



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa

# Können sich die Menschen ihre Gesundheitsversorgung leisten?

Neue Erkenntnisse  
über finanzielle Absicherung  
in der Europäischen Region



Zusammenfassung

## Büro der WHO zur Stärkung der Gesundheitssysteme (Büro Barcelona)

Das Büro der WHO in Barcelona ist ein Kompetenzzentrum für Gesundheitsfinanzierung zur Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung. Es arbeitet mit den Mitgliedstaaten in der Europäischen Region der WHO zusammen, um eine evidenzgeleitete Politikgestaltung zu fördern.

Ein wichtiger Teil der Arbeit des Büros besteht darin, die Fortschritte der Länder und der Region hin zu einer allgemeinen Gesundheitsversorgung zu bewerten, indem es die finanzielle Absicherung – die Auswirkungen von Zahlungen aus eigener Tasche für Gesundheitsleistungen auf den Lebensstandard und die Armutssituation – überwacht. Finanzielle Absicherung ist ein Kernelement der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen und ein Indikator für die Nachhaltigkeitsziele (SDG).

Das Büro unterstützt die Länder bei der Entwicklung von Handlungskonzepten, der Überwachung von Fortschritten und der Gestaltung von Reformen durch die Diagnose von Problemen im Gesundheitswesen, die Analyse länderspezifischer Handlungsoptionen, einen hochrangigen Politikdialog und den Austausch internationaler Erfahrungen. Zudem veranstaltet es Schulungen der WHO zu den Themen Gesundheitsfinanzierung und Stärkung der Gesundheitssysteme im Hinblick auf bessere gesundheitliche Resultate.

Das 1999 eingerichtete Büro wird von der Regierung der Autonomen Gemeinschaft Katalonien (Spanien) unterstützt. Es ist der Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit des WHO-Regionalbüros für Europa unterstellt.





Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa

# Können sich die Menschen ihre Gesundheitsversorgung leisten?

Neue Erkenntnisse  
über finanzielle Absicherung  
in der Europäischen Region

Zusammenfassung

Können sich die Menschen ihre Gesundheitsversorgung leisten? Neue Erkenntnisse über finanzielle Absicherung in der Europäischen Region. Zusammenfassung. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2019. Lizenz: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

© **Weltgesundheitsorganisation 2019**

Alle Rechte vorbehalten. Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation begrüßt Anträge auf Genehmigung zur teilweisen oder vollständigen Reproduktion oder Übersetzung seiner Veröffentlichungen.

Die in dieser Publikation benutzten Bezeichnungen und die Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme seitens der Weltgesundheitsorganisation bezüglich des rechtlichen Status eines Landes, eines Territoriums, einer Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungs-/Verwaltungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer Staats- oder Gebietsgrenzen. Gestrichelte Linien auf Karten bezeichnen einen ungefähren Grenzverlauf, über den möglicherweise noch keine vollständige Einigkeit besteht.

Die Erwähnung bestimmter Firmen oder Erzeugnisse bedeutet nicht, dass diese von der Weltgesundheitsorganisation unterstützt, empfohlen oder gegenüber ähnlichen, nicht erwähnten bevorzugt werden. Soweit nicht ein Fehler oder Versehen vorliegt, sind die Namen von Markenartikeln als solche kenntlich gemacht.

Die Weltgesundheitsorganisation hat alle angemessenen Vorkehrungen getroffen, um die in dieser Publikation enthaltenen Informationen zu überprüfen. Dennoch wird die Veröffentlichung ohne irgendeine explizite oder implizite Gewähr herausgegeben. Die Verantwortung für die Deutung und den Gebrauch des Materials liegt bei der Leserschaft. Die Weltgesundheitsorganisation schließt jegliche Haftung für Schäden aus, die sich aus dem Gebrauch des Materials ergeben. Die von den Autoren, Redakteuren oder Expertengruppen geäußerten Ansichten sind nicht unbedingt Ausdruck der Beschlüsse oder der erklärten Politik der Weltgesundheitsorganisation.

# Abstract

Zahlungen aus eigener Tasche für Gesundheitsleistungen können eine finanzielle Zugangsbarriere schaffen, die ungedeckten Bedarf zur Folge hat. Ebenso können sie zu finanziellen Härten für jene Menschen führen, die Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Der vorliegende Bericht bündelt erstmals Daten über ungedeckten Bedarf und finanzielle Härten, um zu beurteilen, ob die Menschen in der Europäischen Region sich ihre Gesundheitsversorgung leisten können.

Auf der Grundlage von Beiträgen nationaler Experten aus 24 Ländern zeigt der Bericht, dass es in der Region große Unterschiede bei finanziellen Härten gibt und dass es selbst in Ländern mit hohem Einkommen, in denen die gesamte Bevölkerung Zugang zu staatlich finanzierten Gesundheitsleistungen hat, noch Verbesserungsbedarf gibt. Ruinöse Gesundheitsausgaben sind in sämtlichen in der Studie untersuchten Ländern besonders in den ärmsten Haushalten weit verbreitet. Wo die finanzielle Absicherung eher schwach ausfällt, sind ruinöse Ausgaben im Wesentlichen auf Zahlungen aus eigener Tasche für ambulant abgegebene Arzneimittel zurückzuführen.

Gesundheitssysteme mit starker finanzieller Absicherung und einem niedrigen ungedeckten Bedarf weisen folgende Merkmale auf: es gibt keine größeren Lücken bei der Gesundheitsversorgung; die Versorgungspraxis wurde sorgfältig geplant, um Zugangsbarrieren und Zahlungen aus eigener Tasche so weit wie möglich abzubauen, insbesondere für einkommensschwache Menschen und Personen, die regelmäßig Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen; die öffentlichen Gesundheitsausgaben fallen hoch genug aus, um einen zeitnahen Zugang zu einem breiten Spektrum an Gesundheitsleistungen ohne informelle Zahlungen sicherzustellen; und folglich fallen Zahlungen aus eigener Tasche gering aus; ihr Anteil an den laufenden Gesundheitsausgaben beträgt weniger als oder annähernd 15%.

Versorgungslücken entstehen aufgrund von Schwachstellen bei der Gestaltung von drei konzeptionellen Bereichen: dem Anspruch der Bevölkerung auf Gesundheitsversorgung, dem Leistungspaket und den Nutzergebühren (Zuzahlungen). Im Bericht werden Maßnahmen zusammengefasst, die zu einer Reduzierung des ungedeckten Bedarfs und der finanziellen Härten durch die Stärkung der Versorgungspraxis beitragen können. Darüber hinaus hebt er Maßnahmen hervor, die es zu vermeiden gilt.



# Inhalt

---

Zahlungen aus eigener Tasche untergraben die allgemeine Gesundheitsversorgung	7
Was ist finanzielle Absicherung, warum ist sie wichtig und wie wird sie gemessen?	8
Zahlungen aus eigener Tasche treiben Menschen in die Armut oder bewirken eine weitere Verarmung	10
Die einkommenschwächsten Haushalte sind am stärksten von finanziellen Härten bedroht	11
Ambulant abgegebene Arzneimittel sind die wichtigste Triebkraft für finanzielle Härten	12
Ungedeckter Bedarf muss in die Analyse einbezogen werden	13
Faktoren, die zur Stärkung der finanziellen Absicherung beitragen	14
Behebung von Versorgungslücken zur Minderung finanzieller Härten	16
Erkenntnisse in Taten umsetzen: bessere Zuzahlungsregelungen sind entscheidend	17
Die Rolle freiwilliger Krankenversicherungen	18
Durch progressiven Universalismus sicherstellen, dass niemand zurückgelassen wird	19





# Zahlungen aus eigener Tasche untergraben die allgemeine Gesundheitsversorgung

Sicherzustellen, dass jeder die benötigten Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen kann, ohne in finanzielle Härten zu erleiden – eine allgemeine Gesundheitsversorgung – ist ein Nachhaltigkeitsziel (SDG), zu dessen Verwirklichung bis zum Jahr 2030 sich alle Länder verpflichtet haben (Vereinte Nationen, 2015), und eine Priorität für die Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Wenn Menschen aus eigener Tasche für Gesundheitsleistungen zahlen müssen, sind einige von ihnen mit Zugangsbarrieren konfrontiert und verzichten aufgrund der anfallenden Kosten auf eine Behandlung; andere zahlen und erleiden finanzielle Härten; wieder andere sind sowohl von ungedecktem Bedarf als auch finanziellen Härten betroffen.

Diese Studie ist die erste systematische und umfassende Untersuchung zur finanziellen Absicherung in der Europäischen Region (WHO-Regionalbüro für Europa, 2019). Auf der Grundlage von Beiträgen nationaler Experten aus 24 Ländern zeigt sie, dass:

- zwischen 1% und 9% der Haushalte infolge von Zahlungen aus eigener Tasche (weiter) in die Armut gedrängt werden;
- zwischen 1% und 17% der Haushalte von ruinösen Gesundheitsausgaben bedroht sind, was möglicherweise dazu führt, dass sie es sich nicht mehr leisten können, andere Grundbedürfnisse wie Nahrungsmittel, Wohnen und Heizen zu decken;
- ruinöse Gesundheitsausgaben regelmäßig vorwiegend die ärmsten 20% der Bevölkerung betreffen;
- sie im Wesentlichen auf Zahlungen aus eigener Tasche für ambulant abgegebene Arzneimittel zurückzuführen sind; und
- der Anteil der Menschen, die auf benötigte Gesundheitsleistungen (u. a. abgegebene Arzneimittel) verzichten, in Ländern mit schwacher finanzieller Absicherung hoch ist.

# Was ist finanzielle Absicherung, warum ist sie wichtig und wie wird sie gemessen?

Finanzielle Absicherung ist ein Kernelement der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen und von zentraler Bedeutung für die allgemeine Gesundheitsversorgung.

Menschen erleiden in finanzielle Härten, wenn Zahlungen aus eigener Tasche hoch sind im Verhältnis zu ihrer Fähigkeit, Gesundheitsleistungen zu bezahlen. Niedrige Zahlungen aus eigener Tasche können in einkommensschwachen Haushalten oder bei Menschen, die langfristige Behandlungen bezahlen müssen, zu finanziellen Härten führen. Hohe Zahlungen aus eigener Tasche können in einkommensschwachen ebenso wie in wohlhabenden Haushalten finanzielle Härten bewirken.

Dort, wo die Gesundheitssysteme keine finanzielle Absicherung bieten, sind einige Menschen möglicherweise dazu gezwungen, zwischen Gesundheitsleistungen und anderen Grundbedürfnissen wie Nahrungsmitteln, Wohnen und Heizen zu wählen, und einige verzichten vielleicht auf Gesundheitsleistungen, was ungedeckten Bedarf zur Folge hat. Fehlende finanzielle Absicherung schränkt den Zugang zur Gesundheitsversorgung ein, beeinträchtigt den Gesundheitszustand und verschärft Armut sowie gesundheitliche und sozioökonomische Ungleichheiten.

Da in allen Gesundheitssystemen gewisse Zahlungen aus eigener Tasche anfallen, können finanzielle Härten, die mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verknüpft sind, in jedem Land zum Problem werden.

Finanzielle Absicherung wird unter Verwendung zweier Indikatoren gemessen:

- *Zu Verarmung führende Gesundheitsausgaben* geben Aufschluss über die Auswirkungen, die aus eigener Tasche zu leistende Zahlungen auf die Armutssituation haben. Ein Haushalt ist verarmt, wenn sein Verbrauch vor den Aufwendungen aus eigener Tasche über der Armutsgrenze und nach den Aufwendungen aus eigener Tasche unterhalb der Armutsgrenze liegt (er kann es sich nicht mehr leisten, Grundbedürfnisse zu decken). Ein Haushalt kann auch dann von zu Verarmung führenden Gesundheitsausgaben betroffen sein, wenn sein Verbrauch bereits vor den Aufwendungen aus eigener Tasche unterhalb der Armutsgrenze lag (er kann es sich nicht mehr leisten, Grundbedürfnisse zu decken); nach den Aufwendungen aus eigener Tasche verarmt er weiter.
- *Zu ruinösen Gesundheitsausgaben* kommt es, wenn der von einem Haushalt aus eigener Tasche gezahlte Betrag für die Gesundheitsversorgung einen zuvor definierten Anteil seiner Fähigkeit, Gesundheitsleistungen zu bezahlen, übersteigt. Das kann dazu führen, dass der Haushalt es sich nicht mehr leisten kann, andere Grundbedürfnisse zu decken.

Diese Indikatoren können auf verschiedene Weise und unter Verwendung einer Reihe von Metriken berechnet werden. Das WHO-Regionalbüro für Europa hat neue Metriken zur Messung der finanziellen Absicherung entwickelt, um auf Bedenken zu reagieren, dass die Methode zur Messung der finanziellen Absicherung im Rahmen der Nachhaltigkeitsziele (SDG-Indikator 3.8.2) und andere globale Ansätze eine Herausforderung hinsichtlich der Chancengleichheit darstellen und für die Europäische Region von begrenzter Relevanz sind.

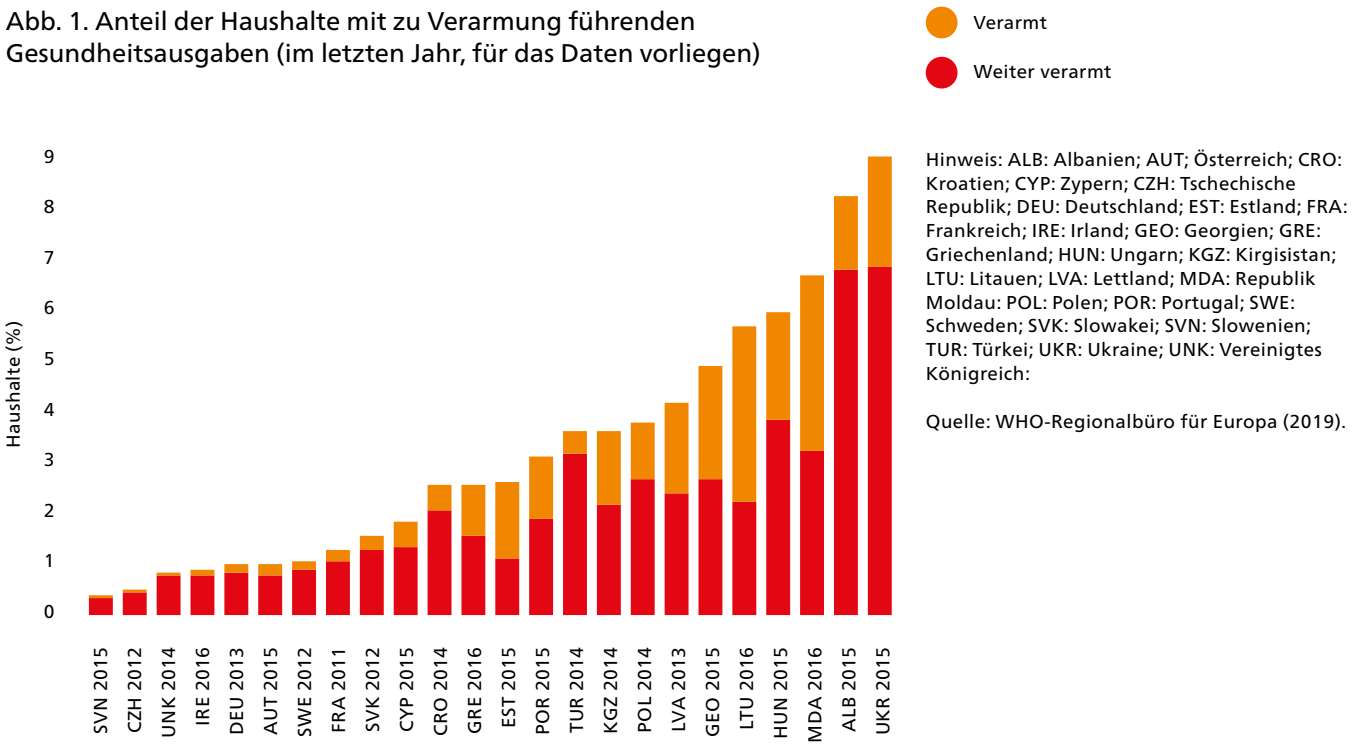
Bei den in dieser Studie verwendeten Metriken, die auf bewährten Methoden aufbauen, ist eine Unterschätzung der finanziellen Härten für ärmere Menschen weniger wahrscheinlich als bei den Messgrößen für die SDG, da sie Unterschiede hinsichtlich der Fähigkeit von Haushalten berücksichtigen, ihre Gesundheitsversorgung zu finanzieren (Cylus et al., 2018; WHO & Weltbank, 2017). Ziel ist es, die finanzielle Absicherung auf eine Weise zu messen, die für sämtliche Länder in der Region relevant ist, umsetzbare Erkenntnisse für die Politik liefert und Konzepte fördert, die die Verbindung zwischen Krankheit und Armut kappen sollen.

Alle Metriken stützen sich auf ähnliche Datenquellen, in der Regel Erhebungen über die Wirtschaftsrechnungen privater Haushalte, definieren Zahlungen aus eigener Tasche entsprechend den internationalen Gepflogenheiten als formelle und informelle Zahlungen, die zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme von Gesundheitsprodukten oder -angeboten bei jeder Art von Leistungserbringer erfolgen, und messen die finanzielle Absicherung nicht für verschiedene Formen der Gesundheitsversorgung, Krankheiten oder Patientengruppen, sondern auf der Ebene des Gesundheitssystems.

# Zahlungen aus eigener Tasche treiben Menschen in die Armut oder bewirken eine weitere Verarmung

Die Inzidenz von zu Verarmung führenden Gesundheitsausgaben in den Ländern der Europäischen Union (EU) und den Nicht-EU-Ländern schwankt stark (Abb. 1).

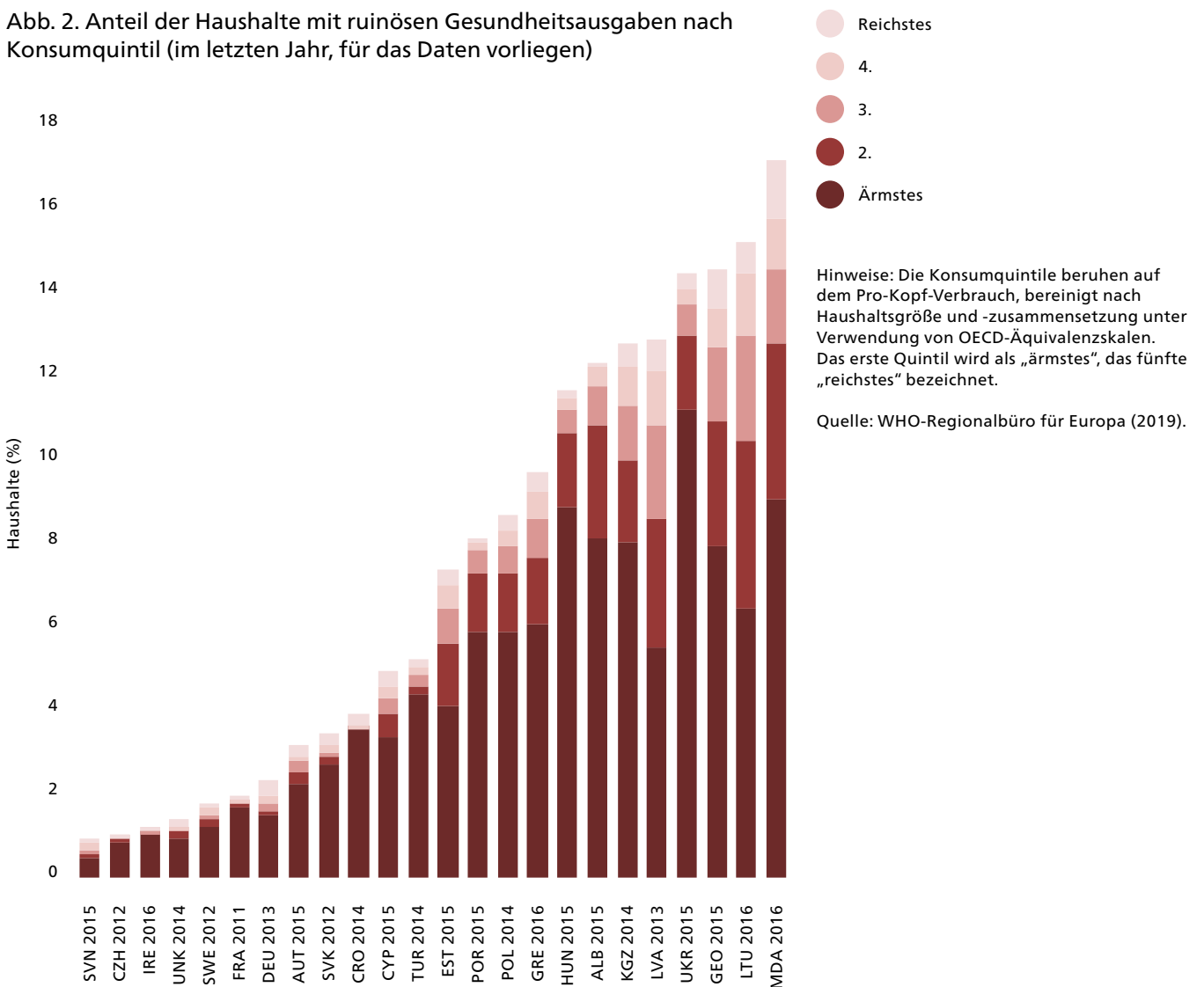
Abb. 1. Anteil der Haushalte mit zu Verarmung führenden Gesundheitsausgaben (im letzten Jahr, für das Daten vorliegen)



# Die einkommenschwächsten Haushalte sind am stärksten von finanziellen Härten bedroht

Die Inzidenz ruinöser Gesundheitsausgaben ist in den EU-Ländern sehr unterschiedlich (Abb. 2). In den Nicht-EU-Ländern ist sie allgemein hoch (über 12%). In der gesamten Europäischen Region sind die Menschen im ärmsten Quintil durchgängig am stärksten von ruinösen Gesundheitsausgaben bedroht.

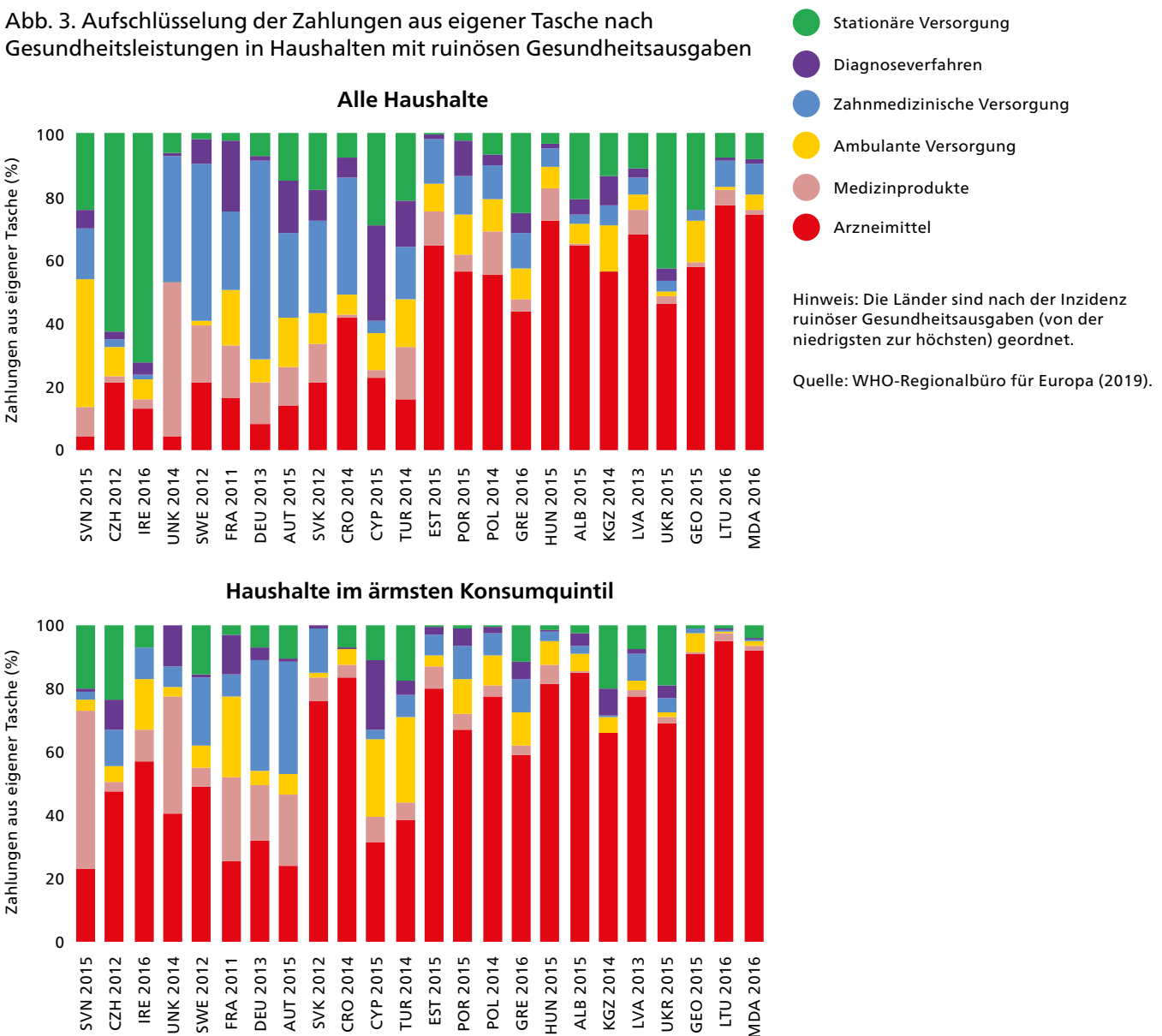
Abb. 2. Anteil der Haushalte mit ruinösen Gesundheitsausgaben nach Konsumquintil (im letzten Jahr, für das Daten vorliegen)



# Ambulant abgegebene Arzneimittel sind die wichtigste Triebkraft für finanzielle Härten

Die von Haushalten mit ruinösen Gesundheitsausgaben geleisteten Zahlungen aus eigener Tasche sind primär durch ambulant abgegebene Arzneimittel bedingt, gefolgt von zahnmedizinischer Versorgung und stationärer Versorgung. Der Anteil der durch ambulant abgegebene Arzneimittel bedingten ruinösen Gesundheitsausgaben liegt im ärmsten Quintil durchweg über dem Durchschnitt (Abb. 3).

Abb. 3. Aufschlüsselung der Zahlungen aus eigener Tasche nach Gesundheitsleistungen in Haushalten mit ruinösen Gesundheitsausgaben



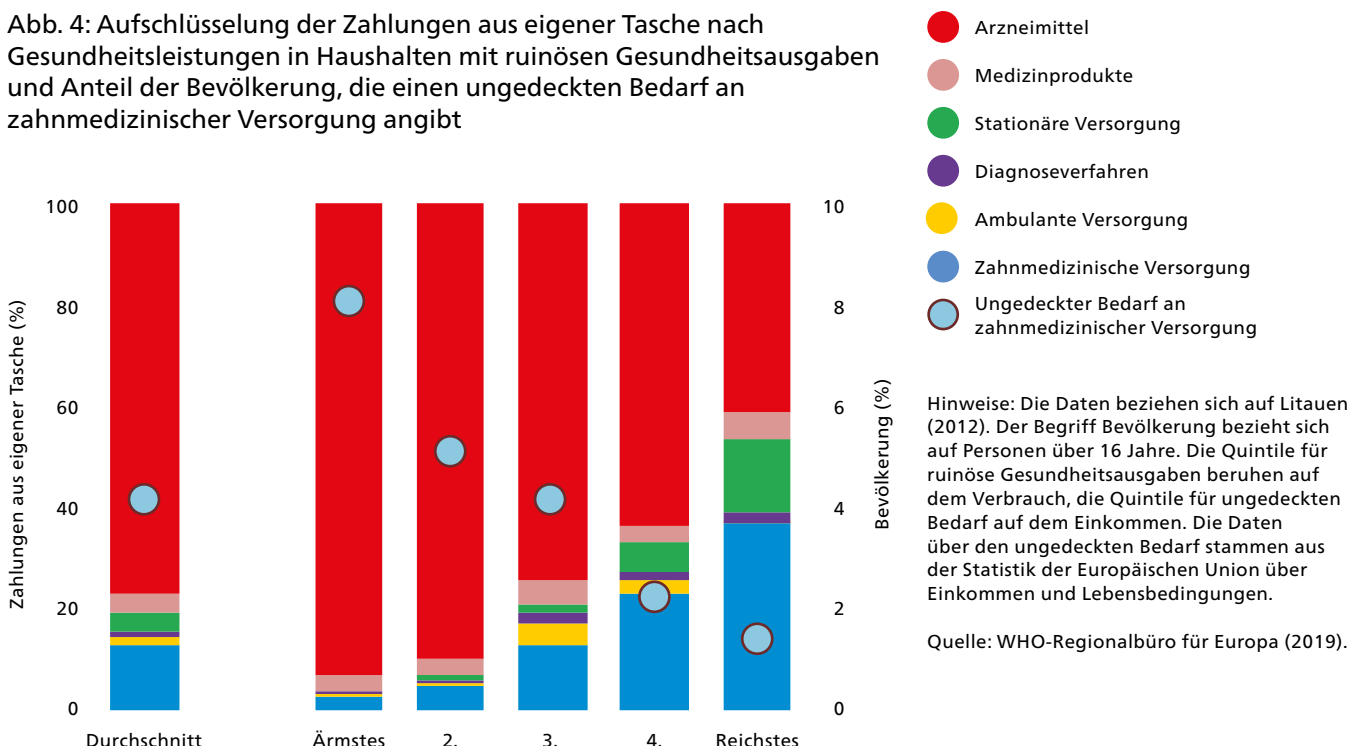
## Ungedeckter Bedarf muss in die Analyse einbezogen werden

Die Indikatoren für finanzielle Absicherung erfassen finanzielle Härten, die durch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen entstehen, zeigen jedoch nicht an, ob Zahlungen aus eigener Tasche eine Zugangsbarriere schaffen, die ungedeckten Bedarf zur Folge hat. Aus der Zusammenführung von Daten über finanzielle Härten und ungedeckten Bedarf ergeben sich folgende Erkenntnisse:

In Ländern mit einer sehr niedrigen Inzidenz ruinöser Gesundheitsausgaben ist auch der ungedeckte Bedarf eher gering und geht nicht mit signifikanter Einkommensungleichheit einher. Die Inzidenz ruinöser Gesundheitsausgaben ist ebenso wie der ungedeckte Bedarf in vielen Ländern relativ hoch, und auch die mit ungedecktem Bedarf verknüpfte Einkommensungleichheit ist signifikant, was darauf hindeutet, dass Gesundheitsleistungen in diesen Ländern nicht erschwinglich sind, insbesondere für ärmere Haushalte.

Einige Gesundheitsleistungen – insbesondere zahnmedizinische Versorgung – bilden eine deutlich größere Quelle finanzieller Härten für wohlhabendere als für ärmere Haushalte (Abb. 4). Daran zeigt sich, dass in den meisten Ländern in ärmeren Haushalten ein höherer ungedeckter Bedarf an zahnmedizinischer Versorgung besteht als in wohlhabenderen Haushalten.

Abb. 4: Aufschlüsselung der Zahlungen aus eigener Tasche nach Gesundheitsleistungen in Haushalten mit ruinösen Gesundheitsausgaben und Anteil der Bevölkerung, die einen ungedeckten Bedarf an zahnmedizinischer Versorgung angibt



In Ländern mit einer höheren Inzidenz ruinöser Gesundheitsausgaben ist der ungedeckte Bedarf an verschriebenen Arzneimitteln in der Regel höher, was darauf hindeutet, dass Zahlungen aus eigener Tasche für Arzneimittel bei ärmeren Menschen sowohl finanzielle Härten als ungedeckten Bedarf bewirken.

## Faktoren, die zur Stärkung der finanziellen Absicherung beitragen

Gesundheitssysteme mit starker finanzieller Absicherung und niedrigem ungedeckten Bedarf weisen folgende Merkmale auf:

- es gibt keine größeren Lücken bei der Gesundheitsversorgung;
- die Versorgungspraxis wurde sorgfältig geplant, um Zugangsbarrieren und Zahlungen aus eigener Tasche so weit wie möglich abzubauen, insbesondere für einkommensschwache Menschen und Personen, die regelmäßig Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen;
- die öffentlichen Gesundheitsausgaben fallen hoch genug aus, um einen zeitnahen Zugang zu einem breiten Spektrum an Gesundheitsleistungen ohne informelle Zahlungen sicherzustellen; und folglich
- fallen Zahlungen aus eigener Tasche gering aus; ihr Anteil an den laufenden Gesundheitsausgaben beträgt weniger als annähernd 15%.

Der enge Zusammenhang zwischen der Inzidenz ruinöser Gesundheitsausgaben und dem Anteil der Zahlungen aus eigener Tasche an den laufenden Gesundheitsausgaben (Abb. 5) legt nahe, dass der Anteil der Zahlungen aus eigener Tasche bei einem Mangel an Daten zur finanziellen Absicherung als Ersatzindikator verwendet werden kann.

In allen Ländern sind die öffentlichen Gesundheitsausgaben nachweislich wesentlich wirksamer bei der Verringerung von Zahlungen aus eigener Tasche als freiwillige Krankenversicherungen. Erhöhungen der öffentlichen Ausgaben oder eine Reduzierung der Zahlungen aus eigener Tasche reichen jedoch nicht aus, um die finanzielle Absicherung in allen Kontexten zu verbessern. Eine zentrale Rolle bei der Bestimmung finanzieller Härten spielt neben dem Ausgabeverhalten in Bezug auf Gesundheit auch die jeweilige Versorgungspraxis.

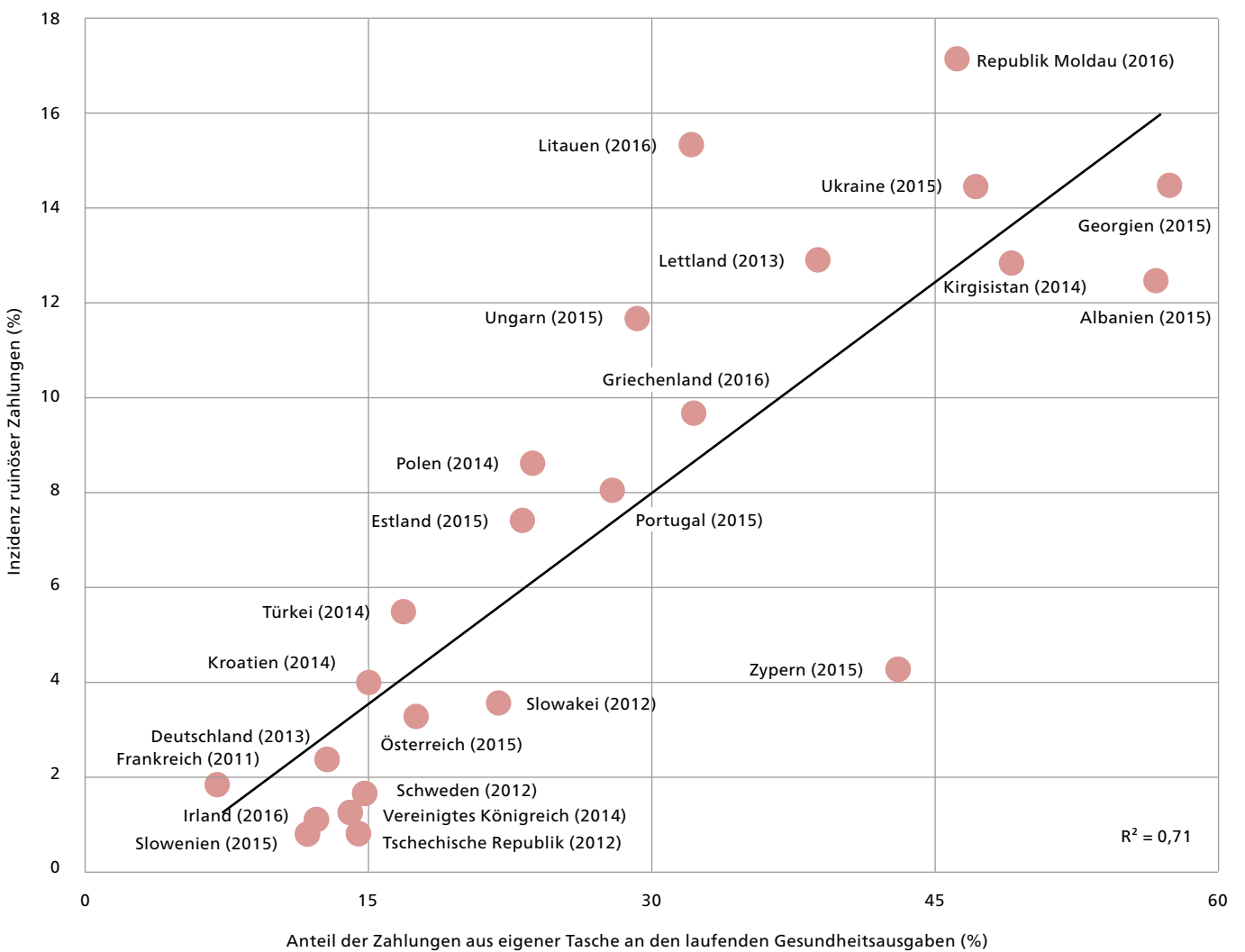
Der erste Schritt zur Stärkung der finanziellen Absicherung besteht darin, Versorgungslücken in einem gegebenen Kontext zu ermitteln. Im nächsten Schritt sollte aufgezeigt werden, wie sich diese Defizite durch eine sorgfältige Neugestaltung der Versorgungspraxis beheben lassen.



Abb. 5. Inzidenz ruinöser Gesundheitsausgaben und Anteil der Zahlungen aus eigener Tasche an den laufenden Gesundheitsausgaben (im letzten Jahr, für das Daten vorliegen)

Hinweise: R<sup>2</sup>: Bestimmtheitsmaß. Daten zu Zahlungen aus eigener Tasche beziehen sich auf das gleiche Jahr wie die Daten zur ruinösen Inzidenz. Der Zusammenhang zwischen der Inzidenz ruinöser Zahlungen und dem Anteil der Zahlungen aus eigener Tasche ohne Zahlungen für Langzeitpflege ist nahezu identisch (R<sup>2</sup> = 0,70).

Quelle: WHO-Regionalbüro für Europa (2019).



# Behebung von Versorgungslücken zur Minderung finanzieller Härten

Versorgungslücken entstehen aufgrund von Schwachstellen bei der Gestaltung von drei konzeptionellen Bereichen:

Zunächst ist die Grundlage für die Bemessung der **Leistungsansprüche der Bevölkerung** so beschaffen, dass sie einigen Menschen den Zugang zu staatlich finanzierten Gesundheitsleistungen verwehrt. Die meisten Versorgungslücken in der Bevölkerung entstehen, da die Leistungsansprüche an eine Beschäftigung oder die Zahlung von Beiträgen geknüpft sind. Dies führt zum automatischen Ausschluss einiger Menschen, insbesondere in Ländern, in denen keine wirksamen Mechanismen zur Einziehung von Beiträgen vorhanden sind, und trifft meist relativ gefährdete Gruppen.

Zweitens ist die Bandbreite des staatlich finanzierten Leistungsangebots – das **Leistungspaket** – begrenzt, oder es treten Probleme im Zusammenhang mit der Verfügbarkeit, Qualität und zeitnahen Erbringung dieser Leistungen auf. In einigen Ländern sind nur wenige ambulant abgegebene Arzneimittel im staatlich finanzierten Leistungspaket enthalten, eine Frage, der sich die Politik dringend widmen sollte. Auch zahnmedizinische Leistungen für Erwachsene sind in einigen Ländern, darunter in mehreren Ländern mit hohem Einkommen, nur in sehr begrenztem Umfang abgedeckt.

Drittens fallen für einige im Leistungspaket enthaltene Leistungen **Nutzergebühren** (Zuzahlungen) an, und die Mechanismen für die finanzielle Absicherung sind unzureichend.

Schwachstellen in der Versorgungspraxis untergraben Chancengleichheit und Effizienz, indem sie finanzielle Zugangsbarrieren schaffen; die mit der Gesundheitsversorgung verbundene Zahlungslast auf jene verlagern, die sie sich am wenigsten leisten können – einkommensschwache Menschen und Personen, die regelmäßig Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen; und eine ineffiziente Inanspruchnahme von Leistungen fördern.

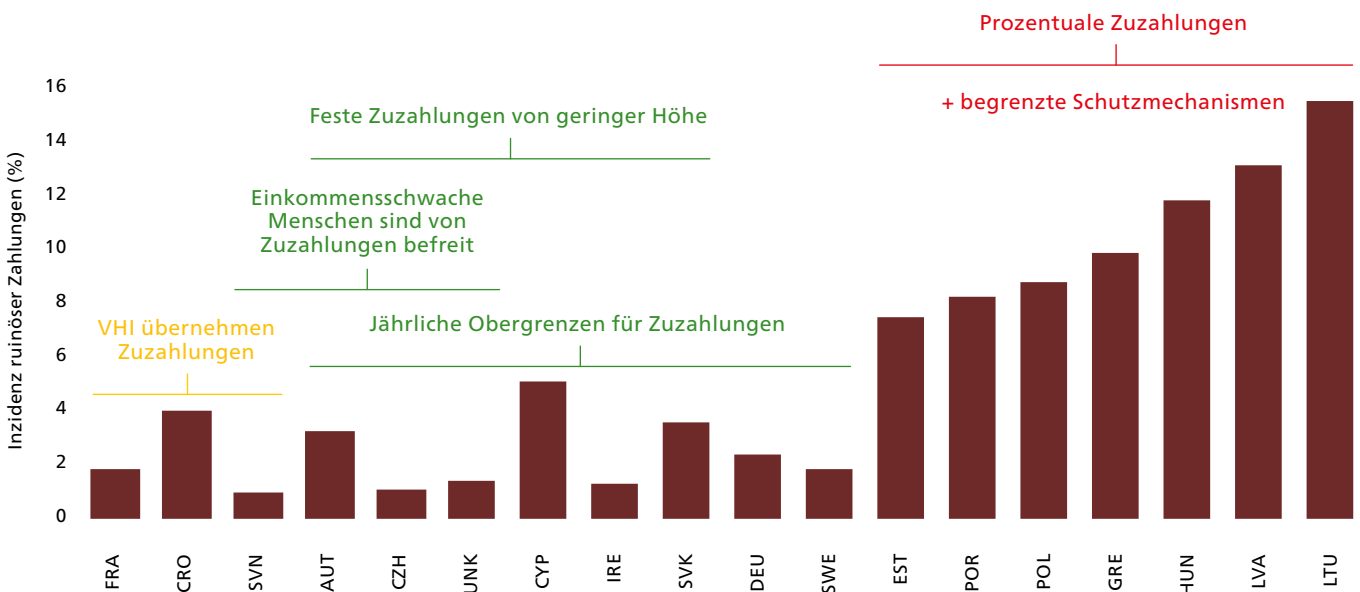
## Erkenntnisse in Taten umsetzen: bessere Zuzahlungsregelungen sind entscheidend

In den Gesundheitssystemen in der Europäischen Region sind Regelungen für Zuzahlungen eine wesentliche Determinante der finanziellen Absicherung (Abb. 6). Sie sind der wichtigste Faktor in Ländern, in denen Zahlungen aus eigener Tasche für ambulant abgegebene Arzneimittel zu finanziellen Härten führen und das staatlich finanzierte Leistungspaket vom Umfang her angemessen ist.

Abb. 6. Ruinöse Gesundheitsausgaben und die Gestaltung von Zuzahlungen für ambulant verschriebene Arzneimittel

Hinweis: VHI: freiwillige Krankenversicherung.

Quelle: WHO-Regionalbüro für Europa (2019).



Aus dieser Studie geht hervor, dass die Länder mit der stärksten finanziellen Absicherung Zuzahlungen nur sparsam einsetzen oder ihre Zuzahlungsregelungen sorgfältig gestalten, um die Menschen gegen finanzielle Härten abzusichern, und zwar durch drei Mechanismen:

**Ausnahmeregelungen** für Einkommensschwache sind der wirksamste Mechanismus zur Verbesserung des Zugangs und der finanziellen Absicherung. Alle Länder können und sollten einkommensschwache Menschen von Zuzahlungen ausnehmen, angefangen bei Sozialhilfeempfängern, einer Bevölkerungsgruppe, die in administrativer Hinsicht relativ leicht zu identifizieren ist.

**Jährliche Obergrenzen für Zuzahlungen** können eine Absicherung darstellen, sofern sie für alle Zuzahlungen gelten. Im Idealfall sollten sie auf einen sehr geringen Anteil am Haushaltseinkommen festgesetzt werden. Als Schutzmaßnahme für einkommensschwache Menschen dürften Obergrenzen allein jedoch kaum ausreichen.

Wenn Zuzahlungen verwendet werden, dann sollten sie niedrig sein und klaren Regelungen unterliegen, damit die Menschen wissen, welche Zahlungen sie voraussichtlich leisten müssen. Im Gegensatz zu **festen Zuzahlungen von geringer Höhe** verlagern anteilige Zuzahlungen das finanzielle Risiko von der zuständigen Einkaufsstelle auf die Haushalte und setzen die Menschen Effizienzdefiziten im Gesundheitswesen aus. Dies ist besonders problematisch in Kontexten, in denen die Preisgestaltung, Verschreibung, Abgabe und Überweisung nicht ausreichend geregelt sind.

Die Zuzahlungsregelungen sollten alle drei Mechanismen (Ausnahmeregelungen, Obergrenzen und Art der Zuzahlung) berücksichtigen, nicht Krankheiten, Leistungen oder bestimmte Produkte, sondern den Schutz der Menschen in den Mittelpunkt stellen und möglichst einfach gehalten werden, um Verwirrung zu vermeiden.

## Die Rolle freiwilliger Krankenversicherungen

Freiwillige Krankenversicherungen können die finanzielle Absicherung auf der Ebene der Gesundheitssysteme verbessern, wenn sie Zuzahlungen abdecken und die Mehrheit der Bevölkerung erfassen, auch die einkommensschwächsten Menschen. Diese Voraussetzungen werden nur von drei Ländern erfüllt: Frankreich, Kroatien und Slowenien.

In diesen Ländern werden freiwillige Krankenversicherungen durch ordnungsrechtliche Auflagen allen zugänglich gemacht, die sich versichern lassen wollen (in Kroatien und Slowenien durch unbeschränkte Beitrittsmöglichkeit und Einheitsprämien). Sie sind erschwinglich, da der Staat die Versicherungsbeiträge für sehr einkommensschwache Menschen übernimmt (in Kroatien und Frankreich) oder diese Personengruppe von Zuzahlungen befreit ist und daher keine freiwillige Krankenversicherung benötigt (in Slowenien).

Allerdings werden durch freiwillige Krankenversicherungen die Ungleichheiten beim Zugang zu Gesundheitsleistungen allgemein verschärft (Sagan & Thomson, 2016). Zudem ist diese Form der Finanzierung des Gesundheitssystems regressiver als öffentliche Gesundheitsausgaben.

## Durch progressiven Universalismus sicherstellen, dass niemand zurückgelassen wird

Bei der Verringerung finanzieller Härten spielen bessere Zuzahlungsregelungen eine wichtige Rolle, da das Gesundheitssystem dadurch gezielt auf die Menschen eingehen kann, die den Schutz am meisten benötigen.

In Kontexten, in denen die öffentlichen Ressourcen stark begrenzt sind, kommt Maßnahmen, die zuerst den am stärksten benachteiligten Menschen zugutekommen – ein als progressiver Universalismus bekannter Ansatz (Gwatkin & Ergo, 2011) – entscheidende Bedeutung zu. Von Vorteil sind solche Maßnahmen aber auch in Ländern ohne gravierende Haushaltszwänge, die dadurch in der Lage sind, die Herausforderung anzugehen, niemanden zurückzulassen, indem sie sicherstellen, dass einkommensschwache Menschen in jeder Phase des Weges zur allgemeinen Gesundheitsversorgung mindestens dieselben Zugewinne erzielen wie wohlhabendere Menschen.

Progressiver Universalismus beruht auf der Fähigkeit, die am ehesten zu finanziellen Härten führenden Gesundheitsleistungen, die am wahrscheinlichsten betroffenen Menschen und die Grundursachen von Versorgungslücken zu ermitteln. Dazu wiederum sind Indikatoren und Metriken erforderlich, die für Analysen zur Chancengleichheit geeignet sind, wie diejenigen, die in diesem Bericht verwendet werden.

Um Wirkung zu entfalten, sollten Änderungen der Versorgungspraxis mit öffentlichen Gesundheitsausgaben in angemessener Höhe einhergehen. Länder, in denen der Anteil der Zahlungen aus eigener Tasche an den laufenden Gesundheitsausgaben relativ hoch ist, müssen mehr öffentliche Investitionen in das Gesundheitssystem tätigen, um diese Zahlungen zu senken. Die Erhöhung der öffentlichen Ausgaben allein reicht jedoch möglicherweise nicht aus, um die Resultate für die Bedürftigsten zu verbessern. Wichtig ist daher die Abfolge der Politikinstrumente. Einige Länder müssen sich parallel zur Neugestaltung der Versorgungspraxis um zusätzliche öffentliche Investitionen in das Gesundheitssystem bemühen.

In der Europäischen Region gibt es eine Vielzahl bewährter Praktiken. Aus den Erfahrungen von Ländern mit starker finanzieller Absicherung und Ländern, in denen die finanzielle Absicherung insgesamt schwach ist, jedoch Schritte zum Schutz einkommensschwacher Menschen unternommen wurden, können Lehren gezogen werden.

## Literatur

Cylus J, Thomson S, Evetovits T (2018). [Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods](#). Bull World Health Organ. 96:589–664.

Gwatkin D, Ergo A (2011). [Universal health coverage: friend or foe of health equity](#). Lancet 377:2160–1.

Sagan A, Thomson S (2016). [Freiwillige Krankenversicherungen in Europa: Aufgaben und Regeln](#). Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa im Namen des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.

United Nations (2015). [Transformation unserer Welt: die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung](#). New York: Vereinte Nationen.

WHO, Weltbank (2017). [Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung: Globaler Sachstandsbericht 2017](#). Genf: Weltgesundheitsorganisation.

WHO-Regionalbüro für Europa (2019). [Können sich die Menschen ihre Gesundheitsversorgung leisten? Neue Erkenntnisse über finanzielle Absicherung in der Europäischen Region](#) Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.



## Das WHO-Regionalbüro für Europa

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist eine 1948 gegründete Sonderorganisation der Vereinten Nationen, die sich in erster Linie mit internationalen Gesundheitsfragen und der öffentlichen Gesundheit befasst. Das WHO-Regionalbüro für Europa ist eines von sechs Regionalbüros, die überall in der Welt eigene, auf die Gesundheitsbedürfnisse ihrer Mitgliedsländer abgestimmte Programme durchführen.

### Mitgliedstaaten

Albanien  
Andorra  
Armenien  
Aserbaidschan  
Belarus  
Belgien  
Bosnien und Herzegowina  
Bulgarien  
Dänemark  
Deutschland  
Estland  
Finnland  
Frankreich  
Georgien  
Griechenland  
Irland  
Island  
Israel  
Italien  
Kasachstan  
Kirgisistan  
Kroatien  
Lettland  
Litauen  
Luxemburg  
Malta  
Monaco  
Montenegro  
Niederlande  
Nordmazedonien  
Norwegen  
Österreich  
Polen  
Portugal  
Republik Moldau  
Rumänien  
Russische Föderation  
San Marino  
Schweden  
Schweiz  
Serbien  
Slowakei  
Slowenien  
Spanien  
Tadschikistan  
Tschechien  
Türkei  
Turkmenistan  
Ukraine  
Ungarn  
Usbekistan  
Vereinigtes Königreich  
Zypern

### **Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa**

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark  
Tel.: +45 45 33 70 00 Fax: +45 45 33 70 01  
E-Mail: [eurocontact@who.int](mailto:eurocontact@who.int)  
Website: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)