

DIMENSIONEN DER AUSGABEN FÜR DAS ÖSTERREICHISCHE GESUNDHEITSWESEN 2003

EVELYN WALTER

Hintergrund: In Jahr 2003 betrugen die Gesundheitsausgaben in Österreich 7,5% des Sozialprodukts. Bei anhaltend flachem Wirtschaftswachstum und bei Berücksichtigung der Maastricht-Kriterien können erheblich Probleme der Gesundheitsfinanzierung entstehen; wegen wahrscheinlicher Budgetprobleme bildet sich ein deutlicher Reformdruck. Grundvoraussetzung für Reformen ist die Transparenz der Finanzierungsverflechtungen im Gesundheitswesen.

Zielsetzung: Zielsetzung dieses Beitrages ist es, der Höhe der Gesundheitsausgaben im Rahmen der statistischen Erfassung nachzugehen und zu hinterfragen, ob das OECD/VGR Verbrauchskonzept (ESVG 95) zur Ermittlung der Gesundheitsausgaben ausreichend ist. Weiters wird gezeigt, wer für die österreichischen Gesundheitsausgaben tatsächlich aufkommt.

Ergebnisse: Die Erfassung der Gesundheitsausgaben - nach dem Verbrauchskonzept - stellt kein geeignetes Maß zur tatsächlichen Ausgabenerfassung dar. Aussagen, wer unser Gesundheitssystem finanziert, können korrekterweise nur auf Basis der Gesamtausgabenströme nach dem Ausgabenprinzip erfolgen. Werden die Gesundheitsausgaben nach diesem Konzept erfasst liegt die Gesundheitsquote bei 9,5%, anstelle der bekannten 7,5%. Die Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens ist insgesamt verzögert progressiv. Wohlhabende Bevölkerungsschichten finanzieren absolut gemessen am Einkommen mehr, jedoch proportional weniger als niedrige Einkommensgruppen. JEL N° H 51

1. Einleitung

In Österreich stellen die Gesundheitsausgaben mit 7,5% des Sozialprodukts an zweiter Stelle nach der sozialen Sicherung, aber noch vor dem Bildungswesen, eine zentrale ausgabenrelevante Position dar. Kein Wunder, dass sich hier bei flachem Wirtschaftswachstum und zu erwartenden, erheblichen Budgetproblemen - noch dazu unter den Einengungen der Maastricht-Kriterien - ein gewaltiger Reformbedarf auftut. Bei Einhaltung des EU-Stabilitäts- und Wachstumspaktes darf das jährliche Budgetdefizit 3% des BIPs nicht überschreiten, d.h. jede Einnahmensenkung bedeutet weniger ausgabenseitigen Spielraum für die öffentliche Hand. Eine Steuer- und Abgabensenkung macht also zugleich eine Ausgabenreduktion notwendig. Damit werden sozialpolitische Forderungen nach höheren Staatsausgaben unrealistisch. Zudem hinkt in den meisten europäischen Ländern das Wirtschaftswachstum dem Anstieg der Gesundheitsausgaben hinterher und zwingt die Regierungen, neue Finanzierungsmöglichkeiten zu finden oder einen größeren Anteil der Kosten auf die Patienten abzuwälzen.

Aber: „wer bezahlt was, wofür und an wen?“ - dies ist die Schlüsselfrage! Grundvoraussetzung für Reformen ist die Transparenz der Finanzierungsverflechtungen im Gesundheitswesen. Den Österreichern wird seit Jahren konsequent vermittelt, dass der private Anteil an den Gesundheitsausgaben im Zeitverlauf steigt und bereits ein Drittel (32,4%) der gesamten Gesundheitsausgaben ausmache und dass etwa die Hälfte der Ausgaben über Krankenversicherungsbeiträge finanziert wird. Der steuerfinanzierte Anteil wird erheblich unterschätzt.

Zielsetzung dieses Beitrages ist es, der Höhe der Gesundheitsausgaben im Rahmen der statistischen Erfassung nachzugehen und zu hinterfragen, ob das OECD/VGR-Verbrauchskonzept (ESVG 95) zur Ermittlung der Gesundheitsausgaben ausreichend ist. Weiters wird gezeigt, wer für die österreichischen Gesundheitsausgaben tatsächlich aufkommt.

2. Was kostete die Gesundheit im Jahr 2003

Im Jahr 2003 beliefen sich die österreichischen Gesundheitsausgaben gemäß Statistik Austria auf 17 Mrd. EUR oder 2.085 EUR pro Einwohner und Jahr. Dies entspricht 7,5% des Bruttoinlandsprodukts. Diese Größenordnung erscheint im europäischen Vergleich niedrig, da gemessen an den alten EU-Ländern nur Großbritannien, Spanien, Finnland und Irland geringere Gesundheitsquoten aufweisen. Die unterdurchschnittliche Höhe der österreichischen Gesundheitsquote - bei anerkannt hohem Leistungsstandard - impliziert, dass Österreich ein vergleichsweise günstiges oder effizientes Gesundheitswesen bereitstellt. Der Grund bzw. die Erklärung dieses Phänomens muss einerseits in der Methode der statistischen Erfassung gesucht werden und liegt zum anderen in den synonym verwendeten Begriffen Gesundheitsausgaben und Gesundheitskonsum.

Die Gesundheitsausgaben werden gemäß OECD/VGR Verbrauchskonzept (ESVG 95) erfasst. Dabei werden der öffentliche und private Konsum sowie Investitionen im Bereich Gesundheit nach dem Nettoprinzip erfasst. Das Verbrauchskonzept erfasst Konsumgüter, die der Sektor insgesamt erhalten hat. Die gesamten Gesundheitsausgaben setzen sich somit aus den Konsum- und Investitionsausgaben der Sektoren Staat, private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck zusammen (Dannerbauer, 2001). Die so erfassten Gesundheitsausgaben sind eine Teilmenge des BIPs. Das Konzept klärt nicht, wer den Kauf finanziert.

Statistik Austria publiziert nach dem erwähnten Konzept für das Jahr 2003 folgende Gesundheitsausgaben: Von den Gesamtausgaben in Höhe von 17 Mrd. EUR waren 11,5 Mrd. EUR oder 67,6% öffentliche Ausgaben, wovon 11,1 Mrd. EUR auf Konsumausgaben des Staates entfallen. Die privaten Gesundheitsausgaben lagen im Jahr 2003 in Höhe von 5,5 Mrd. EUR oder 32,4%, davon betrugen die Konsumausgaben der privaten Haushalte für Gesundheit 4,9 Mrd. EUR.

Analysiert man diese Erfassung genauer, werden zwei Probleme offenkundig: Seit der Gesundheitsreform 1997 und der Einführung der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) gelten öffentliche Spitäler (Fondsspitäler) als „Marktproduzenten“, da sie knapp mehr als 50% ihrer Kosten über Leistungsverkäufe für „quasi“ (wirtschaftlich signifikante) Preise erwirtschaften. Decken die Verkaufserlöse über die Hälfte der Produktionskosten (50%-Kriterium) ist die institutionelle Einheit ein Marktproduzent. Als „Kaufpreise“ werden die Einnahmen aus der LKF aufgefasst. Dies hat zur Folge, dass die anderen Säulen der Krankenanstaltenfinanzierung wie die Betriebsabgangsdeckungen und sonstige Zuwendungen der Spitalsträger nicht in den offiziellen Gesundheitsausgaben erscheinen (rund 4,3 Mrd. Euro fehlen), d.h. es entfällt der Staatsverbrauch. Eine weitere Problematik ergibt sich aus Definitionen, z.B. stellen Ärztegehälter der Unikliniken in Österreich keine Gesundheitsausgaben dar, sondern Ausgaben des Bereichs „Wissenschaft“.

Die Erfassung des Gesundheitskonsums und der -investitionen nach dem Verbrauchskonzept stellt kein geeignetes Maß zur tatsächlichen Ausgabenerfassung im Bereich Gesundheit dar. Diese Tatsache war bereits Gegenstand von Untersuchungen. Eigene Berechnungen der Gesundheitsausgaben für das Jahr 1999 haben gezeigt, dass die publizierten Gesundheitsausgaben um mindestens 5 Mrd. Euro unterschätzt werden und bei einer Gesundheitsquote von 10,9% des BIP oder 21,4 Mrd. Euro liegen (Pichler et al., 2002). Auch der Rechnungshof hat in einer Arbeit (Rechnungshof, 2003) diese Ergebnisse bestätigt.

Die statistischen Ämter publizieren selbst neben der öffentlichen Gesundheitsquote nach dem Verbrauchskonzept eine weitere Quote für die öffentlichen Gesundheitsausgaben nach dem Ausgabenkonzept. Diese beruht auf dem Berechnungskonzept der COFOG-Ausgaben (Classification of Func-

tion of Government), welches die Höhe der Staatsausgaben ermittelt. Dabei handelt es sich um eine revidierte Klassifikation der Ausgabenbereiche des Staates mit 10 Abteilungen oder Aufgabenbereichen (01 Allgemeine öffentliche Verwaltung, 02 Verteidigung, 03 Öffentliche Ordnung und Sicherheit, 04 Wirtschaftliche Angelegenheiten, 05 Umweltschutz, 06 Wohnungswesen und kommunale Einrichtungen, 07 Gesundheitswesen, 08 Freizeitgestaltung, Sport, Kultur und Religion, 09 Bildungswesen, 10 Soziale Sicherung). Die Staatsausgaben aller Abteilungen beinhalten Ausgaben der vier Teilsektoren Bund, Land, Gemeinde und Sozialversicherung. Der größte Anteil an den Staatsausgaben (rund 42%) entfällt auf den Bereich Soziale Sicherung (Dellmour, 2004). Die Abteilung 07 Gesundheitswesen (13% der gesamten Staatsausgaben) umfasst folgende Ausgabenpositionen: medizinische Erzeugnisse, Geräte und Ausrüstungen, ambulante Behandlung, stationäre Behandlung, öffentlicher Gesundheitsdienst, angewandte Forschung und experimentelle Entwicklung im Bereich Gesundheit und Gesundheitswesen. Konsumausgaben des Staates im Bereich Gesundheit entsprechen dem Wert der Gesundheitsgüter, welche vom Staat selbst produziert werden (ohne Erlöse aus Verkäufen und selbsterstellter Anlagen) zuzüglich am Markt erworbene Gesundheitsgüter, die privaten Haushalten in Form von Sachleistungen zukommen (Dannerbauer, 2001).

Vergleicht man nun die offiziellen „österreichischen öffentlichen Gesundheitsausgaben“ in Höhe von 11,2 Mrd. EUR des Jahres 2002 mit den „Staatsausgaben für Gesundheit gemäß COFOG-Konzept“, die in diesem Jahr bei 14,5 Mrd. EUR (keine aktuelleren Werte vorhanden) liegen, wird der Unterschied in der statistischen Erfassung deutlich sichtbar. Die Publikation der COFOG-Daten der Abteilung 07 Gesundheit zeigt, dass die Gesundheitsausgaben nach VGR Verbrauchskonzept (ESVG 95) keine umfassende Angabe über die tatsächlich zu leistenden Ausgabenströme macht, sondern ausschließlich Auskunft über Konsum- und Investitionsausgaben im Bereich Gesundheit gibt. Ebenso ist ein internationaler Vergleich, ausschließlich basierend auf den Gesundheitsausgaben gemäß Verbrauchskonzept, höchst problematisch.

Unter Berücksichtigung der geschilderten Problematik, d.h. Ergänzung des Staatsverbrauches und der Ärztegehälter, ergeben sich für das Jahr 2003 Gesundheitsausgaben in folgender Höhe: Insgesamt, d.h. alle Sektoren der Volkswirtschaft gaben im Bereich Gesundheit 21,35 Mrd. EUR aus. Davon entfallen 15,39 Mrd. EUR oder 74,2% auf die öffentlichen Ausgaben. Die vollständige Erfassung der Gesundheitsausgaben – anstelle von wirtschaftlich signifikanten, aber nicht kostendeckenden, Preisen – führt einerseits zu einer um 4,3 Mrd. höheren Ausgabensumme. Die Gesundheitsquote liegt somit bei 9,5% des BIPs. Andererseits liegt der Anteil der privaten Gesundheitsausgaben nicht wie angenommen bei 32,4%, sondern bei nur 25,8% (5,5 Mrd. EUR).

Wie bereits erwähnt kamen frühere Arbeiten – eigene Berechnungen des Jahres 1999 und die Ergebnissen des Rechnungshofes – zu einer weitaus höheren Gesundheitsquote von 11%. Dieser Unterschied ist in der Abgrenzung des Bereichs Gesundheit mit anderen Aufgabenbereichen des Staates zu suchen, die nicht eindeutig zuordenbar sind. Z.B. sind in den Gesundheitsausgaben für das Jahr 2003 die Ausgabenpositionen Alten- und Pflegeheime sowie der klinische Mehraufwand nicht enthalten, die in den früheren Arbeiten als Gesundheitsausgaben definiert wurden. Den klinischen Mehraufwand erhalten Universitätskliniken vom Bund um Forschung und Lehre zu finanzieren. Im Falle beider Ausgabenpositionen kann diskutiert werden, ob diese in den Bereich Gesundheit fallen oder ob sie nicht doch – im Falle der Altersheime – Sozialausgaben sind bzw. der klinische Mehraufwand eine Ausgabe des Bereichs Bildung und Wissenschaft ist.

Aussagen, wer unser Gesundheitssystem finanziert, bzw. wie hoch der private, beitragsfinanzierte oder steuerfinanzierte Anteil an den Gesundheitsausgaben ist kann korrekterweise nur auf Basis der Gesamtausgaben nach dem Ausgabenprinzip erfolgen.

3. Wer finanzierte die Gesundheitsausgaben im Jahr 2003

Ein ausgeglichenes Gesundheitsfinanzierungssystem geht von einer Einnahmen-Ausgabengleichheit aus. Betrachtet man die Gesundheitsfinanzierungsgleichung nach Evans (1998), müssen demnach sämtliche Einnahmen den gesamten Ausgaben entsprechen. Die Gleichung impliziert, dass keine Defizite entstehen (Mossialos et al., 2002).

$$TF + SI + UC + PI = P \times Q = W \times Z$$

Die Einnahmenseite setzt sich aus folgenden Komponenten zusammen: Steuern (TF), Sozialversicherungsbeiträge (SI), Out-of-pocket payments (inklusive Selbstbeteiligungen und Gebühren) (UC) und private Versicherungsbeiträge (PI). Diese Summe entspricht auf der Ausgabenseite dem Produkt von Preis mal Menge ($P \times Q$) der konsumierten Gesundheitsgüter und Leistungen oder ebenso der Menge der Inputkombinationen (W) multipliziert mit dem Preis der Inputs (Z), welche zur Bereitstellung der Gesundheitsgüter und -leistungen notwendig sind.

In den meisten europäischen Ländern basiert die Finanzierung der Gesundheitsleistungen auf einem Mix der genannten Einnahmenquellen, welcher in vielen Fällen historisch entstanden ist. In Ländern mit einem nationalen Gesundheitsdienst überwiegt die Steuerfinanzierung des Systems (vgl. Mossialos et al., 2002). Beispielsweise werden in den Ländern Dänemark, Italien, Portugal, Spanien, Schweden und Großbritannien über 60% der Gesundheitsausgaben durch Steuermittel finanziert. Das österreichische Gesundheitssystem als Sozialversicherungssystem wird noch zum überwiegenden Maße aus Sozialversicherungsbeiträgen finanziert. Der steuerfinanzierte Anteil gewinnt jedoch angesichts der Ausgabensteigerungen im Gesundheitsbereich zunehmend an Bedeutung.

Das österreichische Gesundheitssystem als Sozialversicherungssystem folgt dem Bismarck-System. Dieses ist dadurch gekennzeichnet, dass es im Wesentlichen beitragsfinanziert ist und die daraus resultierenden Ansprüche im Prinzip leistungsorientiert sind. Es existiert eine „Zahler-Leistungsbringer-Trennung“ (Paton, 2000).

3.1. Steuern

Die Steuerfinanzierung der Gesundheitsausgaben kann entweder aus direkten Steuern (Produktionssteuern) oder indirekten Steuern (Verbrauchssteuern) erfolgen und ist einerseits zweckgebunden oder andererseits nicht zweckgebunden. In Österreich dominiert die Finanzierung aus indirekten Steuermitteln.

Als direkte Steuern werden Steuern bezeichnet, die nicht überwälzbar sind (bzw. nicht überwälzbar sein sollen), d.h. wo Steuerzahler und Steuerträger ident sind, wie dies insbesondere für die Lohn- und Einkommenssteuer gilt. Indirekte Steuern sind hingegen überwälzbar. Die Steuerlast wird beim Steuerschuldner erhoben, welcher jedoch nicht Steuerdestinatar sein muss. Dies gilt insbesondere für die Umsatzsteuer (Nowotny, 1996).

Die Einkommenssteuer weist in Österreich einen progressiven Tarifverlauf auf, d. h. höhere Einkommen werden stärker belastet als niedrige Einkommensschichten. Der Tarif der Verbrauchssteuern ist proportional. Um die Belastung der Bevölkerung durch die Verbrauchssteuern zu ermitteln,

wird diese zur Leistungsfähigkeit, i. d. R. eine Einkommensgröße, in Relation gestellt. Die Belastung der Verbrauchssteuer in den verschiedenen Einkommensklassen erweist sich als regressiv, da mit steigendem Einkommen der Anteil der gezahlten Verbrauchssteuer am Einkommen sinkt (Zimmermann et al., 1994). Das bedeutet jedoch, dass steuerfinanzierte Gesundheitsausgaben stärker von Haushalten unterer Einkommenschichten getragen werden.

Folgende Beispiele der zweckgebundenen steuerfinanzierten Gesundheitsausgaben können für Österreich angeführt werden: Gemäß B-KAG (§§ 57 und 58) gewährt der Bund den Landesfonds zum Zwecke der Krankenanstaltenfinanzierung Zweckzuschüsse in Höhe von 1,416 vH am Aufkommen der Umsatzsteuer. Laut Bundesrechnungsabschluss betrug die Summe am Umsatzsteueraufkommen für die Krankenanstaltenfinanzierung im Jahr 2003 215 Mio. EUR. Ebenso wie der Bund leisten Länder und Gemeinden gemäß Landesgesetzgebung Umsatzsteuermittel an die Landesfonds. Der Länderbeitrag beträgt 0,949 vH am Aufkommen der Umsatzsteuer. Im Jahr 2003 lag dieses Finanzvolumen bei ca. 143 Mio. EUR. Analog zahlen die Gemeinden einen Anteil an ihren Umsatzsteueraufkommen, nämlich 0,642 vH. 2003 lag dieser Betrag bei 97 Mio. EUR. Insgesamt betrachtet flossen 2003 455 Mio. EUR an Umsatzsteuermittel in die Krankenanstaltenfinanzierung. Dies entspricht 9,2% der gesamten Finanzausstattung der Landesfonds oder 5,7% der Ausgaben der Fondskrankenanstalten. Ergänzend muss jedoch angemerkt werden, dass im Jahr 2003 ca. 35% der Finanzausstattung der Landesfonds steuerfinanziert wurden, davon stammen 9,2% aus zweckgebundenen Umsatzsteuermitteln. Betrachtet man die Ausgaben der Fondskrankenanstalten, werden ca. 50% durch Steuermittel finanziert. Insgesamt werden in Österreich ca. 28,3% der gesamten Gesundheitsausgaben steuerfinanziert, wobei sich ein positiver Trend abzeichnet. Die Ursache liegt u. a. darin begründet, dass gedeckelte Beiträge zur Krankenanstaltenfinanzierung der gesetzlichen Sozialversicherung die Betriebsabgänge der Fondsspitäler ansteigen lassen. Die Krankenanstaltenträger, meist Länder und Gemeinden, sind per Gesetz verpflichtet diese aus Steuermitteln zu decken.

3.2. Sozialversicherungsbeiträge

Typisches Merkmal für die österreichische Sozialversicherung ist die Pflichtversicherung, die möglichst alle Erwerbstätigen in die Sozialversicherung einbeziehen soll. Bestimmte Personengruppen werden nach berufsständischen und regionalen Merkmalen (z.B. Arbeiter, Angestellte, Bauern, Gewerbetreibende etc.) jeweils zu einer großen Versichertengemeinschaft (Risikogemeinschaft) zusammengeschlossen und Sozialversicherungsträgern zugeordnet. Etwa 99 % der österreichischen Bevölkerung stehen unter dem Schutz der gesetzlichen Sozialversicherung.

Die Höhe der Prämie richtet sich nicht nach dem Risiko sondern nach dem individuell erzielten Einkommen. Die Beiträge zur gesetzlichen Sozialversicherung (SV) sind auf Arbeitseinkommen bis zu einer Höchstbetragsgrenze zu entrichten. Die SV-Beiträge wirken aufgrund dieser Höchstbeitragsgrenze, sowie den unterschiedlichen Krankenversicherungsbeiträgen für Arbeiter und Angestellte insgesamt regressiv. Bis zur Höchstbeitragsgrenze steigen die Beiträge der Arbeitnehmer proportional zum Einkommen an. Die Beträge zur Krankenversicherung liegen zwischen 6,8% (Dienstnehmer- und Dienstgeberbeitrag) bei Angestellten und 9,1% (Dienstnehmer- und Dienstgeberbeitrag) bei Arbeitern die dem Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG) nicht unterliegen. Für höhere Einkommen bleiben die SV-Beiträge absolut konstant und wirken daher regressiv zur Einkommensverteilung (Guger, 1996, S.21). A priori sind Sozialversicherungssysteme weniger progressiv als steuerfinanzierte Systeme, aber progressiver als die Privatfinanzierung.

Von den eingehobenen Sozialversicherungsbeiträgen fließen mehr als 97% in Form von Leistungen wieder an die Versicherten zurück (BMSG, 10.01.03). In Österreich wurden im Jahr 2003 42% der gesamten Gesundheitsausgaben durch Sozialversicherungsbeiträgen finanziert.

3.3. Out-of-pocket-payments

Out-of-pocket payments inkludieren folgende private Finanzierungsanteile: direkte Kosten, diese umfassen Zahlungen für Gesundheitsleistungen, welche nicht durch eine gesetzliche oder private Krankenversicherung gedeckt sind sowie Zuzahlungen nicht vollversicherter Leistungen und Gebühren. In Österreich betrugen Out-of-pocket payments im Jahr 2003 rund 3.500 Mio. EUR.

Je höher der private Finanzierungsanteil an den gesamten Gesundheitsausgaben ist, desto größer ist die relative Zahllast der unteren Einkommensschichten. Out-of-pocket payments reduzieren die Solidarität zwischen kranken und gesunden Personen. In den vergangenen Jahren konnte aber in den europäischen Ländern beobachtet werden, dass mit steigendem Wohlstand der Anteil der privaten Gesundheitsausgaben an den Gesamtausgaben, durch die steigende Nachfrage nach dem superioren Gut „Gesundheit“, kontinuierlich anstieg. Dies schlug sich einerseits in einer zusätzlichen Nachfrage nach Gesundheitsgütern und -leistungen sowie andererseits in der Substitution der Leistungsnachfragen vom öffentlichen in den privaten Bereich nieder. Das gesamte Gesundheitswesen absorbierte dadurch zusätzliches Kapital.

Im Jahr 2003 liegt in Österreich der private Finanzierungsanteil bei 25,8%, gemessen an den gesamten Gesundheitsausgaben. Out-of-pocket payments finanzieren etwa 16,5% der Gesamtausgaben für Gesundheit.

3.4. Private Versicherungsbeiträge

Die private Krankenversicherung spielt in der Europäischen Union, als Finanzierungsinstrument im Gesundheitswesen, eine untergeordnete Rolle. In Österreich werden private Krankenversicherungsverträge fast ausnahmslos als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen. Seit Sommer 1999, besteht in Österreich für freiberuflich Tätige die Möglichkeit aus der gesetzlichen Sozialversicherung auszutreten (Opting-Out) und substitutional in einen privaten Gruppenversicherungsvertrag einzutreten. In Deutschland und den Niederlanden steht es Personen über einer bestimmten Einkommensgrenze frei, einen Versicherungsvertrag bei einer gesetzlichen Krankenversicherung oder einer privaten Krankenversicherung abzuschließen. Die Versicherungsprämien gestalten sich risikoabhängig.

Private Krankenversicherungsverträge werden in erster Linie von einkommensstärkeren Bevölkerungsgruppen abgeschlossen. Insgesamt fließt dadurch mehr Kapital in das Gesundheitswesen. Dies trägt verstärkt zu Progressivität des Gesundheitsfinanzierungssystems bei.

Die private Krankenversicherung finanzierte im Jahr 2003 Gesundheitsleistungen in Höhe von 667 Mio. EUR, dies entspricht einem Finanzierungsanteil von etwa 3,1% an den gesamten Gesundheitsausgaben. Der Großteil entfällt auf den Krankenhauskostenersatz.

3.5. Zusammenfassende Darstellung

Betrachtet man alle einnahmenseitigen Finanzierungsanteile im österreichischen Gesundheitswesen ergibt sich der, in der folgenden Tabelle dargestellte, Finanzierungsmix. Zusätzlich zu den bereits diskutierten Finanzquellen enthält die nachstehende Abbildung private Investitionen.

Tabelle 1: Einnahmenseitige Finanzierungsanteile im Gesundheitswesen 2003 in Mio. EUR und in %

	in %	in Mio. EUR
Steuern	28,3	6.183
SV-Beiträge	42,0	8.823
Out of pocket payments	16,5	3.523
private Versicherung	3,1	667
private Investitionen	10,1	2.157

Quelle: eigene Berechnungen

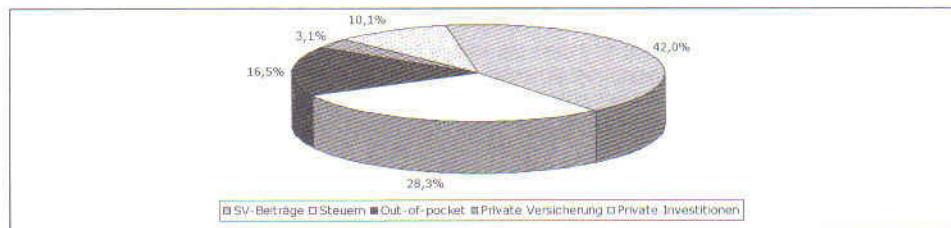


Abbildung 1: Einnahmenseitige Finanzierungsanteile im Gesundheitswesen 2003 in %

Quelle: eigene Berechnungen

Das österreichische Gesundheitswesen finanziert sich an erster Stelle mit 42% (8,8 Mrd. EUR) aus Beiträgen. Ein erheblicher Teil der Gesundheitsausgaben - 28,30% (6,2 Mrd. EUR) - ist steuerfinanziert. Gemäß der ökonomischen Inzidenz der Zahllast ist die Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens insgesamt verzögert progressiv. Wohlhabende Bevölkerungsschichten finanzieren absolut gemessen am Einkommen mehr, jedoch proportional weniger als niedrige Einkommensgruppen.

4. Schlussfolgerungen

In Zukunft hat die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens erhebliche Herausforderungen zu überstehen. Diese Herausforderungen können nur auf Basis einer transparenten Finanzierungsstruktur gemeistert werden. Nachfolgend sind einige Beispiele genannt:

Zukünftig wird die Anzahl der aktiven Beitragszahler zur sozialen Krankenversicherung weiter sinken, während die durchschnittliche Lebenserwartung steigt. Die Höhe der Gesundheitsausgaben wächst infolge der demographischen Entwicklung sowie des technischen Fortschritts, gleichzeitig sinken die Einnahmen der Krankenversicherung durch den vergleichsweise niedrigen Beitrag der Pensionisten.

Tatsache ist, dass die Gesundheitsausgaben bereits schneller wachsen als das BIP. Die Bruttolohnsumme - bis dato die bedeutendste Einnahmenquelle - bleibt hinter der BIP-Entwicklung, was eine Erosion der Einnahmenbasis bedeutet. Erschwerend hinzu kommt die Flexibilisierung der Arbeitsverhältnisse mit atypischen Dienstverhältnissen, Teilzeitarbeit und Arbeitslosigkeit.

All diese Gegebenheiten sind ein Indiz, dass in Zukunft der Steuerfinanzierung der Gesundheitsausgaben eine immer bedeutendere Rolle zukommt.

Bevor jedoch nach neuen Finanzierungsquellen gesucht wird, sollte die Effizienz und Effektivität des bestehenden Systems optimiert werden. Unter ökonomischen Aspekten sollten die knappen finanziellen Ressourcen im Gesundheitssystem jener Verwendung zugeführt werden, in der sie den

größten Nutzen stiften. Evaluierungen helfen Entscheidungsträgern, konkurrierende Maßnahmen in ihrer Kostenstruktur und Wirtschaftlichkeit zu beurteilen. Selbst wenn ein Maßnahme höhere Kosten verursacht, diese aber durch höheren Nutzen überkompensiert werden, so ist diese zu bevorzugen. Kosten-Effektivitätsentscheidungen zur systematischen Entscheidungsfundierung spielen im österreichischen Gesundheitswesen bis dato eine außerordentlich geringe Rolle (Ausnahme: Erstattung von Arzneimitteln). Ursache ist, dass - durch das Auseinanderfallen von Verantwortung und Finanzierung - bei den verantwortlichen Trägern keinerlei Anreiz entsteht, Ressourcen kosteneffektiv einzusetzen, da die Finanzierung abseits von ökonomischen Überlegungen per Gesetz erfolgt.

Literatur

- BMSG (Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen) (10.01.2003), <http://www.sozialversicherung.bmsg.gv.at>.
- Dannerbauer H. (2001), Gesundheitsausgaben 1995 - 2000, in: Statistische Nachrichten 12/2001 (Statistik Austria), Wien.
- Dellmour I. (2004), Staatsausgaben nach Aufgabenbereichen (COFOG) mit einem internationalen Vergleich der EU-Länder, in: Statistische Nachrichten 1/2004 (Statistik Austria), Wien.
- Mossialos E./Dixon A. (2002), Funding health care: an introduction, in: Mossialos, Dixon, Fiuera, Kutzin.
- Mossialos E./Dixon A./Fiuera J./Kutzin J. Hrsg., European Observatory on Health Care System Series, Funding health care: Options for Europe.
- Nowotny E. (1996), Der öffentliche Sektor, Wien.
- Paton C. (2000), Wissenschaftliche Beurteilung der Auswirkungen der Einführung von Marktkräften in Gesundheitssysteme, European Health Management Association, Dublin.
- Pichler E./Walter E. (2002), Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens, IWI, Wien.
- Rechnungshof (RH) (29.06.2003), Tätigkeitsbericht des Rechnungshofes. System des österreichischen Gesundheitswesens, http://www.rechnungshof.gv.at/Berichte/Burgenland/Burgenland_2003_2/Burgenland_2003_2.pdf.
- Zimmermann H./Henke K.-D. (1994), Finanzwissenschaft, München.

Abstract

Health Care Expenditures in Austria in the Year 2003

Introduction: In 2003 Austria spent 7.5% of their GDP on health care, according the European System of Accounts (ESA 95). In the future, slow economic growth together with restrictive Maastricht criteria may substantially increase the problems of health care financing. The ongoing financial pressure due to budget problems will force governments to embark upon health care reforms. However, in order to implement effective cost containment measures the respective financial flows should be well known.

Objectives: The aim of this paper is to present the actual extent of health care expenditures in Austria. It gives a brief description whether the consumption concept (ESA 95) is a suitable methodological approach to calculate the health care expenditures. Further, the paper takes a comprehensive look onto who pays for health care in Austria.

Results: The paper explains why the consumption concept is no suitable methodological approach to calculate health care expenditures and describes a realistic picture of the financial flows of all public and private payers. The true amounts of all financial flows can only be calculated on the basis of the expenditure concept. By the latter method the proportion of health care expenditure to GDP is 9.5% in 2003 instead of 7.5% following the consumption concept. The results of the analysis show that high income groups pay a larger amount of their income to finance the health care system than lower income groups. However, their contribution is proportionally lower than the one of lower income groups.