

Die Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens – eine institutionelle, funktionelle und regionale Analyse

Evelyn Walter

Arbeitsheft Nr. 03/2004

Herausgeber &
Medieninhaber

Univ. Prof. DDr. Werner Clement
Institut für Pharmaökonomische Forschung
A-1010 Wien, Wolfengasse 4/7
Tel.: +43-1-513 20 07
Email: ipf@ipf-ac.at
www.ipf-ac.at

Die Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens – eine institutionelle, funktionelle und regionale Analyse

Evelyn Walter
IPF Institut für Pharmaökonomische Forschung

Kurzfassung

Der absolute Bedarf an finanziellen Ressourcen in den Gesundheitssystemen der entwickelten Volkswirtschaften steigt kontinuierlich an. In Europa werden im Jahr 2001 zwischen 6,5% und 10,9% des BIP für Gesundheitsausgaben aufgewandt. Betrachtet man nun die österreichische Gesundheitsquote von 7,8% im europäischen Vergleich, weist diese eine unterdurchschnittliche Höhe auf und impliziert, dass Österreich ein vergleichsweise günstiges oder effizientes Gesundheitswesen bereitstellt. Zu hinterfragen ist - auf welche Weise und wie vollständig die Erfassung der Gesundheitsausgaben in den einzelnen Ländern durchgeführt wird. Harmonisierungsbemühungen internationaler Organisationen sind bereits im Gange (z.B. im Rahmen des ESVG 95, System of Health Accounts). Eine internationale Vergleichbarkeit ist aber trotzdem nicht gegeben.

Grundsätzlich unterscheidet man zwei Konzepte der Ausgabenerfassung:

- *das Verbrauchskonzept: Der Gesundheitskonsum sowie die -investitionen werden seit dem Jahr 2000 nach einer verbindlichen EU-Systematik ESVG 95 harmonisiert berechnet.*
- *das Ausgabenkonzept: Eine zweiter Ansatz erfasst Aufwendung des Endverbrauchs, Intermediärverbrauch, Vermögenstransfers und laufende Transfers, z.B. des Staates (COFOG), der privaten Haushalte (COICOP) etc.*

Ziel und methodische Vorgangsweise ist die quantitative Erfassung und umfassende Darstellung der Finanzierungs- und Leistungsströme des österreichischen Gesundheitswesens auf Makroebene. Dazu werden die Ressourcenflüsse entstehungsseitig top-down kalkuliert. Hier muss von der Vorgehensweise der Statistik Austria (VGR Verbrauchskonzept (ESVG 95)) abgegangen werden. Um eine homogene Darstellung der Gesundheitsausgaben zu erarbeiten, ist es notwendig, die funktionelle Gliederung der Haushaltsabschlüsse durch eine ökonomische zu ersetzen. Die Aggregation der gesamten Finanzflüsse erfolgt unter Konsolidierung aller Doppelzählungen, sodass die einzelnen Ausgabenströme nur einmal ausgabewirksam erscheinen.

Überblicksartig dargestellt ergibt sich aus den dargestellten Ansätzen ein sehr unterschiedliches Bild für die öffentlichen Gesundheitsausgaben:

- *Gemäß VGR Verbrauchskonzept ESVG 95: 5,4%*
- *Gemäß COFOG: 7,9%*
- *Gemäß eigenen Berechnungen: 8,6%*

Die quantitative Erfassung der Finanzierungsströme erfolgt in drei strukturellen Ansätzen:

- Institutioneller Ansatz
- Funktioneller Ansatz
- Regionaler Ansatz

Die Analyse der Gesundheitsausgaben für Österreich für das betrachtete Jahr 1999 ermittelte Ausgaben in Höhe von € 21.350,34 Mio. (ATS 293.787 Mio.). Diese entsprechen einer Gesundheitsquote von 10,9%. Die Signifikanz des Ergebnisses liegt sowohl in der Höhe als auch in der Struktur der Gesundheitsausgaben. Dieses Ergebnis übersteigt die Gesundheitsausgaben gemäß VGR Verbrauchskonzept (ESVG) um mindestens € 5 Mrd. unterschätzt werden.

Abstract

The speedy growth of health expenditures is a broadly acknowledged fact. Thus, in 2001 for example, the European countries spent between 6.5% and 10.9% of their GDP on health care. The official figure for Austrian expenditures on health as a share of GDP, i.e. 7.8% in 1999, is comparatively low. It could imply that Austria has a cost-saving and efficient health system. One has to recognise however, that the methodological approaches to calculate levels of health care expenditures differ significantly between countries despite efforts of international organisations to seek standardisation. Hence, it is necessary to analyze in which way and to what degree of representation the collection of health expenditures in a country under scrutiny is being carried out.

Basically two concepts can be distinguished:

- *The consumption concept: With an effort to standardise National Accounting the European Union from 2000 on has harmonized, applying the new European System of Accounts (ESA 95), the statistical collection of GDP within the member countries. Calculation of health expenditures may follow this procedure.*
- *The expenditure concept: A second approach, also recommended from EURO-STAT seeks to collect transactions such as outlays on final consumption expenditure, intermediate consumption, gross capital formation and capital and current transfers by, e.g. the government (COFOG), Individuals (COICOP) and so on.*

Despite a certain convergence of calculations of health expenditures national "peculiarities" still prevail which obviously hampers international comparability.

With these differing concepts in mind, the aim of this study is to present an encompassing picture of the financial flows of all public und private payers of the Austrian health system on a macro level. The financial flows are measured with the help of the "earnings approach". The collection of health expenditures differs from the proceedings of Statistik Austria (SNA consumption concept (ESA 95)). There, the results exclude intermediate goods or "double counting".

Juxtaposing the results of the two approaches give two widely differing figures for the public expenditures:

- *"Official" figure of Statistik Austria (consumption concept (ESA 95) for 1999: 5.4%.*
- *COFOG-Figures: 7.9%*

- *Figures of this study: 8,6%*

The work of this study is undertaken in three structural approaches for the year 1999:

- *institutional approach,*
- *functional approach,*
- *regional approach.*

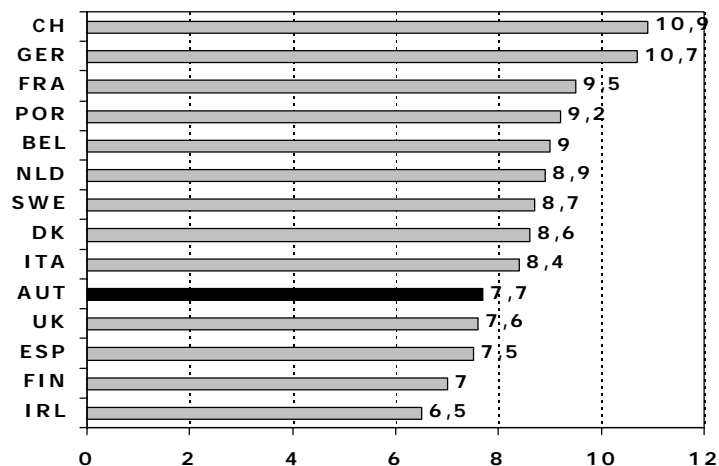
Boiling down the analysis to just one figure, Austria spent EUR 21,350.4 million in 1999 for health care, equal to 10,9 % of GDP. The significance of this result lies both in the level and structure of the expenditures for health. Hence, with the use of the consumption concept the expenditures for health are underestimated by approximately EUR 5 billion.

Key Words: Gesundheitsausgaben, Gesundheitsquote, ESVG 95, COFOG, Österreich

Untersuchungsgegenstand

Gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Gesundheit der Zustand völligen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. Gesundheit gilt als besonderes Gut, bei dem Angebot und Nachfrage und damit auch die Inanspruchnahme nicht alleine den Kräften des Marktes überlassen werden. Trotz des allgemeinen Konsens über die Aussage „die Gesundheit sei unser höchstes Gut“ sehen sich die westlichen Industrieländer zunehmend mit Finanzierungsengpässen im Gesundheitswesen konfrontiert. In den vergangenen Jahrzehnten stiegen die absoluten Ausgaben für den Bereich Gesundheit stark an. Z.B. steigen in Österreich die Gesundheitsausgaben stärker als das BIP. Ökonomische Darstellungen der Gesundheitsausgaben beziehen sich im allgemeinen ausschließlich auf die Gesundheitsquoten (Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP) – demnach auf eine Verhältniszahl. In Europa werden im Jahr 2001 zwischen 6,5% und 10,9% des BIP für Gesundheitsausgaben aufgewandt (OECD 2003).

Abbildung 1
Gesundheitsquoten 2001



Quelle: OECD HDF, 2003

Der Bedarf an finanziellen Ressourcen in den Gesundheitssystemen steigt von Jahr zu Jahr. Die expandierende Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen hatte in den Industriestaaten eine Reihe von gesetzgeberischen Maßnahmen zur Kostensenkung zur Folge¹. Ausschlaggebend dafür sind vor allem – neben strukturellen und systemimmanenten Ursachen – folgende Faktoren: die demographische Entwicklung und der medizinischer Fortschritt.

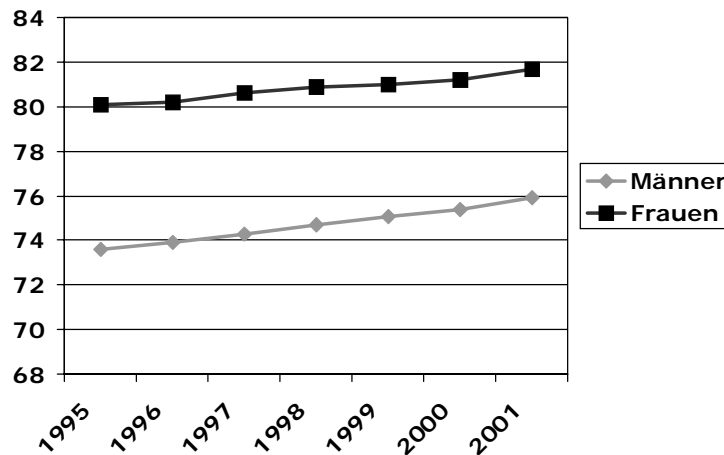
Seit Ende der 60er Jahre hat es in den Industrieländern eine drastische Trendwende in der Bevölkerungsentwicklung gegeben. Ursache dafür ist die sinkende Geburtenrate und der gleichzeitige Anstieg der Lebenserwartung. Im Jahr 2001 lag die Lebenserwartung der Österreicherinnen bei 81,7 Jahren, jene der Österreicher bei 75,9 Jahren (OECD 2003). Der Anteil der über 60-Jährigen Personen wird von derzeit rund 20% auf 35% ansteigen. Gemäß Prognosen der Sta-

¹ Deutschland: 01.01.1989 Gesundheitsreformgesetz (GRG), 01.01.1993 Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) mit dem 1997 erfolgten Neuordnungsgesetzen und die am 01.01.2000 in Kraft getretenen Gesundheitsreform, Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz 2003
Österreich: am 01.01.1997 trat eine umfassenden Gesundheitsreform in Kraft

tistik Austria werden bis zum Jahr 2035 je nach Entwicklung der Lebenserwartung zwischen 2,7 und 3 Millionen Personen im Alter von über 60 Jahren in Österreich leben. Die Entwicklung der „doppelten demographischen Alterung“, d.h. eine überproportional starke Zunahme der Hochaltrigen wird eines der zentralen Merkmale der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung Österreichs darstellen.

Abbildung 2

Lebenserwartung in Österreich von 1995 bis 2001



Quelle: OECD HDF, 2003

Eine zunehmende Zahl betagter und vor allem auch hochbetagter Personen führt - so die Argumentation - zu erhöhten Ausgaben für Gesundheit und Pflege. Tatsächlich steigen die Pro-Kopf-Ausgaben für medizinische Behandlungen mit zunehmendem Alter deutlich an, da im höheren Alter das Risiko chronischer Krankheiten und Behinderungen ansteigt.

Tatsächlich geht nur ein Teil der vergangenen und künftigen Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen direkt auf die demographische Altersverschiebung zurück. Neben der Preisentwicklung des medizinischen Angebotes und einer erhöhten Inanspruchnahme medizinischer Güter und Dienstleistungen ist die höchste relative Ausgabensteigerung im Gesundheitssystem auf den medizinisch technischen Fortschritt zurückzuführen. Neue Verfahren haben in der Regel breitere Anwendungsbereiche. Die spektakulärsten Innovationen in den vergangenen Jahrzehnten hatten jedoch eindeutig den Charakter von Produktinnovationen (z.B. Transplantationen).

Hinzu kommt, dass die demographische Entwicklung und der medizinische Fortschritt, nicht nebeneinander existieren, sondern sich gegenseitig verstärken. Der Schweizer Gesundheitsökonom ZWEIFEL bezeichnet dieses Phänomen als „Sisyphus-Syndrom“: Der technologische Fortschritt in der Medizin führt zu einer Verlängerung der Lebenserwartung und erhöht den Anteil der alten Bevölkerung. Da diese verstärkt unter chronischen Krankheiten leiden, führt dies wieder zu einer Expansion der Gesundheitsausgaben.

Betrachtet man nun die österreichische Position der Gesundheitsquote im europäischen Vergleich, weist diese eine unterdurchschnittliche Höhe auf und impliziert, dass Österreich ein vergleichsweise günstiges (oder effizientes) Gesundheitswesen bereitstellt, obwohl es sich unbestritten um ein qualitativ hochwertiges handelt. Zweitrangig bleibt die Frage, auf welche Weise und wie

vollständig die Erfassung der Gesundheitsausgaben in den einzelnen Ländern durchgeführt wird und wie vergleichbar die dargestellten Größen sind. Tatsache ist, dass es keine einheitliche Definition „Gesundheitswesen“ gibt (ZDROWO-MYSLAW et al., 1999, S. 87). Diese ist durch Definitions- sowie Abgrenzungsunterschiede charakterisiert. So werden z.B. Leistungen des Bereiches „Soziales“ in einigen europäischen Ländern im Gesundheitswesen oder optional im Sozialwesen (demnach keine Gesundheitsausgaben) erfasst. Ähnliche Abgrenzungsunterschiede können im Bereich „Wissenschaft“ genannt werden². Institutionelle Unterschiede der Gesundheitssysteme führen ebenso zu unterschiedlichen Bewertungen von Gesundheitsleistungen.

Die Gesundheitsausgaben werden seit dem Jahr 2000 nach einer verbindlichen EU-Systematik ESVG 95³ berechnet. Ziel war es, eine Harmonisierung der statistischen Erfassung zu gewährleisten. Die Revision der Systematik betraf jedoch nicht nur die Gesundheitsausgaben, sondern die gesamte Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung (VGR), somit auch die Berechnung des Bruttoinlandsprodukts. Eine internationale Vergleichbarkeit der Gesundheitsausgaben ist – trotz Harmonisierung der VGR im Rahmen des ESVG 95 - gegenwärtig – ob der oben genannten Unterschiede - nicht gegeben. Analysiert man die Gesundheitsausgaben für Österreich, muss man feststellen, dass diese um mindestens EUR 5 Mrd. unterschätzt werden (vgl. PICHLER et al, 2002, RECHNUNGSHOF, 2003)⁴.

Problemstellung

Die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen führte zu einem Anstieg des Anteils der Gesundheitsaufwendungen an der Verwendungsseite des BIP. Das Gesundheitswesen muss heute stärker denn je mit anderen gesellschaftlichen Bereichen um die knappen wirtschaftlichen Ressourcen konkurrieren. Dies betrifft sowohl den Bereich der öffentlichen als auch der privaten Gesundheitsausgaben. Die Organisationsstruktur des österreichischen Gesundheitswesens ist durch die Wechselbeziehung öffentlicher, gemeinnützig privater und privater Träger bestimmt.

Über die private Nachfrage nach Gesundheitsgütern (out-of-pocket-payments, private Versicherungsleistungen etc.) trifft der Patient eine mehr oder minder konsumentensouveräne Entscheidungen, in Abhängigkeit vom verfügbaren Einkommen, der Elastizität der Nachfrage nach dem Gut, jedoch meist unter Anwesenheit von angebotsinduzierten Komponenten. Auf private Gesundheitsausgaben entfallen gemäß Statistik Austria im Jahr 2001 32% (2002: 31,5%) der Gesamtausgaben (STATISTIK AUSTRIA, 18.09.2003).

Der erheblich bedeutendere Teil der Gesundheitsausgaben entfällt auf die öffentlichen Gesundheitsausgaben. Die Finanzmittel für das Gesundheitswesen werden von Bund, Ländern, Gemeinden, Sozialversicherungsträgern sowie Krankenfürsorgeanstalten und Fonds bereitgestellt. Die dafür notwendigen finanziellen Mittel sind im Rahmen der Haushaltsplanung vor Beginn der Haushaltsperiode vorzulegen (Haushaltsgrundsatz der Vorherigkeit). Bis dato war es den politischen Entscheidungsträgern nicht möglich, den gesamten Finanzbedarf des Sektors „Gesundheit“ exakt zu quantifizieren. Das österreichische Gesundheitswesen ist durch föderale Strukturen gekennzeichnet. Dies manifestiert sich dadurch, dass der Bund im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung Kompetenzen an untergeordnete Gebietskörperschaften übertragen hat. Finanzierung und Verantwortung fallen vielerorts auseinander, z.B. besitzt der Bund

² Ärztegehälter der Universitätsärzte werden in Österreich im Bereich „Wissenschaft“ erfasst.

³ Europäisches System der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung

⁴ Die Berechnungen basieren nicht auf dem VGR Verbrauchskonzept (ESVG 95).

im Bereich der Krankenanstalten die Grundsatzgesetzgebungskompetenz⁵, die Vollziehung obliegt jedoch den Ländern. Der österreichische Gesamtbedarf an finanziellen Ressourcen wird immer noch mit Hilfe der Gesundheitsausgaben gemäß VGR Verbrauchskonzept (ESVG 95) gleichgesetzt. Diese Vorgehensweise ist aufgrund mehrfacher Hinsicht unzulässig⁶. Die gegenwärtige Darstellung der Gesundheitsausgaben reicht nicht aus, um den Finanzbedarf für den Bereich Gesundheit einer Volkswirtschaft zu ermitteln.

Problem 1 „unvollkommene Informationen“:

Rationale politische Entscheidungen können nur auf vollkommenen Informationen beruhen. Vollkommene Informationen sind im Bereich der Gesundheitsfinanzierung für Österreich jedoch nicht vorhanden. Die Organisations- und Finanzierungsstruktur des österreichischen Gesundheitswesens ist durch eine komplexe Interaktion von öffentlichen Gebietskörperschaften, Parafisci, privaten-gemeinnützigen und privaten Akteuren charakterisiert. Die Entscheidungsträger der Gesundheitspolitik entsprechen jedoch nicht in jedem Fall den Financiers, sodass Finanzierung und Verantwortung im österreichischen Gesundheitswesen auseinander fallen. Detaillierte Informationen über das Ausmaß der Finanzierungsanteile des jeweiligen Gesundheitssettings sind ausschließlich den Financiers – auf Mikroebene - bekannt. Gesundheitspolitische Entscheidungsträger verfügen demnach – da Nutzenvorstellungen der Beteiligten auseinander fallen⁷ - nur über unvollkommene Informationen auf Makroebene.

Unvollkommene Informationen⁸ der gesundheitspolitischen Akteure führen zu ineffizienten Entscheidungen und somit zu ineffizienten Allokationen knapper Ressourcen. Staatliche Allokationsmechanismen sind aufgrund aller möglichen Formen des Marktversagens mit einer Reihe von Problemen behaftet, die zu gesamtwirtschaftlichen Ineffizienzen führen können. Dabei gilt zu berücksichtigen, dass in der gesamtwirtschaftlichen Betrachtung nicht nur die Frage der allokativen Effizienz zu betrachten ist. Vielmehr ist es notwendig sämtliche gesundheitspolitische Zielsetzungen, insbesondere Verteilungsgesichtspunkte einzubeziehen. Zwischen Verteilungsaspekten (equity) und allokativer Effizienz (efficiency) können sowohl kurz- wie langfristige Zielkonflikte auftreten (vgl. NOWOTNY, 1996, S. 54).

Problem 2 „Ressourcenknappheit“:

Das Gesundheitswesen ist durch Ressourcenknappheit gekennzeichnet. Selbst wenn das gesamte Bruttoinlandsprodukt in das Gesundheitswesen fließt, wäre eine vollständige Befriedigung der individuellen Bedürfnisse nicht möglich. Dabei ist zu beachten, dass die in einer Volkswirtschaft verfügbaren Ressourcen nicht nur innerhalb des Gesundheitswesens in verschiedene Verwendungen fließen können (z.B. ambulante, stationäre oder pharmakologische Therapie), sondern auch in anderen Sektoren der Volkswirtschaft Nutzen stiften (z.B. Forschung und experimentelle Entwicklung, Bildung, Infrastruktur etc.). Unter ökonomischen Aspekten sollten die Ressourcen jener Verwendung zugeführt werden, in der sie den größten Nutzen stiften. Der gesellschaftlich erzielte Nutzen

⁵ Bundeskrankenanstaltengesetz

⁶ siehe dazu Ausführungen unter den Punkten „Probleme“

⁷ Hierbei handelt es sich um den klassischen Fall des Principal-Agent-Problems (vgl. NOWOTNY, 1996, S. 51f).

⁸ Spieltheoretisch werden Informationen als unvollkommen bezeichnet, wenn der Akteur über die Handlungen der anderen Spieler in den Vorperioden nicht informiert ist. Man unterscheidet zwischen unvollkommenen und unvollständigen Informationen (vgl. TIROLE, 1999, S. 967ff).

muss somit die Opportunitätskosten übersteigen. Zu beachten ist in diesen Zusammenhang das Gesetz des abnehmenden Grenznutzens⁹. Die Opportunitätskosten resultieren daraus, dass die im Gesundheitswesen eingesetzten Mittel nun in keiner anderen Verwendung mehr Nutzen stiften können. Nach dem Gebot der Knappheit müssen im Idealfall alle Mittel so verwendet werden, dass der Grenznutzen aller Verwendungsalternativen gleich groß ist, anderenfalls resultiert dies in Wohlfahrtsverluste (Dead-Weight Loss) (vgl. MÜLLER-BOHN et al., 2000, S. 40f; TIROLE, 1999, S. 146).

Die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen führt gegenwärtig zu Rationierungs- und Rationalisierungsüberlegungen, dass jedoch im System noch erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven bestehen bzw. dass Mittel verschwendet werden, wird von der Politik negiert. Effektivität und Effizienz spielen immer noch eine nachgeordnete Rolle. In der gesundheitspolitischen Diskussion dominiert eindeutig die fiskalische Betrachtungsweise und hier insbesondere der sektorale Aspekt nach Leistungsträger und -arten. Wohlfahrtsökonomische Aspekte werden ebenso kaum als Beurteilungskriterien für das Für und Wider bestimmter gesundheitspolitischer Vorschläge herangezogen¹⁰.

Effizienz- und Effektivitätskonzepte¹¹ erleichtern die Bewertung, wie wirtschaftlich bzw. zielwirksam finanzielle Mittel in verschiedene Outputkategorien transformiert werden. Ein Anstieg der Gesundheitsausgaben sollte somit immer mit einer Steigerung der Effektivität verbunden sein. Bei der Effizienz steht der optimale Einsatz knapper Ressourcen im Mittelpunkt. Eine Erhöhung der Effizienz wird vielfach mit einer Vergrößerung des Volkseinkommens gleichgesetzt. Beide Begriffe lassen sich als Zweck-Mittel-Relation auffassen (vgl. MÜLLER-BOHN, 2000, S. 119, SCHÖFFSKI et al., S. 160, STIGLITZ et al. 1989, S. 61ff).

Nichttransparente Finanzierungsflüsse und Kostenströme führen demzufolge zu ineffizienten sowie ineffektiven gesundheitspolitischen Entscheidungen, da die Opportunitätskosten nicht exakt zu bestimmen sind. Zudem ist es im österreichischen Gesundheitsfinanzierungssystem durchaus üblich, dass Finanzflüsse mit Rückflüssen verbunden sind.

Problem 3: „Die internationale Vergleichbarkeit der Gesundheitsausgaben ist nicht gegeben“

Zur Erfassung der Gesundheitsausgaben bedienen sich die nationalen statistischen Ämter des VGR Verbrauchskonzepts (ESVG 95)¹². Dabei wird der öffentliche und private Konsum sowie Investitionen im Bereich Gesundheit nach dem Nettoprinzip erfasst. Das Verbrauchskonzept erfasst Konsumgüter die der

⁹ Gemäß dem ersten Gossen'schen Gesetz: Eine zunehmende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ist mit sinkenden Nutzenzuwächsen verbunden, d.h. der Grenznutzen jeder zusätzlich erbrachten Leistung sinkt. Die Erfüllung der maximalen medizinischen Versorgung wird erreicht, wenn der Grenznutzen Null ist. Diese maximale medizinische Versorgung verlangt aber einen Mittelabzug aus anderen Sektoren, in denen die Mittel einen höheren Nutzen stiften würden, als dies im Gesundheitswesen der Fall ist.

¹⁰ Hierzu ist anzumerken, dass Aspekte der Wohlfahrtsökonomie (z.B. das Kriterium der Pareto-Optimalität) individualistischen Charakter aufweisen und daher als gesamtgesellschaftliches Entscheidungskriterium nur bedingt geeignet erscheinen. Soziale Wohlfahrtsfunktionen spiegeln die Einstellung der Gesellschaft wider.

¹¹ Effektivität und Effizienz sind keine synonymen Begrifflichkeiten. Effizienz ist nicht steigerbar. In der Ökonomie wird eine Vorgehensweise als effizient definiert, wenn das Ergebnis durch keine andere Alternative mit geringerem Mitteleinsatz zu erreichen ist bzw. wenn der gewählte Mitteleinsatz kein besseres Ergebnis (Pareto-Verbesserung) liefert. Es gibt demnach nur effiziente oder nicht-effiziente Verfahren. Dahingegen ist die Effektivität nicht absolut, sondern relativ zu beurteilen.

¹² Prinzipiell unterscheidet das ESGV 95 zwei Konsumkonzepte: das Verbrauchskonzept und das Ausgabenkonzept.

Sektor insgesamt erhalten hat (vgl. AMT FÜR VERÖFFENTLICHUNGEN DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFT, 1996).

Nach der neuerlichen (zweiten)¹³ Revision der Berechnung der österreichischen Gesundheitsausgaben ausgedrückt in Prozent des BIP ergibt sich ein Wert von 7,7% im Jahr 2001 (STATISTIK AUSTRIA, 18.09.2003). Bei internationalen Gegenüberstellungen von Gesundheitsquoten, stellt sich nun die Frage der Berechnungsbasis und der Vergleichbarkeit dieser Quoten.

Die internationale Vergleichbarkeit ist – trotz Harmonisierung der VGR im Rahmen des ESVG 95 – mit zweierlei Problemen behaftet. Zum einen sind diese in den verschiedenartigen Organisationsstrukturen der nationalen Gesundheitssysteme zu suchen und zum anderen führen organisatorische sowie institutionelle Unterschiede zu heterogenen statistischen Erfassungen der Gesundheitsausgaben. Die Organisationsstruktur in den einzelnen nationalen Gesundheitswesen entwickelte sich auf Basis historisch gewachsener Systeme, die aufgrund funktioneller Kriterien entstanden (z.B. die Trennung zwischen Gesundheits- und Sozialbereich). Ökonomische Überlegungen spielten meist eine untergeordnete Rolle. Probleme der Vergleichbarkeit in der statistischen Erfassung ergeben sich in erster Linie für die öffentlichen Gesundheitsausgaben.

Um eine Benchmark in Zukunft auf internationaler Ebene zu gewährleisten, wird gegenwärtig in der OECD am „System of Health Accounts“ gearbeitet. Im Interesse der Gesundheitspolitik der Mitgliedsstaaten sollte an einer schnellen Umsetzung dieses Systems in sämtlichen Mitgliedstaaten gearbeitet werden.

Das Verbrauchskonzept öffentliche Gesundheitsausgaben:

Ein erheblicher Erfassungsunterschied der öffentlichen Gesundheitsausgaben in der amtlichen Statistik ist auf das allgemein angewandte Verbrauchskonzept zurückzuführen. Je nach Organisationsstruktur des Gesundheitswesens (Sozialversicherungssystem versus Nationaler Gesundheitsdienst) ist es möglich, Finanzflüsse – die weder als Konsum noch als Investitionen interpretiert werden – aus der Erfassung der Ausgaben herauszudefinieren. Nationale Gesundheitssysteme (z.B. England, Italien) finanzieren Gesundheitsleistungen in erster Linie durch Staatsausgaben (steuerfinanzierte Ausgaben), diese werden aufkommensseitig erfasst und daher im vollen Umfang zu den Gesundheitsausgaben gezählt. In einem dezentral (föderal) organisierten System wie Österreich gibt es eine Vielzahl ausgegliederter Leistungsanbieter und somit Transfers, die bei der Berechnung der Gesundheitsausgaben – als nicht Konsum bzw. Investition – aus der Statistik herausfallen.

Öffentliche Spitäler als „Marktproduzenten“:

Der zweite nicht unerhebliche Grund für die Nichtvergleichbarkeit der Gesundheitsausgaben ist das Vorhandensein von Marktproduzenten im Gesundheitsbereich. In Österreich gelten öffentliche Spitäler seit 1997 im Rahmen der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung als Marktproduzenten. Im allgemeinen werden öffentliche Einrichtungen, deren Leistungen nicht über den Markt angeboten werden (wo ebenso keine Marktpreise existieren), in der VGR anhand der Inputkosten, oder mit anderen Worten mit den gesamten Produktionskosten, bewertet, da eine korrekte Outputerfassung schwierig erscheint. Dies galt in Österreich bis 1996 für die KRAZAF-Krankenanstellen¹⁴. In Deutschland werden

¹³ Nach der ersten Revision der Gesundheitsausgaben betrug die Gesundheitsquoten für das Jahr 2001 7,3% des BIP.

¹⁴ Als KRAZAF-Krankenanstellen werden Spitäler, die von 1978 bis 1996 vom Krankenanstellenzusammenarbeitsfonds (KRAZAF) alimentiert wurden, bezeichnet.

öffentliche Krankenanstalten analog mithilfe von Inputkosten in den Gesundheitsausgaben erfasst.

Mit der Umstellung auf das LKF-System¹⁵ im Jahr 1997 ergab sich in Österreich eine große Änderung in der Krankenanstaltenfinanzierung. Das Honorierungssystem der öffentlichen gemeinnützigen Spitäler (Fondskrankenanstalten) wurde verändert, anstatt von Pflagetagen (Pflagegebührenersätze) wurden die Spitäler aus Anreizgründen nunmehr gemäß der Diagnosen ihrer Patienten (Haupt- und Nebendiagnosen) aus dem LKF-Kernbereich bezahlt. Mit der Umstellung der Finanzierungsmodalität im Rahmen der LKF, galten Österreichs Fondsspitaler als Marktproduzenten, da sie mehr als 50% der Produktionskosten durch Umsätze abdecken. Diese Umstellung wurde so interpretiert, dass die Spitäler ihre Leistungen, die durch LDF-Punktwerte gemessen werden, an die Fondskrankenanstalten zu „marktähnlichen“ Preisen verkaufen. Jedoch war niemals vorgesehen, dass damit Kostendeckung erreicht werden könnte (Stichwort: 3-Säulenfinanzierung)¹⁶. Auch der Umstand, dass der Punktwert innerhalb Österreichs länderweise variiert, also die gleiche Leistung zu unterschiedlichen LKF-Zahlungen führt, widerspricht offensichtlich nicht der Interpretation der LKF-Zahlungen als „Marktpreise“.

In der Folge verschwinden in der VGR sämtliche Kosten der Spitäler aus dem öffentlichen Gesundheitskonsum, welche nicht durch das LKF-System abgedeckt werden. Insbesondere entfällt durch diese Definition der „Staatsverbrauch“. Dieser ergibt sich aus dem Produktionskosten des Staates abzüglich der Verkäufe im Rahmen der LKF und entspricht dem Betriebsabgang der Fondsspitaler sowie den Trägeranteilen, die nicht durch die Landesfonds an die Spitäler ausbezahlt werden. Der Staatsverbrauch der Fondsspitaler beträgt laut Angaben von Statistik Austria ca. 30-40% der gesamten Kosten der Krankenanstalten (vgl. DANNERBAUER, 2001), nach eigenen Berechnungen sowie Darstellung des Rechnungshofes liegt er beträchtlich höher (vgl. PICHLER et al, 2002, RECHNUNGSHOF, 2003).

Öffentliche Gesundheitsausgaben nach dem COFOG-Konzept:

Die statistischen Ämter publizieren neben der öffentlichen Gesundheitsquote nach dem Verbrauchskonzept auch noch eine weitere Quote für die öffentlichen Gesundheitsausgaben. Diese beruht auf dem Berechnungskonzept der COFOG-Ausgaben¹⁷. Vergleicht man nun die offizielle „österreichische öffentliche Gesundheitsquote“ von 5,4% des BIP (€ 10.700 Mio.) für 1999 mit den „Staatsausgaben für Gesundheit gemäß COFOG-Konzept“ (8,1% des BIP für 1999 oder € 15.959 Mio.), wird der Unterschied in der statistischen Erfassung sichtbar. Bei den Staatsausgaben für Gesundheit handelt es sich um revidierte COFOG-Daten, die im Oktober 2002 erstmals ergänzend zu den jährlich publizierten Gesundheitsausgaben an Eurostat gemeldet wurden. Die Gesundheitsausgaben nach COFOG werden nach dem sogenannten Bruttoprinzip erfasst. Öffentliche Gesundheitsausgaben, wie z.B. Ärztegehälter und der klinische Mehraufwand der Universitätskliniken¹⁸ sind nicht in 07 enthalten und werden unter den Bereich „Wissenschaft und Forschung“ erfasst.

¹⁵ Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)

¹⁶ Die österreichischen Fondsspitaler werden aus Fondsmittel, Trägermittel und Betriebsabgangsdeckungsmittel finanziert.

¹⁷ Classification of Function of Government (COFOG) bezeichnet eine revidierte Klassifikation der Aufgabenbereiche des Staates. Die neue COFOG-Klassifikation ist untergliedert in 10 Abteilungen, wobei 07 den Aufgabenbereich Gesundheit bezeichnet.

¹⁸ Mehrkosten, die sich bei der Errichtung, Ausgestaltung, Erweiterung und Betrieb der zugleich dem Unterricht an medizinischen Fakultäten oder an Bundes-Hebammenakademien dienenden öffentlichen Krankenanstalten aus den Bedürfnissen des Unterrichtes ergeben.

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.

Problem 4: „Umsetzung der Gesundheitsreform (Vereinbarung gemäß 15a B-VG)“

Mit Ende 2004 tritt die zweite Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung außer Kraft. Diese Vereinbarung regelt die Finanzierung der öffentlichen Spitäler (Fondsspitäler) die seit 1997 leistungsorientiert aus den neun Landesfonds (mit länderweisen Unterschieden) finanziert werden.

Die Finanzausweisungen der Landesfonds an die Fondsspitäler decken jedoch deren Gesamtausgaben keinesfalls (etwas mehr als 50% werden auf diese Weise finanziert). Die Betriebsabgangsdeckung erfolgt durch den Spitalsträger. Dies erhöht den budgetären Druck der Länder und Gemeinden erheblich. Möglicherweise ist im Rahmen einer neuen Reformvereinbarung eine Anteilsverschiebung der Finanzausstattung der Landesfonds unumgänglich. Budgetausgliederungen haben bereits auf unterschiedliche Weise stattgefunden. In weiterer Folge sollen bereits ausgegliederte Krankenanstaltengesellschaften von Privaten betrieben oder gemanagt werden.

Ziel der Gesundheitsreform 1997 war ein bundesweit einheitliches Finanzierungssystem. Dies wurde laut Rechnungshofbericht (2000) nicht erreicht und ist, wenn es zu einer Verlängerung der Reformvereinbarung kommt, anzustreben. Die erste Verlängerung erfolgte 2001, die zweite steht mit Ende 2004 ins Haus. Effiziente Reformen können aber nur auf Basis von transparenten Finanzierungsanteilen getroffen werden.

Forschungsfrage

Aufgrund der oben geschilderten Probleme ist die Transparentmachung der Finanzierungsströme die Grundvoraussetzung einer rationalen Gesundheitspolitik. Es ist notwendig, den Gesamtbedarf an finanziellen Ressourcen sowie die Finanzierungsflüsse im österreichischen Gesundheitswesen exakt und standardisiert zu quantifizieren. Gegenwärtig wird der Bedarf an finanziellen Ressourcen immer noch mit Hilfe der Gesundheitsausgaben gemäß VGR Verbrauchskonzept (ESVG 95) gleichgesetzt. Diese Vorgehensweise ist aus mehrfacher Hinsicht unzulässig und reicht nicht aus, um den Finanzbedarf für den Bereich „Gesundheit“ einer Volkswirtschaft zu ermitteln:

1) Der Begriff Gesundheitsausgaben ist kein Synonym für Konsum- sowie Investitionsausgaben des Sektors „Gesundheit“.

Die Konsumdefinition knüpft an der Leistungsabgabe an. Das Konzept stellt sich die Frage, wer die Waren und Dienstleistungen im Bereich „Gesundheit“ kauft, und nicht, wer diese finanziert. Die Leistungen des öffentlichen Sektors werden jedoch überwiegend nicht über den Markt angeboten, sodass weder direkte Marktpreise noch Analogien zu Marktpreisen ermittelt werden können. Die Ermittlung des Finanzbedarfs für öffentliche Güter kann daher nicht bei der Bewertung des Outputs anknüpfen, sondern muss vom Input ausgehen. Grund dafür ist, dass die Konsumausgaben des Staates als Teil der Verwendungsseite des Sozialproduktes nicht in allen Fällen (siehe Marktproduzenten) den Aufwen-

dungen des öffentlichen Sektors für Dienst- und Verwaltungsleistungen, die der Allgemeinheit unentgeltlich zur Verfügung stehen, entsprechen. Der öffentliche Konsum „Gesundheit“ wird als Differenz von Produktionskosten (Vorleistungen, Arbeitnehmerentgelte, Abschreibungen, sonstige Produktionsausgaben) und Produktionserlösen der Abteilung 07 COFOG errechnet (DANNERBAUER, 2001, S. 3). Innerstaatliche Transfers sowie Eigenkonsum¹⁹ der privaten „non-profit“ Krankenanstalten sind in den Konsumausgaben nicht enthalten. Eine rationale Finanzplanung (Haushaltsplanung) im Gesundheitswesen kann demnach nicht auf Basis der Gesundheitsausgaben nach dem Verbrauchskonzept erfolgen. Daher erscheint es als unumgänglich, für diese Zwecke die Gesundheitsausgaben bei der Entstehung zu erfassen. Der Fluss der Finanzierungsströme aller Financiers und Leistungsströme aller Settings muss überdies von der Quelle bis zu ihrem Verwendungszweck nachvollziehbar sein.

2) Die Gesundheitsquote²⁰ – im Jahr 2001 7,7% (2002: 7,9%) des BIP - ist gemäß ad 1) ebenso wenig geeignet, als Maßzahl das Ausgabenvolumen des Gesundheitssektors darzustellen.

Die Gesundheitsquote stellt die Relation der Konsum- und Investitionsausgaben, die gemäß dem VGR- Verbrauchskonzept (ESVG 95) ermittelt wurden - zum Bruttoinlandsprodukt dar, betrachtet jedoch nicht die Gesamtausgaben relativ zum Sozialprodukt. Zieht man zur Berechnung der Gesundheitsquote die gesamten Gesundheitsausgaben des Sektors Staat gemäß COFOG 07, der privaten Haushalte (Individualverbrauch) sowie der Institutionen ohne Erwerbzzweck entstehungsseitig heran, errechnet sich eine unechte Gesundheitsquote. Unechte Quoten sind dadurch gekennzeichnet, dass die Teilmenge des Zählers nicht oder nicht vollständig in der Gesamtmenge des Nenners enthalten ist. Z.B. sind die Transferausgaben des Staates in den öffentlichen Ausgaben enthalten, aber gehen nicht in der Berechnung des Bruttoinlandsproduktes ein (vgl. ZIMMERMANN et al., 1994, S. 29). Welche Art von Quoten (echte bzw. unechte) sinnvollerweise heran zu ziehen sind, hängt von der Spezifizierung der geeigneten Maßzahl ab. In Abhängigkeit der gewählten Quote erscheint der Staatssektor in höchst unterschiedlichem Umfang (COFOG-Ausgaben versus Konsum- und Investitionsausgaben). Für einen Vergleich der Gesundheitsquoten, insbesondere der öffentlichen Gesundheitsquoten, erscheint das Konzept der unechten Quoten das geeignete zu sein, da Unterschiede der institutionellen Organisation der Gesundheitssysteme unberücksichtigt bleiben.

3) Es gibt keine zwei Gesundheitssysteme, deren Organisation, Finanzierung und Leistungsangebot gleich wären.

Ansprüche auf Leistungen, deren Ausgestaltung, Finanzierung, Regelungen der Kostenübernahme sowie Selbstbeteiligungen der Patienten variieren nicht nur zwischen den Ländern erheblich, sondern können auch aufgrund föderativer Strukturen innerhalb eines Landes verschieden sein. Unterschiede lassen sich zumeist nicht ökonomisch sondern politisch-historisch erklären. Daher kommt es bei der Erfassung der Gesundheitsausgaben zu Abgrenzungsproblemen zwischen verschiedenen Sektoren der Volkswirtschaft. Diese Tatsache erschwert ebenso die internationale Vergleichbarkeit der Gesundheitsausgaben, bzw. die innerösterreichische im Bundesländervergleich. Um die Gesundheitsausgaben eines Landes (Bundeslandes) sinnvoll zu erfassen, erscheint es notwendig ökonomische Kriterien heranzuziehen und die Ausgabenströme nach Sachinhalten abzugrenzen. Die gewählten Aufgaben (Ausgaben) entsprechen somit in einigen Positionen nicht exakt der COFOG-Abgrenzung. Ökonomisch erscheint es sinnvoll, z.B. die Gehälter der Universitätsärzte²¹, den klinischen Mehraufwand der

¹⁹ Eigenkonsum ist definiert als Produktionskosten minus Produktionserlöse

²⁰ Bei der Gesundheitsquote handelt es sich um eine echte Quote, da sämtliche Ausgaben, die im Zähler stehen, zugleich Bestandteil der Nennergröße sind.

²¹ Ausgaben für Wissenschaft

Universitätskliniken²², die Aufwendungen für Heeres- und Justizspitäler, die Kranken- und Hauskrankenpflege etc. bei den Gesundheitsausgaben zu erfassen. Problematischer wird es bei verwandten Aufgabenbereichen wie z.B. Gesundheit und Soziales. Mehrfach ist hier zu beobachten, dass es bereits innerösterreichisch keine einheitliche Erfassung gibt, wie z.B. bei den Alten- und Pflegeheimen, die in Wien als Spitäler im Bereich „Gesundheit“ erfasst werden. In allen anderen Bundesländern gelten Ausgaben für Alten- und Pflegeheime als Sozialausgaben. Eine homogene Handhabe für gleiche Aufgaben muss in der Erfassung der Gesundheitsausgaben gefunden werden.

4) Das österreichische Gesundheitsfinanzierungssystem ist föderal ausgerichtet.

Eine regionale Erfassung der gesamten Gesundheitsausgaben – auf Bundesländerebene – gibt es aber bis dato nicht. Auf institutioneller Ebene wie z.B. den Landesfonds, den Gebietskrankenkassen, den Länder etc. liegen Ausgaben für Gesundheit, zum Teil jedoch auf Basis unterschiedlicher Abgrenzungen, für die einzelnen Bundesländer vor. Der gesamtösterreichischen Verteilung von Ausgaben, Aufgaben und Einnahmen wurde bis dato keine Beachtung geschenkt. Somit basieren Verteilungsfragen ausschließlich auf finanzpolitischen und nicht auf ökonomischen Kriterien (allokativen, distributiven und stabilitätsorientierten Kriterien). Die Nichtberücksichtigung der ökonomischen Kriterien führen insgesamt zu einem ineffizienten Gesundheitsfinanzierungssystem, insbesondere dann, wenn aufgrund länderweise unterschiedlicher Präferenzen bereits Verschiedenheiten in der Leistungserbringung beobachtbar sind.

5) Aufgrund der ermittelten Gesundheitsausgaben muss ableitbar sein, wer das Gesundheitssystem finanziert.

Die Einnahmenseite setzt sich aus folgenden Komponenten zusammen: Steuern, Sozialversicherungsbeiträge, Out-pocket payments (inklusive Selbstbeteiligungen und Gebühren) und private Versicherungsbeiträge. Diese Summe entspricht auf der Ausgabenseite der Menge der Inputkombinationen multipliziert mit dem Preis der Inputs, welche zur Bereitstellung der Gesundheitsgüter und –leistungen notwendig sind, aber nicht dem Produkt von Preis mal Menge der konsumierten Gesundheitsgüter und Leistungen. Der Grund dafür liegt darin, dass aus den Gesundheitsausgaben gemäß VGR Verbrauchskonzept (ESVG) Finanzflüsse (intergovernmentale Transfers) – die weder als Konsum noch als Investitionen interpretiert werden – herausfallen. Somit erscheint dieses Konzept als minder geeignet, Kenntnis über die Einnahmenseite des Gesundheitsfinanzierungssystems zu erlangen. Ein ausgeglichenes Gesundheitsfinanzierungssystem geht von einer Einnahmen- Ausgabengleichheit aus. In den meisten europäischen Ländern basiert die Finanzierung der Gesundheitsleitungen 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, S. 11)²³. 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.

Methodische Vorgangsweise

Methodologisch entspricht die Vorgehensweise einer positivistischen, da allgemeingültige Zusammenhänge mithilfe von empirischen Datenmaterial ana-

²² Ausgaben für Wissenschaft

²³ In den Ländern Dänemark, Italien, Portugal, Spanien, Schweden und Großbritannien werden über 60% der Gesundheitsausgaben durch Steuermittel finanziert.

lysiert werden. Das Gesundheitswesen wird als System verstanden, dass mittels technischer Intervention gesteuert werden kann. Der Positivismus bildet die Grundlage rationaler Intervention in die Gesellschaft und Ökonomie. Die Wirtschaftsplanung ist die wesentlichste Sozialtechnik. Diese liefert auf objektiver Basis, d.h. über den gesellschaftlichen Partikularinteressen stehend, Entscheidungsgrundlagen für die bestmögliche Steuerung der Ökonomie.

Ziel und methodische Vorgangsweise der Arbeit – im Sinne der Forschungsfrage – ist die quantitative Erfassung und umfassende Darstellung der Finanzierungs- und Leistungsströme des österreichischen Gesundheitswesens auf Makroebene. Um ein transparentes Bild der Gesamtsituation der Gesundheitsfinanzierung aller Financiers und Settings zu erhalten, wird zunächst eine ex ante Darstellung der Finanzierungsströme anhand gesetzlicher Grundlagen sowie darauf aufbauend die detaillierte ex post Erfassung der tatsächlichen Finanzierungsströme top-down durchgeführt. Die Ressourcenflüsse werden entstehungsseitig kalkuliert. Hier muss von der Vorgehensweise der Statistik Austria (VGR Verbrauchskonzept (ESVG 95)) abgegangen werden. Um eine homogene Darstellung der Gesundheitsausgaben zu erarbeiten, ist es notwendig die funktionelle Gliederung der Haushaltsabschlüsse durch eine ökonomische zu ersetzen. Die Aggregation der gesamten Finanzflüsse erfolgt unter Konsolidierung aller Doppelzählungen, sodass die einzelnen Ausgabenströme nur einmal ausgabewirksam erscheinen. Diese Vorgehensweise führt –wie bereits mehrmals erwähnt - zu gravierenden Unterschieden in der Höhe der öffentlichen Gesundheitsausgaben.

Als Berechnungsbasis zur Ermittlung der öffentlichen Gesundheitsausgaben werden Rechnungsabschlüsse der Körperschaften, Gebahrungsergebnisse der Parafisci herangezogen. Transfers zwischen den Körperschaften müssen identifiziert und konsolidiert werden.

Die Ermittlung der privaten Gesundheitsausgaben unterscheidet sich methodisch fundamental von jener der öffentlichen. Diese können ebenso entstehungsseitig ermittelt werden, da diese entstehungs- sowie verwendungsseitig einander entsprechen. Der Grund dafür ist das Vorhandensein von Marktpreisen oder Analogien zu Marktpreisen. Die privaten Ausgaben entsprechen dabei der Definition des privaten Konsums. Dieser ist durch die gesamten Ausgaben der Konsumenten zum Zeitpunkt des Erwerbs definiert. Weiters begründet sich die Vorgehensweise aus dem mangelnden Vorhandensein von Daten für private Ausgaben.

Die quantitative Erfassung der Finanzierungsströme erfolgt in drei strukturellen Ansätzen:

Institutioneller Ansatz

Der institutionelle Ansatz gibt Auskunft, welche Institutionen bzw. Leistungserbringer, welche Leistungen (Outputs) bereitstellen sowie wer diese finanziert. Die gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben werden mithilfe des institutionellen Ansatzes ermittelt. Im Rahmen des institutionellen Ansatzes werden Finanzströme folgender Institutionen detailliert dargestellt:

- Bund
- Länder
- Gemeinden
- Hauptverband der Sozialversicherungsträger (Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung)
- Krankenfürsorgeanstalten (17 Einrichtungen)
- Fonds (neun Landes- und Strukturfonds)

Funktioneller Ansatz

Die funktionelle Betrachtungsweise geht von den erbrachten Outputs aus und klärt, welche Leistungen in den jeweiligen Settings durch wen bezahlt werden. Die in diesen Bereichen getätigten Gesundheitsausgaben sind sowohl öffentlicher als auch privater Natur. Folgende funktionelle Settings werden untersucht:

- Stationärer Bereich
- Niedergelassener Bereich
- Alten- und Pflegeheime
- Arzneimittel
- Krankentransporte
- Gesundheitsämter
- Private Gesundheitsausgaben

Regionaler Ansatz

Das regionale Konzept erfasst die Leistungs- und Finanzierungsströme auf Bundesländerebene und zeigt Unterschiede in der Finanzierungsstruktur, aufgrund des föderalen Systems, auf. Das regionale Konzept erfasst die Gesundheitsausgaben sowohl gesamt (öffentlich und privat) als auch auf institutioneller Ebene.

Dadurch lassen sich Unterschiede der regionalen Präferenzen der Gesundheitsnachfrage identifizieren. Fragen wie: korrelieren die regionalen Gesundheitsausgaben beispielsweise mit den regionalen pro Kopf Einkommen, der Altersstruktur oder mit dem Versorgungsgrad, können beantwortet werden. Verteilungsentscheidungen basieren auf einer allokativ effizienteren Ebene.

Ergebnisdarstellung

Der folgende Abschnitt präsentiert die Finanzierungs- und Leistungsströme des österreichischen Gesundheitswesens – nach den beschriebenen Ansätzen - auf Makroebene.

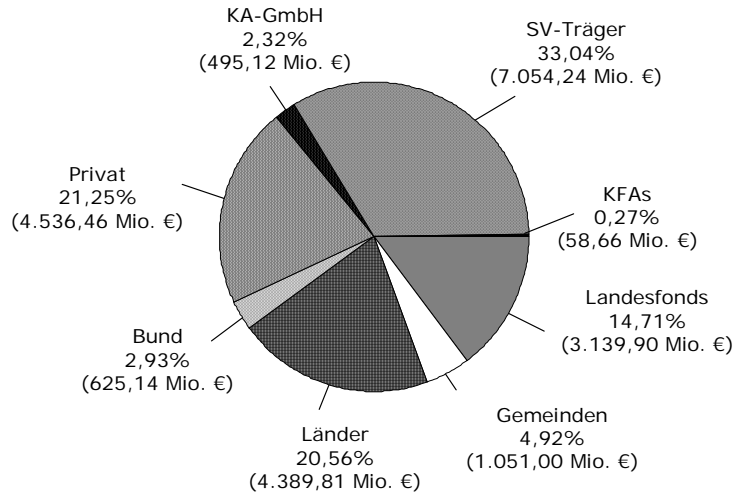
Institutioneller Ansatz

Im Rahmen dieser Darstellung werden die gesamten Gesundheitsausgaben inklusive jener der privaten Haushalte nach Financiers anteilmäßig an den Gesamtausgaben präsentiert. Der Finanzierungsanteil des öffentlichen Bereichs beträgt 78,75%, jener der privaten Haushalte 21,25%.

Den größten Finanzierungsanteil an den Gesamtausgaben trägt mit 33,04% die gesetzliche Sozialversicherung. Der Ausgabenanteil der privaten Haushalte liegt an zweiter Stelle. Ebenso beachtliche Finanzierungsvolumina leisten die Länder (20,56%) und die Landesfonds (14,71%). Zu beachten ist aber, dass sich die Mittel der Landesfonds aus den Zuweisungen der Sozialversicherung, des Bundes, der Länder und Gemeinden zusammensetzen. Bei unveränderter Krankenanstaltenfinanzierung kann für die Zukunft prognostiziert werden, dass der Finanzierungsanteil der Länder und Gemeinden zunehmen wird, da Länder und Gemeinden als Spitalsträger verpflichtet sind die Betriebsabgänge ihrer Spitäler zu decken.

Abbildung 3

Institutionelle Gliederung der konsolidierten Gesundheitsausgaben, in % und in Mio. € 1999

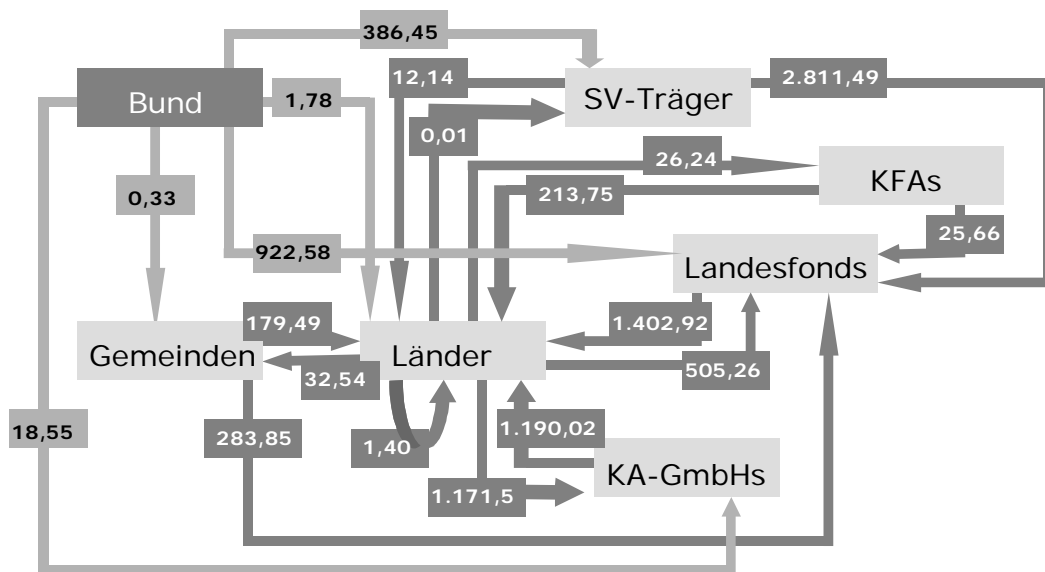


Quelle: eigene Darstellung

Einen Gesamtüberblick der komplexen Verflechtungsströme des österreichischen föderalen Gesundheitswesens veranschaulicht das folgende Schaubild. Diese Fülle von Finanzierungsströmen, Transfers und Rücküberweisungen wurden bis dato nicht in diesem Detailgrad erfasst.

Abbildung 4

Finanzierungsverflechtungen der öffentlichen Gesundheitsausgaben in Mio. € 1999

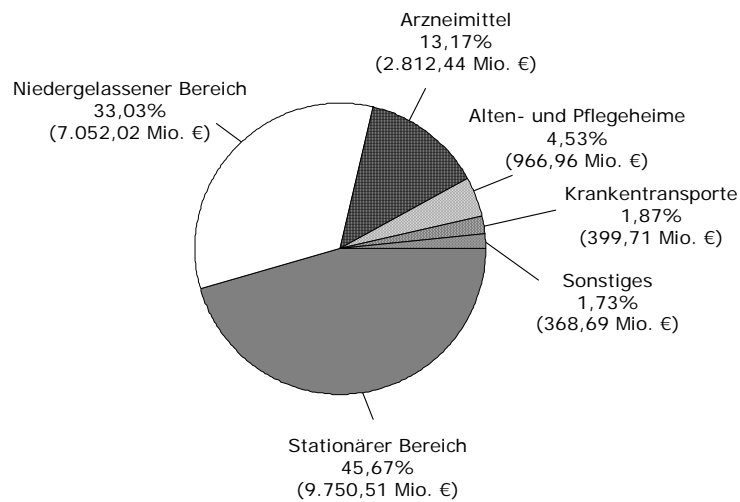


Quelle: eigene Darstellung

Funktioneller Ansatz

Nachstehend werden die Ausgabenvolumina der einzelnen Gesundheitssetting im Rahmen des funktionellen Ansatzes zusammengefasst und aggregiert dargestellt. Die nachstehende Graphik stellt die öffentlichen und privaten Anteile an den Gesundheitsausgaben der jeweiligen Settings dar:

Abbildung 5
Gesundheitsausgaben nach Aufgabenbereichen, 1999



Quelle: eigene Darstellung

Die größte Ausgabenposition ist mit 45,67% der stationäre Sektor, gefolgt vom niedergelassenen Bereich (33,03%). Damit absorbieren diese beiden Versorgungsalternativen mehr als drei Viertel der Gesundheitsausgaben. 13,17% der Ausgaben für Gesundheit werden für Arzneimittel ausgegeben. Untersucht man die Verteilung der Arzneimittelausgaben auf die Gesundheitsbereiche ergibt sich folgendes Bild: Im stationären Sektor werden nur ca. 18% der gesamten Kosten verursacht, davon entfallen 26% auf private Krankenanstalten. Der Ausgaben-schwerpunkt liegt mit 82% im niedergelassenen Bereich.

Tabelle 1

Öffentliche und private Gesundheitsausgaben nach Aufgabenbereichen, 1999

Öffentliche Ausgaben	in Mio. €	in %
Stationärer Bereich	8.998,35	53,52
Niedergelassener Bereich	4.171,99	24,81
Arzneimittel	2.035,57	12,11
Alten- und Pflegeheime	966,96	5,75
Krankentransporte	272,31	1,62
Gesundheitsverwaltung	16,80	0,10
Sonstiges	351,89	2,09
SUMME	16.813,87	100
Private Ausgaben		
Stationärer Bereich	752,16	16,58
Niedergelassener Bereich	2.880,03	63,49
Arzneimittel	776,87	17,13
Krankentransporte	127,40	2,81
SUMME	4.536,46	100

Quelle: eigene Berechnungen

Etwas mehr als die Hälfte der öffentlichen Gesundheitsausgaben fließen in den intramuralen Bereich. Dies bestätigt die in Österreich oftmals kritisierte spitalslastige Versorgung. 16,58% der privaten Ausgaben werden für Leistungen im Spital aufgewandt. An zweiter Stelle rangiert der niedergelassene Bereich. Verglichen mit dem stationären Sektor ist hier der Anteil der privaten Finanzierung bereits eindeutig höher. Rund 25% der öffentlichen Gesundheitsausgaben werden für Behandlungen außerhalb der Spitäler herangezogen. Hauptfinanzier sind die Sozialversicherungen. 63,49% der Privatausgaben erfolgen aufgrund der Inanspruchnahme von Leistungen bei niedergelassenen Ärzten. Vergleichsweise gering positionieren sich die Arzneimittelausgaben. Lediglich 12,11% der öffentlichen Gesundheitsausgaben werden für Pharmazeutika ausgegeben, wobei ein Fünftel der intramuralen Versorgung angelastet wird. Die verbleibenden vier Fünftel entfallen auf den niedergelassenen Bereich und werden in erster Linie von der gesetzlichen Sozialversicherung finanziert. 17,13% der privaten Gesundheitsausgaben werden für Arzneimittel herangezogen. Dieses Ausgabenvolumen subsummiert Ausgaben für OTC-Produkte sowie die Rezeptgebühr erstattungsfähiger Arzneimittel. Unter „Sonstiges“ werden Ausgaben für medizinisch-wissenschaftliche Arbeiten, Ausbildung im Gesundheitsdienst, Ausgaben für Kurfonds etc. zusammengefasst.

Regionaler Ansatz

Dieser Abschnitt der regionalen Analyse betrachten die Verteilung der gesamten - somit der öffentlichen und der privaten - Gesundheitsausgaben auf Bundesländerebene. Die Aufteilung der privaten Gesundheitsausgaben wurde gemäß der Anzahl der Bevölkerung im jeweiligen Bundesland vorgenommen. Kaufkraftunterschiede sowie heterogene Präferenzen wurden nicht angenommen. In der Analyse der gesamten Gesundheitsausgaben entfallen auf Wien € 5.377,31 Mio. oder 25,19% der Finanzmittel. An zweiter Stelle liegt Niederöster-

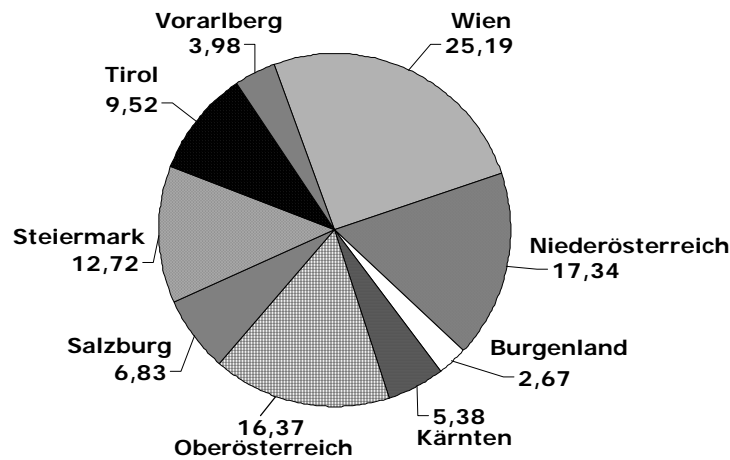
reich mit € 3.702,29 Mio. oder 17,34%. Das Burgenland absorbiert mit 2,67% den geringsten Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben.

Tabelle 2
Gesundheitsausgaben der Länder

Bundesland	In Mio. €
Wien	5.377,31
Niederösterreich	3.702,29
Burgenland	570,58
Kärnten	1.149,31
Oberösterreich	3.494,26
Salzburg	1.458,46
Steiermark	2.715,37
Tirol	2.032,23
Vorarlberg	850,50
SUMME	21.350,32

Quelle: eigene Berechnungen

Abbildung 6
Gesundheitsausgaben der Länder, in %

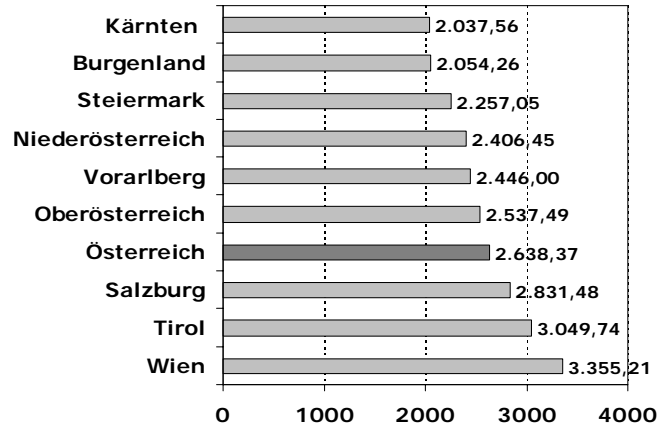


Quelle: eigene Darstellung

Im Österreichdurchschnitt betragen die gesamten pro Kopf Gesundheitsausgaben € 2.638,37 und liegen nach eigenen Berechnungen um 732,23 über jenen der amtlichen Statistik. Gemäß den Berechnungen nach VGR Verbrauchskonzept (ESVG 95) betragen die pro Kopf Gesundheitsausgaben für das Jahr 1999 € 1.906,14. Wien weist mit € 3.55,21 analog der Betrachtung der öffentlichen Gesundheitsausgaben die höchsten Gesamtausgaben pro Kopf auf.

Abbildung 7

Gesundheitsausgaben der Länder pro Kopf, in €

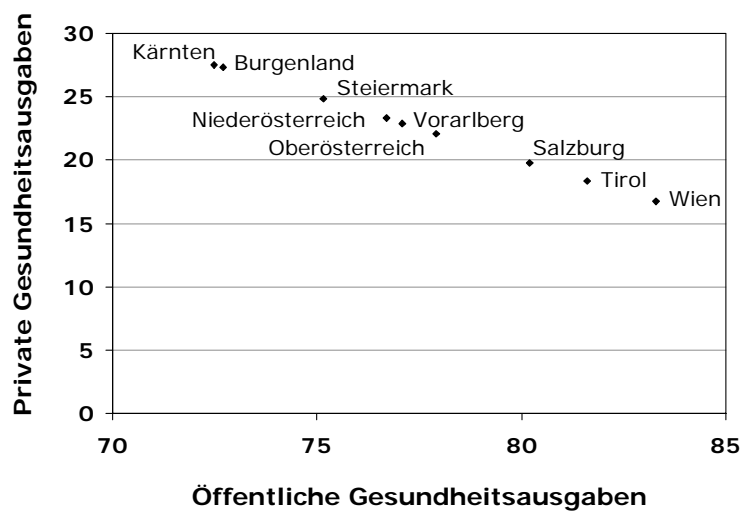


Quelle: eigene Darstellung

Die nachstehende Graphik gibt Auskunft über die Zusammensetzung der Gesundheitsausgaben der einzelnen Bundesländer. Wien weist – auch aufgrund bereits genannter Gründe – mit 83,29% den größten Anteil an öffentlicher Finanzierung auf. Kärnten gefolgt vom Burgenland verzeichnen mit 72,49% bzw. 72,71% die geringsten Anteile an öffentlicher Finanzierung auf.

Abbildung 8

Prozentualer Anteil der öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben der Bundesländer, 1999



Quelle: eigene Darstellung

Referenzen

- AMT FÜR VERÖFFENTLICHUNGEN DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFT;
Europäisches System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen – ESVG 1995,
Luxemburg 1996
- DANNERBAUER H.; Gesundheitsausgaben 1995 – 2000, in: Statistische Nachrichten 12/2001 (Statistik Austria), Wien 2001
- MOSSIALOS E., A. DIXON; Funding health care: an introduction, in: MOSSIALOS E., A. DIXON, J. FIUERAS, J. KUTZIN (Hrsg.), European Observatory on Health Care System Series, Funding health care : options for Europe, 2002
- MÜLLER-BOHN T., V. ULRICH; Pharmakoökonomie. Einführung in die ökonomische Analyse der Arzneimittelanwendung, Stuttgart 2000
- NOWOTNY E.; Der öffentliche Sektor, 1996
- OECD; Health Data File, 2003
- PICHLER E., E. WALTER; Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens, IWI, 2002
- RECHNUNGSHOF (RH); Tätigkeitsbericht des Rechnungshofes. System des österreichischen Gesundheitswesens,
http://www.rechnungshof.gv.at/Berichte/Burgenland/Burgenland_2003_2/Burgenland_2003_2.pdf, 29.06.2003
- RECHNUNGSHOF (RH); Wahrnehmungsbericht des Rechnungshofes, Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, Wien 2000,
<http://www.rechnungshof.gv.at>, 23.04.01
- SCHÖFFSKY O., J.-M. SCHULENBURG GRAF v.d.; Gesundheitsökonomische Evaluationen, 2000
- STATISTIK AUSTRIA;
http://www.statistik.at/fachbereich_03/gesundheit_ausgaben_tab.shtml,
18.09.2003
- STIGLITZ J. E., B. SCHÖNFELDER; Finanzwissenschaft, München 1989
- TIROLE J.; Industrieökonomik, 1999
- ZDROWOMYSLAW N., W. DÜRIG; Gesundheitsökonomie, Oldenburg 1999
- ZIMMERMANN H., K-D. HENKE; Finanzwissenschaft, München 1994

Publikationen/Publications:

Der österreichische Arzneimittelmarkt im europäischen Vergleich

Evelyn Walter

ISBN 3-9501841-0-4 Wien, 2003

Wirtschaftsfaktor Pharma- und Biotechnologieindustrie

Evelyn Walter, Susanne Zehetmayr, Michael Kaiser

ISBN 3-9501841-1-2 Wien, 2003
