

## 1 Einleitung

Vor dem Hintergrund wachsender Haushaltsdefizite stehen die kontinuierlich steigenden Gesundheitsausgaben in vielen Industrieländern auf dem Prüfstand. Dies gilt auch für das französische Gesundheitswesen. Im Rahmen einer Diskussion über ein angemessenes Gesundheitsbudget, darf der Output des Systems jedoch nicht unberücksichtigt bleiben. Daher sollten die Ausgaben eines Gesundheitssystems stets im Zusammenhang mit der Qualität der erbrachten Leistungen beurteilt werden. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Ausgaben im französischen Gesundheitswesen unter Berücksichtigung der Versorgungsqualität zu bewerten. Um die Performance des französischen Gesundheitssystems zu evaluieren, bietet sich ein internationaler Vergleich an. Hierbei gilt es jedoch die unterschiedliche Ausgestaltung der Gesundheitssysteme zu beachten, da diese einen maßgeblichen Einfluss auf Gesundheitsausgaben und -qualität hat. Im ersten Abschnitt der Arbeit werden deshalb die grundlegenden Modelle zur Systematisierung von Gesundheitssystemen und speziell der Aufbau des französischen Gesundheitssystems dargestellt.

Im folgenden Abschnitt werden die Gesundheitsausgaben, die Versorgungsqualität und ihre ökonomische Abwägung dargestellt. Beides wird anhand von Querschnitts- und Zeitreihendaten betrachtet. Auffällig ist, dass die Messung von Gesundheitsausgaben relativ unkompliziert ist, während die Versorgungsqualität nur schwer messbar ist. Daher werden unterschiedliche Instrumente zur Messung der Versorgungsqualität kurz erläutert, sowie die jeweiligen Vor- und Nachteile, dargestellt. Für die Abwägung, ob die Gesundheitsausgaben und die Versorgungsqualität in einem angemessenen Verhältnis stehen, werden abschließend drei Ansätze internationaler Perspektiven vorgeschlagen und diskutiert.

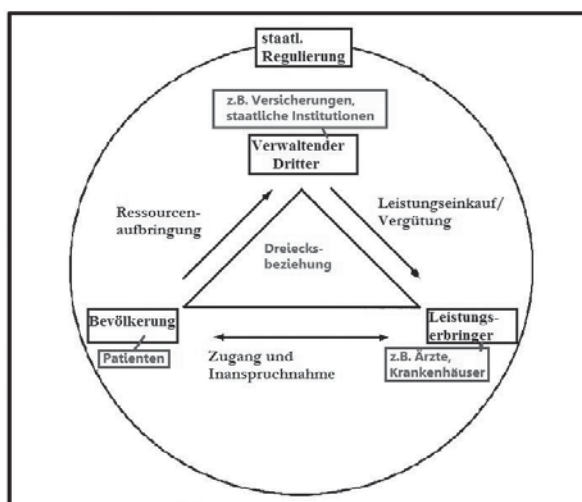
## 2 Modelle zur Systematisierung von Gesundheitssystemen und das Gesundheitssystem Frankreichs

### 2.1 Begriff des Gesundheitssystems und unterschiedliche Modelle

Ein Gesundheitssystem „umfasst die Gesamtheit der Institutionen und Personen, deren Aufgabe es ist, Ziele der Medizin wie die Vermeidung, Heilung und Linderung von Krankheiten zu verfolgen“<sup>1</sup>.

In jedem Gesundheitssystem gibt es verschiedene Marktteilnehmer (siehe Abbildung 1: Bevölkerung, Leistungserbringer und verwaltende Dritte), die in einer Dreiecksbeziehung zueinander stehen.<sup>2</sup> Hinter dem Marktteilnehmer „Bevölkerung“ stehen die Patienten, die „Leistungserbringer“ umfassen Ärzte, Krankenhäuser, Apotheker und andere Beteiligte, die Leistungen gegenüber den Patienten erbringen. Hinter dem „verwaltenden Dritten“ könnten sich sowohl Versicherungsunternehmen als auch staatliche Institutionen verbergen, welche Leistungen von den Leistungserbringern einkaufen und sie dafür vergüten.<sup>3</sup>

Abbildung 1: Unterschiedliche Marktteilnehmer



Quelle: In Anlehnung an Schwarzbach, C. (2008), S. 481-482.

Die Gesundheitssysteme können anhand der Finanzierung und des Angebots der Gesundheitsleistungen systematisiert werden. An dieser Stelle muss allerdings erwähnt werden, dass in der Literatur sehr viele Typologien von Gesundheitssystemen

<sup>1</sup> Von der Schulenburg, J.-M./ Greiner, W. (2007), S. 103.

<sup>2</sup> Dabei kann die staatliche Regulierung unterschiedlich stark ausgeprägt sein.

<sup>3</sup> Vgl. Schwarzbach, C. (2008), S. 481-482.

existieren, deren Einteilung anhand unterschiedlichster Indikatoren mittels einer Clusteranalyse erfolgt<sup>4</sup>. Die bekannteste Typisierung erfolgt in vier Modellen (Beveridge-, Bismarck-, Markt- und PKV-Modell), die mit Hilfe der Merkmale in der Tabelle 1 beschrieben werden können.

**Tabelle 1: Systematisierung der Gesundheitssysteme**

Modellbezeichnung	Beveridge-Modell (NHS)	Bismarck-Modell (GKV)	Markt-Modell	PKV-Modell
<b>Modellbeschreibung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Leistungsanspruch unabhängig von den erbrachten Gegenleistungen</li> <li>•staatliche Finanzierung und Leistungsbereitstellung</li> <li>•Sachleistungsprinzip</li> <li>•Staat als verwaltender Dritter und Leistungserbringer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Kontrahierungszwang führt zu Ungleichheiten bei der Belastung der Kassen; Zusatzregulierung nötig (z. B. RSA)</li> <li>•Finanzierung durch einkommensabhängige Pflichtbeiträge</li> <li>•gleicher Leistungsumfang für alle</li> <li>•private Leistungserbringung</li> <li>•staatliche Aufsicht</li> <li>•Krankenkassen als verwaltender Dritter</li> <li>•kassenspezielle Preise bei den Leistungsanbietern</li> <li>•freie Anbieterwahl</li> <li>•vorwiegend Sachleistungsprinzip</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•größtenteils private Finanzierung und Leistungsbereitstellung</li> <li>•sehr wenige staatliche Eingriffe</li> <li>•Ereicherung des gesellschaftlichen Optimums</li> <li>•Marktversagen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•freiwillig</li> <li>•risiko-adäquate Prämie</li> <li>•keine Verträge zwischen VUen und Leistungserbringer</li> <li>•Kostenerstattungsprinzip</li> <li>•individueller Versicherungsgrad</li> </ul>
<b>Beispiel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Großbritannien</li> <li>•Schweden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Frankreich</li> <li>•Deutschland</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•USA</li> <li>•Schweiz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Deutschland<sup>5</sup></li> </ul>

Quelle: Eigene Darstellung, Informationen entnommen aus Schwarzbach, C. (2008), S. 482-483 und Kern, A.-O./ Kupisch, S. (2002), S. 132-133.

<sup>4</sup> Ein kommentierter Überblick ist z. B. bei Wendt, C. (2009), S. 433-434 zu finden.

<sup>5</sup> Als Versicherungssystem für Kunden mit bestimmten Merkmalen (wie z. B. Beamte oder Selbständige).

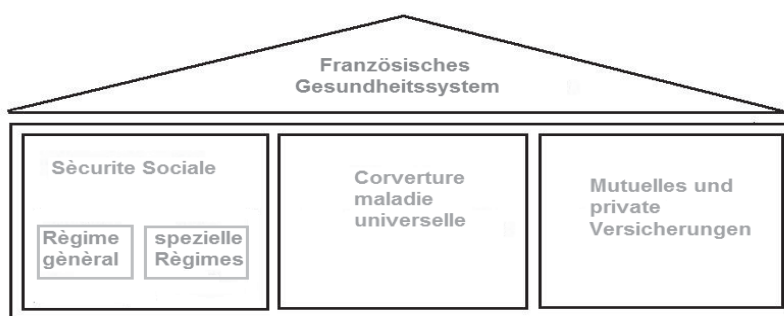
Anhand der Modellbeschreibung dieser Tabelle ist zu erkennen, dass das Beveridge- und das Markt-Modell komplett gegensätzlich sind.<sup>6</sup> Diese Gesundheitsmodelle werden in der Praxis jedoch so gut wie nie in reiner Form angetroffen.<sup>7</sup> Dies gilt auch für das Bismarck-Modell, das für diese Arbeit von größtem Interesse ist, da diesem Modell das Gesundheitssystem von Frankreich zuzuordnen ist.

## 2.2 Aufbau des Gesundheitssystems in Frankreich

In der Fachliteratur wird ein Gesundheitssystem gelegentlich als System der sozialen Sicherung bezeichnet<sup>8</sup>. Dies ist aber nicht ganz richtig, da ein System der sozialen Sicherung eines Landes aus der Gesamtheit aller notwendigen Einrichtungen und Maßnahmen zum Schutz des Menschen gegen bestimmte Risiken besteht. Dabei wird in Bezug auf Risiken zwischen den Definitionen der sozialen Sicherung im engeren Sinne (i. e. S.) und im weiteren Sinne (i. w. S.) unterschieden. Die engere Definition erfasst Risiken, die aufgrund des Verlustes des Arbeitseinkommens durch Krankheit, Unfall, Alter oder Arbeitslosigkeit nicht geplante Ausgaben verursachen. Die zweite Definition beinhaltet die erste Definition, umfasst aber zusätzlich auch die Bereiche der Kriegsopferversorgung und des Sozialtransfers (z. B. Sozialhilfe).<sup>9</sup>

Das französische Gesundheitssystem existiert in Gestalt einer Versicherung und beinhaltet unterschiedliche Einzelsysteme, die so genannten R $\acute{e}$ gimes. Es kann in Form eines Drei-Säulen-Modells dargestellt werden (Abb. 2). Dabei ist zu beachten, dass die Säulen sich überlappen.<sup>10</sup>

**Abbildung 2: Die drei Säulen des Gesundheitssystems in Frankreich**



Quelle: Eigene Darstellung, Informationen entnommen aus Tiemann, S. (2006), S. 32.

<sup>6</sup> Vgl. Schwarzbach, C. (2008), S. 481-482.

<sup>7</sup> Vgl. von der Schulenburg, J.-M./ Greiner, W. (2007), S. 103.

<sup>8</sup> Zum Beispiel bei Tiemann, S. (2006), S. 32.

<sup>9</sup> Vgl. Lampert, H. / Althammer, J. (2007), S. 275.

<sup>10</sup> Vgl. Tiemann, S. (2006), S. 32.

Die erste der drei Säulen ist die *Sécurité Sociale*, eine Grundsicherung. Zwar deckt das bestehende Grundsicherungssystem Frankreichs fast 99% der Bevölkerung ab, allerdings variiert der Abdeckungsgrad bei den unterschiedlichen Personengruppen.<sup>11</sup> Diese Säule besteht aus dem *Régime général* und unterschiedlichen speziellen *Régimes*. In dem *Régime général* existiert eine alters-, geschlechts- und nationalitätsunabhängige Pflichtversicherung für alle Menschen, die einer unselbstständigen Beschäftigung nachgehen. Jeder Arbeitgeber muss die Beschäftigung seiner Angestellten der dafür zuständigen Krankenkasse melden. In dem *Régime général* ist der größte prozentuale Anteil der Bevölkerung versichert. Den zweiten Teil der ersten Säule bilden die vielfältigen *speziellen Régimes*, die besondere Berufsgruppen wie z. B. die Landwirte, Polizeipräfektur oder öffentliche Pariser Krankenhäuser abdecken. Dieser Bereich umfasst unter anderem auch nicht angestellte Personenkreise wie etwa Studenten, Rentner und Kriegsinvalide. Wobei die Beiträge und vor allem die Leistungen der speziellen *Régimes* stark variieren. Der Leistungsumfang ist z. B. beim M.S.A. (*Régime* der Landwirte) gleich dem der allgemeinen *Régime*. Einzelne Teilgruppen der Versicherten besitzen geringere, andere wiederum, wie z. B. Bereiche des Personennahverkehrs oder der Berufssoldaten, einen größeren Leistungsumfang als beim allgemeinen *Régime*.<sup>12</sup>

Die zweite Säule ist die C.M.U. Dies ist ein seit dem Jahr 2000 bestehendes System, das vom Einkommen abhängt. Es wird zwischen Basis- und Zusatz-C.M.U. unterschieden. Die Basis-C.M.U. versorgt jede Person ohne Krankenversicherungsschutz kostenlos mit den Leistungen der *Régimes général*. Voraussetzung ist, dass die Person regelmäßig in Frankreich wohnt oder eine obdachlose nichtversicherte Person eine Wohnung aufnimmt. Diejenigen Personen, die ein sehr geringes Einkommen haben und sich nur die Grundsicherung (erste Säule) leisten können, erhalten den von der Grundsicherung nicht übernommenen Behandlungsteil (wie z. B. Eigenbeteiligungen, Krankenhaustagespauschalen oder bestimmte Tarifüberschreitungen) kostenlos als Sachleistung. Dabei handelt es sich dann um die *Zusatz-C.M.U.* (auch C.M.U.-C genannt). Die Orientierung erfolgt an dem Einkommen, das unter den 115% des Maximalbetrags für die C.M.U. liegt. Der Maximalbetrag liegt seit dem 01.07.2004 bei 576,13 Euro. Die Zusatz-C.M.U. ist auf bestimmte Leistungen, einen gewissen Umfang und fixe Preise, beschränkt. Die Personen, welche die Einkom-

---

<sup>11</sup> Vgl. Tiemann, S. (2006), S. 33.

<sup>12</sup> Vgl. Tiemann, S. (2006), S. 32-35.

mensvoraussetzung der Basis-C.M.U. nicht mehr erfüllen, können bei bestimmten Konstellationen (alters- und familien-situationsabhängig) Beihilfen zur Zusatz-C.M.U. erhalten.<sup>13</sup>

Die dritte Säule beinhaltet Mutuelles, Prèvoyance und private Versicherungsgesellschaften. Dieser Bereich wird durch die Steuerminderungen bei den Arbeitnehmern sowie Arbeitgebern (z. B. bei Vertragsabschlüssen für die Belegschaft) gefördert. In diesem Bereich hängt die Vertragsgestaltung (z. B. Kostenerstattung) jedoch vom Gesundheitszustand des Versicherungsnehmers bei Vertragsabschluss ab<sup>14</sup>. *Mutuelles* sind dabei Non-Profit-Organisationen, die als juristische Personen des privaten Rechts gestaltet sind. Die Gründung eines Mutuelles bedarf einer besonderen Genehmigung durch die zuständigen Behörden. Die Mutuelles sind durch einen Garantiefond rückversichert und müssen in diesen Fond Pflichtbeiträge einzahlen. Der Beitritt zu den Mutuelles kann nur durch einen Vertragsabschluss erfolgen. Die Mitglieder sind verpflichtet, bestimmte Angaben zu ihrem Gesundheitszustand oder potentiellen Risiken zu machen. Ansonsten droht eine Leistungsminderung oder sogar ein Leistungsausschluss. Die Beitragstarife der Mitglieder sind leistungsunabhängig und können nur im Hinblick auf Einkommen, Mitgliedschaftsdauer, Wohnort oder Mitgliedsalter variieren. Aufgabe der Mutuelles ist es, die Eigenbeteiligungen (z. B. Brille, Zahnersatz, Medikamente oder Krankenhauspauschale) ihrer Mitglieder zu übernehmen oder spezielle Dienste anzubieten (wie etwa spezialisierte Zentren oder Altersheime).<sup>15</sup>

Die *Prèvoyance* ist ebenfalls eine Non-Profit-Organisation, die als juristische Person des privaten Rechts ausgestaltet ist. Die Beiträge sind geschlechts-, alters-, einkommens- oder gesundheitszustandsabhängig und zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber gleichermaßen aufgeteilt. Auch hier besteht eine Rückversicherungspflicht. Die *Prèvoyance* umfasst viele Sonderregelungen wie etwa für Rentner und Witwen, die im Falle des Todes des Ehepartners für ein Jahr den Versicherungsschutz mit gleichen, geringen oder gar ohne Beitrag behalten.<sup>16</sup>

---

<sup>13</sup> Vgl. Tiemann, S. (2006), S. 34-37.

<sup>14</sup> Wenn dies nicht vorhanden ist, wird das Versicherungsunternehmen von der Versicherungssteuer befreit.

<sup>15</sup> Vgl. Tiemann, S. (2006), S. 61-68.

<sup>16</sup> Vgl. Tiemann, S. (2006), S. 68-71.

Die *private Krankenversicherung* unterliegt der Spartenentrennung insoweit, dass sie nur von den Nicht-Lebensversicherern angeboten werden kann. Privater Krankenversicherungsschutz wird bei manchen Betrieben betriebsintern angeboten. Dieser Bereich ist eher für Selbstständige, im Ausland lebende Franzosen oder Wanderarbeitnehmer von Bedeutung. Die Leistungen privater Krankenversicherungen sind sehr vielfältig und reichen von Tagesgeld für Krankenhausaufenthalte bis hin zu schulischen Hilfen für Kinder, die krankheitsbedingt zu Hause bleiben müssen. Individuell können bestimmte Krankheiten vom Versicherungsschutz ausgeschlossen werden, dies muss aber ausdrücklich im Vertrag geregelt sein. Die private Krankenversicherung wird z. B. durch die Steuer auf die Autoversicherungen (15%) finanziert.<sup>17</sup>

Zusammenfassend kann das französische Gesundheitssystem als sehr fortschrittlich bezeichnet werden. Innovative Konzepte wie das Hausarztprinzip, die elektronische Gesundheitskarte (bzw. der Patientenpass), Behandlungsleitlinienkataloge, bestehen schon seit vielen Jahren.<sup>18</sup>

### **3 Absolute und relative Betrachtung der Ausgaben und der Versorgungsqualität**

#### **3.1 Gesundheitsausgaben**

##### **3.1.1 Französische Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich**

Das Angebot an vergleichenden Statistiken zu den nationalen Gesundheitsausgaben ist vielfältig. Allerdings kann die Darstellungsweise der Daten beträchtlich variieren. Bspw. können die Ausgaben in Form von absoluten Werten oder relativen Werten (z. B. Ausgaben pro Kopf oder bezogen auf das BIP) angegeben werden. Ferner ist es allgemein bei Statistiken wichtig, die Hintergrundinformationen zu kennen, weil verschiedene Statistikorganisationen unterschiedliche Abgrenzungen der Informationen bei der Zusammenstellung vornehmen. Hierdurch kann es beim Vergleich unterschiedlicher Statistiken derselben Länder in den gleichen Zeiträumen zu Abweichungen kommen.<sup>19</sup>

---

<sup>17</sup> Vgl. Tiemann, S. (2006), S. 72-73.

<sup>18</sup> Vgl. Tiemann, S. (2006), S. 80.

<sup>19</sup> Vgl. Weinmann, J./ Zifonun (2004), S. 452.