
Das Gesundheitssystem in Singapur

Verena Finkenstädt



Gustav-Heinemann-Ufer 74 c • 50968 Köln
Telefon +49 221 9987-1652 • Telefax +49 221 9987-1653
E-Mail: wip@wip-pkv.de • Internet: www.wip-pkv.de

Inhalt

Tabellenverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis	4
1. Einleitung	5
2. Politische, wirtschaftliche und demographische Rahmenbedingungen	6
3. Das Gesundheitssystem in Singapur	8
3.1 Leistungserbringung	10
3.2 Gesundheitsausgaben und Finanzierung	11
3.2.1 Steuerfinanzierung	14
3.2.2 Medisave und der Central Provident Fund.....	16
3.2.3 MediShield	22
3.2.4 Integrierte private Krankenversicherungen	24
3.2.5 Private Krankenversicherung	25
3.2.6 Leistungen des Arbeitgebers	26
3.2.7 Medifund	27
3.2.8 Community Health Assist Scheme.....	28
4. Absicherungsgrad im Krankheitsfall.....	30
5. Schlussbetrachtung	33
6. Anhang	35
7. Literatur.....	37

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bevölkerungsalter in Deutschland und Singapur im Jahr 2010	7
Tabelle 2: Ambulante Behandlungsfälle im öffentlichen Sektor im Jahr 2012	10
Tabelle 3: Krankenhausaufnahmen in öffentlichen und privaten Kliniken im Jahr 2012.....	11
Tabelle 4: Gesundheitsausgaben in Deutschland und Singapur im Jahr 2011.....	12
Tabelle 5: Zimmerkategorien und staatliche Zuschüsse in öffentlichen Krankenhäusern.....	15
Tabelle 6: CPF-Beiträge und Verteilung für Arbeitnehmer im privaten Sektor mit einem Einkommen über S\$ 1.500	18
Tabelle 7: Struktur des „GST Voucher - Medisave“	22
Tabelle 8: MediShield Beiträge (Stand: März 2013)	23
Tabelle 9: Absicherungsgrad im Krankheitsfall im Jahr 2012.....	31

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Finanzierungssäulen des Gesundheitssystems in Singapur.....	13
Abbildung 2: Anteil der Gesundheitsausgaben nach Finanzierungsträger	14
Abbildung 3: Verteilung der Medisave-Entnahmesummen nach Art des Rechnungszahlers im Jahr 2010	21

1. Einleitung

Ein Blick in andere Gesundheitssysteme ist oftmals lohnenswert, um zu erfahren, wie andere Länder die Absicherung des Krankheitsfalls organisieren und um aus deren Erfahrungen Konsequenzen für das eigene System abzuleiten. Das Gesundheitssystem Singapurs ist ein besonders interessantes Beispiel: Nach dem Ende der britischen Kolonialherrschaft in den 1960er-Jahren „erbte“ Singapur ein steuerfinanziertes Gesundheitssystem nach Vorbild des englischen Beveridge-Modells. Doch trotz der engen Verbundenheit mit der englischsprachigen Welt, blieb Singapur vorrangig von der chinesisch/konfuzianischen Kultur beeinflusst.¹ Im sozialen Bereich betont der Konfuzianismus, dass das Individuum und die Familie zunächst für sich selbst verantwortlich sind, bevor die Gesellschaft unterstützend eingreift.² Diese kulturelle Prägung hatte einen maßgeblichen Einfluss auf die weitere Entwicklung des singapurischen Gesundheitssystems: Im Rahmen einer Reform im Jahr 1984 verringerte die Regierung die staatliche Finanzierung der Krankheitskosten und weitete die Eigenverantwortung der Bürger deutlich aus. In diesem Zusammenhang wurde die bisher dominierende Steuerfinanzierung um ein Kapiteldeckungssystem ergänzt, das auf dem Prinzip von individuellen Gesundheitssparkonten („Medical Savings Accounts“) basiert. Das sogenannte „Medisave“-Programm wurde für die Erwerbsbevölkerung gesetzlich verpflichtend eingeführt, um einen Kapitalstock für künftige Gesundheitsausgaben anzusparen. Die Grundgedanken von Medisave sind: Stärkung der Eigenverantwortung, individuelle Vorsorge für die Gesundheitsausgaben im Alter sowie Vermeidung einer übermäßigen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen („moral hazard“).³

Das Konzept der Medical Savings Accounts gilt als ein Hauptmerkmal des singapurischen Gesundheitssystems und wird seit Anfang der 2000er Jahre auch als Option für europäische Gesundheitssysteme diskutiert.⁴ Vor allem die Teil-Finanzierung über individuelle Gesundheitssparkonten unterscheidet sich deutlich von europäischen rein steuer- oder beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen. Parallelen lassen sich jedoch zu Deutschland ziehen, da mit der Privaten Krankenversicherung (PKV) hierzulande ebenso wie in Singapur eine kapitalgedeckte Säule zur Finanzierung von künftigen Gesundheitsausgaben existiert.

Im Folgenden werden Aufbau und Organisation des Gesundheitssystems in Singapur dargestellt sowie die Funktionsweise einer kapitalgedeckten Finanzierungssäule erläutert.

¹ Vgl. Lim (2012).

² Vgl. Choon (2010), S. 92.

³ Vgl. Thomson/Mossialos (2008), S. 1.

⁴ Vgl. Borda (2011); Schreyögg (2003).

2. Politische, wirtschaftliche und demographische Rahmenbedingungen

Die Republik Singapur ist ein Insel- und Stadtstaat an der Südspitze der malaysischen Halbinsel und mit rund 716 qkm flächenmäßig der kleinste Staat Südostasiens.⁵ In Singapur leben insgesamt 5,31 Millionen Menschen, davon besitzen rund 3,29 Millionen die singapurische Staatsbürgerschaft (62 % der Bevölkerung), während ca. 2,03 Millionen Ausländer sind (einschließlich 530.100 "Permanent Residents").⁶ Mit 7.252 Einwohnern pro qkm ist die Bevölkerungsdichte extrem hoch.⁷ 74,1 % der Einwohner sind Chinesen, Englisch ist die Verkehrs-, Handels- und Verwaltungssprache.⁸

Singapur war bis 1963 eine britische Kolonie, gehörte zwischen 1963 bis 1965 der Malaysischen Föderation an und ist seit 1965 unabhängige Republik.⁹ Formell existiert seitdem eine parlamentarische Demokratie mit Einkammersystem.¹⁰ Allerdings regiert seit Staatsgründung ununterbrochen die People's Action Party (PAP). Die Oppositionsparteien hatten bis heute keine Chance, die Dominanz der Regierungspartei zu brechen. Dieses wird unter anderem damit begründet, dass der PAP die seit Jahrzehnten anhaltende positive Wirtschaftsentwicklung zugeschrieben wird.¹¹ Tatsächlich gehört Singapur mit einem Netto-Geldvermögen pro Kopf in Höhe von 58.215 Euro (2011) zu den reichsten Ländern der Welt.¹² Die Beschäftigungsquote der 25- bis 65-Jährigen lag 2012 bei 78,8 %¹³, was eine im internationalen Vergleich relativ hohe Quote ist.¹⁴ Die saisonbereinigte Arbeitslosenquote beträgt nur 2,0 %, ¹⁵ womit in Singapur de facto Vollbeschäftigung herrscht. Das durchschnittliche Monatseinkommen aus Beschäftigung betrug 2012 3.480 Singapur-Dollar (S\$) (ca. 2.170 Euro¹⁶)¹⁷ und das jährliche Pro-Kopf-Einkommen 40.402 Euro (2012).¹⁸ Singapur hat sich seit seiner Unabhängigkeit 1965 zu einer kosmopolitischen Dienstleistungs- und Industriegesellschaft mit solidem Mittelstand sowie einer vergleichsweise breiten Oberschicht entwickelt.¹⁹

Mit 82 Jahren ist die Lebenserwartung in Singapur im internationalen Vergleich sehr hoch. In Deutschland liegt die Lebenserwartung bei 80 Jahren. Wie die folgende Tabelle zeigt, ist die singapurische Bevölkerung im Vergleich zur deutschen relativ jung.

⁵ Vgl. Auswärtiges Amt (2013a); Auswärtiges Amt (2013b).

⁶ Vgl. National Population and Talent Division (2012), S. 2.

⁷ Deutschland hat im Vergleich nur 235 Einwohner/qkm (vgl. Worldbank (2013)).

⁸ Vgl. Auswärtiges Amt (2013a).

⁹ Vgl. Hill/Fee (2003), S. 12ff.

¹⁰ Vgl. Auswärtiges Amt (2013a).

¹¹ Vgl. Bertelsmann Stiftung (2008).

¹² Vgl. Allianz (2012).

¹³ Vgl. Arbeitsministerium Singapur (2013a), S. 1.

¹⁴ Vgl. OECD (2012), S. 223.

¹⁵ Vgl. Arbeitsministerium Singapur (2013a), S. T1.

¹⁶ Wechselkurs am 01.07.2012.

¹⁷ Vgl. Arbeitsministerium Singapur (2013a), S. 1.

¹⁸ Vgl. Auswärtiges Amt (2013a).

¹⁹ Vgl. Auswärtiges Amt (2013a).

Tabelle 1: Bevölkerungsalter in Deutschland und Singapur im Jahr 2010

	Singapur	Deutschland
Medianalter der Bevölkerung	38	44
Anteil der Bevölkerung unter 15 Jahre in %	17	13
Anteil der Bevölkerung über 60 Jahre in %	14	26

Quelle: WHO, Global Health Observatory.

Das Medianalter in Singapur liegt bei 38 Jahren, d.h. 50 % der einheimischen Bevölkerung sind älter und 50 % sind jünger als 38 Jahre. Nur 14 % der Bevölkerung sind über 60 Jahre alt. In Deutschland ist das Medianalter mit 44 Jahren deutlich höher. Der Anteil der über 60-jährigen Bevölkerung ist fast doppelt so hoch wie in Singapur.

Allerdings werden auch in Singapur bereits die Probleme einer alternden Bevölkerung diskutiert, da das Medianalter immer weiter steigt und ein Geburtenrückgang beobachtbar ist. Nach Angaben der singapurischen Regierung wird sich die Anzahl älterer Menschen bis zum Jahr 2030 auf 900.000 verdreifachen und einer immer kleiner werdenden Personenzahl im erwerbsfähigen Alter gegenüberstehen. Während in 2011 noch 6,3 20- bis 65-jährige Bürger auf einen über 65-jährigen Bürger kamen, wird dieses Verhältnis im Jahr 2030 nur noch 2,1 zu 1 sein.²⁰

²⁰ Vgl. National Population and Talent Division (2013).

3. Das Gesundheitssystem in Singapur

Bis zur Unabhängigkeit von Großbritannien im Jahr 1963 entsprach das Gesundheitssystem in Singapur weitgehend dem steuerfinanzierten National Health Service (NHS) der damaligen britischen Kolonialmacht. Das heißt, die Finanzierung der medizinischen Versorgung erfolgte aus allgemeinen Steuermitteln und die Leistungserbringung wurde von staatlichen Institutionen organisiert.²¹ Dieses geerbte System wurde zunächst weitergeführt, doch die neue Regierung stellte schon bald die Tragfähigkeit eines steuerfinanzierten Gesundheitssystems in Frage, das „von der Wiege bis zur Bahre“ alle Krankheitskosten übernimmt. Die Befürchtung war, dass sich das bisherige System nicht bewährt, da die Gesundheitsausgaben immer weiter stiegen und die Steuereinnahmen sanken.²² Es wurde zudem angenommen, dass steigende Sozialausgaben die Arbeitsmotivation der Bevölkerung schwächen würden. Außerdem hatte man beobachtet, dass eine allgemeine staatliche Krankenversicherung in anderen Ländern zu dem Problem führt, die unendlich hohe Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu finanzieren.²³ *„In countries with a prepaid health care system, demand for medical services invariably outstrips the financial capacity to supply them (...) This results in overloading the system and lowering the standard of health care.“*²⁴

Vor dem Hintergrund der negativen Erfahrungen mit einem staatlichen Gesundheitsdienst setzte die Regierung im Jahr 1983 schließlich mit dem „National Health Plan“ eine erste umfassende Gesundheitsreform um.²⁵ Eine steuerfinanzierte staatliche Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung wurde dort explizit zurückgewiesen²⁶ und wird bis heute abgelehnt, da sie als „ineffizient“ gilt: *„It is inefficient because this form of welfare provision breaks the direct link between what the worker puts in and what the worker gets out“.*²⁷ Hier wird somit das Äquivalenzprinzip stark in den Vordergrund gerückt. Zwar wollte die Regierung nach der Reform weiterhin eine bezahlbare Gesundheitsversorgung sicherstellen, aber die Idee war, dass die Bevölkerung in Form von Selbstbeteiligungen künftig auch ihren Beitrag zu den Krankheitskosten leistet.²⁸ Dies war die Geburtsstunde von Medisave, dem weltweit ersten System der Gesundheitssparkonten. Auch wenn die bisherige Steuerfinanzierung weiterhin eine wesentliche Finanzierungssäule des Gesundheitssystems blieb, verlagerte die Regierung mit der Reform 1983 den Schwerpunkt der Krankheitskostenfinanzierung von der öffentlichen auf die private Ebene. Im Vergleich zu europäischen Wohlfahrtsstaaten liegt in Singapur seitdem ein wesentlich größeres Gewicht auf der Eigenverantwortung im Krankheitsfall. Dies wird auch in einem Zitat auf der Homepage des Bildungsministeriums zu den Schlüsselprin-

²¹ Vgl. Schreyögg (2003), S. 32.

²² Vgl. Phua (2005), S. 275.

²³ Vgl. Phua (1991), S. 2.

²⁴ Zitiert in: Reisman (2006).

²⁵ Vgl. Lim (2004).

²⁶ Vgl. Reisman (2006).

²⁷ Sung (2006), S. 94.

²⁸ Vgl. Lim (2004).

zipien der Regierungsführung deutlich: *“Singapore believes that welfarism is not viable as it breeds dependency on the government. It has adopted a policy of co-payment to encourage people to assume personal responsibility for their own welfare, though the government does provide subsidies in vital areas like housing, health and education.”*²⁹

Die Ablehnung einer kollektiv öffentlich finanzierten Krankheitsversorgung, die den Bürgern unentgeltlich zur Verfügung steht, und die Einführung von Medisave, standen laut Regierung im Einklang mit traditionellen asiatischen bzw. konfuzianischen Werten.³⁰ Diese sind unter anderem eine starke Familienbindung und die Betonung der Eigenverantwortung im Bedarfsfall.³¹ Es ist zwar richtig, dass sich das singapurische Gesundheitssystem in einer Gesellschaft entwickelte, die noch heute stark vom Konfuzianismus geprägt ist.³² Allerdings bedeutet dies nicht, dass beim Aufbau eines sozialen Sicherungssystems nach Ende der britischen Kolonialherrschaft östlichen Philosophien der Vorrang gegenüber westlichen Ideen eingeräumt worden wäre. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die eigentlichen konzeptionellen Anstöße am ehesten von angelsächsischen Ideen der industriellen Moderne ausgegangen sind. Der Grundgedanke ist die faktisch individuelle Vorsorge gegenüber den Lebensrisiken in Form einer kapitalbildenden Versicherung, die vom Staat durchgesetzt und garantiert wird.³³

Das heißt, zunächst ist der Einzelne für sich selbst bzw. seine Familie finanziell verantwortlich, bevor der Staat/die Gesellschaft eintritt.³⁴ Der Grundgedanke, dass von direkten Angehörigen im Rahmen der Familiensolidarität gegenseitige Unterstützung erwartet wird, wurde im Jahr 1996 sogar verrechtlicht. Gemäß dem „Maintenance of Parents Act“ hat jeder über 60-jährige Elternteil, der nicht in der Lage ist durch Erwerbstätigkeit, seinen Grundbesitz oder andere Einkommensquellen für seinen Lebensunterhalt zu sorgen, einen rechtlich einklagbaren Unterhaltsanspruch gegenüber seinen erwachsenen Kindern.³⁵ Dieser Anspruch gilt auch für die Übernahme von Krankheitskosten.³⁶ Dies verdeutlicht die singapurische Philosophie, dass die Gesundheitsversorgung zunächst in den privaten und nicht in den staatlichen Verantwortungsbereich fällt.

²⁹ Bildungsministerium Singapur (2013).

³⁰ Vgl. Lim (2012).

³¹ Vgl. Phua (2005), S. 275.

³² Vgl. Ramsay (2005).

³³ Vgl. Imhof-Rudolph (1999).

³⁴ Vgl. Chung (o.J.).

³⁵ Maintenance of Parents Act vom 30.04.1996, online unter: <http://statutes.agc.gov.sg>.

³⁶ Vgl. Khan (2001), S. 19.

3.1 Leistungserbringung

Die ambulante medizinische Grundversorgung wird in Singapur durch Hausärzte und Krankenschwestern erbracht, die entweder in den 18 staatlichen Polikliniken oder in den rund 2.400 Privatkliniken tätig sind. Diese Leistungserbringer sind die erste Anlaufstelle für Patienten, die bei Bedarf zur fachärztlichen Behandlung in ein Krankenhaus überwiesen werden. Die medizinische Grundversorgung umfasst die ambulante medizinische Behandlung, medizinische Nachsorge nach stationärem Aufenthalt, Impfungen, Screening, gesundheitliche Aufklärung, Diagnostik und Arzneimittelversorgung.³⁷ In Singapur werden 20 % der ambulanten medizinischen Grundversorgung in den Polikliniken erbracht und 80 % in den Privatkliniken.³⁸ Die zahnärztliche Versorgung erfolgt entweder in einem öffentlichen Krankenhaus bzw. Zahnzentrum oder in einer privaten Zahnklinik.³⁹ Patienten haben in Singapur die freie Wahl des Leistungserbringers.⁴⁰ In Singapur gibt es für Ärzte keine staatlichen Gebührenordnungen, d.h. jeder Arzt kann die Höhe seines Honorars frei festlegen.

Tabelle 2: Ambulante Behandlungsfälle im öffentlichen Sektor im Jahr 2012

Ambulante Spezialkliniken	4.353.347
Polikliniken	4.614.038
Notaufnahme	985.289
Zahnkliniken	893.058

Quelle: Gesundheitsministerium Singapur (2013a), S. 104.

Zur stationären Versorgung stehen den Patienten 8 öffentliche und 16 private Krankenhäuser zur Verfügung. Die öffentlichen Krankenhäuser umfassen 6 Kliniken der Allgemeinversorgung, eine Frauen- und Kinderklinik sowie ein psychiatrisches Krankenhaus. Die allgemeinen Krankenhäuser bieten stationäre Akutversorgung, spezialisierte ambulante Behandlung sowie eine 24-Stunden-Notfallversorgung. Zusätzlich gibt es 6 nationale spezialisierte Gesundheitszentren zur Behandlung von Krebs sowie für die Herz-, Augen-, Haut-, neurologische und zahnärztliche Versorgung.⁴¹ Tabelle 4 zeigt, dass 76 % der Krankenhausaufnahmen in Singapur in öffentlichen Krankenhäusern und Gesundheitszentren erfolgen.

³⁷ Das Singapurische Gesundheitssystem bietet auch ambulante und stationäre Pflegeleistungen an. Da der Fokus dieses Papiers auf der Krankenversorgung liegt, wird auf das Pflegesystem hier nicht näher eingegangen.

³⁸ Vgl. Gesundheitsministerium Singapur (2013b).

³⁹ Vgl. Gesundheitsministerium Singapur (2013c).

⁴⁰ Vgl. Li (2007).

⁴¹ Vgl. Gesundheitsministerium Singapur (2013d).

Tabelle 3: Krankenhausaufnahmen in öffentlichen und privaten Kliniken im Jahr 2012

Krankenhausaufnahmen gesamt	477.117
<i>Öffentliche Krankenhäuser (inkl. Gesundheitszentren)</i>	362.458
<i>Private Krankenhäuser (inkl. Langzeitpflegebetten)</i>	114.659

Quelle: Gesundheitsministerium Singapur (2013a), S. 104.

Die Zusammenschau der obigen Tabellen verdeutlicht, dass im Jahr 2012 rund 5 % aller Behandlungsfälle (477.117) auf den stationären Sektor entfielen (ausgenommen Notaufnahmen und Zahnbehandlungen). Die große Mehrheit (8.967.385 Fälle) wurde ambulant behandelt. Dies entspricht in etwa dem Verhältnis von ambulanten zu stationären Behandlungsfällen in Deutschland.⁴²

3.2 Gesundheitsausgaben und Finanzierung

Im Vergleich zu europäischen Ländern sind die Gesundheitsausgaben in Singapur relativ niedrig. Dies zeigt sich sowohl im Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) als auch in der Höhe der kaufkraftbereinigten Gesundheitsausgaben pro Kopf. In der folgenden Tabelle sind die Werte für Singapur und Deutschland gemäß WHO gegenübergestellt. Für einen aussagekräftigen Vergleich werden die Gesundheitsausgaben kaufkraftbereinigt in internationalen Dollar ausgewiesen.⁴³

⁴² Im Jahr 2011 wurden insgesamt 18.786.174 vollstationäre Patienten aus einem Krankenhaus entlassen und es gab 564.672.828 ambulante Behandlungsfälle inkl. ambulante Operationen und ambulanter Palliativversorgung (nur GKV-Versicherte) (vgl. Statistisches Bundesamt (2013); Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2013)).

⁴³ Die relativ geringen Gesundheitsausgaben im Vergleich zu Deutschland können zum einen damit erklärt werden, dass die Singapurische Bevölkerung deutlich jünger ist als die deutsche (siehe Kapitel 2). Eine junge Bevölkerung hat andere gesundheitliche Bedürfnisse und vermutlich eine geringere Nachfrage nach Gesundheitsleistungen als eine ältere Bevölkerung, wie z.B. die deutsche. Vor allem der fast doppelt so hohe Anteil der über 60-Jährigen in Deutschland dürfte sich in den höheren deutschen Gesundheitsausgaben niederschlagen. Der Weiteren ist zu berücksichtigen, dass - trotz standardisierter Datenübermittlungsvorgaben an die WHO - die Vergleichbarkeit der Zahlen eingeschränkt ist wegen nationaler Besonderheiten bei der Datenerfassung und -bearbeitung (z.B. unvollständige Datenerfassung und unterschiedliche Zuordnung von Kosten in den einzelnen Ländern) (vgl. Murray/Lopez/Wibulpolprasert (2004)).

Tabelle 4: Gesundheitsausgaben in Deutschland und Singapur im Jahr 2011

	Deutschland	Singapur
Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP (in %)	11,1	4,6
Gesamte Gesundheitsausgaben pro Kopf (kaufkraftbereinigt in int. Dollar)	4.371	2.787
Öffentliche Gesundheitsausgaben pro Kopf (kaufkraftbereinigt in int. Dollar)	3.316	865
Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben in %	75,9	31,0
Anteil der privaten Gesundheitsausgaben an den ge- samten Gesundheitsausgaben in %	24,1	69,0

Quelle: WHO, Global Health Observatory.

Bei einem Anteil von 4,6 % der Gesundheitsausgaben am BIP (BIP 2011: S\$ 334.093 Mio.⁴⁴) beliefen sich die gesamten Gesundheitsausgaben in Singapur im Jahr 2011 auf S\$ 15,4 Mrd. 69 % aller Gesundheitsausgaben in Singapur werden privat finanziert und nur 31 % über öffentliche Steuermittel. Der Anteil der gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben lag 2011 bei 1,2 % des BIP.⁴⁵ Der Etat des Gesundheitsministeriums wird jährlich im singapurischen Haushaltsplan festgelegt. Im Jahr 2011 waren dies S\$ 4,1 Mrd. (rund 2,3 Mrd. Euro⁴⁶).⁴⁷

Zur Finanzierung des Gesundheitssystems existiert in Singapur ein Mix verschiedener Instrumente. Als wichtigste werden seitens des singapurischen Gesundheitsministers staatliche Steuersubventionen und die sogenannten „3Ms“ Medisave, MediShield und Medifund genannt.⁴⁸ Medisave existiert seit 1984 und gilt bis heute als Besonderheit des Gesundheitssystems in Singapur, da es sich hierbei um ein obligatorisches individuelles Sparprogramm für den Krankheitsfall handelt, das auf den Gedanken von Kapitalbildung und Eigenverantwortung basiert. Im Jahr 1990 wurde dann MediShield eingeführt, eine auf Medisave abgestimmte freiwillige staatliche Versicherung mit Risikopooling gegen besonders hohe Krankheitskosten. Im Jahr 1993 folgte die steuerfinanzierte Fürsorgeleistung Medifund, die als letzte Rückfallebene bei Versagen der ersten beiden Ebenen greifen soll.

⁴⁴ Vgl. Statistisches Amt Singapur (2013).

⁴⁵ Vgl. Gesundheitsministerium Singapur (2013e).

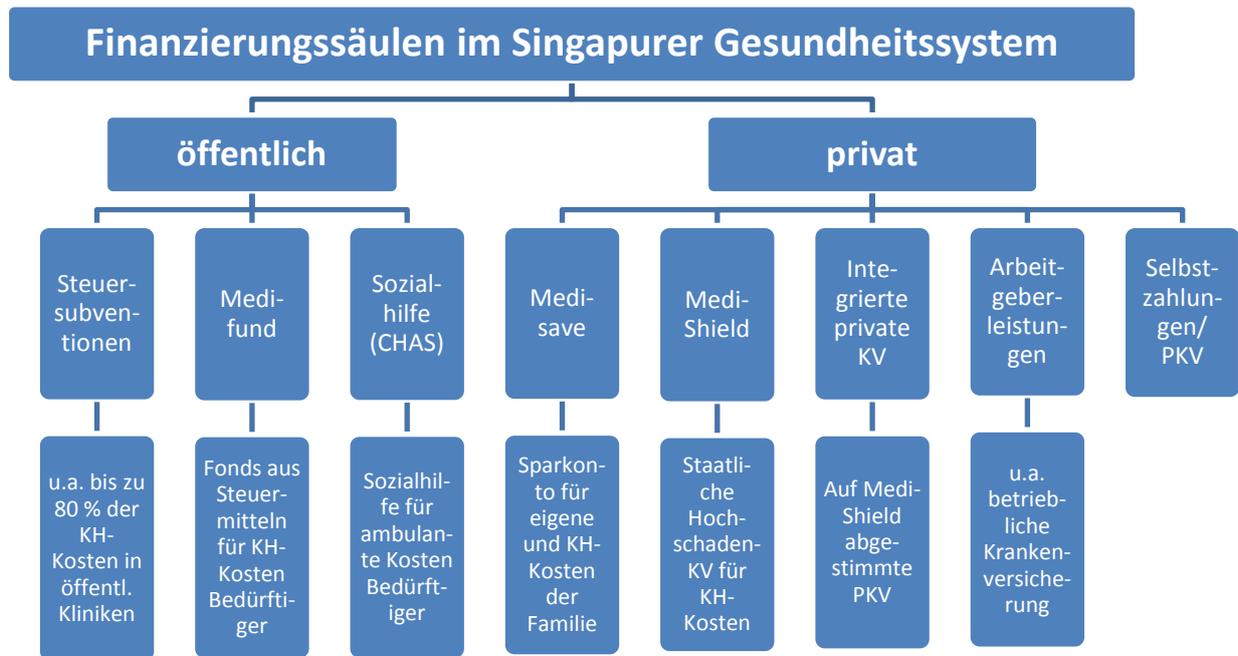
⁴⁶ Wechselkurs am 01.07.2011.

⁴⁷ Vgl. Finanzministerium Singapur (2011). Im Jahr 2012 wurde der Etat auf 4,7 Mrd. S\$ erhöht. Der Gesundheitsetat wird neben der Finanzierung von Krankheitskosten auch für Präventionsmaßnahmen und Gesundheitsförderung eingesetzt. So waren im Jahr 2012 203 Mio. S\$ u.a. vorgesehen für Programme gegen Adipositas oder Tabakkonsum, Aufklärung über AIDS, Maßnahmen der Kinder- und Jugendgesundheit und DMP. Zudem sind die Kosten für die Anwerbung, Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals im Etat enthalten (2011: 500 Mio. S\$) (vgl. Finanzministerium Singapur (2012)).

⁴⁸ Vgl. Gesundheitsministerium Singapur (2013f).

Daneben gibt es noch weitere Finanzierungssäulen im singapurischen Gesundheitssystem, die folgend differenziert nach privatem und öffentlichem Finanzierungsträger dargestellt sind (siehe Abbildung 1).

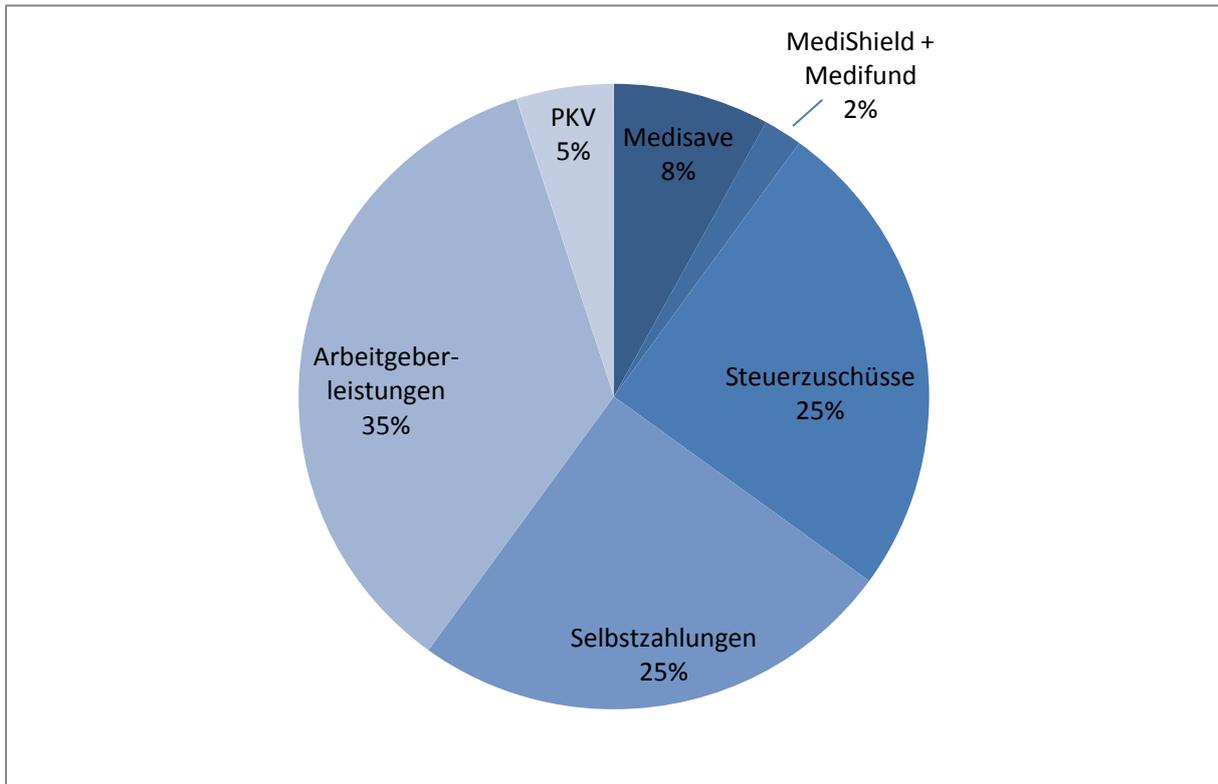
Abbildung 1: Finanzierungssäulen des Gesundheitssystems in Singapur



Quelle: Eigene Darstellung.

Der Anteil der Gesundheitsausgaben, die von den einzelnen Säulen getragen werden, ist sehr unterschiedlich (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Anteil der Gesundheitsausgaben nach Finanzierungsträger



Quelle: Lim (2004), S. 86.

Die Abbildung verdeutlicht, dass im Jahr 2004 mit 35 % der größte Anteil der Gesundheitsausgaben in Singapur von den Arbeitgebern getragen wurde. Selbstzahlungen und Steuerzuschüsse hatten jeweils einen Anteil von 25 %, während auf Medisave lediglich 8 % der Gesundheitsausgaben entfielen und auf MediShield und Medifund zusammen nur 2 %. Dass auf die „3Ms“ insgesamt nur 10 % der gesamten Gesundheitsausgaben entfielen, erscheint bemerkenswert, da sie - neben den Steuersubventionen - als Finanzierungsgrundlage des singapurischen Gesundheitssystems gelten. Es ist jedoch davon auszugehen, dass Medisave zukünftig weiter an Bedeutung gewinnen wird, da auf den Sparkonten stetig Kapital für zukünftige Gesundheitsausgaben angespart wird.

Die unterschiedlichen Finanzierungssäulen des Gesundheitssystems in Singapur (siehe Abbildung 1) werden im Folgenden näher vorgestellt.

3.2.1 Steuerfinanzierung

Als erste Säule ist die Steuerfinanzierung zu nennen, die aus dem früheren rein steuerfinanzierten System der Postkolonialzeit - zumindest teilweise - weiter fortgeführt wurde. Alle singapurischen Bürger profitieren von Steuersubventionen, die vor allem in den stationären Sektor fließen. Im Jahr 2011 wendete der Staat S\$ 2,2 Mrd. (mehr als die Hälfte des gesamten Etats des Gesundheitsministeriums) für Zuschüsse zur medizinischen Versorgung in Kran-

kenhäusern, Polikliniken und Pflegeeinrichtungen auf.⁴⁹ In öffentlichen Krankenhäusern erhält der Patient einen Zuschuss in Höhe von 20 bis 80 % der Kosten. Die Höhe des Zuschusses richtet sich nach der Zimmerkategorie: Je geringer die Bettenzahl des Zimmers und je höher das Ausstattungsniveau (z.B. TV oder Telefonanschluss), desto geringer ist der staatliche Zuschuss.

Tabelle 5: Zimmerkategorien und staatliche Zuschüsse in öffentlichen Krankenhäusern

Zimmerkategorie	Ausstattung	Steuerzuschuss
Klasse A	1-Bett-Zimmer mit Klimaanlage	0 %
Klasse B1	3-4-Bett-Zimmer mit Klimaanlage	20 %
Klasse B2+	5-Bett Zimmer mit Klimaanlage	50 %
Klasse B2	6-10-Bett Zimmer ohne Klimaanlage und Bad/WC auf dem Flur	50 – 65 % (einkommensabhängig)
Klasse C	10 oder mehr Betten ohne Klimaanlage und Bad/WC auf dem Flur	65 – 80 % (einkommensabhängig)

Quelle: Eigene Darstellung nach Gesundheitsministerium Singapur (2013g, 2013h).

Auch bei Steuerzuschüssen wird das Einkommen des Patienten berücksichtigt, denn seit 2009 ist die Höhe der staatlichen Zuschüsse in Klasse B2 und C einkommensabhängig.⁵⁰ Das heißt, 80 % der Krankenhausrechnung werden nur bei finanzieller Bedürftigkeit übernommen und wenn die Behandlung in einer offenen Station mit über 10 Betten erfolgt. Wird ein 3-4-Bett-Zimmer gewählt, werden nur noch 20 % der Krankenhausrechnung übernommen. 1-Bett-Zimmer sind für Privatpatienten vorgesehen und diese erhalten gar keinen staatlichen Zuschuss.

Mit 81 % entfällt der Großteil der staatlichen Zuschüsse auf die öffentlichen Betten der Klassen B2 und C (50 bis 80 % der Kosten), während die übrigen 19 % der Betten einen geringeren (Klassen B2+ und B1) oder gar keinen Zuschuss erhalten (Klasse A).⁵¹

Auch im ambulanten Bereich leisten staatliche Subventionen an die Einrichtungen einen wesentlichen Beitrag zur Finanzierung der medizinischen Versorgung. So erhält z.B. das natio-

⁴⁹ Vgl. Finanzministerium Singapur (2012).

⁵⁰ Bei Arbeitnehmern erfolgt die Einkommensprüfung auf Basis des steuerpflichtigen Einkommens, bei Erwerbslosen auf Basis des Wertes ihres Wohneigentums. Nur wenn der Jahreswert des Wohneigentums unter 11.000 S\$ liegt, wird der volle Zuschuss gezahlt, liegt er darüber, kommt der niedrigste Zuschuss zum Tragen. (Der Jahreswert sind die geschätzten jährlichen Mieteinnahmen, die bei einer Vermietung des Wohneigentums erzielt werden könnten). Bei Arbeitnehmern wird der höchste Zuschuss fällig, wenn ihr durchschnittliches Monatseinkommen unter 3.200 S\$ liegt. Ist das Einkommen höher, erfolgt eine entsprechende Abstufung des Zuschusses bis auf 65 % in Klasse C und 50 % in Klasse B2. Möchte ein Patient seine Einkommensverhältnisse nicht offen legen, wird er automatisch in die höchste Einkommensklasse eingeordnet und erhält den geringsten Zuschuss. Bei Notfällen, ambulanten OPs, in der speziellen ambulanten Versorgung und in der Poliklinik wird keine Einkommensprüfung durchgeführt (vgl. Hospitals.SG (2009)).

⁵¹ Vgl. Gesundheitsministerium Singapur (2013d).

nale Hautzentrum eine staatliche Förderung aus Steuermitteln, die den Patienten zu Gute kommt. Jeder singapurische Bürger oder „Permanent Resident“, der über eine Überweisung von einer staatlich anerkannten Poliklinik oder einem Krankenhaus verfügt, hat Anspruch auf die staatlich bezuschusste Gebühr. Diese beträgt für die ambulante Erstbehandlung S\$ 31 für einen singapurischen Bürger, während alle nicht anspruchsberechtigten Personen (z.B. Ausländer, Patienten ohne Überweisung) bis zu S\$ 104,70 für dieselbe Untersuchung zahlen müssen.⁵² Ähnlich ist die Situation in der nationalen psychiatrischen Klinik. Auch dort werden die Gebühren für ambulante Behandlungen nach bezuschussten und nicht-bezuschussten Gebührensätzen unterschieden. Während eine Erstbehandlung beim Chefarzt für Patienten ohne Anspruch auf die bezuschusste Gebühr S\$ 105 kostet, muss ein Patient mit Anspruch nur S\$ 31 zahlen.⁵³

Zudem werden je nach Haushaltslage weitere Finanzierungssäulen des Gesundheitssystems mit Steuermitteln subventioniert (z.B. Aufstockung von Medifund (siehe Abschnitt 3.2.7) oder Zuschüsse zu Medisave-Konten bestimmter Personengruppen (siehe Abschnitt 3.2.2)).

3.2.2 Medisave und der Central Provident Fund

Im Rahmen des „National Health Plan“ wurde im Jahr 1984 für Arbeitnehmer und Selbständige das staatlich organisierte „Medisave“-Programm eingeführt. Jeder abhängig beschäftigte Bürger ist seitdem verpflichtet, monatlich einen bestimmten Prozentsatz seines Bruttogehaltes auf einem individuellen, staatlich verwalteten Gesundheitssparkonto (Medical Savings Account - MSA) anzusparen, um damit künftige Kosten für Krankenhausaufenthalte, ambulante Operationen im Krankenhaus und bestimmte ausgabenintensive ambulante Leistungen zu finanzieren.⁵⁴ Das heißt, Medisave dient vorrangig dazu, den Eigenanteil der Krankenhausrechnung zu finanzieren, der nach Abzug des in Abschnitt 3.2.1 beschriebenen Steuerzuschusses noch verbleibt. Auch für die Zahlung bestimmter hochpreisiger ambulanter Leistungen (z.B. Dialyse oder Chemotherapie) kann das Medisave-Guthaben eingesetzt werden. Neben der Förderung der Eigenvorsorge für den Krankheitsfall soll Medisave das „moral hazard“-Phänomen verhindern und eine unnötige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen vermeiden, die oftmals in kollektiv finanzierten Krankenversicherungssystemen vorkommen.⁵⁵

Das Medisave-Programm gilt nur für erwerbstätige singapurische Bürger und „Permanent Residents“. Im Jahr 2011 existierten rund 3 Millionen MSA mit einem durchschnittlichen Guthaben in Höhe von S\$ 18.200 (rund 10.200 Euro⁵⁶).⁵⁷ Der Gesamtsaldo aller Medisave-

⁵² Vgl. National Skin Center (2013).

⁵³ Vgl. Institute of Mental Health (2013).

⁵⁴ Vgl. Gesundheitsministerium Singapur (2013i).

⁵⁵ Vgl. Kahn (2001), S. 11; Thomson/Mossialos (2008), S. 1.

⁵⁶ Wechselkurs am 01.07.2011.

Konten wächst seit Einführung des Programms stetig und belief sich im Jahr 2011 bereits auf rund S\$ 54,8 Mrd. (ca. 31 Mrd. Euro⁵⁸).⁵⁹

Medisave wurde als Erweiterung des staatlichen „Central Provident Fund (CPF)“ konzipiert.⁶⁰ Dieser Sozialfonds wurde bereits im Jahr 1955 unter britischer Kolonialherrschaft eingerichtet und diente ursprünglich der Altersvorsorge der Arbeitnehmer. Diese zahlten Beiträge ein und bekamen sie im Rentenalter inklusive Zinsen wieder ausgezahlt. Im Zeitverlauf wurden die Ziele des CPF erweitert und heute sichert der Fonds folgende Bereiche:⁶¹

- Rente
- Gesundheit
- Wohneigentum
- Familienschutz (ähnlich der Lebensversicherung)
- Vermögensbildung

Arbeitnehmer und Arbeitgeber zahlen monatliche Beiträge in den Fonds, die in drei Konten fließen. Zur Beitragszahlung in den CPF sind nur singapurische Bürger verpflichtet sowie Ausländer, wenn sie den Status „Permanent Resident“ besitzen.

1. „Ordinary Account“: Das Guthaben auf dem „regulärem Konto“ kann verwendet werden, um Wohneigentum zu erwerben, CPF-Versicherungsprodukte (Dependant Protection Scheme, Housing Protection Scheme) zu kaufen oder für Bildungsausgaben (z.B. Kosten für Diplom-Studiengang an einer anerkannten Einrichtung).
2. „Special Account“: Das Guthaben auf dem „Spezialkonto“ ist für die Altersvorsorge und den Erwerb rentenbezogener Geldanlagen vorgesehen.
3. „Medisave Account“: Das Guthaben auf dem Gesundheitssparkonto kann zum einen für die Kosten eines stationären Aufenthaltes in einem Krankenhaus oder bestimmte ambulante Leistungen (wie Chemotherapie oder Radiologie) verwendet werden. Zum anderen können damit Krankenversicherungsbeiträge für „MediShield“ (siehe Abschnitt 3.3.3) oder integrierte private Krankenversicherungsverträge des „Private Medical Insurance Scheme (PMIS)“ (siehe Abschnitt 3.3.4) finanziert werden.

Für Mitglieder, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, wird automatisch ein Rentenkonto („Retirement Account“) eingerichtet, von dem eine monatliche Rente ausgezahlt wird. Auf dem „Retirement Account“ muss sich eine Mindestsumme in Höhe von S\$ 139.000 (Stand: Juli 2012) befinden. Um diese Summe zu erreichen, werden die Sparguthaben aus dem „Ordinary“ und „Special Account“ in den „Retirement Account“ übertragen. Ist dies nicht

⁵⁷ Vgl. Gesundheitsministerium Singapur (2013e).

⁵⁸ Wechselkurs am 01.07.2011.

⁵⁹ Gesundheitsministerium Singapur (2013e).

⁶⁰ Central Provident Fund Act vom 01.07.1955, online unter: <http://statutes.agc.gov.sg>.

⁶¹ Vgl. Central Provident Fund Board (2013a).

ausreichend, wird automatisch zusätzlich das Vermögen des CPF-Mitglieds in Höhe von 50 % der Mindestsumme verpfändet.⁶²

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Höhe der CPF-Beiträge, den Beitragsanteil von Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowie die Verteilung des CPF-Gesamtbeitrages auf die verschiedenen Konten.⁶³

Tabelle 6: CPF-Beiträge und Verteilung für Arbeitnehmer im privaten Sektor mit einem Einkommen über S\$ 1.500

Alter des Arbeitnehmers (Jahre)	Beitragssatz in % (für Löhne/Gehälter \geq S\$ 1.500/935 Euro) ⁶⁴			Aufteilung des Beitrags in % auf		
	Arbeitgeber	Arbeitnehmer	Gesamt	Ordinary Account	Special Account	Medisave Account
bis 35	16	20	36	23	6	7
35 bis 45	16	20	36	21	7	8
45 bis 50	16	20	36	19	8	9
50 bis 55	14	18,5	32,5	13,5	9,5	9,5
55 bis 60	10,5	13	23,5	12	2	9,5
60 bis 65	7	7,5	14,5	3,5	1,5	9,5
über 65	6,5	5	11,5	1	1	9,5

Quelle: Central Provident Fund Board (2013c).

Die Höhe des zu zahlenden Medisave-Beitrags richtet sich nicht nur nach der Höhe des Einkommens, sondern auch nach dem Lebensalter des Mitglieds. Je höher Alter und Einkommen, desto höher ist der Beitrag. Es existiert eine Beitragsbemessungsgrenze in Höhe von S\$ 5.000 (ca. 3.120 Euro⁶⁵) des monatlichen Arbeitsentgelts.

Das Medisave-Programm wurde im Jahr 1992 auf selbständig Tätige ausgedehnt. Ab einem Einkommen über S\$ 6.000 pro Jahr (rund 3.740 Euro⁶⁶) müssen Selbständige Medisave-Beiträge entrichten. Auch bei dieser Personengruppe wird neben der Einkommenshöhe das Alter bei der Beitragsbemessung berücksichtigt. Der niedrigste Beitragssatz beträgt 2,33 % und wird bei unter 35-Jährigen mit einem Einkommen bis S\$ 12.000 pro Jahr angesetzt. Der höchste Beitrag liegt bei 9,50 % und greift bei über 50-Jährigen mit einem Einkommen über S\$ 18.000 pro Jahr.⁶⁷

⁶² Vgl. Central Provident Fund Board (2013b).

⁶³ Wie die Aufteilung der Gesamtbeitrags auf die drei Konten zeigt, fließt der größte Beitragsanteil bis zum 60. Lebensjahr in den „Ordinary Account“. Damit liegt der Schwerpunkt des CPF auf der Förderung von Wohneigentum und nicht auf dem Ansparen für Krankheitskosten (Medisave).

⁶⁴ Wechselkurs am 01.07.2012.

⁶⁵ Wechselkurs am 01.07.2012.

⁶⁶ Wechselkurs am 01.07.2012.

⁶⁷ Vgl. Central Provident Fund Board (2013d).

Die CPF-Guthaben auf den drei Konten werden mit einem risikolosen Zinssatz verzinst, der von der Regierung garantiert wird. Die Zinsen für den „Ordinary Account“ betragen 2,5 %. Die Guthaben auf dem „Special“ und „Medisave Account“ werden mit 4 % verzinst (Zinsgarantie bis Ende 2013). Zudem wird zusätzlich auf die ersten S\$ 60.000 (ca. 37.400 Euro⁶⁸) des gesamten CPF-Guthabens (davon maximal S\$ 20.000 aus dem „Ordinary Account“) ein extra Zins von 1 % gezahlt. Da Gesundheitsausgaben erst im Alter steigen und so das Medisave-Guthaben in jungen Jahren nicht bzw. nicht vollständig verwendet wird, führt dieses System zum Ansparen eines individuellen Kapitalstocks für künftige Gesundheitsausgaben. Da es sich bei Medisave jedoch nicht um ein Versicherungssystem handelt, sondern um ein reines Sparprogramm, handelt es sich ausdrücklich nicht um eine Alterungsrückstellung, wie sie aus der deutschen PKV bekannt ist.⁶⁹

Die Sparsumme des MSA ist auf eine bestimmte Höhe begrenzt (die sogenannte „Medisave Contribution Ceiling (MCC)“). Das maximale Guthaben, das ein Bürger auf seinem Konto haben darf, beträgt S\$ 43.500 (27.127 Euro⁷⁰). Wird die MCC erreicht, werden alle weiteren Beiträge der unter 55-Jährigen zwangsläufig auf den „Special Account“ transferiert. Ist der Bürger über 55 Jahre alt, werden die überschüssigen Beiträge auf ein Pensionskonto überwiesen.

Im Alter von über 55 Jahren kann ein Bürger einen Teil seines Medisave-Guthabens von seinem Konto abziehen. In diesem Fall muss jedoch ein Mindestbetrag in Höhe von S\$ 38.500 (ca. 24.000 Euro⁷¹) auf dem Konto belassen werden (die sogenannte „Medisave Minimum Sum (MMS)“).

Da es sich beim Medisave-Programm um einen individuellen Sparprozess handelt, existieren hier weder Umverteilungswirkungen noch ein Riskpooling. Es findet keine Quersubventionierung von Gesunden zu Kranken oder Jungen zu Alten statt. Das nicht in Anspruch genommene Medisave-Guthaben „gehört“ bis zum Tod allein dem Konto-Inhaber und wird nach dessen Tod an die Familienangehörigen vererbt.⁷²

⁶⁸ Wechselkurs am 01.07.2012.

⁶⁹ Die Private Kranken- und Pflegeversicherung bildet Alterungsrückstellungen als Vorsorge dafür, dass mit steigendem Lebensalter die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zunimmt. Der Versicherungsbeitrag wird so kalkuliert, dass er in jungen Jahren höher ist als die tatsächlich in Anspruch genommenen Leistungen. Die Differenz wird zunächst in der Alterungsrückstellung verzinslich angelegt. Wenn in späteren Lebensjahren die kalkulierten Kosten für Gesundheitsleistungen dann über dem Zahlbeitrag liegen, wird die Lücke durch Entnahme aus den Alterungsrückstellungen geschlossen (vgl. PKV-Verband (2012), S. 118).

⁷⁰ Wechselkurs am 01.07.2012.

⁷¹ Wechselkurs am 01.07.2012.

⁷² Nach dem Tod des CPF-Mitglieds fließen das Guthaben aller CPF-Konten an die staatliche Treuhänder-Gesellschaft („Public Trustee“). Diese verteilt die Gelder dann an die Familienangehörigen gemäß der gesetzlichen Erbfolge. Das CPF-Mitglied kann dies jedoch ausschließen und zu Lebzeiten selbst gewählte Personen als „Erben“ seines CPF-Sparvermögens einsetzen (vgl. Central Provident Fund (2013e)).

Die Summe, die dem MSA für die Zahlung von Krankheitskosten entnommen werden kann, ist jedoch nach oben begrenzt.⁷³ Die Begrenzung der Entnahme-Summen aus dem MSA wurde eingeführt, um zu verhindern, dass das Medisave-Guthaben zu schnell abgeschmolzen wird und nicht mehr für künftige Krankenhauskosten ausreicht.⁷⁴ Alle Leistungen, für die das Medisave-Guthaben in Anspruch genommen werden kann, sind als abschließende Positivliste definiert. Das heißt, das Medisave-Guthaben kann nur für die Zahlung dieser Behandlungen eingesetzt werden. Alle weiteren medizinischen Leistungen und über die maximalen Entnahmesummen hinausgehenden Kosten muss der Patient direkt selbst zahlen (z.B. bar oder mit Kreditkarte). Die über Medisave finanzierbaren Leistungen sowie die jeweiligen maximalen Entnahmesummen sind im Anhang aufgelistet.

Wird eine Rechnung über Medisave beglichen, zahlt der Patient diese nicht direkt, sondern das Krankenhaus bzw. die medizinische Einrichtung rechnet direkt mit dem „Central Provident Fund (CPF)“ ab. Letzterer zieht dann den entsprechenden Betrag vom MSA des jeweiligen Patienten ein und überweist die Summe an das Krankenhaus/die Einrichtung. Der Patient erhält anschließend eine schriftliche Aufstellung der Kosten.⁷⁵

Da es sich bei den Medical Savings Accounts um individuelle Sparkonten handelt, kann es vorkommen, dass Guthaben im Bedarfsfall verbraucht ist oder nicht ausreicht, um die Krankenhausrechnung zu begleichen. In diesem Fall verweist der CPF darauf, dass die nächsten Angehörigen den Fehlbetrag aus ihrem eigenen MSA-Konto zahlen können (d.h. der Ehegatte, ein Elternteil oder ein volljähriges Kind). Die zweite Möglichkeit ist, künftige Medisave-Beiträge zu nutzen. In diesem Fall würden die Medisave-Beiträge der nächsten Monate als Ratenzahlung für die Begleichung der Krankenhausrechnung verwendet. Kommt auch dieses nicht in Betracht, kann als letzte Alternative unter bestimmten Voraussetzungen das Medisave-Guthaben einer entfernten Angehörigen (z.B. Nichte) verwendet werden, sofern sich ein solcher findet.⁷⁶ Sind keinerlei finanzielle Mittel beim Patienten selbst oder seinen Familienangehörigen vorhanden, so besteht unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, Gelder aus dem staatlichen Fürsorgefonds „Medifund“ zu erhalten (siehe Abschnitt 3.3.7).

Die folgende Abbildung zeigt, dass von allen im Jahr 2010 über Medisave beglichenen Rechnungen der Patient nur in 56 % der Fälle die Kosten selbst aus seinem MSA gezahlt hat. In jeweils 17 % der Fälle wurde die Rechnung mit dem Medisave-Guthaben des Kindes oder des Ehegatten des Patienten beglichen und in den verbleibenden 10 % der Fälle mit dem Guthaben von Eltern oder Enkeln.

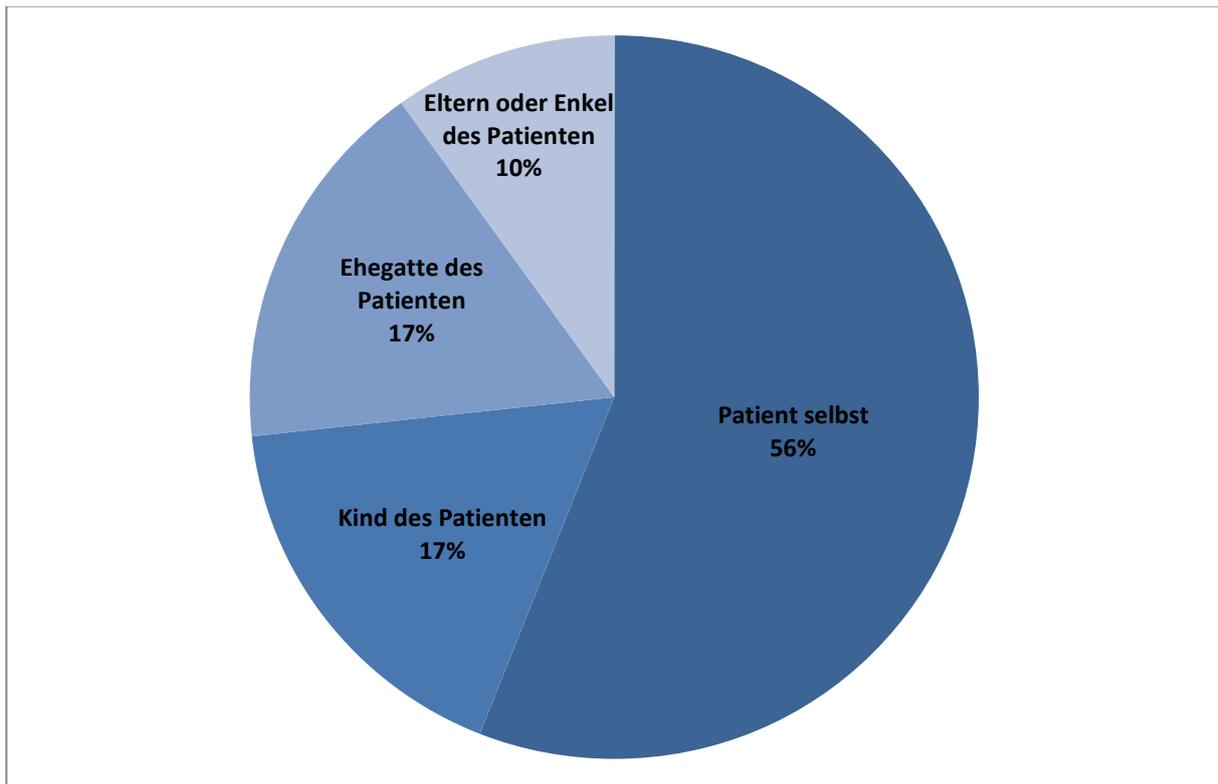
⁷³ Vgl. Gesundheitsministerium Singapur (2013j).

⁷⁴ Vgl. Central Provident Fund Board (2013f).

⁷⁵ Vgl. Gesundheitsministerium Singapur (2013k).

⁷⁶ Vgl. Central Provident Fund Board (2013f).

Abbildung 3: Verteilung der Medisave-Entnahmesummen nach Art des Rechnungszahlers im Jahr 2010



Quelle: Central Provident Fund Board (2011).

Seit 2012 fließen staatliche Steuermittel auch in das Medisave-System, denn in diesem Jahr hat die Regierung Singapurs das sogenannte „GST-Gutschein-Programm“ eingeführt. GST ist die Abkürzung für „Goods and Services Tax“, eine der deutschen Mehrwertsteuer vergleichbare Steuer, die in Singapur 7 % beträgt und auf verkaufte Güter und erbrachte Dienstleistungen erhoben wird. Bei dem GST-Gutschein handelt es sich um eine finanzielle Unterstützung aus Steuermitteln, die Haushalte mit niedrigem oder mittlerem Einkommen von den Kosten entlasten soll, die durch die GST jährlich entstehen (quasi eine Steuerrückerstattung der Mehrwertsteuer). Eine Komponente dieses Programms ist ein jährlicher Zuschuss zum individuellen Medisave-Guthaben, den jeder über 65-jährige Bürger erhält, wenn der Wert seines Wohneigentums S\$ 21.000 (rund 12.000 Euro⁷⁷) nicht überschreitet. Die Höhe des Zuschusses ist gestaffelt nach Alter und Immobilienwert, aber unabhängig von dem bereits vorhandenen Medisave-Guthaben (siehe Tabelle 7).

⁷⁷ Wechselkurs am 01.07.2012.

Tabelle 7: Struktur des „GST Voucher - Medisave“

Alter	Jahreswert des Wohneigentums	
	bis S\$ 13.000	S\$ 13.001 bis S\$ 21.000
65 – 74 Jahre	S\$ 250	S\$ 150
75 – 84 Jahre	S\$ 350	S\$ 250
85 Jahre und älter	S\$ 450	S\$ 350

Quelle: Central Provident Fund Board (2013g).

Wie die Tabelle zeigt, überweist der singapurische Staat beispielsweise über 85-jährigen Bürgern, die in einer kleinen Eigentumswohnung leben, fortlaufend jedes Jahr einmalig S\$ 450 aus Steuermitteln auf deren individuelle Medisave-Konten. Für das Jahr 2013 werden diese Zuschüsse für alle Empfänger verdoppelt. Hierfür werden S\$ 680 Mio. an Steuermitteln eingesetzt. Zusätzlich erhalten alle über 45-jährigen Bürger einen einmaligen Steuerzuschuss für ihr Medisave-Konto in Höhe von S\$ 200. Hierfür werden S\$ 300 Mio. an Steuermitteln eingesetzt.⁷⁸

Durch das „GST-Gutschein-Programm“ ist Medisave für über 65-jährige Bürger kein reines individuelles Sparprogramm mehr, da diese Altersgruppe von Steuerzuschüssen profitiert.

3.2.3 MediShield

Im Jahr 1990 wurde das Medisave-Programm durch die freiwillige staatliche Basis-Krankenversicherung MediShield ergänzt, die ebenfalls vom oben genannten staatlichen „Central Provident Fund (CPF)“ angeboten und verwaltet wird. MediShield ist eine Hochrisikoversicherung, die auf Medisave abgestimmt ist und die Kosten absichern soll, die mit dem Medisave-Guthaben nicht abgedeckt werden können. Hierbei handelt es sich vor allem um die Kosten sehr langer Krankenhausaufenthalte.⁷⁹

Eine MediShield-Versicherung kann nur von singapurischen Bürgern und „Permanent Residents“ abgeschlossen werden. Es besteht auch die Möglichkeit, eine MediShield-Versicherung für einen Angehörigen (z.B. Ehegatte) abzuschließen. Alle heute in Singapur geborenen Kinder sind automatisch über MediShield versichert. Hierbei handelt es sich jedoch nicht um eine verpflichtende Versicherung, sondern ein „opt-out“ ist möglich.⁸⁰ Es exis-

⁷⁸ Vgl. Finanzministerium Singapur (2013).

⁷⁹ Für ältere Bürger wurde im Jahr 2002 die ElderShield-Versicherung eingeführt. Grundsätzlich wird jeder Staatsbürger und „Permanent Resident“ mit einem Medisave-Konto ab dem 40. Lebensjahr automatisch Mitglied bei ElderShield (vgl. Gesundheitsministerium Singapur (2013l)). Da es sich hierbei um eine Form der Pflegeversicherung handelt, wird in dieser Arbeit nicht näher darauf eingegangen.

⁸⁰ Vgl. Central Provident Fund Board (2013h).

tiert kein Kontrahierungszwang: Wird ein neuer Versicherungsantrag gestellt, ist ein Gesundheitsfragebogen auszufüllen. Leidet der Antragsteller bereits unter einer Krankheit, so kann der MediShield-Vertrag vom CPF entweder ganz abgelehnt werden oder bestimmte Leistungen werden vertraglich ausgeschlossen. Dies gilt jedoch nicht für Neugeborene.⁸¹ Das Höchstalter beträgt 90 Jahre, d.h. mit diesem Alter endet der Versicherungsvertrag. Im Jahr 2011 waren in Singapur 3,5 Millionen Personen über MediShield versichert.⁸² Im Hinblick auf die rund 3,8 Millionen singapurischen Bürger und „Permanent Residents“ (siehe Kapitel 2), verfügt somit die Mehrzahl der anspruchsberechtigten Einwohner über eine MediShield-Versicherung.

Die MediShield-Beiträge sind risikoäquivalent und richten sich nach dem Alter des Versicherten. Es gibt keine Aufschläge bei Vorerkrankungen, da deren Behandlung vertraglich vom Leistungsumfang ausgeschlossen wird. Die Beiträge steigen mit dem Lebensalter und sind für alle Versicherten einer Altersgruppe gleich hoch und somit trägt jede Altersgruppe ihre eigenen Ausgaben. Es erfolgt kein Ausgleich zwischen den Generationen. Die MediShield-Versicherung funktioniert nach dem Bedarfsdeckungsverfahren, das heißt, es erfolgt keine Kapitalbildung. Die folgende Tabelle zeigt die jährliche Höhe der MediShield-Beiträge.

Tabelle 8: MediShield Beiträge (Stand: März 2013)

Alter	Jahresbeitrag (in S\$)
Bis 20 Jahre	50 (ca. 31 €)*
21 bis 30 Jahre	66
31 bis 40 Jahre	105
41 bis 50 Jahre	220
51 bis 60 Jahre	345
61 bis 65 Jahre	455
66 bis 70 Jahre	540
71 bis 73 Jahre	560
74 bis 75 Jahre	646
76 bis 78 Jahre	775
79 bis 80 Jahre	865
81 bis 83 Jahre	1.123
84 bis 85 Jahre	1.150
86 bis 90 Jahre	1.190 (ca. 733 €)*

Quelle: Gesundheitsministerium Singapur (2013m).

*Wechselkurs am 01.03.2013.

⁸¹ Vgl. Central Provident Fund Board (2013i).

⁸² Vgl. Gesundheitsministerium Singapur (2013e).

Der CPF zieht den Beitrag einmal jährlich direkt vom individuellen Medisave-Konto des Versicherten ein. Der MediShield-Beitrag für Kinder wird über das Medisave-Konto eines Elternteils gezahlt.⁸³ Kann ein Versicherter seinen Beitrag nicht zahlen, empfiehlt der CPF, dass die Angehörigen einspringen und die Prämie aus ihrem Medisave-Guthaben zahlen. Wird der MediShield-Beitrag länger als 2 Monate nicht gezahlt, wird der Vertrag gekündigt. Stellt der Versicherte einen neuen Antrag auf Versicherung, so ist eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich, die darüber entscheidet, ob ein Antragsteller einen MediShield-Vertrag abschließen kann oder nicht.⁸⁴

MediShield ist keine Vollkasko-Versicherung, sondern es gibt Höchstschadengrenzen pro Jahr sowie bezogen auf die Lebenszeit:

- Pro Versicherungsjahr: S\$ 70.000 (ca. 43.650 Euro⁸⁵)
- Auf Lebenszeit: S\$ 300.000 (ca. 187.000 Euro⁸⁶)

Des Weiteren ist der Versicherungsanspruch für die jeweiligen Leistungen gedeckelt (z.B. S\$ 450 pro Tag für Krankenhauskosten auf der normalen Station).⁸⁷ Im Leistungsfall sind zudem relativ hohe Zuzahlungen und Selbstbehalte ausdrücklich vorgesehen. Diese werden entweder bar oder aus dem individuellen Medisave-Konto bezahlt. So liegt der Selbstbehalt für unter 80-Jährige für einen stationären Aufenthalt in einer Klasse-B2-Station bei S\$ 2.000 (rund 1.250 Euro⁸⁸) sowie einer Zuzahlung von 10 bis 20 % je nach Höhe des Rechnungsbetrages. Bevor MediShield greift, müssen also zunächst weit über S\$ 2.000 aus eigener Tasche gezahlt werden.

In der Zusammenschau ist MediShield durch folgende Merkmale charakterisiert:

- keine Versicherungspflicht und kein Kontrahierungszwang
- Leistungsausschlüsse bei Vorerkrankungen
- Keine Vollkaskoversicherung (Leistungsumfang ist auf Medisave abgestimmt und das abgesicherte Spektrum bezieht sich nur auf Hochkostenfälle. Nicht alle über Medisave finanzierbaren Leistungen können über MediShield abgesichert werden.)

3.2.4 Integrierte private Krankenversicherungen

Um den MediShield-Versicherungsschutz aufzubessern, können sogenannte „Private Integrated Shield Plans“ (integrierte private Krankenversicherungen) erworben werden, die von privaten Versicherungsunternehmen angeboten werden. Allerdings können integrierte Private

⁸³ Vgl. Central Provident Fund Board (2013j).

⁸⁴ Vgl. Central Provident Fund Board (2013j).

⁸⁵ Wechselkurs am 01.07.2012.

⁸⁶ Wechselkurs am 01.07.2012.

⁸⁷ Vgl. Central Provident Fund Board (2013j).

⁸⁸ Wechselkurs am 01.07.2012.

Krankenversicherungen nur abgeschlossen werden, wenn bereits eine MediShield-Versicherung besteht. Shield Plans könnten sowohl von Einzelpersonen abgeschlossen werden als auch von Arbeitgebern als Gruppenversicherung für ihre Beschäftigten.⁸⁹ Im Jahr 2011 verfügten 2,2 Millionen Einwohner über einen „Private Integrated Shield Plan“.⁹⁰

Die Tarife der privaten Krankenversicherungen und MediShield sind seit Juli 2005 so aufeinander abgestimmt, dass sie einander ergänzen.⁹¹ Das heißt, die Leistungsarten von MediShield und den privaten Krankenversicherungen sind dieselben, aber es wird im Leistungsfall eine zusätzliche Summe ausgezahlt. Zudem kann über eine integrierte private Krankenversicherung auch die Unterbringung auf einer Privatstation im Krankenhaus abgesichert werden.⁹²

Bei den „Private Integrated Shield Plans“ handelt es sich somit um eine andere Form als die in Deutschland bekannten privaten Krankenversicherungen. Wie der Begriffszusatz „integrated“ schon verdeutlicht, sind diese Versicherungsprodukte auf die staatliche MediShield-Versicherung abgestimmt und bieten zwar einen höheren Versicherungsschutz, aber dasselbe Leistungsspektrum wie MediShield. Eine private Absicherung darüber hinaus gehender Leistungen (z.B. Zahnersatz) ist mit den „Private Integrated Shield Plans“ nicht möglich.

3.2.5 Private Krankenversicherung

Neben den oben genannten „Private Integrated Shield Plans“ gibt es in Singapur auch private Krankenversicherungen, die unabhängig von den oben genannten staatlichen Finanzierungsinstrumenten angeboten werden. Der Markt für diese privaten Krankenversicherungen ist jedoch relativ klein und sie werden in erster Linie von Arbeitgebern für ihre ausländischen Arbeitnehmer abgeschlossen.⁹³ Ausländer, die in Singapur ohne „Permanent Resident“-Status beschäftigt sind (rund 1,5 Millionen der 5,1 Millionen Einwohner), haben keinen Anspruch auf Medisave und MediShield und können somit auch keinen „Private Integrated Shield Plan“ abschließen. Im Gegensatz zu MediShield und den „Private Integrated Shield Plans“ umfassen die reinen Privat-Tarife auch ambulante Leistungen, wie z.B. ambulante Facharztbesuche, Arzneimittel oder zahnärztliche Versorgung.

⁸⁹ Vgl. Arbeitsministerium Singapur (2013b).

⁹⁰ Vgl. Gesundheitsministerium Singapur (2013e).

⁹¹ Vgl. Gesundheitsministerium Singapur (2013n).

⁹² Das Gesundheitsministerium bietet auf seiner Homepage einen Vergleich verschiedener „Private Integrated Shield Plans“ mit MediShield an. Es werden insgesamt 22 PKV-Tarife dargestellt, von denen 5 für Neumitglieder geschlossen sind, so dass der Markt transparent und ein Vergleich der Angebote relativ gut möglich ist. Beispielsweise bietet MediShield 450 S\$ pro Tag für Krankenhauskosten (siehe oben) und im Basispaket eines „Private Integrated Shield Plan“ würden für dieselbe Leistung 550 S\$ gezahlt, d.h. der Versicherte erhielte insgesamt 1.000 S\$ pro Tag, wobei die PKV-Komponente vor allem den Verdienstauffall pro Tag absichert. Höherwertige Tarife bieten die volle Kostenübernahme der in Rechnung gestellten medizinischen Leistung, wobei Beiträge dann auch um ein vielfaches höher sind (vgl. Gesundheitsministerium Singapur (2013o)).

⁹³ Vgl. Reisman (2006).

3.2.6 Leistungen des Arbeitgebers

Wie in Abschnitt 3.3 dargestellt, trägt der Arbeitgeber in Singapur den größten Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben. Neben den verpflichtenden CPF-Beiträgen hat ein Arbeitgeber in Singapur noch weitere Möglichkeiten, seine Beschäftigten im Krankheitsfall zu unterstützen. Bei großen Unternehmen gehört es zur gängigen Praxis, den Beschäftigten auf freiwilliger Basis eine private Krankenzusatzversicherung anzubieten (entweder in Form einer Gruppenversicherung oder als Zuschuss zur individuellen Versicherung des Arbeitnehmers). Teilweise ist die arbeitgebervermittelte private Krankenversicherung auch übertragbar, wenn der Arbeitnehmer das Unternehmen verlässt.

Option	Inhalt
Portable Medical Benefits Scheme (PMBS)	<ul style="list-style-type: none"> • Der Arbeitgeber zahlt einen zusätzlichen Beitrag (mindestens 1 % des monatlichen Bruttogehalts) auf das Medisave-Konto des Arbeitnehmers ein • Der Arbeitnehmer verwendet diesen freiwilligen Arbeitgeber-Beitrag zum Erwerb einer MediShield- oder Medisave-kompatiblen privaten Krankenzusatzversicherung zur Absicherung stationärer Leistungen
Transferable Medical Insurance Scheme (TMIS)	<ul style="list-style-type: none"> • Der Arbeitgeber erwirbt für seine Beschäftigten eine erweiterte Gruppenversicherung für Krankenhausaufenthalte und chirurgische Eingriffe • Diese bietet eine verlängerte Absicherung eines stationären Aufenthalts bis zu 12 Monate, wenn der Beschäftigte arbeitsunfähig ist • Arbeitnehmer, die am TMIS teilnehmen, werden als durchgehend versichert betrachtet, wenn sie den Arbeitgeber wechseln, sofern dieser ebenfalls TMIS anbietet. Bei Neuaufnahme einer Beschäftigung ist ein Versicherungsausschluss aufgrund von Vorerkrankungen somit ausgeschlossen
Bereitstellung eines "Shield Plan" (zum Beispiel eine MediShield- oder Medisave-kompatible private Krankenzusatzversicherung („Private Integrated Shield Plan“) (siehe Abschnitt 3.3.4))	<ul style="list-style-type: none"> • Der Arbeitgeber bietet seinen Beschäftigten einen „Private Integrated Shield Plan“ an • Der Arbeitgeber kann den Beitrag des von ihm gewählten Shield Plans entweder direkt an das Versicherungsunternehmen zahlen oder den Beitrag auf das Medisave-Konto seiner Beschäftigten erstatten • Hat der Arbeitnehmer bereits selbst einen anderen Shield Plan erworben und möchte diesen nicht wechseln, kann der Arbeitgeber den Beitrag des vom Unternehmen angebotenen Shield Plans auf das Medisave-Konto des Beschäftigten erstatten

Quelle: Arbeitsministerium Singapur (2013b).

Seit 2008 sind Arbeitgeber zudem gesetzlich verpflichtet, ihren ausländischen Arbeitnehmern (ohne Anspruch auf CPF-Mitgliedschaft) eine betriebliche Krankenversicherung für Krankenhauskosten zur Verfügung zu stellen. Die Mindestversicherungssumme pro Jahr beträgt S\$ 15.000 pro Arbeitnehmer.⁹⁴

Bei Arbeitnehmern, die länger als drei Monate beschäftigt sind, ist der Arbeitgeber zur Übernahme der ärztlichen Beratungsgebühr verpflichtet. Für andere medizinische Kosten, z.B. Arzneimittelversorgung, Behandlungskosten oder stationäre Gebühren, muss der Arbeitgeber nur aufkommen, wenn dies im Arbeitsvertrag individuell vereinbart wurde oder wenn dies im Tarifvertrag vorgesehen ist. Zudem haben Arbeitnehmer in Singapur einen Anspruch auf Lohnfortzahlung im Krankheitsfall.⁹⁵

3.2.7 Medifund

Die durch Medisave finanzierbaren Krankheitskosten können in einigen Fällen trotz des eigenen oder des Medisave-Guthabens von Familienangehörigen, trotz MediShield und mit Hilfe des eigenen oder des Vermögens der Angehörigen in einigen Fällen nicht getragen werden. Zudem verfügen nicht alle Patienten über Medisave und eine MediShield-Versicherung. In diesen Fällen ist eine Unterstützung durch das Medifund-Programm möglich. Dieser steuerfinanzierte Fonds wurde im Jahr 1993 von der singapurischen Regierung aufgesetzt.

Über die Höhe der Leistung entscheidet im Einzelfall das „Medifund-Komitee“, das es an jeder anerkannten medizinischen Einrichtung gibt. Die Leistungshöhe bemisst sich nach der finanziellen und sozialen Situation des Patienten sowie der Höhe der Rechnung. Medifund-Leistungen werden direkt an das jeweilige Krankenhaus/die medizinische Institution überwiesen. Eine Unterstützung erhalten jedoch nur Patienten, die in einer Station der Klasse B2 oder C versorgt wurden, da diese Personen bereits einen relativ hohen staatlichen Zuschuss zu ihren Behandlungskosten erhalten haben. Eine Unterbringung in den komfortableren Zimmerkategorien soll vom staatlichen Fürsorgesystem nicht finanziert werden. Patienten, die regelmäßig Medisave-Beiträge geleistet und eine MediShield-Versicherung abgeschlossen haben, erhalten im Bedarfsfall höhere Medifund-Leistungen.⁹⁶

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass Medifund nur bei Leistungen zum Tragen kommt, die normalerweise durch das Medisave-Guthaben des Patienten finanziert worden wären (Krankenhausbehandlung und ambulante Hochkostenfälle). Ambulante Leistungen können nicht durch Medifund erstattet werden.

⁹⁴ Vgl. Arbeitsministerium Singapur (2009).

⁹⁵ Vgl. Arbeitsministerium Singapur (2013c).

⁹⁶ Vgl. Gesundheitsministerium Singapur (2013p).

Im Jahr 2012 betrug der Kapitalstock des Fonds S\$ 3 Mrd. (rund 1,9 Mrd. Euro⁹⁷). Nur die Zinseinkünfte des Kapitals werden für Leistungsausgaben verwendet. Im Jahr 2011 wurden 518.000 Anträge auf Medifund-Leistungen bewilligt. S\$ 84,3 Mio. wurden an die entsprechenden Krankenhäuser und anderen medizinischen Institutionen ausgezahlt.

Kritische Stimmen bemängeln die Intransparenz des Feststellungsverfahrens bei einem Antrag auf Medifund-Unterstützung. Die Anspruchskriterien sind an keiner Stelle eindeutig genannt, sondern das Gesundheitsministerium verweist auf die zuständigen „Medifund-Komitees“ an den einzelnen medizinischen Einrichtungen. Einerseits trifft die Aussage des Gesundheitsministeriums vermutlich zu, dass keinem Bürger der Zugang zur medizinischen Grundversorgung aus Kostengründen verschlossen bleibe.⁹⁸ Andererseits ist in der Praxis davon auszugehen, dass der Patient und seine direkten Familienangehörigen zunächst ihre gesamten Medisave-Guthaben sowie den Großteil ihres privaten Vermögens einsetzen müssen, bevor eine Medifund-Unterstützung für den betroffenen Patienten bewilligt wird. Das bedeutet, dass eine nicht finanzierbare Krankenhausrechnung eine ganze Familie am Ende fast mittellos dastehen lassen kann.⁹⁹

3.2.8 Community Health Assist Scheme

Staatliche Unterstützung bei ambulanten Behandlungen existiert in Singapur über das „Community Health Assist Scheme (CHAS)“. Dabei handelt es sich um ein staatliches Fürsorgeprogramm des Gesundheitsministeriums, das bedürftigen Personen finanzielle Unterstützung bei der Behandlung akuter oder chronischer Erkrankungen und bei bestimmten zahnärztlichen Leistungen gewährt. Folgende Personen sind anspruchsberechtigt:

- Singapurischer Bürger
- Alter über 40 Jahre oder Vorliegen einer Behinderung (d.h. keine der folgenden Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) kann ohne Hilfe ausgeführt werden: Körperpflege, Toilettengang, Lagerung/Verlassen des Bettes, Nahrungsaufnahme, An- und Auskleiden, Mobilität) UND
- Haushaltseinkommen pro Kopf liegt unter S\$ 1.500 (ca. 935 Euro¹⁰⁰) (bei Haushalten mit Einkommen) oder der Jahreswert des Wohneigentums liegt unter S\$ 13.000 (ca. 7.300 Euro¹⁰¹) (bei Haushalten ohne Einkommen)

Die Anzahl der CHAS-Berechtigten lag Anfang 2013 bei 250.000 Personen, was nur ca. 6,5 % der Bevölkerung entspricht.¹⁰² Personen, die die staatliche Sozialhilfe („Public Assis-

⁹⁷ Wechselkurs am 01.07.2012.

⁹⁸ Vgl. Gesundheitsministerium Singapur (2013n).

⁹⁹ Vgl. Hian (2013).

¹⁰⁰ Wechselkurs am 01.07.2012.

¹⁰¹ Wechselkurs am 01.07.2012.

¹⁰² Vgl. Gesundheitsministerium Singapur (2013q).

tance“) erhalten, haben ebenfalls Anspruch auf CHAS.¹⁰³ Sozialhilfeempfänger erhalten zudem kostenlose medizinische Behandlung an den Polikliniken und öffentlichen Krankenhäusern. Ende 2012 erhielten 3.047 Haushalte Public Assistance.¹⁰⁴

Die CHAS-Leistungen sind in zwei einkommensabhängige Kategorien differenziert:

Kategorie	Allgemeine Erkrankung	Chronische Erkrankung (gemäß DMP-Programm)	Zahnärztliche Leistungen
„Blaue Karte“ (bei monatlichem Haushaltseinkommen unter S\$ 900 pro Kopf oder Jahreswert der Wohnimmobilie unter S\$ 13.000)	Bis S\$ 18,50 pro Besuch	Bis S\$ 80 pro Besuch (bis zu S\$ 320 oder S\$ 480 je Kalenderjahr)	Bis zu S\$ 256,50 pro Behandlung
„Orange Karte“ (bei monatlichem Haushaltseinkommen von S\$ 900 bis S\$ 1.500 pro Kopf)	Keine Leistung	Bis S\$ 50 pro Besuch (bis zu S\$ 200 oder S\$ 300 je Kalenderjahr)	Bis zu S\$ 170,50 nur für bestimmte Behandlungen

Zu den zuschussfähigen allgemeinen Erkrankungen gehören z.B. Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Erkältung, Grippe, Diarrhöe, Hautausschlag, Augenentzündung und Blasenentzündung. Im zahnärztlichen Bereich werden für Inhaber der blauen Karte folgende Behandlungen bezuschusst: Kronen, Prothesen und Prothesenunterfütterung, Wurzelbehandlung, Zementierung, Kürettage der Zahnfleischtaschen, Extraktion, Füllung, Polieren, Zahnsteinentfernung, Fluoridierung. Für Inhaber der orangefarbenen Karte werden nur Kronen, Prothesen und Wurzelbehandlungen bezuschusst. Um einen CHAS-Zuschuss zu erhalten, muss der Patient einen Allgemeinmediziner oder eine Zahnklinik aufsuchen, die am CHAS-Programm teilnimmt.

Das Prinzip der Eigenverantwortung im Krankheitsfall greift auch im Sozialhilfebereich, denn selbst im CHAS-Programm gibt es Eigenbeteiligungen. Kostet eine Behandlung einer chronischen Erkrankung im Rahmen eines DMP-Programms beispielsweise S\$ 90, so erstattet CHAS S\$ 80 (siehe obige Tabelle) und die restlichen S\$ 15 müssen vom Patienten selbst gezahlt werden.¹⁰⁵ Es besteht die Möglichkeit, die Eigenbeteiligung über das Medisave-Guthaben zu finanzieren. Allerdings werden auch hier in jedem Fall der Medisave-Selbstbehalt und die Medisave-Zuzahlung fällig, so dass für den Patienten immer ein bestimmter Betrag verbleibt, der aus eigener Tasche gezahlt werden muss.

¹⁰³ Vgl. Community Health Assist Scheme (2013a).

¹⁰⁴ Vgl. Ministerium für Soziales und Familie Singapur (2013).

¹⁰⁵ Vgl. Community Health Assist Scheme (2013b).

4. Absicherungsgrad im Krankheitsfall

Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Finanzierungsinstrumente stellt sich die Frage, wie hoch der Absicherungsgrad der singapurischen Bevölkerung im Krankheitsfall tatsächlich ist. Dies wird im Folgenden zusammenfassend dargestellt. Berücksichtigt wird dabei nur die Wohnbevölkerung (singapurische Bürger und Einwohner mit „Permanent Resident“-Status), da nur dieser die oben genannten Finanzierungsinstrumente zugänglich sind (bis auf die Arbeitgeberleistungen und private Krankenversicherungen).

Im Jahr 2012 zählte die Wohnbevölkerung rund 3.818.200 Personen (3.285.100 Bürger und 533.100 „Permanent Residents“).¹⁰⁶ Die Anzahl der Medisave-Konten belief sich im selben Jahr auf etwas mehr als 3.050.000.¹⁰⁷ Da aber nur abhängig Beschäftigte und selbständig Tätige Medisave-Beiträge leisten müssen, ist ein Blick auf die Zahl der Erwerbstätigen interessant. Im Jahr 2012 waren 2.040.600 Personen erwerbstätig (1.727.900 abhängig beschäftigt und 312.700 selbständig).¹⁰⁸ Wenn davon ausgegangen wird, dass alle Erwerbstätigen in ein Medisave-Konto einzahlen, verbleibt zur Gesamtzahl der rund 3 Millionen Medisave-Konten eine Differenz von etwa 1 Million. Es kann vermutet werden, dass es sich hier in erster Linie um Konten von ehemals Erwerbstätigen handelt, die weiterhin bestehen, auf die aber keine Beiträge aus Erwerbstätigkeit mehr einfließen. Diese Gruppe umfasst im Jahr 2012 79.000 Arbeitslose, 163.800 Rentner sowie weitere inaktive Erwerbstätige (z.B. 325.700 Personen in Aus- und Weiterbildungsprogrammen oder 306.100 Personen, die aus familiären Gründen (Kinderbetreuung oder Pflegetätigkeit) nicht mehr erwerbstätig sind).¹⁰⁹ Bei den verbleibenden rund 770.000 Bürgern ohne Medisave-Konto wird es sich in erster Linie um Kinder und Jugendliche handeln. Die Altersgruppe der 0- bis 19-Jährigen umfasste im Jahr 2012 885.200 Personen. Somit verfügen zwar rund 80 % der einheimischen Wohnbevölkerung über ein Medisave-Konto, aber nur ca. 53 % der Bürger zahlen (als Erwerbstätige) aktiv Beiträge auf ihr Medisave-Konto ein. Die andere Hälfte der Bevölkerung hat entweder genug angespart, um auch ohne laufende Beitragszahlungen Krankheitskosten aus dem Medisave-Guthaben zahlen zu können (z.B. Rentner, Arbeitslose) oder diese Personen werden im Krankheitsfall von ihren Familienangehörigen unterstützt (z.B. Kinder, Jugendliche oder Personen ohne ausreichende Guthaben auf dem Medisave-Konto).

Im Jahr 2012 existierten in Singapur 3.508.428 MediShield-Verträge, womit es deutlich mehr Versicherungsverträge als Medisave-Konten gibt (siehe oben). Dies ist darauf zurückzuführen, dass Medisave-Mitglieder MediShield-Verträge im Namen ihrer Angehörigen abschließen können. Zudem werden Neugeborene seit Dezember 2007 automatisch (freiwillig) versichert.

¹⁰⁶ Vgl. Statistisches Amt Singapur (2012), S. 1.

¹⁰⁷ Vgl. Central Provident Fund Board (2013k).

¹⁰⁸ Vgl. Arbeitsministerium Singapur (2013a).

¹⁰⁹ Vgl. Arbeitsministerium Singapur (2013a), S. 42.

chert. Für Kinder und Jugendliche gelten seit 2008 vereinfachte Aufnahmebedingungen.¹¹⁰ Somit sind fast 92 % der einheimischen Wohnbevölkerung über MediShield abgesichert. In dieser Gruppe enthalten sind alle Bürger, die ihren MediShield-Versicherungsschutz durch einen Private Integrated Shield Plan aufgebessert haben (rund 2,2 Millionen im Jahr 2011). Letztere können nur bei bereits bestehender MediShield-Versicherung erworben werden.

Die Anzahl der Patienten, die pro Jahr staatliche Medifund-Leistungen aus Steuermitteln erhält, wird nicht veröffentlicht und entzieht sich somit der Darstellung. Zudem ist zu berücksichtigen, dass jeder Patient – unabhängig von seinem Versicherungsstatus - einen staatlichen Zuschuss zu den Kosten der stationären Behandlung erhält. Wie viele Patienten pro Jahr welchen Anteil ihrer Krankenhauskosten vom Staat erstattet bekommen, ist ebenfalls nicht bekannt.

Tabelle 9: Absicherungsgrad im Krankheitsfall im Jahr 2012

Finanzierungssäule	Anzahl der abgesicherten Personen	Anteil der abgesicherten Bevölkerung
Medisave-Konten (gesamt)	3.050.000	80 %
<i>davon: Medisave-Konten von Erwerbstätigen, auf die Beiträge eingehen</i>	2.040.600	53 %
MediShield	3.508.428	92 %

Quelle: Eigene Darstellung.

Die Übersicht zeigt, dass etwa 80 % der singapurischen Wohnbevölkerung über ein Medisave-Konto verfügt. Da die Höhe des jeweiligen Guthabens vom individuellen Sparprozess und der individuellen Inanspruchnahme der Sparsumme abhängt, kann aus der Anzahl der Konten nicht automatisch ein Rückschluss auf den Absicherungsgrad gezogen werden. Denn ein vorhandenes Medisave-Konto mit nur wenigen Dollar Guthaben nützt im Krankheitsfall nicht viel. Dies trifft insbesondere auf die 27 % der Konteninhaber zu, die keine Beiträge aus Erwerbstätigkeit auf ihr Medisave-Konto einzahlen.

Aussagekräftiger für den Absicherungsgrad im Krankheitsfall sind dagegen die 92 % der Bürger, die über eine MediShield-Versicherung verfügen. Da es sich hier um ein kollektiv finanziertes Versicherungssystem handelt, wird – unabhängig von der bisherigen Beitragszahlung - die versicherte Leistung im Bedarfsfall ausgezahlt. Allerdings existieren Höchstschadengrenzen pro Jahr sowie bezogen auf die Lebenszeit (siehe Abschnitt 3.2.3).

¹¹⁰ Vgl. Central Provident Fund Board (2007).

Wie bereits in den obigen Abschnitten erläutert, zielen Medisave und MediShield vorrangig auf den stationären Bereich. Über eine Absicherung (eines definierten Teils) der ambulanten Krankheitskosten verfügen lediglich die 6,5 % der Bevölkerung, die Sozialhilfe (CHAS) beziehen. Somit zahlen 93,5 % der Singapurere ambulante Arzt- und Zahnarztbesuche direkt bar oder per Kreditkarte in der Praxis.

5. Schlussbetrachtung

Das Gesundheitssystem des Stadtstaates Singapur basiert auf einem Mix verschiedener Finanzierungssäulen. Der Großteil der Krankheitskosten (69 %) wird privat finanziert (Arbeitgeber und private Haushalte), während der öffentliche Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben 31 % beträgt (siehe Abschnitt 3.2). Der privaten Finanzierung ist auch das Medisave-Programm zuzurechnen, welches als ein Hauptmerkmal des singapurischen Gesundheitssystems gilt. Es handelt sich dabei um ein System staatlich verwalteter Gesundheitssparkonten, das im Jahr 1984 obligatorisch für die Erwerbsbevölkerung eingeführt wurde. Diese Finanzierungssäule dient der individuellen Vorsorge für den Krankheitsfall. Medisave wurde in den 1990er-Jahren durch die Hochrisikoversicherung MediShield und die steuerfinanzierte Sozialleistung Medifund ergänzt.

Die Etablierung von Medisave ist vor dem Hintergrund der Probleme des bis dahin rein steuerfinanzierten singapurischen Gesundheitssystems zu sehen. Die Regierung wollte mit einer individuellen Kapitalbildung für den Krankheitsfall dem schon seit den 1970er-Jahren beobachteten Problem steigender Gesundheitsausgaben bei sinkenden Steuereinnahmen begegnen.¹¹¹ In diesem Zusammenhang ist zu bedenken, dass die Bevölkerung Singapurs noch relativ jung ist. Bei Einführung des Medisave-Programms Anfang der 1980er-Jahre war die Hälfte der einheimischen Bevölkerung jünger als 27.¹¹² Bei einer so jungen Bevölkerung ist die Einführung einer kapitalgedeckten Finanzierungssäule im Gesundheitssystem von Vorteil, da noch ausreichend Zeit bleibt, im aktiven Erwerbsleben einen Kapitalstock anzusparen und Vermögen zu bilden, das dann im Alter verbraucht werden kann.

Auch wenn Medisave als ein Hauptmerkmal des Gesundheitssystems in Singapur gilt, werden hierüber bisher nur rund 8 % der gesamten Gesundheitsausgaben finanziert. Es handelt sich somit zurzeit um eine ergänzende Säule der Finanzierung. Allerdings ist davon auszugehen, dass Medisave als kapitalgedeckte Finanzierungssäule zukünftig weiter an Bedeutung gewinnt, da auf den Sparkonten der Erwerbsbevölkerung stetig Kapital angesammelt wird, welches dann für Gesundheitsausgaben im Alter zur Verfügung steht.

Zusammenfassend betrachtet bietet das Medisave-System in folgenden Punkten Vorteile: Individuelle Gesundheitssparkonten fördern die Generationengerechtigkeit, da die jetzige Arbeitnehmer-Generation für ihre eigenen Gesundheitskosten im Alter spart, anstatt sich auf unsichere Steuerzahlungen künftiger Generationen verlassen zu müssen.¹¹³ Die Eigenverantwortung für den Krankheitsfall wird gestärkt und eine übermäßige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen („moral hazard“) vermieden.

¹¹¹ Vgl. Phua (2005), S. 275.

¹¹² Vgl. Statistisches Amt Singapur (2012), S. 60.

¹¹³ Vgl. Abeyasinghe/Himani/Lim (2010), S. 5.

Wie in Singapur, beruht auch das Gesundheitswesen in Deutschland nicht nur auf einer Säule. Hierzulande existiert ein duales System aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Während die GKV im Umlageverfahren finanziert wird, ist das Kapitaldeckungsverfahren ein Hauptmerkmal der PKV. Im Unterschied zum individuellen Sparprogramm Medisave, verbindet die PKV die Vorteile von Alterungsrückstellungen mit einer Versicherungslösung.

6. Anhang

Das Medisave-Guthaben kann nur bis zu einer bestimmten Höhe für Krankheitskosten eingesetzt werden:

- S\$ 450 pro Tag für Krankenhauskosten.¹¹⁴ Darin sind maximal S\$ 50 für ärztliche Honorare enthalten.
- Bis zu S\$ 300 pro Tag für ambulante Operationen im Krankenhaus. Darin sind maximal S\$ 30 für ärztliche Honorare enthalten.
- Eine festgelegte Summe für bestimmte chirurgische Eingriffe, die der Homepage des Gesundheitsministeriums entnommen werden kann. Die Auflistung reicht von S\$ 250 bis S\$ 7.550 (Entfernung einer Warze bis zur Herztransplantation).

Zudem gibt es bestimmte Höchstgrenzen für die Zahlung von Schwangerschafts- und Entbindungskosten, Palliativversorgung, stationärer psychiatrischer Behandlung und für die Versorgung in Genesungsheimen, Hospizen, Rehabilitationseinrichtungen und Tageskliniken.

Auch bei den als Positivliste definierten hochpreisigen ambulanten Leistungen ist der Einsatz des Medisave-Guthabens nur bis zu einer bestimmten Höhe möglich:

- S\$ 400 pro Jahr für Impfungen (Pneumokokken bei Kindern, Hepatitis B und HPV bei Frauen zwischen 9 und 26 Jahren)
- S\$ 400 pro Jahr für DMP (abzüglich einem Selbstbehalt von S\$ 30 und einer Zuzahlung von 15 % der Kosten)
- Bis zu S\$ 600 für MRT, CT und weitere diagnostische Verfahren bei Krebspatienten
- Bis zu 3 Behandlungszyklen bei künstlicher Befruchtung (S\$ 6.000, S\$ 5.000 und S\$ 4.000)
- S\$ 450 pro Monat für Dialyse
- S\$ 80 bis S\$ 2.800 für Strahlentherapie (je Behandlung)
- S\$ 300 bis S\$ 1.200 für Chemotherapie (je Behandlungszyklus)
- S\$ 550 pro Monat für antiretrovirale HIV-Medikamente
- S\$ 350 pro Monat für die Thalassämia-Behandlung (Bluttransfusion)
- S\$ 100 für hyperbare Sauerstofftherapie (pro Behandlung)
- S\$ 600 für intravenöse Antibiotikabehandlung (pro Wochenzyklus, max. S\$ 2.400 pro Jahr)
- S\$ 75 pro Monat für Mietkosten der Geräte einer Langzeit-Sauerstofftherapie und CPAP-Beatmung bei Kindern
- S\$ 300 pro Monat für immunsuppressive Therapie

¹¹⁴ Mit dem Medisave-Guthaben können die folgenden Krankenhaus-Leistungen gezahlt werden: Kosten für Unterkunft und Verpflegung, ärztliche Honorare, Gebühren für stationäre medizinische Behandlung, Untersuchungen, Arzneimittel, Rehabilitation, medizinischer Sachbedarf, Implantate und Prothesen, die während einer Operation eingesetzt werden, chirurgische Eingriffe inklusive der Nutzung des Operationssaals.

Zudem kann das Medisave-Guthaben von über 50-jährigen Frauen für ein Mammographie-Screening und von über 50-jährigen Frauen und Männern für ein Darmkrebs-Screening eingesetzt werden.¹¹⁵ Auch hier gelten bestimmte Obergrenzen.

¹¹⁵ Vgl. Gesundheitsministerium Singapur (2013r).

7. Literatur

Abeyasinghe, Tilak/Himani/Lim, Jeremy (2010): Singapore's healthcare financing: Some challenges, Diskussionspapier, National University of Singapore.

Allianz (2012): Allianz Global Wealth Report 2012, München.

Arbeitsministerium Singapur (2013a): Labour Force in Singapore 2012, Singapur.

Arbeitsministerium Singapur (2013b): Portable Medical Benefits for Employees, online unter: <http://www.mom.gov.sg/employment-practices/medical-benefits/Pages/medical-benefits.aspx>, [28.06.2013].

Arbeitsministerium Singapur (2013c): Sick leave, online unter: <http://www.mom.gov.sg/employment-practices/leave-and-holidays/Pages/sick-leave.aspx>, [28.06.2013].

Arbeitsministerium Singapur (2009): Pressemitteilung vom 25.09.2009: Obligations of Employers of Foreign Workers Tweaked, online unter: <http://www.mom.gov.sg/newsroom/Pages/PressReleasesDetail.aspx?listid=26>, [28.06.2013].

Auswärtiges Amt (2013a): Singapur, online unter: http://www.auswaertiges-amt.de/sid_92C442B5021FAD796000E1D6E441037F/DE/Aussenpolitik/Laender/Laenderinfos/01-Nodes_Uebersichtsseiten/Singapur_node.html, [28.06.2013].

Auswärtiges Amt (2013b): Singapur: Wirtschaftsdrehkreuz Südostasiens, http://www.auswaertiges-amt.de/DE/AAmt/BM-Reisen/2013/02_Suedostasien/130208_SGP_Artikel.html, [28.06.2013].

Bertelsmann Stiftung (2008): Transformationsbericht Singapur 2008, online unter: <http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-5F084F48-1516AEF6/bst/BTI%202008%20Singapur.pdf>, [28.06.2013].

Bildungsministerium Singapur (2013): Principles of governance, online unter: http://www.ne.edu.sg/principles_of_governance.htm, [28.06.2013].

Borda, Marta (2011): Medical savings accounts - in search of an alternative model of health care financing in European countries. In: BEH – Business and Economic Horizons, Vol. 6, Issue 3, S. 54-65.

Central Provident Fund Board (2013a): Overview, online unter: <http://mycpf.cpf.gov.sg/CPF/About-Us/Intro/Intro.htm>, [28.06.2013].

Central Provident Fund Board (2013b): CPF Minimum Sum Scheme (MSS), online unter: <http://ask-us.cpf.gov.sg/efa/index.htm?isBrowsingTree=1&initCollectionID=381844984100003741>, [28.06.2013].

Central Provident Fund Board (2013c): CPF Contribution, online unter: <http://mycpf.cpf.gov.sg/Members/Gen-Info/Con-Rates/ContriRA>, [28.06.2013].

Central Provident Fund Board (2013d): Medisave Contribution Rates For Net Trade Income earned from 2013 onwards, online unter: http://ask-us.cpf.gov.sg/efa/cs/idcplg?IdcService=GET_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&Rendition=Primary&allowInterrupt=1&noSaveAs=1&dDocName=EFA_10866, [28.06.2013].

Central Provident Fund Board (2013e): Distribution of CPF Savings With or Without a Nomination, online unter: <http://ask-us.cpf.gov.sg/efa/index.htm?initCollectionID=381844984100003689&isBrowsingTree=1>, [28.06.2013].

Central Provident Fund Board (2013f): Hospitalisation, online unter: <http://ask-us.cpf.gov.sg/efa/index.htm?isBrowsingTree=1&initCollectionID=381844984100003868>, [28.06.2013].

Central Provident Fund Board (2013g): GST Voucher – Medisave, online unter: <http://www.gstvoucher.gov.sg/faqs.html#3>, [28.06.2013].

Central Provident Fund Board (2013h): General Information on MediShield, online unter: <http://ask-us.cpf.gov.sg/efa/index.htm?isBrowsingTree=1&initCollectionID=381844984100003919&pageNumber=2>, [28.06.2013].

Central Provident Fund Board (2013i): Application for MediShield Cover, online unter: <http://ask-us.cpf.gov.sg/efa/index.htm?isBrowsingTree=1&initCollectionID=381844984100003893>, [28.06.2013].

Central Provident Fund Board (2013j): General Information On MediShield Scheme, online unter: http://mycpf.cpf.gov.sg/CPF/my-cpf/Healthcare/General_Info_MSH-Scheme.ht, [28.06.2013].

Central Provident Fund Board (2013k): Medisave Minimum Sum, CPF Trends, April 2013.

Central Provident Fund Board (2011): Payment of Medical Bills using Medisave Account Monies. CPF Trends, July 2011.

Central Provident Fund Board (2007): News Release 28.10.2007: MediShield coverage for newborns and youths, online unter: http://mycpf.cpf.gov.sg/CPF/News/News-Release/N_28Oct2007.htm, [28.06.2013].

Choon, Ngee Chia (2010): Social protection in Singapore: Targeted Welfare and Asset-based Social Security. In: Asher et al.: Social protection in East Asia – Current State and Challenges. ERIA Research Report 2009-9, Jakarta.

Chung, Won Hong (o.J.): Justice and Healthcare: A Confucian Perspective, Diskussionspapier, National Central University Taiwan, Jhongli.

Community Health Assist Scheme (2013a): About CHAS, online unter: http://www.chas.sg/page_patients.aspx?id=320#chas, [28.06.2013].

Community Health Assist Scheme (2013b): Frequently asked Questions, online unter: <http://www.chas.sg/faqpatients.aspx>, [28.06.2013].

Finanzministerium Singapur (2013): Key Budget Initiatives. Measures for households, online unter: http://www.singaporebudget.gov.sg/budget_2013/key_initiatives/families1.html#f22, [28.06.2013].

Finanzministerium Singapur (2012): Singapore Budget 2012. Expenditure Overview: Ministry of Health, online unter: http://www.mof.gov.sg/budget_2012/expenditure_overview/moh.html, [28.06.2013].

Finanzministerium Singapur (2011): Singapur Budget 2011. Expenditure Overview: Ministry of Health , online unter: http://www.mof.gov.sg/budget_2011/expenditure_overview/moh.html, [28.06.2013].

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2013): Art der ärztlichen Leistung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung, Abrechnungsfälle/Leistungsfälle (Anzahl), online unter: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=82865972&nummer=263&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=53604225#SOURCES, [28.06.2013].

Gesundheitsministerium Singapur (2013a): Monthly Digest of Statistics Singapore, April 2013.

Gesundheitsministerium Singapur (2013b): Primary Healthcare Services, online unter: http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/our_healthcare_system/Healthcare_Services/Primary_Care.html, [28.06.2013].

Gesundheitsministerium Singapur (2013c): Dental Services, online unter:
http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/our_healthcare_system/Healthcare_Services/dental_services.html, [28.06.2013].

Gesundheitsministerium Singapur (2013d): Hospital Services, online unter:
http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/our_healthcare_system/Healthcare_Services/Hospitals.html, [28.06.2013].

Gesundheitsministerium Singapur (2013e): Expenditure by Ministry of Health, online unter:
http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/statistics/Health_Facts_Singapore/Healthcare_Financing.html, [28.06.2013].

Gesundheitsministerium Singapur (2013f): Rede des Gesundheitsministers Gan Kim Yong am 12.03.2013 - Better Health for All (Teil 2), online unter:
http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/pressRoom/speeches_d/2013/MOH2013COSMinSpeechBetterHealthforAllPart2of2.html, [28.06.2013].

Gesundheitsministerium Singapur (2013g): Public Hospitals - Medical Specialties, online unter:
http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/statistics/healthcare_institutionstatistics/average_hospitalinpatientbillsizetables/Public_Hospitals-Medical_Specialties.html, [28.06.2013].

Gesundheitsministerium Singapur (2013h): Subsidy (Hospitalisation) for Citizens & Non-Citizens, online unter:
http://www.pqms.moh.gov.sg/apps/fcd_faqlmain.aspx?qst=2fN7e274RAp%2bbUzLdEL%2fmJu3ZDKARR3p5NI92FNtJifyAEBxJBkFU4Wa7oCdfd4YHSNwOPEJWpZd85IkArvUWu4q85h9WbnLfUM0NSvInaP48pA4f2H6b30H%2bF%2brRvY9Z9HXcpKdfW49T2wu%2bGU0HdXH3k4PpEjWm4hF6c03YaRkX6%2bi1XX%2bibJXj6mRStM7szoRU%2b8C1%2bU%3d, [28.06.2013].

Gesundheitsministerium Singapur (2013i): Medisave, online unter:
http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/schemes_subsidies/medisave.html, [28.06.2013].

Gesundheitsministerium Singapur (2013j): Withdrawal Limits, online unter:
http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/schemes_subsidies/medisave/Withdrawal_Limits.html, [28.06.2013].

Gesundheitsministerium Singapur (2013k): Medisave Scheme, online unter:
http://www.pqms.moh.gov.sg/apps/fcd_faqlmain.aspx?qst=2fN7e274RAp%2bbUzLdEL%2fmJu3ZDKARR3p5NI92FNtJifkr85%2bSNXViR0nxePxvBWoR6djf%2fdcKfa3PmTOUCoQmNC1cuMsBU5rEcsrKIEgQHYwHEtORL2eB9nBeYdgoaLoEKb1FIG5zmC9uqhV2Cpsu3h15a9TBXEZzdQbwjuau0hjdd8dPKh6UrJHmbC%2bnfKMx65JY2Wvs6U%3d, [28.06.2013].

Gesundheitsministerium Singapur (2013l): ElderShield, online unter:
http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/schemes_subsidies/ElderShield.html, [28.06.2013].

Gesundheitsministerium Singapur (2013m): MediShield Premiums, online unter:
http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/schemes_subsidies/MediShield/Premiums.html, [28.06.2013].

Gesundheitsministerium Singapur (2013n): Costs and Financing, online unter:
http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing.html, [28.06.2013].

Gesundheitsministerium Singapur (2013o): Comparison of MediShield and Private Integrated Plans, online unter:
http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/schemes_subsidies/MediShield/Comparison_of_MediShield_and_Private_Integrated_Plans.html, [28.06.2013].

Gesundheitsministerium Singapur (2013p): Medifund Scheme, online unter:
http://www.pqms.moh.gov.sg/apps/fcd_faqmain.aspx?qst=2fN7e274RAp%2bbUzLdEL%2fmJu3ZDKARR3p5NI92FNtJielnBTQVRjVQ27EhPrII2Vta8u%2b4JUR6PDEYNE%2fny40jMl0uViUQUvqgtl6Zu%2fNtwZKmw7ycRTZDwAi4A0WWo8Q%2b7EzUiay%2fouenIoX0X8Gw0ZNBZpBsZoun8a8cR%2fMCHJiNFSIW68k7s2yEPEnehLKFiA%2fEMhuExA%3d, [28.06.2013].

Gesundheitsministerium Singapur (2013q): Rede des Gesundheitsministers Gan Kim Yong am 12.03.2013 - Better Health for All (Teil 1), online unter:
http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/pressRoom/speeches_d/2013/COS2013SpeechBetterHealthforAllPart1of2.html, [28.06.2013].

Gesundheitsministerium Singapur (2013r): Medisave for health screening, online unter:
http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/schemes_subsidies/medisave/medisave_for_healthscreening.html, [28.06.2013].

Hian, Leong Sze (2013): Medifund helped over half a million patients? It only tells half the story, online unter: <http://www.tremeritus.com/2013/02/24/medifund-helped-over-half-a-million-patients-it-only-tells-half-the-story>, [28.06.2013].

Hill, Michael/Fee, Lian Kwen (2003): The politics of nation building and citizenship in Singapore, New York.

Hospitals.SG (2009): Singapore starts means testing in hospitals, online unter:
<http://www.hospitals.sg/story/singapore-starts-means-testing-hospitals>, [28.06.2013].

Imhof-Rudolph, Heike (1999): Rentenversicherung in Singapur: Der Central Provident Fund. In: WeltTrends Nr. 24, Herbst 1999, S. 77-93.

Institute of Mental Health (2013): Hospital Charges, online unter:

<http://www.imh.com.sg/clinical/page.aspx?id=244>

Khan, Habibullah (2001): Social Policy in Singapore - A Confucian Model? World Bank Institute, Washington.

Li, Shu-Chuen (2007): Health Care System and Public Sector Drug Formulary in Singapore.

In: ISPOR Connections, Vol. 13, Nr. 5, online unter:

<http://www.ispor.org/news/articles/oct07/hcs.asp>, [28.06.2013].

Lim, Meng-Kin (2012): Values and Health Care: The Confucian Dimension in Health Care Reform. In: Journal of Medicine and Philosophy 37, S. 545-555.

Lim, Meng-Kin (2004): Shifting the burden of health care finance: a case study of public-private partnership in Singapore. In: Health Policy 69, S. 83-92.

Ministerium für Soziales und Familie Singapur (2013): Public Assistance (PA) Scheme Enhanced to Provide Greater and More Flexible Help for the Needy, online unter:

<http://app.msf.gov.sg/PressRoom/PublicAssistancePASchemeEnhanced.aspx>, [28.06.2013].

Murray, Christopher J. L./Lopez, Alan D./ Wibulpolprasert, Suwit (2004): Monitoring global health: time for new solutions. In: British Medical Journal 329, S. 1096-1100.

National Population and Talent Division (2012): Population in Brief 2012.

National Skin Center (2013): Consultation Fees, online unter:

<http://www.nsc.gov.sg/showpage.asp?id=18>, [28.06.2013].

National Population and Talent Division (2013): Our Demographic Challenges and What

These Mean to Us, online unter: <http://www.population.sg/key-challenges/#.UYkPKFaZdD8>

OECD (2012): Employment Outlook 2012.

Phua, Kai Hong (1991): Privatization & Restructuring of health services in Singapore. Occasional Paper Nr. 5, National University of Singapore.

Phua, Kai Hong (2005): Singapore. In: WHO (2005): Social Health Insurance – Selected Studies from Asia and the Pacific, Manila/New Delhi.

PKV-Verband (2012): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2011/2012, Köln.

Ramsay, Catriona (2005): A comparison of healthcare in Singapore and New Zealand. The influence of society and culture. In: nzfp, Vol. 32, Nr. 3.

Reisman, David (2006): Payment for health in Singapore. In: International Journal of Social Economics, Vol. 33, Nr. 2, S. 132-159.

Schreyögg, Jonas (2003): Medical Savings Accounts. Eine ökonomische Analyse von Gesundheitssparkonten unter besonderer Berücksichtigung des Gesundheitssystems in Singapur, Baden-Baden.

Statistisches Amt Singapur (2013): National Accounts, Gross Domestic Product (GDP) by Industry, http://www.singstat.gov.sg/statistics/browse_by_theme/national_accounts.html, [28.06.2013].

Statistisches Amt Singapur (2012): Population Trends 2012, Singapur.

Statistisches Bundesamt (2013): Krankenhäuser, online unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/EntlassenePatientenEckdaten.html>, [28.06.2013].

Sung, Johnny (2006): Explaining the economic success of Singapore. The Developmental Worker As the Missing Link, Cheltenham/Northampton.

Thomson, Sarah/Mossialos, Elias (2008): Medical savings accounts: can they improve health system performance in Europe? In: Euro Observer Winter 2008, Vol. 10, Nr. 4.

Worldbank (2013): Population density, online unter: http://data.worldbank.org/indicator/EN.POP.DNST?order=wbapi_data_value_2010+wbapi_data_value+wbapi_data_value-last&sort=asc, [28.06.2013].

WIP-Veröffentlichungen von 2009 bis 2013

HIV-Infektion in der PKV – Prävalenz, Inzidenz und Arzneimittelversorgung,
WIP-Diskussionspapier 2/2013, Verena Finkenstädt, Dr. Frank Wild

Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten – Die Entwicklung von 2006 bis 2011, WIP-Diskussionspapier 1/2013, Dr. Frank Niehaus

Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen – Ein internationaler Überblick,
Verena Finkenstädt, Dr. Frank Niehaus, ISBN 978-3-9813569-4-6

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2011 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich,
Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-3-9, 2/2013

Ausgabensteigerungen bei Arzneimitteln als Folge von Innovationen, Eine Analyse der Verordnungen von monoklonalen Antikörpern in der PKV, WIP-Diskussionspapier 4/2012, Dr. Frank Wild

Die sozioökonomische Struktur der PKV-Versicherten - Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008, WIP-Diskussionspapier 3/2012, Verena Finkenstädt, Dr. Torsten Keßler,

Geburten- und Kinderzahl im PKV-GKV-Vergleich - Eine Analyse der Entwicklung von 2000 bis 2010, WIP-Diskussionspapier 2/2012, Dr. Frank Niehaus

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2010 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich,
Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-1-5

Vom Originalpräparat zum Generikum - Wann erfolgt eine Umstellung der Medikation bei Privatversicherten? WIP-Diskussionspapier 1/2012, Dr. Frank Wild

Gesetzliche Arzneimittelrabatte und ihre Auswirkungen auf die Arzneimittelausgaben,
WIP-Diskussionspapier 4/2011, Dr. Frank Wild

Impfung gegen humane Papillomviren (HPV). Eine Analyse von Verwaltungsdaten Privatversicherter,
WIP-Diskussionspapier 3/2011, Dr. Frank Wild

Ein Vergleich der zahnärztlichen Vergütung nach GOZ und BEMA, WIP-Diskussionspapier 2/2011,
Dr. Frank Niehaus, Dr. Torsten Keßler, Verena Finkenstädt

Die Bedeutung der GOZ für das Einkommen der Zahnärzte, WIP-Diskussionspapier 1/2011,
Dr. Frank Schulze Ehring (Gastautor)

Das Spannungsverhältnis zwischen Äquivalenz- und Einkommensumverteilung in der GKV – Eine Analyse der historischen Entstehungszusammenhänge, Verena Finkenstädt, ISBN 978-3-9813569-0-8

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2008 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich,
Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9810070-9-1

Ausgaben für Laborleistungen im ambulanten Sektor – Vergleich zwischen GKV und PKV
2007/2008, WIP-Diskussionspapier 4/2010, Dr. Torsten Keßler

Beitrags- und Leistungsdifferenzierung in der GKV?, WIP-Diskussionspapier 3/2010,
Dr. Frank Schulze Ehring, Dr. Anne-Dorothee Köster

Die Pflegefinanzierung und die Pflegeausgaben im internationalen Vergleich,
WIP-Diskussionspapier 2/2010, Dr. Frank Wild

Zukünftige Entwicklung in der sozialen Pflegeversicherung, WIP-Diskussionspapier 1/2010,
Dr. Frank Niehaus

Die Verordnung von Medikamenten zur Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
(ADHS) in der PKV, WIP-Diskussionspapier 14/2009, Dr. Frank Wild

Die Arzneimittelversorgung von Kindern in der PKV, WIP-Diskussionspapier 13/2009,
Dr. Frank Wild

Deutschland – ein im internationalen Vergleich teures Gesundheitswesen?, WIP-Diskussionspapier
12/2009, Dr. Frank Niehaus, Verena Finkenstädt

Radiologie – Analyse ambulanter Arztrechnungen zu Abschnitt O. der GOÄ,
WIP-Diskussionspapier 11/2009, Dr. Torsten Keßler

Die Verordnung von neuen Wirkstoffen (Ausgabe 2009), WIP-Diskussionspapier 10/2009,
Dr. Frank Wild

Versicherung von Kindern im Vergleich zwischen GKV und PKV, WIP-Diskussionspapier 9/2009,
Dr. Frank Niehaus

Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2007, WIP-
Diskussionspapier 8/2009, Dr. Frank Niehaus

Ein Vergleich der ärztlichen Vergütung nach GOÄ und EBM, WIP-Diskussionspapier 7/2009,
Dr. Frank Niehaus

Ausgaben für Laborleistungen im ambulanten Sektor – Vergleich zwischen GKV und PKV
2004/2005/2006, WIP-Diskussionspapier 6/2009, Dr. Torsten Keßler

Die Bedeutung von Generika in der PKV im Jahr 2007, WIP-Diskussionspapier 5/2009,
Dr. Frank Wild

Die Arzneimittelversorgung älterer Menschen - Eine Analyse von Verordnungsdaten des Jahres 2007,
WIP-Diskussionspapier 4/2009, Dr. Frank Wild

Die Verordnungen von Impfstoffen in der PKV, WIP-Diskussionspapier 3/2009, Dr. Frank Wild

Familienförderung in der Gesetzlichen Krankenversicherung? Ein Vergleich von Beiträgen und Leis-
tungen, WIP-Diskussionspapier 2/2009, Dr. Frank Niehaus

Das Gesundheitssystem in der VR China, WIP-Diskussionspapier 1/2009, Dr. Anne Dorothee Köster

*Die aufgeführten Veröffentlichungen (sowie die älteren Studien aus den Jahren 2005 bis 2008)
können über die Webseite des WIP (<http://www.wip-pkv.de>) heruntergeladen werden. Die Studien
mit ISBN können darüber hinaus auch unentgeltlich in gedruckter Form über das WIP bezogen
werden.*

