbewerb durch Vertragswettbewerb angereichert ist
- Wettbewerb in Relation 3 kann nur ergänzenden Charakter im Sinne von Qualitätswettbewerb haben. Vorr.: Markttransparenz



V.4 Finanzierung (1/4)

- Private Leistungen
 - Nur sinnvoll bei Leistungen ohne Wirkungsnachweis oder mit geringer Kosteneffektivität
 - Verbindlicher einheitlicher Leistungskatalog ist sinnvoll
 - Zuzahlungen
 - Nur in Grenzen sinnvoll zur Begrenzung von moral hazard
 - Privatversicherung
 - Vorteile:
 - Bei risikobezogenen Prämien keine Selektionsanreize
 - Nachteile:
 - regressive Verteilungswirkungen
 - prohibitive Prämien für Einkommensschwache und Kranke
- Muss durch Umverteilungsmechanismus ergänzt werden

V.4 Finanzierung (2/4)

- **Steuerfinanzierung**
 - Vorteile:
 - breite Finanzierungsbasis (gesamte Bevölkerung, alle Einkommensarten)
 - Umverteilung
 - Nachteile:
 - kein Rechtsanspruch, Finanzierung nach Kassenlage
 - passt besser zu staatlichen Gesundheitsbehörden als zu selbstverwalteten Kassen
- als Grundlage der Finanzierung grundsätzlich geeignet

V.4 Finanzierung (3/4)

- Sozialversicherungsbeiträge
 - Vorteile:
 - Zweckbindung der eigentumsgeschützten Beiträge
 - Umverteilung durch Einkommensbezug
 - Nachteile:
 - Regressive Verteilungswirkungen bei Existenz einer Beitragsbemessungsgrenze
 - Strukturelle Einnahmeschwäche, wenn ausschließlich auf Lohneskommen beruhend
- als Grundlage der Finanzierung grundsätzlich geeignet, aber:
muss auf breite(re) Grundlage gestellt werden

V.4 Finanzierung (4/4)

Wichtig:

- So wenig Fragmentierung wie möglich!
 - Ungeeignet: duale Finanzierung von Einrichtungen, z.B. Krankenhausfinanzierung in Deutschland
 - zu vermeiden: verschiedenen Finanzierungsträger für verschiedene Sektoren
 - Verhindert Substitution und erschwert Ineinandergreifen
 - Ziel:
 - Finanzierung aus einer Hand, sonst zumindest
 - Case und trajet management
- Finanzierung muss Integrierte Versorgung und managed care ermöglichen (auch Aufgabe des Vergütungssystems)

V.5 Synopse

Das **Gesundheitssystem der Zukunft** sollte

- private Anbieter unter den gleichen (engen) Spielregeln zulassen wie öffentliche,
- Kollektivverhandlungen, hierarchische Steuerung und Wettbewerbselemente (in hinreichender Dosis in einer solidarischen Wettbewerbsordnung) kombinieren,
- beitragsfinanziert aber auf breiter(er) Grundlage sein, wobei der Beitragstarif steuerähnlich ausgestaltet werden kann,
- Fragmentierung zwischen Finanzierungsträgern und Leistungssektoren vermeiden, und integrierte Versorgung anbieten.

Schluss

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!