

Unterschiedliche Finanzierung der Gesundheitssysteme und deren Einfluss auf gesundheitliche Ungleichheit

Schweiz, Spanien & Estland im Vergleich

Master in Sozialer Arbeit, Berner Fachhochschule
SIV – Sozialpolitik im internationalen Vergleich
Prof. Dr. Michelle Beyeler & Prof. Dr. Lucia M. Lafranconi

Leistungsnachweis FS 2021, Katharina Kobler

1. EINLEITUNG	1
2. SCHWEIZ	1
2.1. FINANZIERUNGSSYSTEM	1
2.2. ZUGANG ZU MEDIZINISCHEN LEISTUNGEN	2
2.3. OUT-OF-POCKET	2
3. SPANIEN	2
3.1. FINANZIERUNGSSYSTEM	2
3.2. ZUGANG ZU MEDIZINISCHEN LEISTUNGEN	3
3.3. OUT-OF-POCKET	3
4. ESTLAND	4
4.1. FINANZIERUNGSSYSTEM	4
4.2. ZUGANG ZU MEDIZINISCHEN LEISTUNGEN	5
4.3. OUT-OF-POCKET	5
5. SCHLUSSFOLGERUNGEN	5
6. FAZIT	6
<i>Literatur</i>	7

1. Einleitung

Forschung und Gesundheitsberichtserstattungen belegen, dass Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status im Vergleich zu Menschen mit höherem vermehrt von Krankheit betroffen sind. Diskutierte Gründe sind stärkere Belastungen am Arbeitsplatz, in der Wohnumgebung und dem sozialen Umfeld (Lampert, Kroll, Kuntz & Hoebel, 2018, S.2). Wegen dieser höheren gesundheitlichen Belastungen haben sozial benachteiligte Personen einen höheren Versorgungsbedarf. Die Möglichkeit medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen, ist jedoch durch nicht gedeckte Krankheitskosten verringert (S.19).

Das out-of-pocket (OOP) belegt den Teil der Gesundheitskosten, welcher selbst getragen wird. In der Schweiz betrug dieser 2018, 27.98% aller Gesundheitsausgaben. Spanien mit 22.16% und Estland mit 24.56% weisen einen ähnlich hohen selbstgetragenen Anteil der Gesundheitskosten auf (Eurostat, out-of-pocket).

Die Finanzierung der Gesundheitskosten sind bei allen drei Ländern anders organisiert. Estland und die Schweiz verfügen über obligatorische Versicherungssysteme, die unterschiedlich finanziert werden, in der Schweiz als Kopfpauschale in Estland aus einkommensabhängigen sowie staatlichen Beiträgen. Spanien hingegen verfügt über ein Gesundheitssystem, das grossteils steuerfinanziert ist und mit freiwilligen Privatversicherungen ergänzt werden kann (Missoc, 2021). Bei der *Nicht-in-Anspruchnahme der gesundheitlichen Leistungen beim untersten Einkommensquintil* weist Estland den weitaus höchsten Anteil an Personen der drei Staaten auf (Eurostat, nicht erfüllter Bedarf nach ärztlicher Behandlung).

In dieser Arbeit sollen die unterschiedlichen Finanzierungssysteme sowie der OOP von ambulanten, medizinischen Leistungen betrachtet werden. Es wird der Frage nachgegangen:

Welche Aspekte der Finanzierungssysteme haben Einfluss auf das OOP sowie auf die Inanspruchnahme von Leistungen und können somit dem Risiko gesundheitlicher Ungleichheit entgegenwirken?

2. Schweiz

2.1. Finanzierungssystem

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) sichert eine gesundheitliche Grundversorgung. Diese wird durch selbstgetragene Versicherungsprämien sowie durch eine Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) der Versicherten finanziert. Die Prämien

werden entsprechend den kantonalen und regionalen Kostenunterschieden abgestuft. Kinder (bis 18 Jahre) und junge Erwachsene (bis 25 Jahre) profitieren von vergünstigten Prämien. Der Leistungskatalog der Krankenversicherung kann durch freiwillige Zusatzversicherungen erweitert werden (Schölkopf & Pressel, 2017, S.80). Gemäss BFS ist der Anteil der Bevölkerung, welcher mindestens eine Zusatzversicherung abgeschlossen hat, unbekannt. Eine Prämienvergünstigung für einkommensschwache Versicherte, welche vom Bund und den Kantonen getragen wird, sorgt für eine finanzielle Entlastung (Schölkopf & Pressel, 2017, S.79). Die ambulante medizinische Versorgung wird durch niedergelassene Allgemein- und Fachärzte geleistet. Diese können, sofern nicht zugunsten einer tieferen Prämie darauf verzichtet wird, frei gewählt werden (S.80).

Die Lohnfortzahlungspflicht bei Krankheit durch die Arbeitgeber dauert je nach Dienstjahr und Vertrag von 3 Wochen bis 17 Wochen. Zusätzlich kann eine freiwillige Krankentaggeldversicherung abgeschlossen werden (SECO, Verhinderung des Arbeitnehmers an der Arbeitsleistung).

2.2. Zugang zu medizinischen Leistungen

2018 gaben 0.7% der Schweizer Bevölkerung einen *nicht erfüllten Bedarf nach ärztlicher Untersuchung oder Behandlung nach Geschlecht, Alter, und dem Hauptgrund zu kostspielig, zu weit weg oder Wartelisten*, an.

Dabei war im 1. Einkommensquintil für 1.8 % der Hauptgrund *zu kostspielig*, für 0.1% *zu weit weg* und für 0.0% die *Wartelisten* (Eurostat, nicht erfüllter Bedarf nach ärztlicher Behandlung).

2.3. Out-of-pocket

Der Anteil der Kostenbeteiligung (Franchise) kann gewählt werden. Er beträgt jährlich mindestens CHF 300 und kann zugunsten einer Prämienreduktion bis auf CHF 2500 erhöht werden. Zusätzlich muss ein jährlicher Selbstbehalt von 10% bis höchstens CHF 700 geleistet werden. Zahnmedizinische Leistungen sind in der OKP nicht enthalten (Missoc, 2021).

3. Spanien

3.1. Finanzierungssystem

Das spanische Gesundheitssystem wird hauptsächlich über Steuern auf zentralstaatlicher und regionaler Ebene finanziert (Schölkopf & Pressel, 2017, S.32). Um die Qualität der Gesundheitsleistungen der Regionen mit unterschiedlichem Einkommensniveau

sicherzustellen, wurde 2005 ein Gesundheitskohäsionsfond geschaffen. Einkommensstarke Regionen müssen einen beträchtlichen Teil der finanziellen Ressourcen an einkommensschwache Regionen abgeben (Gil-Escoin & Vásquez, S.175). 1990 wurde, um das Defizit des Staatshaushalts zu mindern, das Medikamentengesetz geändert: die kostenlose Ausgabe bestimmter Medikamente wurde gestoppt (S.174). Deshalb beteiligen sich die Haushalte zu 40% bei den Kosten des Medikaments. Rund zehn Prozent der spanischen Bevölkerung decken diese Zusatzkosten mit einer zusätzlichen, privaten Krankenversicherung ab (Schölkopf & Pressel, 2017, S.33). Der öffentliche, für alle zugängliche Gesundheitsdienst ist regional organisiert. Die Regionalregierungen tragen Verantwortung, verwalten die Gesundheitsplanung sowie die Bereitstellung der Versorgung (S.31).

Krankengeld wird zusätzlich über eine Sozialversicherung gesichert, die durch 60% vom Arbeitgeber finanziert ist. Im Krankheitsfall wird die Lohnfortzahlung ab dem 4. bis zum 15. Arbeitstag durch den Arbeitgeber finanziert, danach erhalten diese die Rückerstattung durch die Sozialversicherung (Missoc, 2021).

3.2. Zugang zu medizinischen Leistungen

0.2% der gesamten spanischen Bevölkerung gaben 2018 einen *nicht erfüllten Bedarf nach ärztlicher Untersuchung oder Behandlung nach Geschlecht, Alter, und dem Hauptgrund zu kostspielig, zu weit weg oder Wartelisten*, an.

Dabei war im 1. Einkommensquintil für 0.1% der Hauptgrund *zu kostspielig*, für 0.0% *zu weit weg* und für 0.1% die *Wartelisten* (Eurostat, nicht erfüllter Bedarf nach ärztlicher Behandlung).

3.3. Out-of-pocket

Die Ausgaben an den Gesundheitskosten, welche die spanische Bevölkerung selber trägt, bestehen hauptsächlich aus den nicht gedeckten Kosten an Medikamenten, der Zahnpflege und der Optik. Dazu kommen die Kosten für die freiwillige Krankenversicherung, die gemäss OECD und European Observatory (2017) 5% der Gesamtkosten ausmachen. Jene bieten den versicherten Personen einen schnelleren Zugang und eine grössere Auswahl (S.11).

4. Estland

4.1. Finanzierungssystem

Von 1991 bis 2017 wurden die estnischen Gesundheitskosten durch Versicherungen gesichert, die durch zweckgebundene Arbeitgeberbeiträge finanziert wurden. Nach einer 2017 verabschiedeten und 2018 eingeführten Reform wurde der Estonian Health Insurance Fund (EHIF) geschaffen, ein staatliches Krankenversicherungssystem, das Nichterwerbstätige absichert. Gleichzeitig wurden die Dienstleistungen ausgeweitet. Es schliesst nun auch für Menschen ohne Erwerb Leistungen der Notfallversorgung, Tuberkulose- und HIV-Behandlungen sowie Krankenwagenversorgung ein. Zudem ist das EHIF für die Prävention zuständig (OECD & European Observatory, 2019, S.9), welche in Estland eine wichtige Rolle spielt, denn Schätzungen zeigen auf, dass beinahe die Hälfte der Todesfälle auf Verhaltensrisiken zurückzuführen sind (S. 7). Die Krankenkasse orientiert sich an den Grundsätzen der *Solidarität* «Erwerbstätige bezahlen die Kosten der Versicherung von Erwerbslosen» und der *Gleichbehandlung* «alle Versicherten und Partner sollen nach denselben Rechten behandelt werden» (Eesti Haigekassa, about us). Verbesserungen wurden zudem im Bereich der Medikamentenzahlungen vorgenommen. Neu werden diese durch ein elektronisches System gesteuert. Die Kosten für Medikamente werden jährlich ab 100 Euro zur Hälfte, ab 300 Euro zu 90% übernommen. Durch die automatische Abwicklung des IT-Systems der Apotheken müssen diese Zuzahlungen nicht mehr beantragt werden. Diese Anpassung entlastet die estnische Bevölkerung, insbesondere, da viele zuvor die Möglichkeit des Antrages nicht kannten (WHO, Estland: bezahlbare und zugängliche Arzneimittel für alle).

Die medizinische Versorgung ist dezentral organisiert. Mit dem Primärarztsystem muss sich die estnische Bevölkerung in einer Praxis einschreiben. Für die Behandlungen in der Hausarztpraxis fallen keine zusätzlichen Kosten an (Schölkopf & Pressel, 2017, S.100). Die Hausarztpraxen erhalten, um die Attraktivität der Primärversorgung zu erhöhen, von der EHIF einen Leistungsbonus. Problematisch bleibt die Situation, da auch heute zu wenig medizinisches Personal ausgebildet wird, um den Bedarf zu decken (OECD & European Observatory, 2019, S.11).

Im Krankheitsfall besteht vom 4. bis zum 8. Tag eine Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber. Ab dem 9. Tag wird die Lohnfortzahlung durch die Krankenkasse abgedeckt (Missoc, 2021).

4.2. Zugang zu medizinischen Leistungen

In Estland hatten nach eigenen Angaben 2018 16.4% (2016, 15.3%, 2019 15.5%) der gesamten Bevölkerung einen *nicht erfüllten Bedarf nach ärztlicher Untersuchung oder Behandlung nach Geschlecht, Alter, und dem Hauptgrund zu kostspielig, zu weit weg oder Wartelisten*, an.

Dabei war im 1. Einkommensquintil für 1.4 % (3.2%, 0.7%) der Hauptgrund *zu kostspielig*, für 1.8 % (1.7%, 0.1%) *zu weit weg* und für 12.9% (14.1%, 13.6%) die *Wartelisten* (Eurostat, nicht erfüllter Bedarf nach ärztlicher Behandlung).

4.3. Out-of-pocket

Den grössten Teil der OOP Zahlungen sind Kosten für Medikamente und Zahnbehandlungen. Seit der Ausweitung der Leistungen durch das EHIF wird die Bevölkerung in diesen Bereichen mit Zuzahlungen unterstützt. Erste Untersuchungen zeigen, dass die selbstgetragenen Kosten durch die Zuzahlungen bei den Medikamenten deutlich abgenommen haben. Die Zusatzleistungen, die 0.7% der Bevölkerung im Jahr 2017 erhielten, betragen durchschnittlich 129 Euro pro Person. Im Jahr 2018 profitierten 15,6% der Bevölkerung mit durchschnittlich 77 Euro pro Person von diesen. Die OOP Zahlungen pro Verordnung, sanken dadurch durchschnittlich von 6,83 Euro im Jahr 2017 auf 6,31 Euro im Jahr 2018 (OECD & European Observatory, 2019, S.18, zitiert nach EHIF, 2019).

5. Schlussfolgerungen

Der Vergleich der Gesundheitskosten dieser drei Länder zeigt, dass alle drei einen ähnlich hohen OOP Anteil haben. Verursacht ist dieser in Spanien und Estland hauptsächlich durch die Kostenbeteiligungen an Medikamenten und der Zahnmedizin. Wobei die Tendenz im Bereich Kostenübernahme der Medikamente unterschiedlich ist. Während die kostenlose Abgabe von Medikamenten in Spanien 2005 gestoppt wurde, wurde die Kostenübernahme in diesem Bereich seit 2018 in Estland weiter ausgebaut. Es wird interessant sein, zu beobachten, ob dadurch das OOP in Estland längerfristig sinken wird. Um die Kostenbeteiligung der Medikamente reduzieren zu können, haben zehn Prozent der spanischen Bevölkerung eine entsprechende freiwillige Zusatzversicherung. In der Schweiz hingegen entsteht das OOP hauptsächlich durch die selbstgetragenen Versicherungsprämien, den Selbstbehalt der Krankheitskosten sowie der Höhe der Franchise, welche direkten Einfluss auf die Prämienlast aber auch auf die Kostenbeteiligung der Versicherten hat. Auch in der Schweiz ist die Zahnmedizin nicht durch die obligatorische Grundversicherung getragen und somit ein wesentlicher Anteil des OOP.

Während die Schweiz mit einer Kopfsteuer die Gesundheitskosten finanziert, werden diese in Spanien mit Steuern, in Estland mit Arbeitgeberbeiträgen und dem seit 2018 weiter ausgebauten, solidarischen EHIF finanziert.

Die Tatsache, dass in Estland 2016 16.4% der Bevölkerung einen nicht erfüllten Bedarf nach ärztlicher Untersuchung oder Behandlung angibt, ergibt sich den Zahlen entsprechend aus den Wartezeiten, die mit 12.9% bedeutsam höher sind als die Angaben mit dem Grund *zu teuer* 1.4% oder *zu weit weg* mit 1.8%. Dementsprechend besteht diesbezüglich eine geringe Verbindung mit dem OOP und es ist auch nach der Reform von 2018 nicht mit einer Abnahme dieser Zahlen zu rechnen. Vielmehr wird ein Zusammenhang mit dem Versorgungssystem erkannt. Dieses ist, wie auch in der Schweiz und Spanien, dezentral organisiert. Bei den selbst zu wählenden Primärärzten in Estland besteht ein Fachkräftemangel, der trotz Leistungsbonus nicht aufgefangen werden kann. Hier müsste als Lösungsansatz weiter danach gesucht werden, ob es Änderungen im Bildungssystem, in den Arbeitsbedingungen und der Entlohnung bedarf.

Spanien und Estland verfügen über eine Lohnfortzahlung bei Krankheit. In der Schweiz ist diese Lohnfortzahlungspflicht durch Arbeitgeber auf 3 Wochen beschränkt. Der weitere Ausbau dieser Absicherung basiert auf freiwilliger Basis, die oft vom Arbeitgeber getragen wird, jedoch besonders bei Stellen mit prekären Arbeitsbedingungen fehlt und daher in dieser Arbeit als private weitere Versicherung ebenso zum OOP gezahlt wird.

6. Fazit

Spanien, mit progressiven Steuersätzen und Estland mit einer solidarischen Einheitskrankenkasse haben beide ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem mit ähnlichen problematischen Teilbereichen. Bestehende Defizite zeigen sich speziell in der selbstgetragenen Kostenübernahme von Medikamenten, welche sich auf das OOP auswirken. Ob es Estland gelingt mit den solidarischen Zuzahlungen durch die EHIF dieses längerfristig zu senken, ist noch offen. Das Bild von Spanien und Estland zeigt, dass die Kostenübernahme der Medikamente, als wirtschaftlichen Ausgleich dient und von politischen Entscheiden abhängig ist.

Die Schweiz, durch eine Kopfsteuer finanziert, hat je nach gewählter Franchise eine unterschiedliche Höhe der selbstgetragenen Krankheitskosten von Medikamenten und ärztlichen Leistungen. Günstigere Prämien wirken sich auf ein hohes OOP aus, was zu einem geringeren Zugang zu ärztlichen Leistungen führen kann. Im Krankheitsfall besteht bei prekären Anstellungen durch fehlendes Krankentaggeld ein erhöhtes Armutsrisiko. Durch die Einführung lohnabhängiger Krankenkassenprämien, die zugleich das Krankentaggeld absichern würde, bestände die Möglichkeit einen solidarischen Ausgleich zu schaffen.

Literatur

Eesti Haigekassa. About us. Gefunden

<https://translate.google.ch/translate?hl=de&sl=en&tl=de&u=https%3A%2F%2Fwww.haigekassa.ee%2Fen&anno=2&prev=search> [abgerufen 26.06.2021].

Eurostat. Nach eigenen Angaben nicht erfüllter Bedarf nach ärztlicher Untersuchung oder Behandlung nach Geschlecht, Alter, angegebenem Hauptgrund und Einkommensquintil. *Zu kostspielig oder zu weit zum reisen oder Wartezeiten, 1. Einkommensquintil*. Gefunden

https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SILC_08_custom_1110012/default/table?lang=de [abgerufen am 01.07.2021].

Eurostat. Out-of-pocket expenditure on healthcare. Gefunden

<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do> [abgerufen am 24.06.2021].

Gil-Escoin Paloma Villota & Vásquez Susana. (2008). Work in Progress: Das spanische Wohlfahrtssystem. In Schubert, Klaus, Hegelich, Simon & Bazant, Ursula. (Hrsg.) *Europäische Wohlfahrtssysteme: Ein Handbuch*. (S. 169 – 185). Wiesbaden: VS Verlag.

Lampert, Thomas, Kroll, Lars Eric, Kuntz Benjamin & Hoebel Jens. (2018). Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland und im internationalen Vergleich: Zeitliche Entwicklungen und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(S1). Berlin: Robert Koch-Institut.

Missoc. Gefunden <https://www.missoc.org/missoc-information/missoc-vergleichende-tabellen-datenbank/missoc-vergleichstabellen-datenbank-ergebnisse-anzeigen/?lang=de> [abgerufen am 25.06.2021].

OECD & European Observatory on Health Systems and Policies. (2019). Estonia: Country Health Profile 2019. *State of Health in the EU*. Paris: OECD Publishing. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies.

OECD & European Observatory on Health Systems and Policies. (2017). Spain: Country Health Profile 2017. *State of Health in the EU*. Paris: OECD Publishing. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies.

SECO. Verhinderung des Arbeitnehmers an der Arbeitsleistung. Gefunden

https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Arbeit/Personenfreizugigkeit_Arbeitsbeziehungen/Arbeitsrecht/FAQ_zum_privaten_Arbeitsrecht/verhinderung-des-arbeitnehmers-an-der-arbeitsleistung.html [abgerufen 25.06.2021].

Schölkopf, Martin & Pressel, Holger. (2017). Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich, Länderberichte und europäische Gesundheitspolitik (3., aktualisierte und erweiterte Auflage). Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co.

WHO, Regionalbüro für Europa. Estland: bezahlbare und zugängliche Arzneimittel für alle.

Gefunden

<https://www.euro.who.int/de/countries/estonia/news/news/2019/9/estonia-making-medicines-affordable-and-accessible-for-all> [abgerufen am 26.06.2021].