



Regionalkomitee für Europa

EUR/RC68/11

68. Tagung

Rom, 17.–20. September 2018

6. August 2018

180443

Punkt 5 d) der vorläufigen Tagesordnung

ORIGINAL: ENGLISCH

Können sich die Menschen ihre Gesundheitsversorgung leisten? Neue Erkenntnisse über finanzielle Absicherung in der Europäischen Region

Das vorliegende Dokument erläutert, wie wichtig die Überwachung der finanziellen Absicherung für eine evidenzgeleitete Entscheidungsfindung auf dem Weg zu einer allgemeinen Gesundheitsversorgung ist, und fasst die politischen Kernaussagen einer neuen Studie über finanzielle Absicherung in der Europäischen Region zusammen. Finanzielle Absicherung ist ein zentraler Bestandteil der allgemeinen Gesundheitsversorgung und ein Kernelement der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen. Die Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand enthält die Feststellung, es könne „heute nicht mehr hingenommen werden [...], dass Menschen infolge von Gesundheitsproblemen verarmen“. Resolution EUR/RC65/R5 über Prioritäten für die Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO im Zeitraum 2015–2020 forderte die Mitgliedstaaten auf, eine Europäische Region anzustreben, in der es keine ruinösen Gesundheitsausgaben aus eigener Tasche mehr gibt; ersuchte die Regionaldirektorin, den Mitgliedstaaten Instrumente und fachliche Unterstützung für die Überwachung der finanziellen Absicherung bereitzustellen und die in der Charta von Tallinn festgelegten Verpflichtungen umzusetzen, und ersuchte die Regionaldirektorin, 2018 über die Umsetzung der Resolution Bericht zu erstatten, unter besonderer Schwerpunktlegung auf den Aspekt der finanziellen Absicherung. Mit dem vorliegenden Dokument und der Zusammenfassung des Berichts der Europäischen Region (Informationsdokument EUR/RC68/Inf.Doc./1) wird nicht nur diese Berichtspflicht erfüllt, sondern auch auf Resolution EUR/RC67/R3 – Fahrplan zur Umsetzung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung auf der Grundlage des Rahmenkonzepts Gesundheit 2020 – reagiert, in der die WHO aufgefordert wird, die Mitgliedstaaten bei ihren Bemühungen um Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung zu unterstützen.

Die Studie befasst sich mit der finanziellen Absicherung auf eine Weise, die umsetzbare Erkenntnisse für die Politik liefert, Konzepte zur Stützung einkommensschwacher Bevölkerungsgruppen fördert, um den Zusammenhang zwischen Krankheit und Armut zu durchbrechen, und für sämtliche Mitgliedstaaten in der Region von Bedeutung ist. Politische Botschaften, die für die Region von Bedeutung sind, basieren auf einer eingehenden Analyse der Erfahrungen aus 25 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region.

Das Dokument wird der 68. Tagung des Regionalkomitees als Arbeitsdokument vorgelegt. Eine Zusammenfassung der Studienergebnisse wird als Informationsdokument mit dem gleichen Titel vorgelegt. Analytische Berichte aus den Ländern werden auf der WHO-Website veröffentlicht und dienen als Hintergrundmaterial für den Bericht der Europäischen Region.

Hintergrund

1. Finanzielle Absicherung ist ein zentraler Bestandteil der allgemeinen Gesundheitsversorgung und ein Kernelement der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen. Die Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand enthält die Feststellung, es könne „heute nicht mehr hingenommen werden [...], dass Menschen infolge von Gesundheitsproblemen verarmen“. Die Charta fördert die Chancengleichheit, Solidarität, finanzielle Absicherung und Verbesserung der Gesundheit durch Überwachung, Bewertung und Verbesserung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen.

2. Die Finanz- und Wirtschaftskrise stellte die Fähigkeit der Mitgliedstaaten in der Europäischen Region der WHO zur Erfüllung der in Tallinn eingegangenen Verpflichtungen auf die Probe. In Zusammenarbeit mit der norwegischen Regierung organisierte die WHO in den Jahren 2009 und 2013 zwei hochrangige Tagungen in Oslo, um nach Wegen zur Bewältigung der krisenbedingten Herausforderungen zu suchen. Gemeinsam mit dem Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik führte die WHO außerdem eine groß angelegte Studie über die von den Gesundheitssystemen ergriffenen Maßnahmen zur Bewältigung der Krise durch. Diese lieferte zahlreiche Belege für die Bedeutung der Stärkung von Chancengleichheit, Solidarität und finanzieller Absicherung während einer Wirtschaftskrise. Zudem hob sie die Notwendigkeit einer frühzeitigen Leistungskontrolle zur Unterstützung von Handlungskonzepten hervor.

3. Auf seiner 65. Tagung im Jahr 2015 nahm das WHO-Regionalkomitee für Europa die Resolution EUR/RC65/R5 (Prioritäten für die Stärkung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region der WHO im Zeitraum 2015–2020) an, in der es:

- die Mitgliedstaaten aufforderte, eine Europäische Region anzustreben, in der es keine ruinösen Gesundheitsausgaben aus eigener Tasche mehr gibt;
- die Regionaldirektorin ersuchte, den Mitgliedstaaten Instrumente und fachliche Unterstützung für die Überwachung der finanziellen Absicherung bereitzustellen und die in der Charta von Tallinn festgelegten Verpflichtungen umzusetzen; und
- die Regionaldirektorin ersuchte, dem Regionalkomitee 2018 über die Umsetzung der Resolution Bericht zu erstatten, unter besonderer Schwerpunktlegung auf den Aspekt der finanziellen Absicherung.

4. Auch die von den Vereinten Nationen im Jahr 2015 angenommenen Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDG) fordern die Überwachung der finanziellen Absicherung samt Berichterstattung darüber als einen von zwei Indikatoren für eine allgemeine Gesundheitsversorgung. In der Resolution EUR/RC67/R3 (Fahrplan zur Umsetzung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung auf der Grundlage des Rahmenkonzepts Gesundheit 2020) wird die WHO aufgefordert, die Mitgliedstaaten bei ihren Bemühungen um Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung zu unterstützen.

5. Daraufhin gab das WHO-Regionalbüro für Europa eine neue Studie über die finanzielle Absicherung in der Europäischen Region in Auftrag, um die Mitgliedstaaten mit Überwachung, Analysen und konzeptionellen Empfehlungen zu unterstützen. Diese Funktionen übernimmt die Abteilung Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit des ausgelagerten Fachzentrums der WHO zur Stärkung der Gesundheitssysteme (Außenstelle Barcelona) als Teil eines Projekts mit drei Arbeitssträngen:

- Entwicklung neuer Metriken zur Messung finanzieller Not auf Grundlage bewährter Methoden – der neue Ansatz wurde nach mehreren Konsultationsrunden mit internationalen Experten, u. a. Kollegen der WHO und der Weltbank, festgelegt;
- Durchführung länderspezifischer Analysen zur Entwicklung nationaler Handlungskonzepte in enger Zusammenarbeit mit über 50 nationalen Experten in 25 Ländern¹ – dies bildet die Ausgangsbasis für die Überwachung finanzieller Absicherung im Rahmen der SDG; entsprechende Länderberichte werden im Laufe des Jahres 2018 veröffentlicht;
- Ableitung von Lehren für zukünftige Handlungskonzepte aus den regionsweiten Analysen.

6. Ziel der Studie ist die Überwachung finanzieller Absicherung auf eine Weise, die umsetzbare Erkenntnisse für die Politik liefert, Konzepte zur Stützung einkommensschwacher Bevölkerungsgruppen fördert, um den Zusammenhang zwischen Krankheit und Armut zu durchbrechen, und für sämtliche Mitgliedstaaten in der Region von Bedeutung ist.

7. Vorläufige Schätzungen zu den Indikatoren für finanzielle Absicherung wurden mit individuellen Mitgliedstaaten im Rahmen einer Konsultation geteilt, die in den Jahren 2017 und 2018 gemeinsam vom WHO-Hauptbüro und dem Regionalbüro für Europa organisiert wurde.

8. Die Ergebnisse der Studie, die auch eine detaillierte konzeptionelle Analyse umfasst, wurden auf der hochrangigen Fachtagung zum Thema „Gesundheitssysteme für Wohlstand und Solidarität: niemanden zurücklassen“ präsentiert, die am 13. und 14. Juni 2018 in Tallinn (Estland) stattfand und von der estnischen Regierung anlässlich des zehnten Jahrestags der Unterzeichnung der Charta von Tallinn ausgerichtet wurde. Eine Zusammenfassung des Berichts der Europäischen Region, die der 68. Tagung des Regionalkomitees vorgelegt wird (Informationsdokument EUR/RC68/Inf.Doc./1), enthält auch eine Zusammenfassung der Evidenz aus 25 Ländern in der Europäischen Region.

9. In den folgenden Abschnitten werden die Anreize für die Überwachung der finanziellen Absicherung in der Europäischen Region und deren Bedeutung dargestellt und die Folgen für die Politik hervorgehoben.

Finanzielle Absicherung: ein Kernelement der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen

Was ist finanzielle Absicherung?

10. Eine allgemeine Gesundheitsversorgung gewährleistet, dass jeder Zugang zu den jeweils benötigten hochwertigen Gesundheitsangeboten hat, ohne in finanzielle Not zu geraten. Menschen geraten in finanzielle Not, wenn Zahlungen aus eigener Tasche – formelle

¹ Die Länder sind eine Mischung aus Ländern mit hohem Einkommen (Deutschland, Estland, Frankreich, Griechenland, Irland, Lettland, Litauen, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Slowakei, Slowenien, Tschechien, Ungarn, Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland sowie Zypern) und solchen mit mittlerem Einkommen (Albanien, Georgien, Kirgisistan, Kroatien, Republik Moldau, Türkei und Ukraine).

und informelle Zahlungen, die zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme von Gesundheitsprodukten oder -angeboten geleistet werden – im Verhältnis zu ihrer Fähigkeit, für Gesundheitsleistungen zu zahlen, zu hoch sind. Selbst geringe Zahlungen aus eigener Tasche können in einkommensschwachen Haushalten oder bei Menschen, die für langfristige Behandlungen wie Arzneimittel bei chronischen Erkrankungen zahlen müssen, zu finanziellen Härten führen. Da sämtliche Gesundheitssysteme gewisse Zahlungen aus eigener Tasche vorsehen, kann finanzielle Not in jedem Land zum Problem werden.

Warum ist sie so wichtig?

11. Dort, wo die Gesundheitssysteme keine ausreichende finanzielle Absicherung bieten, verfügen Haushalte oft nicht über ausreichend Geld, um ihre Gesundheitsversorgung zu decken oder andere grundlegende Bedürfnisse zu erfüllen. Fehlende finanzielle Absicherung kann eine ganze Reihe negativer gesundheitlicher und wirtschaftlicher Folgen haben. So wird möglicherweise der Zugang zur Gesundheitsversorgung eingeschränkt, der Gesundheitszustand beeinträchtigt und Armut sowie gesundheitliche und sozioökonomische Ungleichheiten verschärft. Daher wird die finanzielle Absicherung von der WHO und der Weltbank bereits seit langem als Kernelement der Leistungsbewertung in den Gesundheitssystemen angesehen. Auch in den Zielen für nachhaltige Entwicklung ist die finanzielle Absicherung als Maß für die allgemeine Gesundheitsversorgung enthalten (Indikator 3.8.2).

Wie wird finanzielle Absicherung gemessen?

12. Finanzielle Absicherung wird unter Verwendung zweier anerkannter Indikatoren gemessen:

- Zu ruinösen Gesundheitsausgaben kommt es, wenn der von einem Haushalt aus eigener Tasche für die Gesundheitsversorgung zu zahlende Betrag einen zuvor definierten Anteil seiner Fähigkeit zur Zahlung für Gesundheitsleistungen übersteigt und dem Haushalt dadurch die Erfüllung anderer grundlegender Bedürfnisse erschwert wird; dies wird auf unterschiedliche Weise unter Verwendung von Metriken gemessen, in denen die Fähigkeit zur Zahlung für Gesundheitsleistungen unterschiedlich definiert wird.
- Zu Verarmung führende Gesundheitsausgaben geben Aufschluss über die Auswirkungen, die aus eigener Tasche zu leistende Zahlungen auf die Armutssituation haben, und werden unter Berücksichtigung der Stellung eines Haushalts in Bezug auf eine zuvor festgelegte Armutsgrenze vor und nach dem Zeitpunkt der Zahlungen aus eigener Tasche gemessen; ein Haushalt wird als verarmt angesehen, wenn seine Konsumausgaben bzw. sein Einkommen vor den Zahlungen aus eigener Tasche über der Armutsgrenze und nach den Zahlungen aus eigener Tasche unterhalb der Armutsgrenze liegen bzw. liegt; die Metriken unterscheiden sich hinsichtlich der Art der verwendeten Armutsgrenze.

Der Mehrwert der Studie des Regionalbüros

13. Schließen einer großen Lücke in der Bewertung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen in der Europäischen Region: Zu Beginn der Studie war die einzige vorherige Studie über finanzielle Absicherung, bei der mehrere Länder der Europäischen

Region betrachtet wurden, eine globale Studie, die auf Daten aus den 1990er Jahren basierte. Im Jahr 2017 veröffentlichten die WHO und die Weltbank eine neue globale Studie unter Verwendung von Metriken, die sich an den SDG orientierten und Ergebnisse bis zum Jahr 2010 berücksichtigten. Die Analyse des Regionalbüros verwendet für die meisten Länder aktuellere Daten aus den Jahren 2014 bzw. 2015.

14. Bedeutung für sämtliche Mitgliedstaaten in der Europäischen Region, einschließlich Ländern mit hohem Einkommen, wie aus einer Vergleichsstudie zwischen Estland, Lettland und Tschechien hervorgeht, die gleichzeitig mit der globalen Studie von 2017 veröffentlicht wurde: Für die frühere globale Studie erstellte Analysen zeigten eine Inzidenz ruinöser Gesundheitsausgaben, die für viele Länder in der Europäischen Region unverhältnismäßig niedrig war. In der globalen Studie von 2017 ist die Tatsache, dass die Inzidenz von zu Verarmung führenden Gesundheitsausgaben unverhältnismäßig gering ausfällt, der Verwendung von internationalen Armutsgrenzen wie etwa 1,90 US-\$ oder 3,10 US-\$ pro Tag geschuldet.

15. Verwendung neu entwickelter konzeptionell relevanter Metriken: In der ersten globalen Studie fand die Verteilung ruinöser Gesundheitsausgaben auf verschiedene Bevölkerungsgruppen keine Berücksichtigung; auch wurde nicht betrachtet, welche Gesundheitsleistungen für ruinöse Zahlungen aus eigener Tasche verantwortlich sind. Die globale Studie von 2017 umfasst zwar einige Verteilungsanalysen, kommt jedoch zu dem Ergebnis, dass aufgrund der verwendeten Metriken, in denen die für die Erfüllung des Grundbedarfs anfallenden Kosten nicht berücksichtigt werden, die Inzidenz ruinöser Gesundheitsausgaben in einkommensstarken Schichten höher ausfällt als in einkommensschwachen. Die Metriken des Regionalbüros sind besser in der Lage, finanzielle Härten unter einkommensschwachen Menschen abzubilden (siehe Abschnitt 18). Sie machen auch auf Menschen aufmerksam, die nach Zahlungen für Gesundheitsleistungen bei Inanspruchnahme weiter verarmen.

16. Gewinnung von umsetzbaren Erkenntnissen für die Politik: Der Überwachungsansatz in der Europäischen Region basiert auf einer eingehenden Untersuchung auf der Länderebene, deren Ergebnisse sich mit Konzepten für Gesundheitssysteme verknüpfen lassen. Diese kontextspezifische Analyse stellt eine wichtige Ergänzung zur globalen Überwachung dar, wie im globalen Bericht aus dem Jahr 2017 eindeutig anerkannt wird.

Wie viele Haushalte haben mit finanziellen Härten zu kämpfen?

17. Die Inzidenz ruinöser Zahlungen aus eigener Tasche reicht in den vom Regionalbüro untersuchten Ländern der Europäischen Region von 1% bis 15% der Haushalte. Die Inzidenz von zu Verarmung bzw. weiterer Verarmung führenden Zahlungen aus eigener Tasche reicht von 0,3% bis 8,2% der Haushalte. Ein Haushalt gilt als verarmt, wenn seine Gesamtausgaben nach Zahlungen aus eigener Tasche unter die Armutsgrenze fallen. Ein Haushalt gilt als weiter verarmt, wenn er zum Zeitpunkt der anfallenden Zahlungen aus eigener Tasche bereits als arm galt.

Wer gerät in finanzielle Not?

18. Ruinöse Zahlungen aus eigener Tasche treten in sämtlichen Ländern stark gehäuft in den ärmsten Konsumquintilen auf. Untersuchungen aus einzelnen Ländern liefern

ausführlichere Informationen zu den Merkmalen von Haushalten mit ruinösen Zahlungen aus eigener Tasche. Eine starke Häufung ruinöser Gesundheitsausgaben ist in vielen Ländern (einschließlich Deutschland, Estland, Irland, Lettland, Litauen und Österreich) unter den über 60-Jährigen zu verzeichnen. In Deutschland ist dies jedoch häufiger bei Menschen der Fall, die Sozialleistungen erhalten oder von dem Einkommen ihrer Ehepartner abhängen, als unter Rentnern, während in Kroatien und Litauen ruinöse Gesundheitsausgaben gehäuft in Haushalten ohne Kinder auftreten. Demgegenüber ist im Vereinigten Königreich eine starke Häufung ruinöser Ausgaben unter jüngeren Menschen und in Haushalten mit Kindern zu verzeichnen. Diese Unterschiede zwischen den Ländern bei der Verteilung der Inzidenz ruinöser Zahlungen verdeutlichen, wie wichtig es ist, die Menschen identifizieren zu können, die innerhalb bestimmter Einkommens- und Altersgruppen besonders gefährdet sind.

Welche Gesundheitsleistungen sind für finanzielle Härten verantwortlich?

19. Im Vergleich der in der Studie behandelten Länder sind ruinöse Zahlungen aus eigener Tasche häufiger auf ambulant verschriebene Arzneimittel zurückzuführen, wo die finanzielle Absicherung schwächer ausfällt, aber auch auf zahnärztliche Leistungen, wo die finanzielle Absicherung stärker ausfällt.

20. Innerhalb der einzelnen Länder zeigt sich ein ähnliches Muster: ruinöse Zahlungen aus eigener Tasche fallen in einkommensschwächeren Haushalten häufiger für ambulant verschriebene Arzneimittel an, während sie in wohlhabenderen Haushalten häufiger für zahnärztliche Leistungen anfallen. Daten über unerfüllte Bedürfnisse lassen darauf schließen, dass einkommensschwächere Menschen seltener zahnärztliche Leistungen in Anspruch nehmen als wohlhabendere Menschen, was die Bedeutung der Analyse von finanzieller Absicherung und unerfüllten Bedürfnissen verdeutlicht.

Faktoren, die zur Stärkung der finanziellen Absicherung beitragen

21. Gesundheitssysteme mit starker finanzieller Absicherung weisen folgende Merkmale auf:

- Aus eigener Tasche zu leistende Zahlungen fallen gering aus; sie machen nicht mehr als 15% der Gesamthöhe der Gesundheitsausgaben aus.
- Die öffentlichen Gesundheitsausgaben sind im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt hoch; dies steht in engem Zusammenhang mit der Priorität, die der Gesundheit im jeweiligen Staatshaushalt eingeräumt wird.
- Die Gesundheitsversorgungskonzepte sind sorgfältig durchdacht, um Zahlungen aus eigener Tasche gering zu halten, und es gibt Mechanismen, um einkommensschwache Menschen sowie andere gefährdete Gruppen vor den für Leistungsempfänger anfallenden Gebühren (Zuzahlungen) zu schützen.
- Die unerfüllten Bedürfnisse im Bereich der Gesundheitsversorgung und der zahnärztlichen Versorgung fallen gering aus; es sind nur minimale Ungleichheiten bei den unerfüllten Bedürfnissen zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen zu verzeichnen.

Folgen für die Politik

22. Es reicht nicht aus, nur den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu überwachen. Die Überwachung der finanziellen Absicherung sollte ein Kernelement der Leistungsbewertung in den Gesundheitssystemen sowohl innerhalb als auch zwischen den Ländern sein. Die Studie des Regionalbüros ist die erste, in deren Rahmen die finanzielle Absicherung in der Europäischen Region systematisch überwacht wurde. Sie füllt damit eine wichtige Lücke bei der Bewertung der Leistung von Gesundheitssystemen. Sie zeigt, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung nicht allein anhand unerfüllter Bedürfnisse (oder der Versorgung mit Gesundheitsleistungen, wie in den SDG vorgesehen) vollständig erfasst werden kann. Unerfüllte Bedürfnisse und finanzielle Absicherung müssen gemeinsam betrachtet werden, denn die finanzielle Absicherung mag stark erscheinen in Fällen, in denen die unerfüllten Bedürfnisse hoch ausfallen, da die Menschen nicht in der Lage sind, aufgrund bestehender Zugangsbarrieren Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen. Und sie kann sich mit Rückgang der unerfüllten Bedürfnisse verschlechtern, wenn die finanziellen Härtefälle bei den Leistungsnehmern aufgrund von Reformen zur Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung ansteigen.

23. Dabei kommt es darauf an, wie finanzielle Absicherung überwacht wird. Für die Gestaltung von Konzepten und die Unterstützung der Länder bei der Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung muss die Überwachung zu umsetzbaren Erkenntnissen führen. Umsetzbare Erkenntnisse gewinnt man aus kontextspezifischen konzeptionellen Analysen. Die vorliegende Studie basiert auf einer Analyse auf Länderebene, anhand derer sich Indikatoren mit Handlungskonzepten und allmählichen konzeptionellen Veränderungen verknüpfen lassen. Sie verwendet Metriken, die sensibel auf die finanziellen Härten reagieren, mit denen einkommensschwache Haushalte zu kämpfen haben, und macht auf diese aufmerksam.

24. Im Allgemeinen fällt die Inzidenz ruinöser Zahlungen aus eigener Tasche in solchen Ländern sehr gering aus, in denen der Anteil der Zahlungen aus eigener Tasche an der Gesamthöhe der Gesundheitsausgaben bei etwa 15% oder gar darunter liegt. Die finanzielle Absicherung ist geringer, wenn der Anteil der Zahlungen aus eigener Tasche hoch und die öffentlichen Gesundheitsausgaben gering ausfallen. Zwischen den Ländern bestehen bei der finanziellen Absicherung immer größere Unterschiede, da der Anteil der Zahlungen aus eigener Tasche an der Gesamthöhe der Gesundheitsausgaben steigt.

25. Die Gewährleistung eines hohen Niveaus bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben spielt eine wesentliche Rolle bei der Reduzierung von Zahlungen aus eigener Tasche. Ebenso wichtig ist jedoch die vorhandene Erstattungspraxis. Die Untersuchung ergibt, dass Unterschiede bei finanziellen Härten sich teilweise durch Abweichungen bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben zwischen den Ländern erklären lassen – insbesondere durch Abweichungen bei der Priorität, die dem Gesundheitswesen bei der Verteilung der staatlichen Haushaltsmittel eingeräumt wird. Erhöhungen der öffentlichen Ausgaben oder eine Reduzierung der Zahlungen aus eigener Tasche allein garantieren jedoch keine verbesserte finanzielle Absicherung. Die Erstattungspraxis ist ebenfalls ein wichtiger Faktor, mit dem sich die Unterschiede erklären lassen.

26. Sie entscheidet maßgeblich darüber, ob Haushalte Zahlungen aus eigener Tasche leisten müssen. Sie bestimmt auch, wie solche Zahlungen auf verschiedene Bevölkerungsgruppen verteilt sind. Versorgungslücken bedeuten, dass Haushalte für Gesundheitsleistungen aus eigener Tasche zahlen oder auf deren Inanspruchnahme verzichten müssen.

27. Der Anspruch der Bevölkerung auf eine staatlich finanzierte Gesundheitsversorgung stellt eine Voraussetzung, aber keine Garantie für finanzielle Absicherung dar. In vielen Ländern mit niedrigerem Versorgungsgrad und einer höheren Inzidenz ruinöser Zahlungen aus eigener Tasche ist der Anspruch an Beschäftigung oder die Zahlung von Beiträgen gebunden, während es gleichzeitig an wirksamen Mechanismen zur Durchsetzung von Beteiligung oder zum Schutz gefährdeter Gruppen (z. B. Langzeitarbeitslose) fehlt.
28. Defizite bezüglich Umfang und Qualität der Gesundheitsversorgung haben auf unterschiedliche Bevölkerungsgruppen unterschiedliche Auswirkungen: in wohlhabenderen Haushalten, die sich Zahlungen aus eigener Tasche leisten können, führen sie oftmals zu finanziellen Härten, während sie in einkommensschwächeren Haushalten aufgrund des Verzichts oder der Verzögerung einer Inanspruchnahme zu unerfüllten Bedürfnissen führen. Ambulant verschriebene Arzneimittel und zahnärztliche Leistungen für Erwachsene stellen in der Gesundheitsversorgung oftmals Lücken dar.
29. Die Länder können ihre finanzielle Absicherung erheblich verbessern, indem sie ihre Gebühren für Leistungsempfänger sorgfältig überarbeiten, um Zuzahlungen gering zu halten, und einkommensschwache Menschen sowie regelmäßige Leistungsempfänger zusätzlich schützen.
30. Schwache Gesundheitsversorgungskonzepte verlagern die mit der Gesundheitsversorgung verbundene Zahlungslast auf jene, die sie sich am wenigsten leisten können: einkommensschwache Menschen, Menschen mit chronischen Erkrankungen und ältere Menschen. Dies untergräbt die Chancengleichheit bei der Finanzierung des Gesundheitssystems und bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen. Zudem untergräbt es die Leistungsfähigkeit. Für Arzneimittel anfallende Zahlungen aus eigener Tasche sind eine wesentliche Triebkraft für finanzielle Härten in der Europäischen Region, insbesondere bei einkommensschwachen Menschen. Arzneimittel sind ein fester Bestandteil der primären Gesundheitsversorgung. Es gibt kein ökonomisches Argument dafür, die Bevölkerung für die primäre Gesundheitsversorgung, also auch Arzneimittel, zahlen zu lassen.
31. Schwache Gesundheitsversorgungskonzepte können dazu führen, dass sich finanzielle Härten durch Effizienzdefizite im Gesundheitssystem noch weiter verschärfen. Wenn Menschen beispielsweise einen bestimmten Prozentsatz des Preises für verschreibungspflichtige Arzneimittel selbst zahlen müssen, erhöht sich mit steigenden Preisen oder aufgrund fehlender angemessener oder abgestimmter Anreize bei verschreibenden Ärzten und ausgebenden Apotheken auch ihre Belastung durch Zahlungen aus eigener Tasche. Durch einen Abbau von Effizienzdefiziten ließe sich die finanzielle Absicherung verbessern.
32. Unerfüllte Bedürfnisse in Bezug auf Gesundheitsleistungen sind oftmals hoch in Ländern, in denen die finanzielle Absicherung schwach ausfällt. Seit der Finanz- und Wirtschaftskrise sind sie weiter angestiegen. Angesichts der weit verbreiteten Anwendung von Gebühren für Leistungsempfänger in vielen Ländern in der Europäischen Region ohne angemessenen Schutz für einkommensschwache und regelmäßige Leistungsempfänger ist es durchaus möglich, dass, sofern mehr Menschen während des Untersuchungszeitraums Gesundheitsleistungen hätten in Anspruch nehmen können, die Last der Zahlungen aus eigener Tasche noch höher und das Ausmaß der finanziellen Härten noch schlimmer ausgefallen wäre, als aus der aktuellen Analyse hervorgeht.

33. In der Europäischen Region gibt es eine Vielzahl bewährter Praktiken; aus den Erfahrungen von Ländern mit starker finanzieller Absicherung und Ländern mit insgesamt schwacher finanzieller Absicherung, die jedoch über Schutzmaßnahmen für einkommensschwache Menschen verfügen, können Lehren gezogen werden. Der Schutz einkommensschwacher Haushalte ist eine vorrangige Aufgabe für leistungsfähige Gesundheitssysteme. Um wirksam zu sein, sollten Menschen geschützt werden, nicht bestimmte Produkte oder Leistungen. In jedem Land sind einkommensschwache und regelmäßige Leistungsempfänger am anfälligsten für finanzielle Härten. Je nach Kontext können auch andere Bevölkerungsgruppen gefährdet sein, insbesondere in Abhängigkeit des Ausmaßes von Migration und der Qualität der bestehenden Konzepte zur sozialen Sicherung.

34. Konzeptionelle Maßnahmen zur Verbesserung der finanziellen Absicherung tragen zu einer Verringerung der unerfüllten Bedürfnisse und zum Abbau der mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verknüpften Armut bei, mit positiven Auswirkungen für Menschen und Gesellschaft.

= = =