
Gesundheitsreform in England

Prof. Dr. Leonhard Hajen

Referat Forschungsstelle für Sozialrecht
und Sozialpolitik

7. 5. 2013

Zwei Thesen

- Im März 2012 beschlossene Veränderung der Institutionen des NHS England setzen Anreize zur Risikoselektion der Patienten und stehen im Gegensatz zu den Werten des NHS
- Sparpolitik dominiert den Reformprozess, nicht bessere Versorgung der Patienten

Polarisierte Diskussion über die Reform des NHS in England



Log in Register Subscrib

Biggest revolution in the NHS for 60 years

Doctors are to be given sole responsibility for overseeing front-line care to patients under Coalition plans described as the biggest revolution in the NHS since its foundation 60 years ago.

July 9, 2010

THE LANCET

It's time to kill this Bill

A letter published this week in *The Daily Telegraph* (Oct 4) is worth reproducing in full. It is a devastating critique of the UK Government's current health policy and is signed by some of the leading scientists and thinkers in public health today: Prof Michael Marmot, Prof Andy Haines, Prof Martin McKee, Prof Rosalind Raine, Prof Alan Maryon-Davis, Prof John Ashton, Prof Mel Bartley, Prof Raj Bhopal, Prof Yoav Ben-Shlomo, Prof Carol Brayne, Prof John Britton, Prof Simon Capewell, Prof Michel Coleman, Prof Ruth Gilbert, Prof Walter Holland, Prof Margaret Whitehead, Prof David Leon, Prof Angus Nicoll, Prof Klim McPherson, Prof Allyson Pollock, Prof Sian Griffiths, Dr Bobbie Jacobson, Dr June Crown, Dr Paul Edmonson-Jones, Dr John Middleton, and Dr David McCoy, together with nearly 400 others. Here it is.

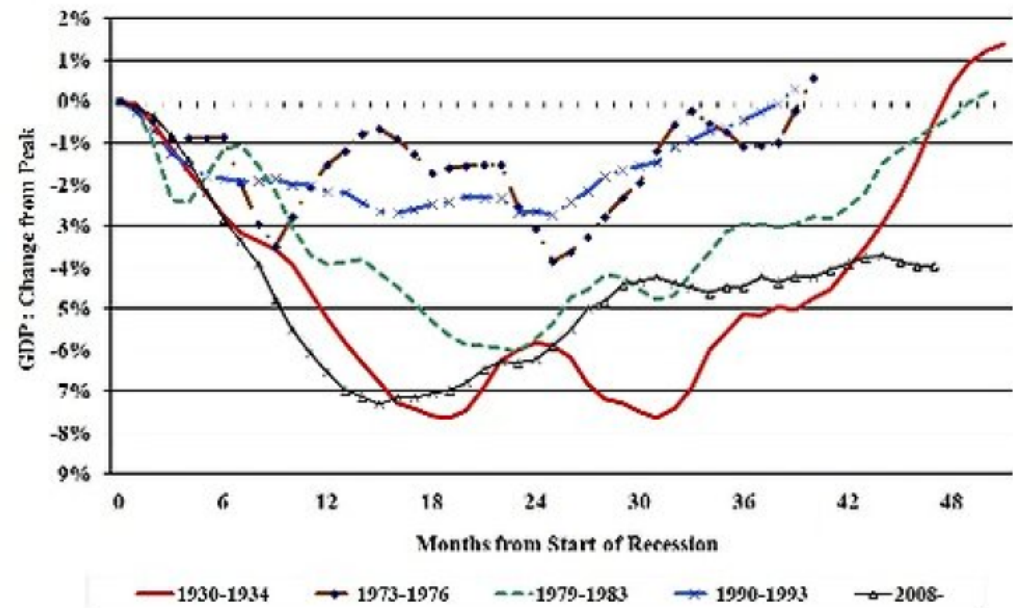
The Lancet, Vol 378, Issue 9799,
p. 1276, October 8, 2011

Rahmenbedingung der Reform: Ökonomische Krise

Krise der britischen Wirtschaft

- Dauer der Krise gemessen am Wachstum des GDP länger als in der „Großen Depression“ 1929
- Austeritätspolitik dominiert

GB in der Krise



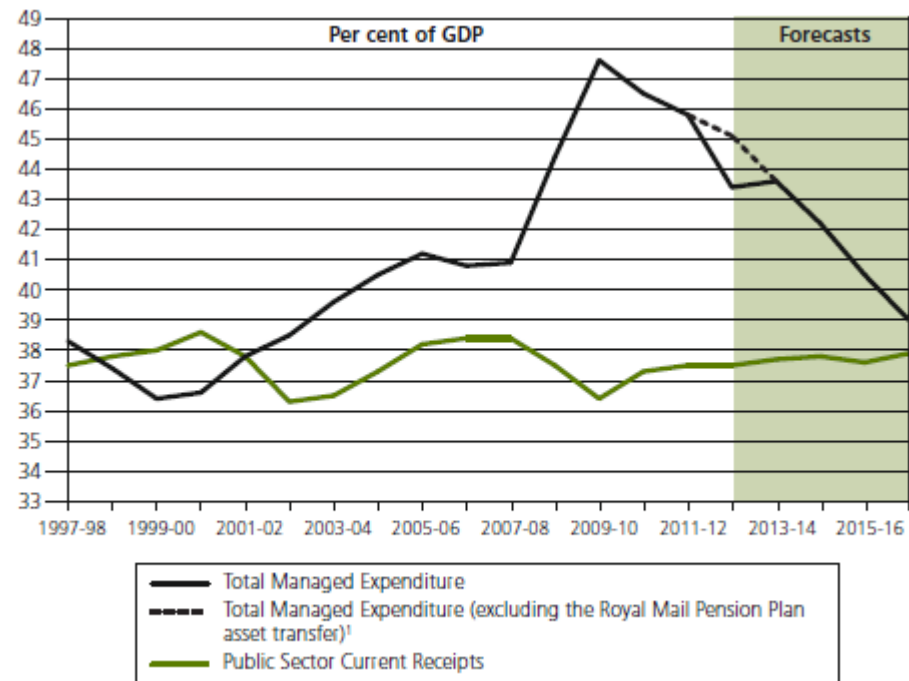
Rahmenbedingung der Reform: Haushaltskrise und Sparpolitik

Haushaltskonsolidierung

1. Priorität

- Hohe Defizite im Staatshaushalt durch Krisenbekämpfung und Bankenrettung
- Dritthöchste Budgetdefizit in der EU
- Eigene Währung erleichtert Staatsverschuldung, ändert aber wenig am Spardruck zur Beseitigung struktureller Defizite

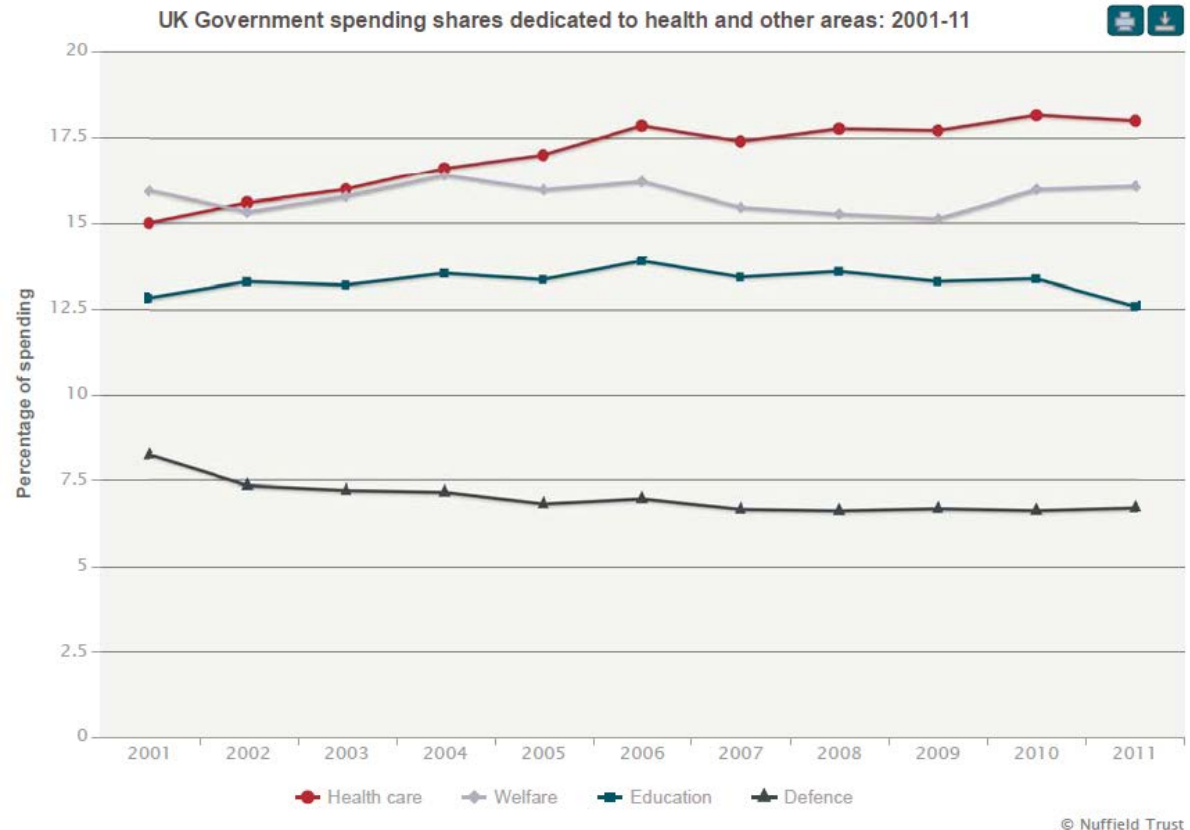
Einnahmen und Ausgaben des Staates 1997/98 bis 2015/16



Rahmenbedingung der Reform:

Ausgaben für NHS unter Labour stark gewachsen

- Mehr als Verdopplung der Gesundheitsausgaben von £ 36,6 Mrd. in 1998/99 auf £ 102,0 Mrd. in 2008/09
- Anteil am BIP stieg im gleichen Zeitraum von 5,3% auf 8,5%
- Größter Ausgabenblock und stärkste Steigerungsrate im Budget des UK
- Verbunden mit zentralen Zielvorgaben und Kontrollen für den NHS („targets and terror“)



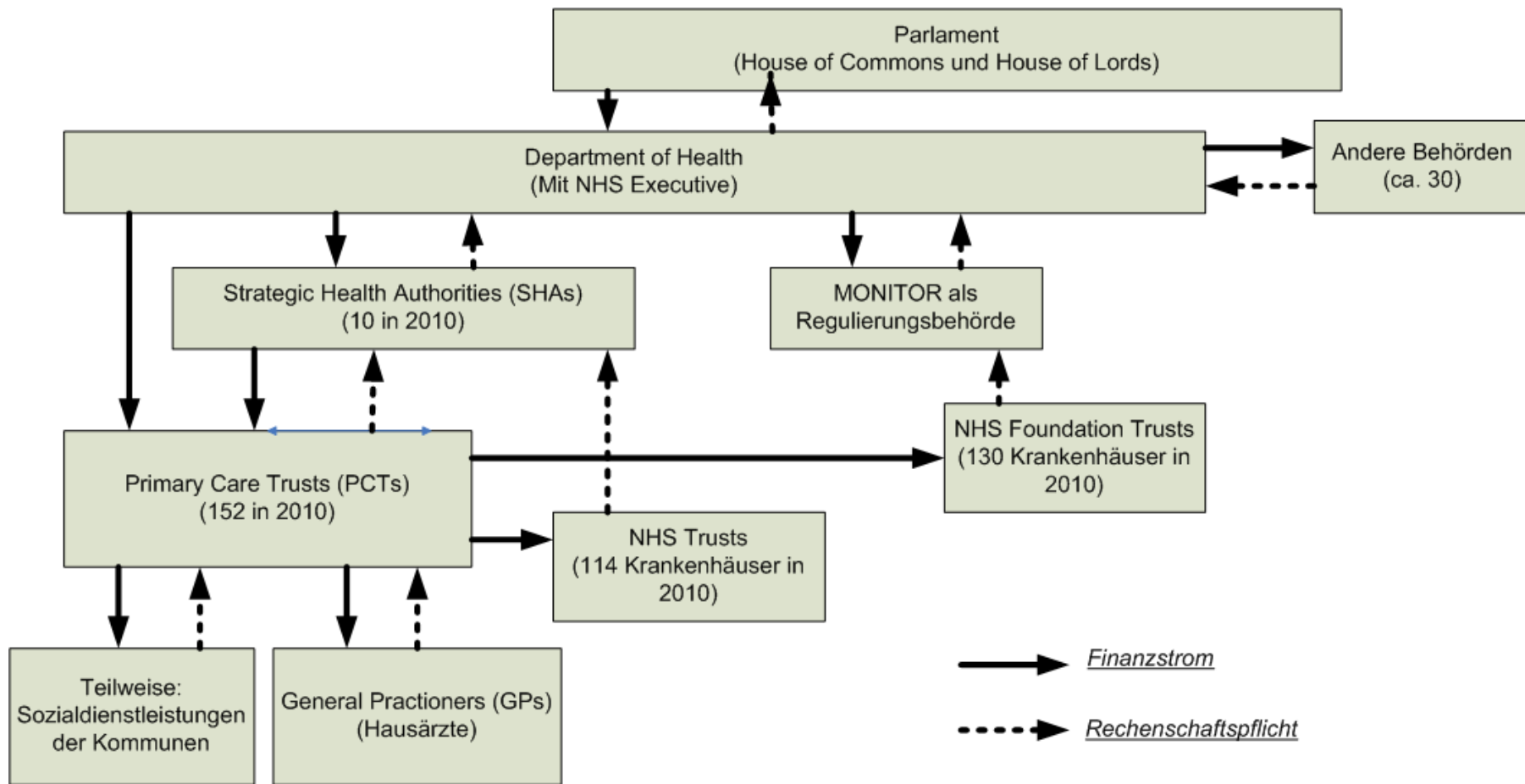
Rahmenbedingung der Reform: Hohe Wertschätzung für NHS

- Gründung des NHS in 1948
 - Abkehr von Sozialpolitik als Armenpolitik
 - Sicherung gegen Gesundheitsrisiken als staatliche Aufgabe
- Werte des NHS
 - Alle Staatsbürger
 - Steuerfinanziert
 - **Gleicher Zugang**
 - Im Grundsatz unentgeltlicher Zugang am „point of provision“
 - Mit Ausnahme der GPs Leistungserbringer überwiegend in staatlicher Trägerschaft
 - Fachärzte überwiegend im Krankenhaus
 - Zentrale Steuerung des NHS durch Parlament und Regierung
- Zustimmung zum NHS lag 2010 historisch hoch bei 70% (1997 bei 34%)

NHS im Wandel

- Reformen des NHS unter Thatcher und Major (1979-1997)
 - Ziel: Höhere Effizienz durch Wettbewerb
 - Trennung der Leistungserbringung („provision“) von der Leistungsbeauftragung („purchasing“ oder „commissioning“)
 - Dezentralisierung von Entscheidungen auf Regionen, aber zentrale Zielvorgaben
 - Neues Modell, aber freiwillig: „GP-Fundholders“ mit eigener Budgetverantwortung für die GPs (Hausärzte kaufen Leistungen ein)
 - ➔ **Leichter Zugang ins Krankenhaus für Patienten der GP-Fundholders**
- Reformen unter Labour (ab 1997 bis Mai 2010)
 - „**Devolution**“, d.h. hier Verselbständigung NHS Scotland und NHS Wales
 - **Kooperation** statt Wettbewerb, aber Beibehaltung des „purchaser-provider-split“
 - Lokale „Primary Care Trusts“ (PCTs, zuletzt 152, die ca. 80% des NHS-Budgets verteilen) als „Einkäufer“ unter Beteiligung der Betroffenen
 - ➔ **Populationsbezogene, regionale Entscheidungen**
 - Verselbständigung der Krankenhäuser
 - Beauftragung von privaten Leistungserbringern möglich
 - Privates Kapital zur Krankenhausfinanzierung
 - **Abschaffung GP-Fundholders**
 - Hoffnung auf bessere Integration der Versorgungssektoren nur begrenzt erfüllt
 - 43% der Ausgabensteigerungen für höhere Einkommen der Leistungserbringer verbraucht

Struktur des NHS vor der Reform 2012



Nach: Harker, 2012, S. 11

Ziele der Reform des NHS der konservativ-liberalen Koalition:
Größere Qualität und Effizienz

Garantie eines bis 2014/15 insgesamt um real 0,4% steigenden Budgets für den NHS (jährliche nominale Steigerung von 1,3%)

- Ausgabensteigerung allein durch demographischen Wandel und medizinischem Fortschritt höher als Wachstumsrate des Budgets
- Refinanzierung über Effizienzsteigerungen
 - Leicht gesunkene Produktivität in der Vergangenheit: ./ 0,4%
- Geplante Steigerung zur Finanzierung wachsender Ausgaben: 4% („Nicholson Challenge“)
→ £ 15 bis 20 Mrd. müssen eingespart werden

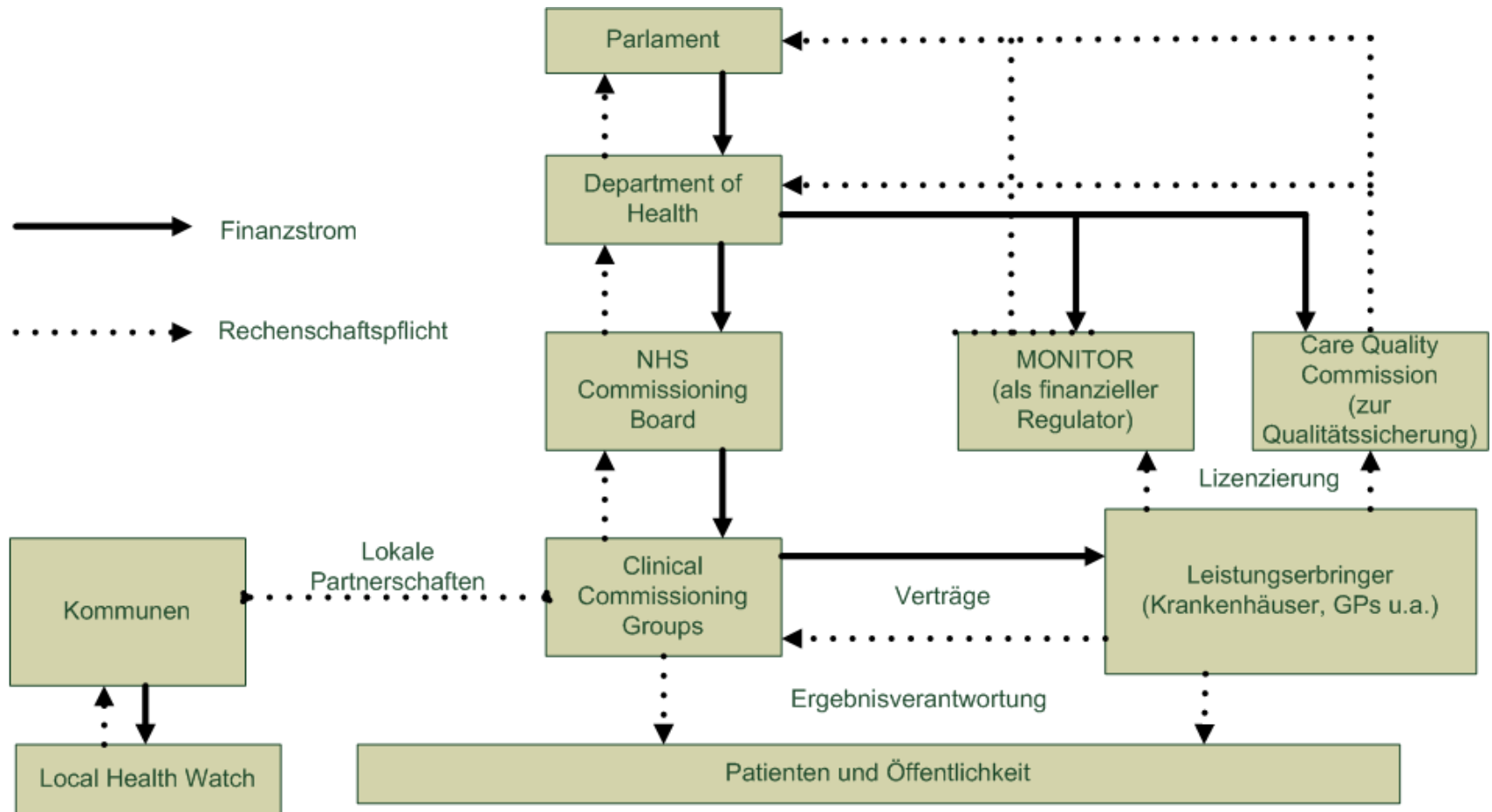
Instrumente:

- Weniger Bürokratie
 - Abschaffung der „Strategic Health Authorities“ und „Primary Care Trusts“
 - Aber: Neue Agenturen, um zentral zu steuern und zu kontrollieren
- Patienten sollen das System steuern („put patients on the driver’s seat“)
 - Ärzte sollen (sic!) im Auftrag der Patienten handeln
→ Clinical Commissioning Groups in Budgetverantwortung

Clinical Commissioning als neue Form der Regulierung

- „Clinical Commissioning Groups“ als „Einkäufer“
 - Ärzte als Agenten der Patienten
 - Ursprünglich geplante Zusammensetzung: nur GPs
 - Jetzt: Auch Vertreter von Krankenhäusern und öffentlichem Interesse
 - **Alle GPs müssen** Mitglied einer CCG ihrer Wahl sein, alle Patienten müssen eine CCG wählen
 - ➔ **Nicht mehr populationsbezogene Entscheidungsgremien, sondern gruppenbezogene**
 - CCGs entscheiden über die Verwendung (ambulant und stationär) des zentral zugewiesenen Budgets
 - Rauslösung kommunaler Aufgaben aus dem NHS-Budget
- Zentrale Vorgaben über
 - NHS Commissioning Board (verteilt das Budget)
 - Monitor (reguliert Preise für private und NHS Leistungserbringer)
 - Care Quality Commission (zuständig für Qualitätskontrolle)

Struktur des NHS nach der Reform 2012



Nach: Department of Health, 2010, S. 39

- Purchaser-Provider-Split wird durch Budgets für Leistungserbringer (CCGs) ersetzt
 - Gefahr der perversen Form des Wettbewerbs durch Wettbewerb um gute Risiken durch CCGs → adverse Selektion in CCGs
 - Entscheidend ist, ob Morbidität bei der Budgetzuweisung richtig erfasst wird
 - Bisher keine Erfahrung
 - Deutlich einfacher bei populationsbezogener Zuweisung
 - Ironie der Geschichte: Konservativ-liberale Koalition gibt wichtigste Reform unter Thatcher auf
- Gefahr, dass alte Bürokratien durch neue ersetzt werden
 - NHS Commissioning Board, Monitor, Care Quality Commission
 - Einsparungen entfallen
 - CCGs erfordern hohe Managementkompetenz
 - Aufgabenwahrnehmung durch private Dienstleister?
- Widerstand gegen die Reform bei Leistungserbringern
 - Verantwortlichkeit für Leistungskürzungen wird auf CCGs verschoben
 - Ablenkung von den wirklichen Problemen des NHS
 - **Fiskalkrise dominiert Gesundheitsreform in England**
 - **Spannend für Zukunft: Welche Ergebnisse in Scotland und Wales, die diese Reform nicht mitmachen?**