issa | INTERNATIONALE VEREINIGUNG FÜR SOZIALE SICHERHEIT | IVSS

Technischer Bericht 05

Finanzierungsmethoden für die Gesundheitsversorgung

Universelle Deckung durch einen rationalen Einsatz der Finanzierungsmechanismen

Anne Drouin
Koordinatorin
Internationaler finanzieller und
versicherungsmathematischer Dienst
Abteilung für soziale Sicherheit
Sozialschutzsektor
Internationales Arbeitsamt
Genf

Finanzierungsmethoden für die Gesundheitsversorgung

Universelle Deckung durch einen rationalen Einsatz der Finanzierungsmechanismen

Anne Drouin
Koordinatorin
Internationaler finanzieller und versicherungsmathematischer Dienst
Abteilung für soziale Sicherheit
Sozialschutzsektor
Internationales Arbeitsamt
Genf

Fachausschuss für statistische, versicherungsmathematische und finanzielle Studien
Weltforum für soziale Sicherheit, Moskau, 10.-15. September 2007

Die Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS) ist die weltweit führende internationale Organisation, die nationale Verwaltungen und Träger der sozialen Sicherheit zusammenbringt. Die IVSS stellt Information, Forschung und Expertenwissen sowie Foren für die Mitglieder zur Förderung einer dynamischen sozialen Sicherheit auf internationaler Ebene ereit. Ein Großteil der IVSS-Aktivitäten zur Förderung gutter Praxis wird von den zehn Fachausschüssen geleistet, die sich aus engagierten Mitgliedsorganisationen zusammensetzen und von diesen mit Unterstützung des IVSS-Sekretariats geleitet werden.

Dieser Bericht ist erhältlich unter: http://www.issa.int/Ressourcen. Die geäußerten Ansichten und Meinungen entsprechen nicht unbedingt jenen der Herausgeber.

Erste Veröffentlichung 2007.
© Internationale Vereinigung für soziale Sicherheit, 2008

Zusammenfassung

Die nationale Gesundheitspolitik zielt auf eine bessere Gesundheit der Bevölkerung sowie die Prävention von Krankheiten und Gesundheitsrisiken, so dass die gesamte Bevölkerung auf ein gesundes und glückliches Leben hoffen kann und so zum Wohlstand des Landes und seiner Volkswirtschaft einen produktiven Beitrag leistet.

Die nationalen Gesundheitsziele können durch die Wahl einer angemessenen Finanzierungsmethode sowie einer effektiven und effizienten Organisationsstruktur der Gesundheitsversorgung und entsprechende Zahlungsmethoden für die Träger des Gesundheitswesens erreicht werden. Strukturelemente wie der Gesetzesrahmen und das staatliche Erziehungssystem leisten einen zusätzlichen Beitrag zum Erreichen der Gesundheitsziele.

Die Ansätze zur Mobilisierung der Ressourcen beruhen in der Regel auf einer Mischung aus allgemeiner Besteuerung und Beiträgen an das staatliche Gesundheitssystem sowie privaten Krankenversicherungssystemen. Die Hauptfinanzierungsmethoden der Gesundheitsversorgung stützen sich auf das nationale Krankenversicherungssystem, allgemeine Steuereinnahmen, Privatversicherung, Versicherungssysteme auf Gemeinschaftsebene und Eigenzahlungen. Die Entscheidung für eine Methode wirkt sich darauf aus, wer die finanzielle Last trägt, in welcher Höhe Ressourcen verfügbar sind und wer diese Mittel verteilt.

Der Bericht konzentriert sich auf die gegenwärtige Priorität des Internationalen Arbeitsamt (IAA) im Bereich der Gesundheitspolitik, nämlich das Erreichen der universellen Deckung, und diskutiert verschiedene Möglichkeiten, um diese Priorität zu verwirklichen. Diese sollen in kohärenter Weise für verschiedene Bevölkerungsgruppen durch pluralistische Finanzierungs- und Bereitstellungssysteme konzipiert werden und eine effiziente Nutzung nationaler Ressourcen sowie ausreichende Solidarität zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen sicherstellen..

1. Die Finanzierung – Rückgrat der nationalen gesundheitspolitischen Ziele

Die nationale Gesundheitspolitik zielt auf eine bessere Gesundheit der Bevölkerung sowie die Prävention von Krankheiten und Gesundheitsrisiken, so dass die gesamte Bevölkerung auf ein gesundes und glückliches Leben hoffen kann und so zum Wohlstand des Landes und seiner Volkswirtschaft einen produktiven Beitrag leistet.

Die Ziele eines nationalen Gesundheitssystems reflektieren in der Regel staatliche Intentionen, die in Form von nationalen Gesetzes, politischen und anderen Dokumenten niedergelegt wurden, wobei es mehrere Quellen geben kann, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten angenommen wurden.

Der Umfang dieser Zielsetzungen des nationalen Gesundheitssystems wird unter Umständen von ihrer Finanzierbarkeit eingeschränkt, da diese Ziele mit anderen staatlichen Programmen konkurrieren. Knappe nationale Ressourcen müssen optimiert und rationalisiert werden. In Abhängigkeit von den gewählten Finanzierungsmechanismen und –quellen hängt das Erreichen nationaler Gesundheitsziele mehr oder weniger von Haushaltsbeschränkungen ab. Die finanzielle Tragfähigkeit muss auch in Zusammenhang mit der Beitragszahlungsfähigkeit des Einzelnen, der Arbeitgeber und anderer, an den Staat und andere staatliche Systeme wie der Sozialversicherung Steuern zahlender Gruppen gesehen werden. Am Ende müssen die Politiker bestimmte Prioritäten des nationalen Gesundheitssystems auf Kosten anderer setzen. So muss z.B. eine Abwägung stattfinden zwischen der Zuweisung eines bestimmten Anteils der Ressourcen für qualitativ hochwertige Dienstleistungen, welche das durchschnittliche gesundheitliche Versorgungsniveau eines Landes anheben, und dem Bau von Kliniken geringerer Qualität an allen Orten, um der gesamten Bevölkerung Zugang zu den Gesundheitsdiensten zu gewähren. Überlegungen zur Finanzierbarkeit müssen den im Zeitverlauf entstehenden, inflationären Kostendruck des Gesundheitswesens auf den Staatshaushalt und die Einkommen der Haushalte berücksichtigen.

Die nationalen Gesundheitsziele können durch die Wahl einer angemessenen Finanzierungsmethode sowie einer effektiven und effizienten Organisationsstruktur der Gesundheitsversorgung und entsprechende Zahlungsmethoden für die Träger des Gesundheitswesens erreicht werden. Strukturelemente wie der Gesetzesrahmen und das staatliche Erziehungssystem leisten einen zusätzlichen Beitrag zum Erreichen der Gesundheitsziele.

Die Finanzierungsmethode stützt sich auf die Art der Mobilisierung der Ressourcen und ihrer Verwendung. Sie hat einen multidimensionalen Charakter, da sie von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird, darunter

- das Modell der Mobilisierung von Ressourcen;
- die administrative und operationelle Struktur der Organisation;
- die Zuweisung der Mittel;
- die Bezahlung der Träger des Gesundheitswesens und die ihnen gebotenen Anreizstrukturen;
- andere Faktoren.

Die Ansätze zur Mobilisierung der Ressourcen beruhen in der Regel auf einer Mischung aus allgemeiner Besteuerung und Beiträgen an das staatliche Gesundheitssystem sowie privaten Krankenversicherungssystemen. Die Hauptfinanzierungsmethoden der Gesundheitsversorgung stützen sich auf das nationale Krankenversicherungssystem, allgemeine Steuereinnahmen, Privatversicherung, Versicherungssysteme auf Gemeinschaftsebene und Eigenzahlungen. Die Entscheidung für eine Methode wirkt sich darauf aus, wer die finanzielle Last trägt, in welcher Höhe Ressourcen verfügbar sind und wer diese Mittel verteilt. So erfordert z.B. die Mobilisierung von Ressourcen aus dem allgemeinen Steueraufkommen, dass

die Zielgruppe, welche diese zugewiesen bekommt und Gesundheitsausgaben verursacht, im Prinzip jedenfalls, die Gesamtbevölkerung ist. Wie die Risiken verteilt sind und wer abgedeckt ist, entscheidet am Ende darüber, wer sich teure medizinische Dienstleistungen erlauben kann. Die gewählte Finanzierungsmethode sollte eine kollektive Risikoverteilung erlauben, welche dazu beiträgt, dass umfassendere Zielsetzungen wie Gleichbehandlung, Solidarität und Bezahlbarkeit der Leistungen erreicht werden. Die Gleichbehandlung erstreckt sich auf verschiedene Ebenen: Finanzierung, Zugang zur Gesundheitsversorgung, Gesundheitszustand und angebotener Risikoschutz.

Aus der Wahl der Finanzierungsmethode für das Gesundheitswesen ergibt sich fast zwangsläufig dessen Organisationsform durch staatliche, private oder halbstaatliche Träger. Die gewählten institutionellen Formen lassen erkennen, wer die Entscheidungsgewalt für die Verwaltung und die Kontrolle des auf diese Weise umgesetzten Gesundheitssystems erhält, was auch die Verfügungsgewalt bezüglich der Finanzmittel einschließt. Die Wahl der Organisationsform des Gesundheitswesens reflektiert auch, inwieweit es Wettbewerb zwischen staatlichen und privaten Trägern gibt, welche Eigentumsverhältnisse im Gesundheitssystem bestehen und in welchem Umfang Dezentralisierung und Integration der Dienstleistungen im nationalen Gesundheitssystem als wünschenswert angesehen wurden.

Weitere, die Finanzierung bestimmende Elemente sind die Art und Weise der Zuweisung der Mittel an die Träger des Gesundheitswesens und der Grad der Rationalisierung. Sobald die Ressourcen mobilisiert wurden, müssen Kriterien für ihre Zuweisung an alle Kategorien des Gesundheitssystems, für Präventionsprogramme und die Entwicklung der Infrastruktur bestimmt werden. Die Mittelzuweisung unterliegt auch anderen Erwägungen wie regionalen Zuweisungen an verschiedene Formen von Trägern. Die Zuweisungskriterien müssen von der Öffentlichkeit akzeptiert werden.

Der für die Bezahlung der Gesundheitsträger und die Schaffung von Anreizen verwendete Ansatz wird sich auch nachhaltig auf die Kosten, Effizienz und Qualität der Gesundheitsversorgung auswirken. Die beiden wichtigsten Elemente des Zahlungssystems sind die Zahlungsmethode und die Höhe derselben pro Basiseinheit. Es gibt unterschiedliche Zahlungsmethoden für die Träger des Gesundheitswesens wie die Entrichtung von Gebühren für Dienstleistungen, Lohnzahlungen an die Beschäftigten im Gesundheitswesen, Kapitalisierung, an den Einzelfall angepasste Einweisungskosten etc. Unterschiedliche Zahlungsmethoden werden auch das Verhalten der Träger entsprechend beeinflussen. Krankenhäuser werden ihre Aktivitäten und ihr Personal entsprechend der gewählten Zahlungsmethode organisieren und verwalten. Die Wahl der Zahlungsmethode bestimmt weitgehend, ob der Träger oder der Nutzer der Gesundheitsdienste das finanzielle Risiko trägt.

Bei der Auswahl einer Finanzierungsmethode sowie einer Organisationsform für die Gesundheitsversorgung muss man sich bewusst sein, dass diese gegebenenfalls eine zentrale Rolle bei der Kostendämmung im Gesundheitswesen spielen. Diese Überlegung ist insofern

wichtig, weil die Pro-Kopf-Ausgaben beständig und oft schneller als die Wachstumsrate des BIP pro Kopf steigen. Die Finanzierung des Gesundheitswesens aus dem allgemeinen Steueraufkommen wird oft als die effizienteste Möglichkeit zur Eindämmung des inflationären Kostendrucks im Gesundheitswesen gesehen, weil der Gesamthaushalt so gestaltet und verwendet werden kann, dass die Gesundheitsausgaben begrenzt werden, obwohl dieser Ansatz bisweilen ungewollte Nebenwirkungen zeitigt und etwa zu unerwünschtem Verhalten einiger Träger im Gesundheitswesen führt. Wie bereits gesagt, setzt dies voraus, dass der Gesundheitshaushalt mit anderen Prioritäten der staatlichen Wirtschafts- und Sozialprogramme konkurriert. Das Ziel dabei ist ein vernünftiges Gleichgewicht zwischen Nachfrage und Angebot von Gesundheitsleistungen.

Die Wahl der Finanzierungsmethode kann davon bestimmt werden, inwieweit es wünschenswert erscheint, den Einfluss des Staates, der Sozialpartner und anderer Interessengruppen bei der Umsetzung und den laufenden Aktivitäten des nationalen Gesundheitssystems zuzulassen. So entschied sich die Bevölkerung der Schweiz kürzlich in einem Referendum im Prinzip gegen die Einführung eines nationalen Krankenversicherungssystems. Zur Erklärung wurden verschiedene Faktoren angeführt, darunter die Weigerung eines großen Teils der Bevölkerung, dem Staat eine dominante Rolle in der Verwaltung des nationalen Gesundheitssystems zuzuweisen.

2. Gesundheitsausgaben und Finanzierungsmechanismen aus globaler Sicht

Die Gesamtausgaben für Gesundheit beliefen sich in den letzten Jahren in Ländern mit hohen Einkommen auf 7,7 % des Bruttoinlandsprodukts, auf 5,8 % in Ländern mit mittleren Einkommen und auf 4,7 % in Ländern mit niedrigen Einkommen laut von der Weltbank im Jahre 2006 veröffentlichten Daten. Der staatliche Anteil an den Gesamtausgaben für Gesundheit lag in den jeweiligen Ländergruppen bei 70, 62 bzw. 52 %. Es lässt sich beobachten, das im Zuge der fortschreitenden wirtschaftlichen Entwicklung eines Landes mehr staatliche Ausgaben getätigt werden, da die Bevölkerung zunehmend einen besseren Sozialschutz nachfragt. In dieser Hinsicht bietet die nationale Krankenversicherung eine der effektivsten Wege zur Ausdehnung des Schutzes auf einen möglichst großen Personenkreis auf der Grundlage des Solidaritätsprinzips.

Der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zufolge, dominierten 2003 staatliche Ausgaben für nationale Krankenversicherungssysteme, vor allem in den OECD-Ländern und in den Reformländern Europas sowie in einigen Ländern des westlichen Pazifikraums und Nordafrikas, während die private Krankenversicherung eine wichtige Rolle in vielen lateinamerikanischen Ländern und in den Vereinigten Staaten spielt. In Europa hatten die staatlichen und nationalen Krankenversicherungen im Schnitt einen Anteil von 70 % an den gesamten Gesundheitsausgaben und deckten fast 100 % der Gesamtbevölkerung ab. In diesen Zahlen wurden die privaten Krankenpflichtversicherungssysteme in den Niederlanden und der Schweiz berücksichtigt.

Bei der persönlichen Deckung durch die nationale Krankenversicherung oder andere Versicherungsformen gibt es große Unterschiede zwischen den Ländern. In den meisten Entwicklungsländern dürfte sie mangelhaft sein. Eine genaue Analyse von Entwicklungstrends bei der individuellen Deckung geht über die Zielsetzung des vorliegenden Beitrags hinaus. Es lässt sich allerdings feststellen, dass sie in engem Bezug zur Höhe der Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit steht. Diese unterscheiden sich erheblich zwischen Ländern mit hohen, mittleren und niedrigen Einkommen. Die aus staatlichen, privaten und anderen Quellen finanzierten Gesundheitsausgaben schwanken zwischen USD 1 527 in Ländern mit hohen, USD 176 in Ländern mit mittleren und USD 25 in Ländern mit niedrigen Einkommen.

Den nationalen Gesundheitsstatistiken der WHO für 2004 zufolge, finanzieren sich die Gesundheitsausgaben global wie folgt:

- Die Regierungen trugen 33 % der globalen Gesundheitsausgaben;
- soziale Krankenversicherungssysteme deckten weitere 25 % der globalen Ausgaben;
- die private Krankenversicherung übernahm 20 % der globalen Ausgaben und
- Eigenzahlungen und andere private Ausgaben machen 22 % der globalen Gesundheitsausgaben aus.

Die wichtigste Erkenntnis aus diesen Statistiken bezieht sich auf den hohen globalen Anteil der Eigenzahlungen, insbesondere die Tatsache, dass dieser in Ländern mit niedrigen Einkommen am höchsten ist[1]. Das Internationale Arbeitsorganisation (IAO) ist besorgt darüber, dass die nationalen Gesundheitssysteme in zu vielen Ländern dieser Kategorie sich bei den Gesundheitsausgaben vor allem auf Eigenzahlungen stützen, da diese die Last der Gesundheitsrisiken jenen aufbürden, deren Familien am ehesten in Armut geraten, wenn eines der Mitglieder ernsthaft erkrankt. Dies führt uns zu der Schlussfolgerung, dass es an staatlichen Maßnahmen zu Gunsten eines systematischen Gesundheitsschutzes der Bevölkerung fehlt, vor allem in armen Ländern.

Es lässt sich die Tendenz beobachten, eine Reihe komplementärer Finanzierungsmethoden zur Moblisierung der Ressourcen für die Gesundheitsversorgung einzusetzen, insbesondere seit den neunziger Jahren, als der universelle Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen in Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen schrittweise als Entwicklungspriorität angesehen wurde.

Die Alterung der Bevölkerung beeinflusst sehr stark die weltweit vorgesehene Entwicklung der Gesundheitsausgaben. Es werden mehr Ressourcen für die langfristige Pflege und verschiedene Gesundheitsdienste benötigt, die spezifisch für die älteren Menschen

[1] Eigenzahlungen machten zwischen 50 und 80 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben in einer Reihe von Ländern in Afrika und Asien aus. So weisen die nationalen Gesundheitsstatistiken der WHO von 2006 Eigenzahlungen in Höhe von 77 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben in Burundi, 82 Prozent in Kongo, 58 Prozent in Bangladesch und 70 Prozent in Kambodscha aus.

eingerichtet wurden. OECD-Daten für das Jahr 2003 zufolge, lagen die Durchschnittsausgaben für Gesundheit pro Kopf für den Personenkreis im Alter von 65 Jahren und darüber schätzungsweise dreimal so hoch wie für jüngere Menschen. Die OECD schätzt, dass die gesamten Gesundheitsausgaben bis 2050 aufgrund der Alterung um rund 3 % des BIP steigen werden. Die größere, zu erwartende Nachfrage für Gesundheitsleistungen im höheren Alter und langfristige Pflege erfordern eine Anpassung des nationalen Gesundheitssystems, um die erforderliche, vermehrte Zahl von Gesundheitsdiensten für ältere Menschen bereitstellen zu können.

3. Die IAO fördert die universelle Deckung durch einen rationalen Einsatz der Finanzierungsmechanismen

Im Jahre 2001 erzielte die dreigliedrige Mitgliedschaft der IAO einen Konsens im Laufe einer allgemeinen Diskussion über soziale Sicherheit im Rahmen der im gleichen Jahr abgehaltenen Internationalen Arbeitskonferenz darüber, dass die soziale Sicherheit alle Menschen erreichen muss. Die Deckung spielt im Gesundheitssystem dabei die zentrale Rolle. Es ist keine leichte Aufgabe, die Deckung durch die soziale Sicherheit auf die Armen und die in der informellen Wirtschaft Tätigen durch alle möglichen Formen der Versorgung auszudehnen. Im Falle der Gesundheitsrisiken bedeutet dies, einen Zugang zum Gesundheitssystem für alle zu schaffen. In den meisten Ländern werden Mindestleistungen im Gesundheitsbereichs im Prinzip für alle bereitgestellt. Allerdings wird das Erreichen dieses wichtigen Ziels durch zahlreiche Barrieren verhindert.

Ziele wie Effizienz und Gleichbehandlung in den nationalen Gesundheitssystemen werden erheblich von der Wahl der Finanzierungsmethode zur Mobilisierung der Ressourcen, der kollektiven Risikoverteilung, dem Erbringen der Gesundheitsversorgung und der Bezahlung der Träger des Gesundheitswesens beeinflusst. Die meisten nationalen Gesundheitssysteme stützen sich auf mehr als eine Finanzierungsmethode, um die Bedürfnisse der verschiedenen Bevölkerungsgruppen zu befriedigen, wobei einige von ihnen dennoch nicht vom System abgedeckt werden.

Die IAO gibt der universellen Deckung im Gesundheitssystem Vorrang und ermutigt die Länder, in denen die Deckung noch mangelhaft ist, ihre Ressourcen für die Gesundheitsversorung rationell einzusetzen, indem sie die verfügbaren Finanzierungsmechanismen besser nutzen. In diesem Zusammenhang richtet die IAO ihr Augenmerk insbesondere auf eine aktive Rolle des Staates, der Gesetze annimmt, die eine universelle Deckung ermöglichen und ein Finanzierungsmodell wählt, das Ressourcen in zufriedenstellendem Umfang bereitstellt, damit alle in die Zuständigkeit des nationalen Gesundheitssystems fallenden Leistungen erbracht und von allen Beteiligten getragen werden können. Die regulatorische Funktion des Staates ist dort, wo es eine private Kranken-versicherung gibt, von grundlegender Bedeutung für die richtige politische Steuerung des Prozesses. Diese Elemente bilden den Ausgangspunkt für einen die Rechte des Einzelnen respektierenden Ansatz im nationalen Gesundheitssystem, insbesondere wenn es um die Integration

ausgeschlossener Bevölkerungsgruppen und den Einsatz von Finanzierungs- methoden geht, die Gesundheitsleistungen für die gesamte Bevölkerung vorsehen und dabei die Zahlungsfähigkeit der jeweiligen Bevölkerungsgruppen berücksichtigen.

Wo immer dies angemessen erscheint, fördert die IAO die Annahme von Aktionsplänen zur universellen Deckung im Gesundheitswesen, die kohärent für jede Bevölkerungsgruppe durch pluralistische Finanzierungsmethoden und Versorgungssysteme ausgestaltet werden, wobei die effiziente Verwendung der nationalen Ressourcen und ein ausreichendes Maß an Solidarität zwischen den Bevölkerungsgrupen sichergestellt werden muss. Das nationale Gesundheitssystem Thailands wird als gutes Beispiel für ein Land angesehen, dass verschiedene Finanzierungsmethoden rational einsetzt. Thailand bietet über verschiedene staatliche Systeme universelle Deckung: alle bei einem lokalen Träger des Gesundheitswesens gemeldeten Personen sind automatisch abgedeckt (und nicht von einem anderen staatlichen System erfasst), wobei die Finanzierung aus dem allgemeinen Steueraufkommen erfolgt; Beschäftigte des Privatsektors sind über das Amt für Soziale Sicherheit krankenversichert; den Beschäftigten des öffentlichen Dienstes und ihren Angehörigen werden die Gesundheits-ausgaben vom staatlichen Gesundheitssystem erstattet.

Die Kombination aus staatlichen Gesundheitsdiensten, nationaler Krankenversicherung, gemeinschaftsbezogenen Versicherungssystemen und einer privaten Krankenpflicht-versicherung bietet die Optionen für die Entwicklung einer integrierten nationalen Strategie, welche die Rahmenbedingungen auf dem Wege zur universellen Deckung schaffen.

4. Entwicklung des nationalen Gesundheitshaushalts

4.1. Allgemeine Überlegungen

Um einen Aktionsplan zur Ausdehung der universellen Deckung aufzustellen, fördert die IAO die Entwicklung und den Erhalt eines nationalen Gesundheitshaushalts, der alle Ausgabeposten wie Leistungen, Verwaltung und anderes sowie alle Einnahmeposten wie Steuern, Beiträge und private Versicherungsprämien berücksichtigt. Ein solcher Haushalt, dessen Zahlen in ausreichendem Maße einzeln ausgewiesen sind, sollte den Umfang der Zahlungsfähigkeit und Deckung beinhalten, um den politischen Entscheidungsträgern dabei zu helfen, Anpassungen des nationalen Gesundheitssystems vorzunehmen.

Der staatliche Gesundheitshaushalt evaluiert die Finanzlage und Entwicklung des nationalen Gesundheitssystems und seiner verschiedenen organisatorischen/institutionellen Komponenten. Bei der Erstellung eines staatlichen Gesundheitshaushalts werden Zeitreihen aller Ausgabe- und Einnahmeposten nach Institutionen und Organisationen, die mit der Gesundheitsversorgung betraut sind, erstellt, und erlauben die Entwicklung eines strukturellen Gerüsts, das die Rahmenbedingungen im Land berücksichtigt. Jeder Ausgabeposten wird analysiert, um die Art der Nutzung, die Entwicklung der Einheitskosten im Zeitverlauf, der Infrastruktur, der Verwaltungskosten etc. besser zu verstehen. Die Analyse

sollte einschlägige Bevölkerungsstatistiken und externe Faktoren hervorheben, die einen Bezug zur Nutzung bestimmter Leistungen und den Einheitskosten haben. Dies dient der Entwicklung von Elastizitätsfaktoren für in die Zukunft schauende Projektionen. Diese sind für den nationalen Gesundheitshaushalt in der Regel kurz- oder mittelfristig angelegt und sollten parallel zu demographischen Projektionen eingesetzt werden, die den Umfang der persönlichen Deckung anzeigen.

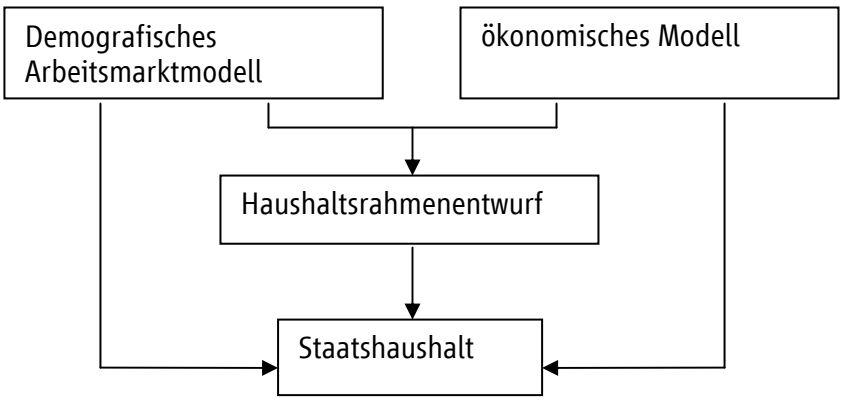
Das Internationales Arbeitsamt (IAA) verfügt über ein generisches Modell für den Gesundheitshaushalt, das als Ausgangspunkt für die Aufstellung des nationalen Gesundheitshaushalts verwendet werden kann.

4.2. Thailands nationals Gesundheitshaushalts-Modell – ein Beispielfall

Das nationale Gesundheitshaushalts-Modell Thailands wurde in enger Zusammenarbeit des Internationalen Gesundheitspolitischen Programms Thailands mit der IAA-Abteilung für soziale Sicherheit im Jahre 2004 erarbeitet. Wir benützen es hier als Beispielsfall.

Die Grundstruktur des Modells ist aus dem Schaubild 1 ersichtlich. Es folgt im wesentlichen dem allgemeinen Konzept der IAA für die Erstellung eines Sozialhaushalts[2]. Die budgetäre Analyse begrenzte sich auf den Gesundheitsbereich und seine Auswirkungen auf den Staatshaushalt.

Schaubild 1. ***Struktur des nationalen Gesundheitshaushalts-Modells für Thailand (2004)***



Quelle: IAA, 2004.

Das Modell erlaubt klassische und pragmatische "Wenn–dann" Projektionen, da es von exogenen demografischen und ökonomischen Annahmen ausgeht und dann ihre Auswirkungen auf Gesundheitsausgaben und –einnahmen sowie den Staatshaushalt simuliert.

[2] W. Scholz et al. (2000): *Social budgeting*, IAA, Genf.

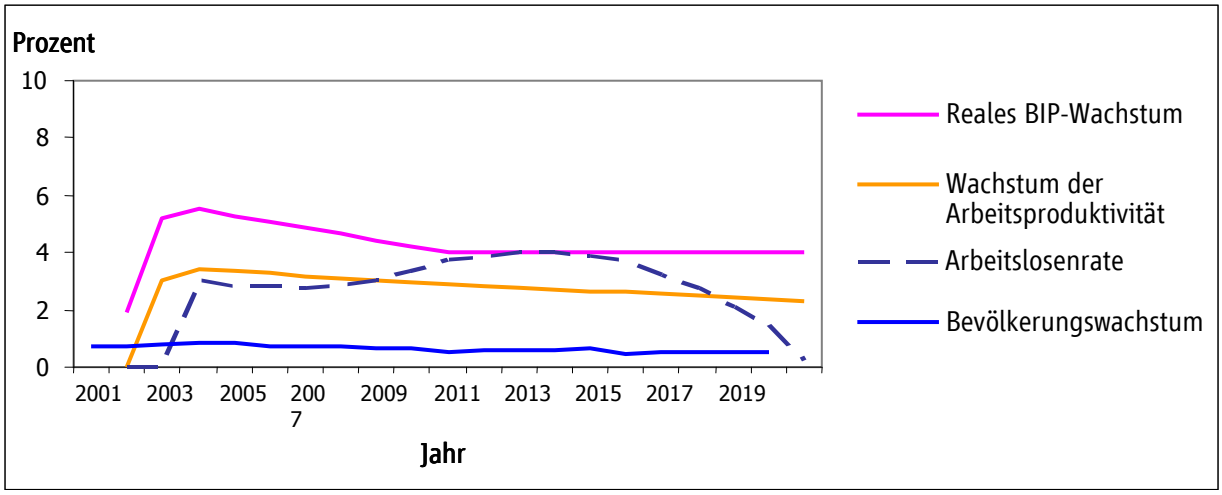
Das nationale Gesundheitshaushalts-Modell besteht aus vier deterministischen Modulen, die auf der Grundlage einer Reihe von exogenen Annahmen projiziert werden:

- Das erste Modul ist eine demografische Projektion für Bevölkerung und Arbeitskräfte auf der Grundlage von Annahmen bezüglich zukünftiger Entwicklungen von Fertilität, Mortalität, Migration und Erwerbstätigenzahlen.
- Das zweite Modul ist eine ökonomische Projektion, die Beschäftigungs- und Lohnentwicklungen aus exogenen Annahmen wie BIP-Wachstumsraten, Arbeitsproduktivität und Anteil der Löhne am BIP ableitet.
- Das dritte Modul ist das wichtigste und besteht aus dem Gesundheitshaushalts-Modul, das Projektionen der Gesundheitsausgaben vornimmt. Seine Struktur folgt den vier wichtigsten Systemen der Gesundheitsversorgung: das staatliche System der universellen Deckung (UD) das Krankenversicherungssystem für im Privatsektor Beschäftigte, das vom Amt für soziale Sicherheit (ASS) verwaltet wird, das Medizinische Leistungssystem für die Beschäftigten des öffentlichen Dienstes (MLBÖD) und die privat finanzierte Gesundheitsversorgung. Es berücksichtigt die wichtigsten Finanzierungsmethoden zur Mobilisierung von Ressourcen wie allgemeine Steuern, einkommensbezogene Beiträge, Eigenzahlungen und andere private Ausgaben. Im Endergebnis haben wir die gesamten nationalen Gesundheitsausgaben und kennen die erforderlichen finanziellen Einnahmen aus dem allgemeinen Steueraufkommen, um ein System der universellen Deckung zu erhalten.
- Das letzte Modul besteht aus dem Staatshaushaltsmodell, das im Rahmen des Budgets und seiner für die Zukunft erstellten Projektionen die staatlichen Gesundheitsausgaben und die erforderlichen Ressourcen auf der Einnahmenseite reflektiert. Die zentrale ergebnisbezogene Variable ist das jährliche staatliche Haushaltsdefizit.

Das nationale Gesundheitshaushalts-Modell wird in einer Kurzfassung erstellt und erlaubt es, die Auswirkungen von Veränderungen in der Gesundheitsversorgung und Finanzierung des Systems auf die nationalen Gesamtausgaben für Gesundheit und das staatliche Haushaltsgleichgewicht festzustellen, d.h. auf einen globalen Leistungsindikator des Gesundheitssystems und auf den der staatlichen Finanzierung. Es wurden im Modell zwei Szenarien entwickelt. Das erste reflektiert einen status quo in der Gesetzgebung, das zweite Szenario für die UD geht von denselben demografischen und ökonomischen Annahmen aus und unterscheidet sich nur im Modul des Gesundheitshaushalts, das die Einführung des UD-Fonds und von zwei wichtigen Maßnahmen zur Kostendämmung mit Blick auf das nationale Gesundheitssystem (Ausdehnung der Deckung des ASS und Beiträge zum MLBÖD) nach 2005 simuliert.

Das Modell basiert auf einer Reihe von demografischen und ökonomischen Annahmen, die im Schaubild 2 zusammengefasst sind.

Schaubild 2. ***Ökonomische Annahmen für die Projektionen zum nationalen Gesundheitshaushalts-Modell für Thailand (2002-2020)***



Quelle: IAA, eigene Projektionen.

Die Projektionen für den Staatshaushalt gehen von der Annahme aus, dass das BIP-Wachstum die Hauptquelle jeglichen Einkommens und aller Einnahmen der Zentralregierung sind, die nicht explizit lohnbezogen sind, wie etwa Einnahmen aus der Einkommensteuer, und nicht aus der Kurzfassung des Gesundheitshaushalts-Moduls übertragen wurden. Weitere Annahmen sind im Modell selbst dokumentiert und gehen über das Thema des vorliegenden Beitrags hinaus.

Die wichtigsten Ergebnisse der Projektionen sind in den Schaubildern 3 und 4 zusammengefasst. Die Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung steigen in den kommenden fünf Jahren, als %anteil des BIP gemessen und ausgehend von einem Niveau von 3,5 % des BIP, der Projektion zufolge um rund 0,3 %punkte des BIP. Dies ist weitgehend auf zwei Faktoren zurückzuführen: die angenommenen erheblichen Realwachstumsraten des BIP im kommenden Jahrzehnt und die Tatsache, dass die Kostenentwicklung bei einem Großteil der staatlichen Gesundheitsausgaben durch den Einsatz von Kapitalisierungsmechanismen gebremst werden konnte, was eine allgemeine kostendämmende Wirkung auf die Finanzierung des Gesundheitssystems insgesamt hat. Die nationalen Gesamtausgaben dürften bis 2020 langsam wieder auf das Ausgangsniveau ansteigen, da sich die BIP-Wachstumsraten verringern.

Das vom status quo ausgehende Szenario, demzufolge das gegenwärtige System fortbesteht, stagniert der Anteil des allgemeinen Steueraufkommens an der Finanzierung der Gesamtausgaben für Gesundheit im gesamten Zeitraum auf einem Niveau von 1,98 bis 2,17 % des BIP.

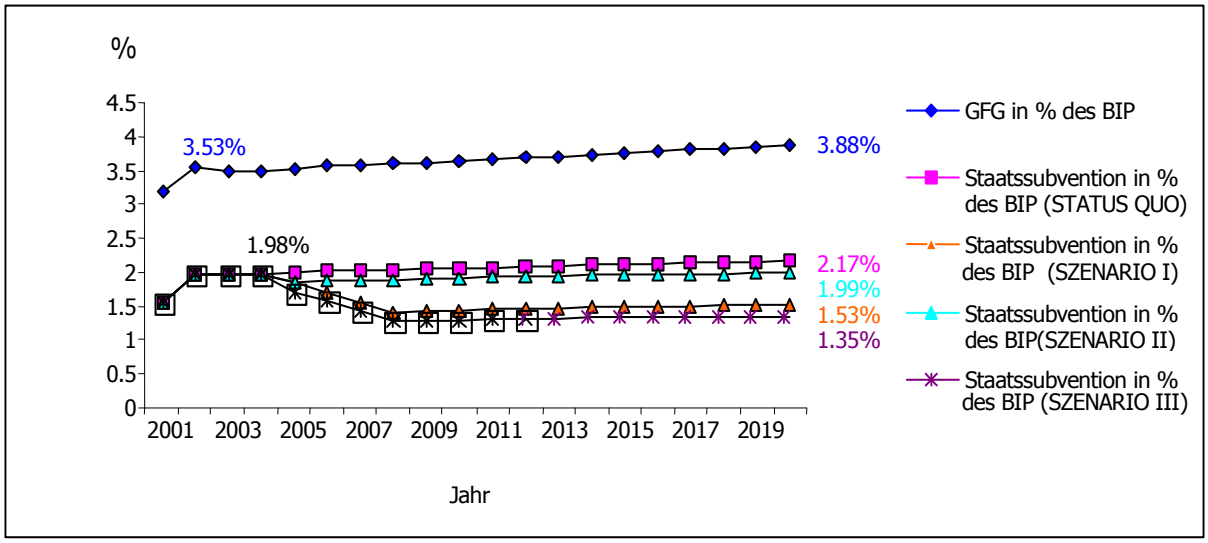
Das erste Szenario simuliert die Auswirkungen von vorgeschlagenen Steuererhöhungen und einer Verringerung der staatlichen Kosten sowie die Einführung eines besonderen UD-Fonds,

der ein entsprechend ausgewiesenes Einkommen für das UD-System aus Alkohol- und Tabaksteuern schaffen würde.

Das zweite Szenario geht von der Annahme aus, dass das vom Amt für soziale Sicherheit (ASS) getragene soziale Krankenversicherungssystem für die Beschäftigten des Privatsektors seine Deckung auf nicht erwerbstätige Ehefrauen und Angehörige ausdehnt, so dass die Deckung für fast 8 Millionen Menschen sich 2005 um rund 6 Millionen weitere Personen erhöhen würde. Dies bedeutet, dass diese nicht erwerbstätigen Ehefrauen und Angehörigen, die gegenwärtig im Rahmen des UD-Systems versichert sind, dessen Deckung nicht mehr bräuchten und der Staatshaushalt somit entlastet würde. Es wird davon ausgegangen, dass, wenn das ASS seine Deckung auf diese Weise ausdehnt, ohne den Beitragssatz in der Anfangsphase zu erhöhen – eine Annahme, die angesichts der hohen Fondsüberschüsse in der für die Gesundheit zuständigen Abteilung des ASS gemacht wurde – und der Staat keine zusätzlichen Steuern einführt, dies zur Folge haben würde, dass sich die staatlichen Gesundheitsausgaben verringern, und zwar durch verringerte Zuweisungen an das UD-System, die von anfangs 2,17 % bis 2020 auf 1,99 % des BIP zurückgingen.

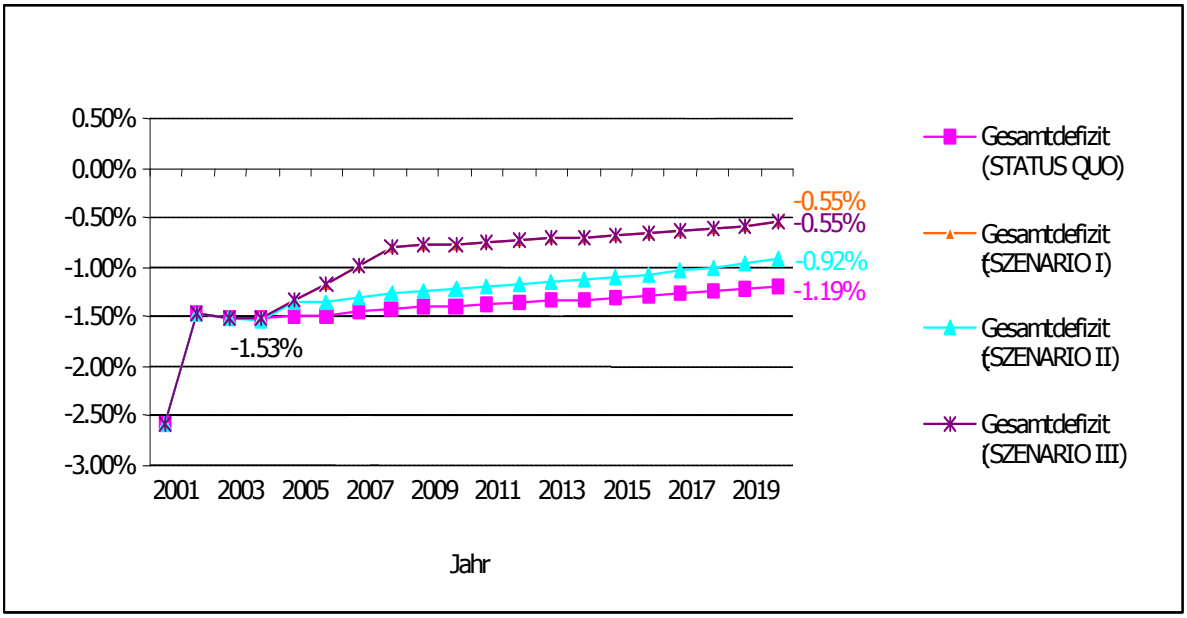
Die beiden ersten Szenarien wurden in einem dritten kombiniert, wobei das ASS seine Deckung auf Ehefrauen und Angehörige ausdehnen und der Staat zusätzliche Steuern einführen würde. Die führte zu einem Rückgang der staatlichen Gesundheitsausgaben von anfangs 2,17 auf 1,35 % bis zum Ende des Projektionszeitraums im Jahre 2020.

Schaubild 3. ***Projektion der Gesamtausgaben für Gesundheit Gesamtausgaben für Gesundheit (GFG) im nationalen Gesundheitshaushalts-Modell für Thailand, 2001-2020 (in % des BIP)***



Quelle: IAA-Projektionen (2004).

Schaubild 4. ***Projektionsergebnisse des nationalen Gesundheitshaushalts-Modells für Thailand, staatliches Defizit, 2001-2020 (in % des BIP)***



Quelle: IAA-Projektionen (2004).

5. Ein pluralistischer Ansatz zur Finanzierung des Gesundheitssystems

Ausgehend von den Ergebnissen des nationalen Gesundheitsbudgets können Verbesserungsmöglichkeiten gesucht werden, um die Nutzung und Zuweisung der Ressourcen im Gesundheitswesen optimal zu gestalten. Dies kann durch die Anwendung oder Ausweitung einer oder mehrerer Methoden zur Mobilisierung der Ressourcen geschehen, um letztlich eine universelle Deckung zu erreichen:

- Einführung eines Systems der universellen Gesundheitsversorgung, das aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanziert wird;
- Verbesserung der effektiven Deckung in den bestehenden Sozialversicherungs-systemen und größtmögliche Erweiterung der Definition der gesetzlichen Deckung;
- Förderung von Mikroversicherungssystemen und
- einer privaten Krankenpflichtversicherung, wo erstere bzw. letztere sinnvoll ist.

Vor- und Nachteile jeder dieser Optionen müssen sorgfältig abgewogen werden wie die Tabelle 1 zeigt. Eine Analyse sollte folgende Fragen berücksichtigen, um ein optimales Maßnahmenbündel zu erhalten:

- Welche Beitragskapazität haben die Bevölkerung und einzelne Gruppen in ihr?
- Inwieweit gelingt es der jeweiligen Methode, finanzielle Ressourcen zu mobilisieren?
- Ist die Methode effizient bezüglich der Zuweisung öffentlicher Mittel an die Armen?

- Welche Strategie erlaubt eine Verlagerung der Ressourcen und Entscheidungsgewalt von der Angebots- zur Nachfrageseite, um Gleichbehandlung, Effizienz und Qualität der Gesundheitsdienste zu verbessern?
- Welche Qualitäten hat die Methode bezüglich der Rechenschaftspflicht und Haushaltsplanung?

Die Wahl der Finanzierungsmechanismen für spezifische Bevölkerungsgruppen führt zu Überlegungen bezüglich der Zahl, Struktur und Leistungsfähigkeit der bestehenden Systeme, der politischen und kulturellen Rahmenbedinungen, des Steuervolumens, des Umfangs der informellen Wirtschaft, der Krankheitsbelastung, der Verfügbarkeit von Infrastrukturen, der Steuer-, Beitrags- und Prämieneinzugsfähigkeit, der Management-Kapazitäten, der Umsetzungsmöglichkeiten für Gesetzgebung und Regulierung sowie ähnlicher Auswirkungen auf die Gleichbehandlung.

Tabelle 1. ***Vor- und Nachteile der wichtigsten Finanzierungsmethoden für die Gesundheitsversorgung***

Aus Steuern finanzierte Krankenversicherung		**Soziale Krankenversicherung** (einschließlich der Mikroversicherung und gemeinschaftsbezogener Systeme)		**Private Krankenversicherung**	
Vorteil	**Nachteil**	**Vorteil**	**Nachteil**	**Vorteil**	**Nachteil**
Risiko-verteilung auf 100% der Bevölkerung. Volle Umverteilung zwischen hohen und geringen Risiken sowie hohen und niedrigen Einkommens-gruppen in der abgedeckten Bevölkerung. Potential für administrative Effizienz und Kosten-kontrolle.	Risiko instabiler Finanzierung und häufiger Unter-finanzierung aufgrund konkurrier-ender staatlicher Ausgaben. Möglicher-weise ineffizient aufgrund fehlender Wettbewerbs-anreize für die Träger im Gesundheits-wesen und möglicher-weise ineffektive staatliche Aufsicht.	Schafft stabile Einnahmen. Erhält oft starke Unter-stützung aus der Bevölkerung. Bietet Zugang zu einer breiten Palette von Dienst-leistungen. Beteiligung der Sozial-partner. Umver-teilung zwischen hohen und geringen Risiken sowie hohen und niedrigen Einkommens-gruppen in der abgedeckten Bevölkerung.	Ausschluss der Armen, wenn diese nicht vom Staat subventioniert werden. Beiträge aus der Lohnsumme können die Wettbewerbs-fähigkeit beschränken und zu höherer Arbeitslosigkeit führen. Komplexe Verwaltungs-struktur. Politische Steuerung und Rechenschafts-pflicht können problematisch sein. Kann zu einer Kosteneskalation führen, wenn keine effektiven Kosten-dämmungs-mechanismen eingesetzt werden. Gemeinschafts-bezogene Systeme können finanzielle Schwächen zeigen, wenn sie nicht staatlich subventioniert werden.	Eigenzahlungen vorzuziehen. Erhöht den finanziellen Schutz und verbessert den Zugang zu Gesundheits-diensten für die Zahlungs-fähigen. Fördert Qualität und Kosten-effizienz in der Gesundheits-versorgung.	Hohe Verwaltungs-kosten. Ineffektiv bezüglich der Verringerung des Kostendrucks auf die staatliche Finanzierung des Gesundheits-systems. Fördert Ungleichheit, wenn es keine subventio-nierten Prämien gibt bzw. Versicherungs-umfang und –preis nicht reguliert werden. Erfordert administrative und finanzielle Infrastruktur und Kapazität.

Man kann allgemein sagen, dass Steuern eine effiziente und die Gleichbehandlung fördernde Einnahmequelle für das Gesundheitssystem sind. Sie können als Ressourcen verstanden werden, welche die Risikoverteilung auf Landesebene für die gesamte Bevölkerung am effektivsten gestalten und zwischen hohen und geringen Risiken sowie hohen und niedrigen Einkommensgruppen umverteilen. Der öffentliche Dienst ist in der Lage, administrative Effizienz zu zeigen und die Kosten zu kontrollieren.

Allerdings hängt ihr potentieller Beitrag zur Gesundheitsversorgung weitgehend von der nationalen gesamtwirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und konkurrierender Nachfrage anderer Bereiche, der Qualität des politischen Steuerungsprozesses, dem Steuervolumen sowie den personellen und institutionellen Kapazitäten des Staates bezüglich des Steuereinzugs und der Aufsicht über das System ab. In der Praxis sind solche staatlichen Systeme oft unterfinanziert, was zu einer Knappheit von Gütern und Dienstleistungen sowie "unter dem Tisch" erfolgenden Zahlungen und einer fehlenden effizienten Steuerung führen kann.

Der Erfolg *sozialer Krankenversicherungssysteme* hängt von der Schaffung stabiler Ressourcen ab, aber auch der oft starken Unterstützung aus der Bevölkerung, einem breiten Dienstleistungsangebot, der Beteiligung der Sozialpartner und der Umverteilung zwischen Risiken und Einkommensgruppen. Die Systeme sind jedoch administrativ gesehen komplex, politische Steuerung und Rechenschaftspflicht können Probleme aufwerfen. Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht können Beiträge aus der Lohnsumme den Wettbewerb beschränken und zu höherer Arbeitslosigkeit führen.

Wenn die Deckung nicht universell ist, könnte sich die soziale Krankenversicherung zudem auf die Gleichbehandlung in Ländern mit einem umfassenden informellen Wirtschaftssektor auswirken. Die Gesundheitsversorgung für die Arbeitnehmer ist eben nicht kostenlos, so dass Unternehmen und Wirtschaft ihren Teil der Finanzlast tragen müssen. Im Falle der sozialen Krankenversicherungssysteme sollten sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer die Finanzierung teilen. Für spezifische Leistungen wie Mutterschaftsgeld können besondere Regeln gelten, d.h. die volle Deckung aus staatlichen Fonds, um die geschützte Bevölkerungsgruppe vor Nachteilen zu schützen.

Spezifische Systeme wie private Gemeinschaftskrankenversicherungen können nicht lohnbezogene Beiträge effizient einziehen und die Versorgungskosten für die Ärmsten senken. Sie haben jedoch oft Probleme bei der Deckung und einer ausreichenden Risikoverteilung, Schwierigkeiten bei der Organisation der Mitglieder aus verschiedenen ethnischen Gruppen, fehlende Managementkapazitäten und unzureichende Ressourcen.

Der aktuelle Trend in Ländern mit niedrigen Einkommen geht in Richtung einer gewichtigeren Rolle der Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit und der sozialen Krankenversicherung, wenn es darum geht, politische Maßnahmen zugunsten der Armen im Rahmen des Sozialschutzes zu koordinieren und die Frage der hohen Nutzungsgebühren

anzugehen. Freiwillige und gemeinschaftsbezogene Systeme erhalten in vielen Ländern mit niedrigen Einkommen ebenfalls Unterstützung. Erfolg und Tragfähigkeit hängen in ihrem Falle von der Attraktivität der Leistungspakete und der Qualität der Dienstleistungen ab. Das zunehmende Interesse an diesen Systemen steht in Zusammenhang mit der Deckung der Arbeitnehmer in der informellen Wirtschaft und ihrer Familien. Wichtige Fragen der Tragfähigkeit, d.h. bezüglich ihrer Zahlungsfähigkeit und der Risikoauslese werden gegenwärtig durch die Schaffung finanzieller und administrativer Bindeglieder zwischen den Systemen auf verschiedenen Ebenen unter Berücksichtigung ihrer unterschiedlichen Trägerschaft angegangen. Aktuelle Länderbeispiele verweisen auf die Tatsache, dass die Systeme erfolgreich operieren können, z.B. das Yeshasvini-System in Indien, das zwei Millionen Arbeitnehmer und ihre Familien abdeckt. Allerdings ist die Deckung dieser Systeme heute oft noch begrenzt.

Private, gewinnorientierte Krankenversicherungssysteme finden wir ebenfalls in vielen Industrie- und Entwicklungsländern, von den OECD-Ländern bis hin zu sich entwickelnden Ländern wie Peru und die Philippinen. Wenn sie nicht subventioniert werden, decken sie den wohlhabenderen Teil der Bevölkerung gegen Zahlung risikobezogener Prämien ab. Dieser exklusive Charakter und die hohen Verwaltungskosten dieser Systeme werden oft kritisiert, während die höhere Qualität der Dienstleistungen geschätzt wird.
Die Vor- und Nachteile der verschiedenen Finanzierungsmechanismen können durch Verbesserungen und Verknüpfungen der unterschiedlichen Ansätze überwunden werden. Im Rahmen der Planung zur Erweiterung der Deckung sollte eine Evaluierung stattfinden, welche die am besten geeigneten Mechanismen feststellt, um auf dem Wege der Gleichbehandlung ausreichende und nachhaltige Einnahmen für die Versorgung mit angemessenen Leistungspaketen und finanziellem Schutz für die gesamte Bevölkerung zu sichern.

Angesichts des länderspezifischen Charakters der Evaluierung gibt es keine allgemeine Regel für eine optimale Zusammensetzung des aus nationalen Untersystemen zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung bestehenden Gesamtsystems. Man sollte sich beim Aufbau des Systems jedoch an einer Reihe von Leitprinzipien orientieren, darunter Gleichbehandlung und Solidarität bei der Finanzierung mit Blick auf die Zahlungsfähigkeit und den Zugang zu allen Gesundheitsdiensten. Dazu gehören auch die Risikoverteilung sowie von den Arbeitgebern und den Arbeitnehmern geteilte Beitragszahlungen zur sozialen Krankenversicherung, die Integration aller Bürger ohne Diskriminierungen aufgrund des Geschlechts, der ethnischen Zugehörigkeit, der Religion etc.

Der untenstehende Kasten enthält eine Checkliste zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung.

Checkliste: wichtige Maßnahmen zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung

- Mobilisierung ausreichender Ressourcen zum Erreichen der politischen Zielsetzungen
- Gleichbehandlung und Solidarität bei der Finanzierung durch eine am Einkommensniveau orientierte Lastenverteilung
- Einrichtung von Risikoangleichungs- und Solidaritätsfonds, wo dies angemessen erscheint
- Optimale Risikoverteilung und weniger Fragmentierung
- In Versicherungssysteme staatliche Subventionen für die Armen und die Arbeitnehmer des informellen Sektors sowie ihre Familien einbauen (entweder direkt oder über Beiträge/Prämien)
- Eigenzahlungen so gering wie möglich halten
- Nutzergebühren in Abhängigkeit von der Zahlungsfähigkeit gestalten
- Finanzielle Tragfähigkeit
- Eine Mischung aus Finanzierungsmechanismen für das Gesundheitssystem beschleunigt das Erreichen von Zielen wie universelle Deckung, Haushaltsgleichgewicht, Effizienz und Qualität der Versorgung.
- Effiziente und effektive Nutzung der Ressourcen

Die Ausdehnung des Gesundheitsschutzes erfordert gewöhnlich mehr Mittel, vor allem bei den staatlichen Gesundheitsausgaben. In vielen Ländern mit mittleren und höheren Einkommen stösst der Einzug der Einnahmen aus staatlichen Fonds und Lohnsteuern jedoch oft auf deutlich sichtbare Grenzen. Gesundheitsausgaben werden als unproduktive Kosten gesehen, welche die wirtschaftliche Entwicklung behindern. In vielen Ländern mit niedrigen Einkommen werden der Haushaltsspielraum und die inländischen Einnahmen als zu gering angesehen, um für die Mehrheit der Bevölkerung den Zugang zu Gesundheitsdiensten zu sichern.

Die Mobilisierung zusätzlicher staatlicher Mittel erfordert zudem in der Regel eine funktionsfähige formale Wirtschaft, in vielen Ländern mit niedrigen Einkommen bestehen jedoch umfangreiche informelle Wirtschaftssektoren. Ein breiterer Haushaltsspielraum ist eine Grundvoraussetzung für einen tragfähigeren sozialen Gesundheitsschutz. Dies erfordert oft eine geänderte staatliche Politik und – in Ländern, die von internationaler Hilfe abhängen – eine nachhaltigere Unterstützung von Seiten der Geber. Die erfolgreichsten Methoden zur Erweiterung des Haushaltsspielraums auf dem Wege staatlicher Politik sind folgende:

- Effizientere Nutzung der staatlichen Ausgaben;
- größere Effizienz in staatlichen Einrichtungen und in der Versorgung mit Dienstleistungen;
- Umschichtungen im Haushalt;
- verstärkte Bemühungen beim Steuer- und Beitragseinzug und
- die Einführung neuer Finanzierungsquellen für das staatliche Gesundheitsbudget.

Diese Ansätze erfordern ein nachhaltiges politisches Engagement, das Setzen von Prioritäten zu Gunsten einer Ausdehnung des sozialen Gesundheitsschutzes und die Berücksichtigung von Fragen der Transparenz und Rechenschaftspflicht. In diesem Zusammenhang ist die Einführung eines demokratischen Managements und einer dreigliedrigen politischen Steuerung von grundlegender Bedeutung. Dies erfordert auch einen partizipatorischen Ansatz

in der Verwaltung und Lenkung der Systeme, der auf dem landesweiten sozialen Dialog zwischen politischen Entscheidungsträgern, Sozialpartnern, Organisationen der Zivilgesellschaft, staatlichen und privaten Versicherungsträgern, Trägern der Gesundheitsversorgung und anderen Akteuren beruht.