

Die finanzielle Absicherung durch eine öffentliche oder private Krankenversicherung reduziert zwar den von den Betroffenen direkt für die medizinische Versorgung zu zahlenden Betrag, doch kann die in einigen Ländern durch Selbstzahlungen entstehende finanzielle Belastung den Zugang zum Gesundheitswesen und die Inanspruchnahme von Leistungen nach wie vor beeinträchtigen. Haushalte, die Schwierigkeiten haben, Arztrechnungen zu begleichen, könnten die Inanspruchnahme notwendiger Gesundheitsleistungen hinausschieben oder ganz darauf verzichten (Hoffman et al., 2005; May and Cunningham, in Banthin et al., 2008). Im OECD-Länderdurchschnitt werden 18% der Gesundheitsausgaben direkt von den Patienten getragen (vgl. Indikator 7.6 „Finanzierung der Gesundheitsversorgung“).

Im Gegensatz zur öffentlich finanzierten Gesundheitsversorgung sind Selbstzahlungen von der Zahlungsfähigkeit abhängig. Erhöht sich der Anteil der durch Selbstzahlungen finanzierten Gesundheitsleistungen, so kommt es theoretisch zu einer Verlagerung der hieraus resultierenden Belastung auf diejenigen, die Gesundheitsleistungen stärker in Anspruch nehmen, sowie möglicherweise von Beziehern höherer Einkommen hin zu Geringverdienern, wo der Leistungsbedarf größer ist. In der Praxis gibt es zur Sicherung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen in vielen Ländern Regelungen, die Niedrigeinkommensbezieher von Selbstzahlungen befreien oder diese nach oben begrenzen. In der Schweiz beispielsweise liegt der Anteil der Selbstzahlungen zwar hoch, doch sind Großfamilien, Sozialhilfeempfänger und andere Gruppen von der Kostenbeteiligung befreit. Für Selbstbeteiligung und Zuzahlungen existiert eine jährliche Obergrenze (OECD und WHO, 2006).

Messen lässt sich die durch Selbstzahlungen für Gesundheitsleistungen entstehende Belastung am Anteil dieser Zahlungen am Gesamteinkommen oder am Gesamtverbrauch der privaten Haushalte. Der durchschnittliche Anteil war 2007 in den OECD-Ländern sehr unterschiedlich und betrug in Ländern wie den Niederlanden und Frankreich weniger als 2% des Gesamtverbrauchs der privaten Haushalte, aber nahezu 6% in der Schweiz und Griechenland (Abbildung 6.3.1). In den Vereinigten Staaten liegt der Anteil der Selbstzahlungen für Gesundheitsleistungen mit fast 3% des Gesamtverbrauchs der privaten Haushalte nahe am Durchschnitt. 2007 hatten dort 30% der Erwachsenen im Vorjahr über 1 000 US-\$ für Selbstzahlungen ausgegeben, wohingegen im Vereinigten Königreich nur 4% der Erwachsenen einen ähnlich hohen Betrag zahlten (Abbildung 6.3.2). Auf Grund der in einigen Ländern Mittel- und Osteuropas üblichen Praxis unter dem Tisch gezahlter zusätzlicher Beträge könnte das Niveau des Selbstzahlungsanteils dort unterschätzt sein.

Die Verteilung der Ausgaben auf die Bevölkerung kann erheblich variieren, wobei aber nur für wenige Länder Daten verfügbar sind. Wie der US Medical Expenditure Panel Survey (US-Panelerhebung über die Gesundheitsausgaben) zu entnehmen ist, gaben 2004 in den Vereinigten Staaten 28% der in einer armen Familie lebenden Personen (definitionsgemäß mit einem Familieneinkommen unterhalb der Armutsgrenze auf Bundesebene) über 10% ihres Einkommens nach Steuern für Gesundheitsleistungen

und Krankenversicherungsprämien aus, gegenüber 10% der einer Familie mit hohem Einkommen angehörenden US-Bürger (Banthin et al., 2008). Desgleichen gaben 1997 5% der belgischen Haushalte des niedrigsten Einkommensdezils über 10% ihres Bruttoeinkommens für Selbstzahlungen aus, gegenüber weniger als 1% der Haushalte des höchsten Dezils (De Graeve und Van Ourti, 2003). 2004 gaben in den Niederlanden die Haushalte des untersten Einkommensquartils 3,4% ihres verfügbaren Einkommens für Selbstzahlungen aus; im höchsten Quartil waren es 2% (Westert et al., 2008).

Ein geringer Anteil Haushalte ist in den OECD-Ländern jedes Jahr mit dem Problem der „katastrophalen“ Gesundheitsausgaben konfrontiert, u.a. infolge schwerer Krankheiten oder Verletzungen. Katastrophale Gesundheitsausgaben sind definitionsgemäß Ausgaben für Gesundheitsleistungen, die 40% des verfügbaren Haushaltseinkommens (nach Befriedigung der Grundbedürfnisse) übersteigen (Xu et al., 2007). In Ländern, wo der Selbstzahlungsanteil der Gesundheitsausgaben höher ist, liegt tendenziell auch der Anteil der Haushalte mit katastrophalen Ausgaben höher (Abbildung 6.3.3). In Portugal, Spanien, der Schweiz und den Vereinigten Staaten haben mehr als fünf Personen je 1 000 Einwohner katastrophale Gesundheitsausgaben zu tragen (Xu et al., 2007). In Mexiko führte das hohe Niveau der Selbstzahlungen dazu, dass 2003 3,4% der Haushalte katastrophale Gesundheitsausgaben hatten; dieser Anteil erhöhte sich im untersten Einkommensquintil auf 4,7% und bei Personen ohne Versicherungsschutz auf 5,1% (OECD, 2005c). In einigen Ländern könnten die dort für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu zahlenden Patientengebühren dazu führen, dass Niedrigeinkommenshaushalte ganz und gar auf sie verzichten und somit nicht genügend Leistungen in Anspruch nehmen, um katastrophale Ausgaben aufzuweisen.

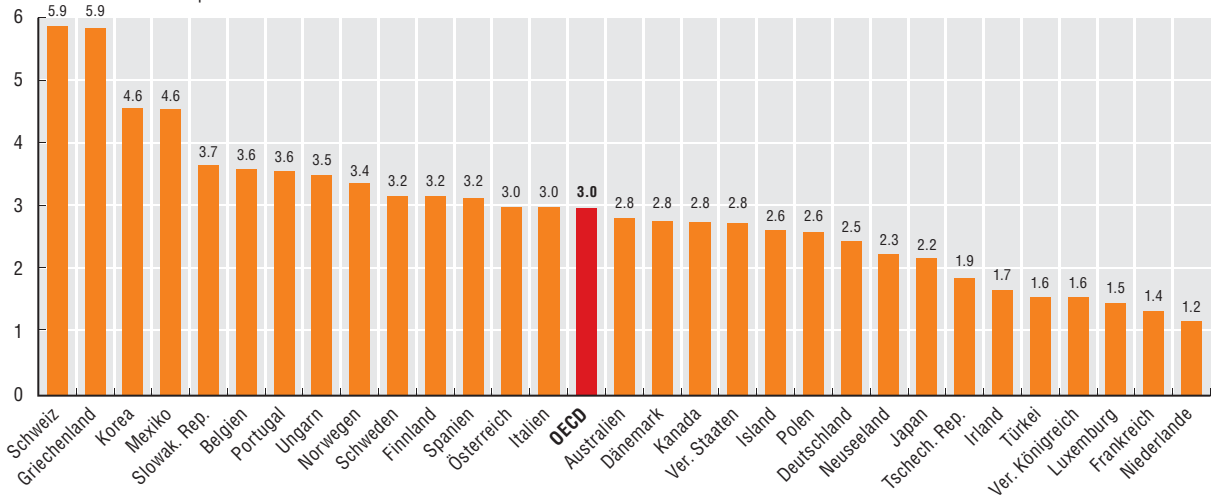
Definition und Abweichungen

Selbstzahlungen sind Ausgaben, die vom Patienten direkt getragen werden, wenn die Versicherung die Ausgaben für Gesundheitsprodukte oder -leistungen nicht vollständig deckt. Zu den Selbstzahlungen gehören Kostenbeteiligungen, Ausgaben für freiverkäufliche Medikamente und andere Direktzahlungen der privaten Haushalte. In einigen Ländern sind in diesem Posten auch die geschätzten informellen Zahlungen an Anbieter von Gesundheitsleistungen enthalten. Die Selbstzahlungen sind für einige Haushalte besonders hoch. Katastrophale Gesundheitsausgaben sind definitionsgemäß Zahlungen für Gesundheitsleistungen, die 40% des verfügbaren Haushaltseinkommens (nach Befriedigung der Grundbedürfnisse) übersteigen.

Daten über Selbstzahlungen werden in mehreren OECD-Ländern durch Erhebungen über die Ausgaben der privaten Haushalte erfasst.

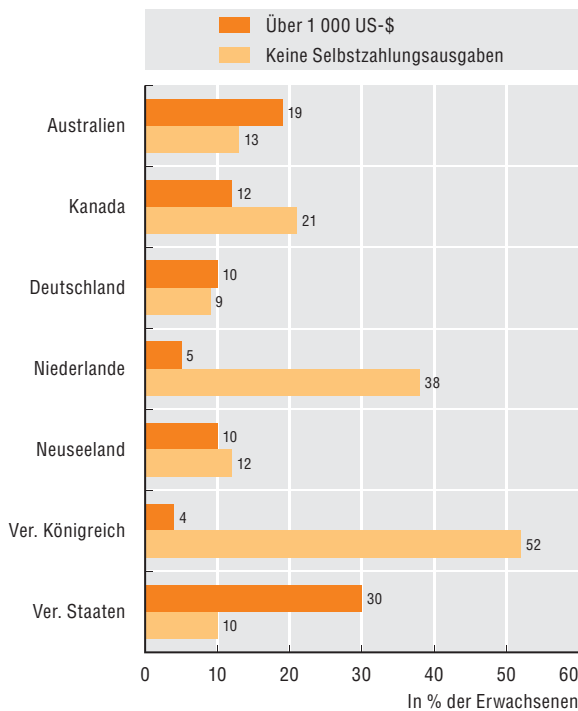
6.3.1 Anteil der Selbstzahlungen am Endverbrauch der privaten Haushalte, 2007 (oder nächstgelegenes Jahr)

In % des Endverbrauchs der privaten Haushalte



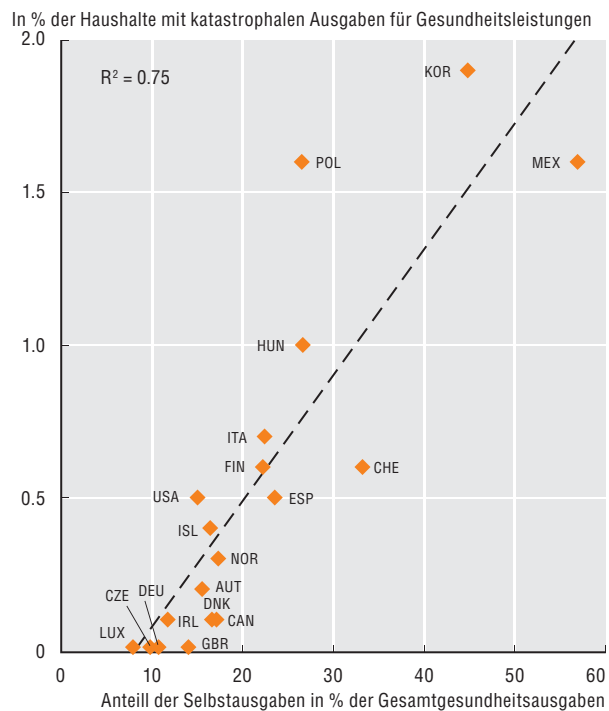
Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

6.3.2 Selbstzahlungen für Gesundheitsleistungen im vergangenen Jahr, sieben OECD-Länder, 2007



Quelle: 2007 Commonwealth Fund International Health Policy Survey.

6.3.3 Katastrophale Ausgaben und Selbstzahlungen für Gesundheitsleistungen, Ende der 1990er Jahre



Quelle: Xu et al. (2007); OECD-Gesundheitsdaten 2009.



From:
Health at a Glance 2009
OECD Indicators

Access the complete publication at:
https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-en

Please cite this chapter as:

OECD (2010), "Belastung durch Selbstzahlungen für Gesundheitsleistungen", in *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/soc_glance-2009-62-de

Das vorliegende Dokument wird unter der Verantwortung des Generalsekretärs der OECD veröffentlicht. Die darin zum Ausdruck gebrachten Meinungen und Argumente spiegeln nicht zwangsläufig die offizielle Einstellung der OECD-Mitgliedstaaten wider.

This document and any map included herein are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.

You can copy, download or print OECD content for your own use, and you can include excerpts from OECD publications, databases and multimedia products in your own documents, presentations, blogs, websites and teaching materials, provided that suitable acknowledgment of OECD as source and copyright owner is given. All requests for public or commercial use and translation rights should be submitted to rights@oecd.org. Requests for permission to photocopy portions of this material for public or commercial use shall be addressed directly to the Copyright Clearance Center (CCC) at info@copyright.com or the Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) at contact@cfcopies.com.