



Health System Watch



Die Reform des Gesundheitswesens in der Slowakei: Pflichtprogramm oder Kür?

Schwerpunktthema: Arztgebühr in Österreich – Wie viel bringt sie, und wer zahlt sie?

Maria M. Hofmarcher, Monika Riedel, Gerald Röhrling*

Die Reform des Gesundheitswesens in der Slowakei: Pflichtprogramm oder Kür?

Die Gesundheitsversorgung in der Slowakei ist seit den 90er Jahren in einer Dauerkrise, die sich in unsolider Zahlungsmoral, in mangelnder Qualität und in der fehlenden sozialen Kohäsion ausdrückt. Vor diesem Hintergrund ist die im Oktober 2004 verabschiedete Reform notwendig gewesen. Insgesamt verfolgt die liberal-konservative Regierung dabei einen marktorientierten Ansatz und legt ein starkes Augenmerk auf Deregulierung, Privatisierung, Dezentralisierung, mehr Wettbewerb und die Mobilisierung von privaten Ressourcen. Ob die Slowakei auch bei Gesundheitsreformen ein Vorreiter für Europa wird, hängt jedoch in erster Linie davon ab, ob es gelingt, das Vertrauen der PatientInnen und der SteuerzahlerInnen, aber auch der Leistungserbringer in die neu geschaffenen Institutionen zu stärken. Dies kann nur über die Verbesserung der sozialen Kohäsion erzielt werden. Erste Schritte dafür sind eingeleitet.

Arztgebühr in Österreich: Wie viel bringt sie, und wer zahlt sie?

Die Einnahmen aus einer „Arztgebühr“ könnten kurzfristig das Kassendefizit in Österreich ausgleichen. Je niedriger das Bildungsniveau, desto stärker wären sowohl Frauen als auch Männer von den Arztgebühren betroffen. Frauen, deren Medianeinkommen etwa um ein Drittel unter jenem der Männer liegt, müssten jedoch in jeder Bildungsstufe, relativ zu ihrem zur Verfügung stehenden Einkommen, noch mehr für Selbstbehalte aufwenden als Männer. Die unterschiedliche Betroffenheit weist auf die Schwierigkeiten hin, Selbstbehalte angepasst an die finanzielle Leistungsfähigkeit auszugestalten. Bei einer sozial verträglichen Ausgestaltung müssen sowohl administrative Kosten als auch ein verringertes Einnahmenvolumen berücksichtigt werden. Zudem sollten für sozial verträgliche Regelungen Haushalts- und nicht Individual-einkommen die Bezugsgröße darstellen, was den Administrationsaufwand weiter erhöht.

Die Reform des
Gesundheits-
wesens in der
Slowakei: Pflicht-
programm oder
Kür?

Arztgebühr in
Österreich:
Wie viel bringt
sie, und wer
zahlt sie?

* Alle: Institut für Höhere Studien, IHS HealthEcon,
 Stumpergasse 56, A-1060 Wien, Telefon +43/1/599 91-127, E-Mail: hofmarch@ihs.ac.at.
 Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar unter der Internet-Adresse: <http://www.ihs.ac.at>

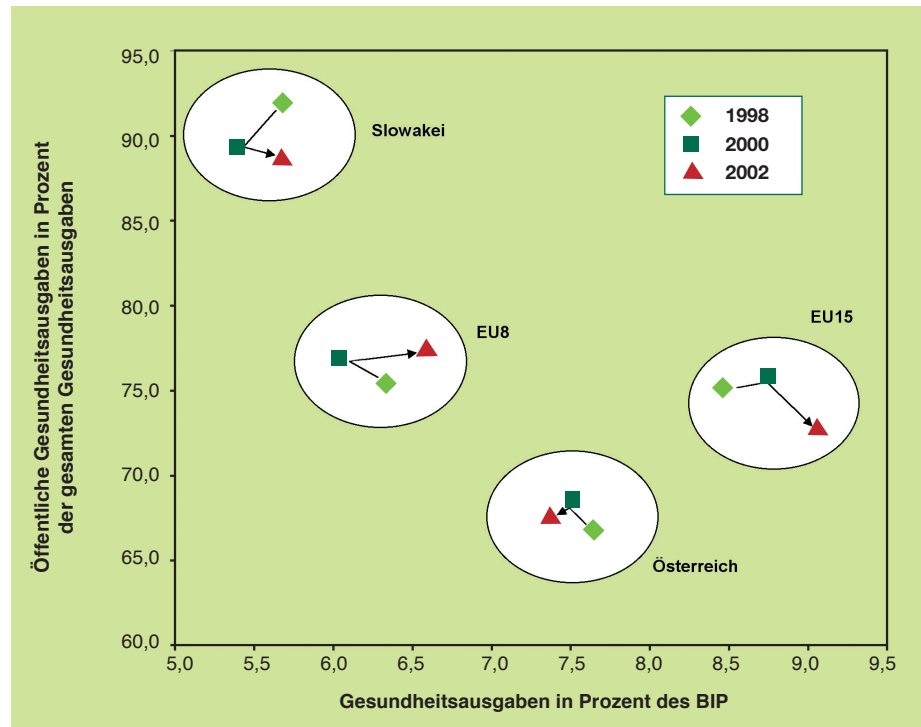




Die Reform des Gesundheitswesens in der Slowakei: Pflichtprogramm oder Kür?

Mit einem jahresdurchschnittlichen Wachstum von 4,4 Prozent zwischen 2000 und 2003 zählt die Slowakei¹ zu den am dynamischsten wachsenden Volkswirtschaften der neuen Europäischen Union (siehe Anhangstabelle A2). In Bezug auf die Gesundheitsausgaben in Prozent der Wirtschaftsleistung bzw. auf die öffentliche Gesundheitsausgabenquote unterscheidet sich die Slowakei nicht nur von Österreich, sondern auch vom durchschnittlichen EU-Neuankömmling (EU8 – ohne Malta und Zypern). Abbildung 1 zeigt, dass insgesamt deutlich weniger für Gesundheit ausgegeben wird (2002: 5,7 Prozent), dass aber im Vergleich zu anderen EU-Ländern die öffentliche Hand einen sehr großen Anteil davon aufbringt (2002: 89,1 Prozent).

Abbildung 1: Niveau und Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP und der öffentlichen Gesundheitsausgaben in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, 1998–2002



Quelle: Statistik Austria, WHO Health for all database, Jänner 2005, IHS HealthEcon Berechnungen 2005.

Im November 2004 wurde in der Slowakei eine umfassende Gesundheitsreform verabschiedet. Die slowakische Minderheitsregierung besteht aus einer 4-Parteien-Koalition, die sich aus liberalkonservativen Kräften zusammensetzt. Seit den Wahlen im Jahr 2002 sind insgesamt sieben Parteien im Parlament vertreten. Die Regierung wird vom Präsidenten angelobt, der im Jahr 2004 neu gewählt wurde. Er kann Gesetzesvorschläge beeinspruchen, allerdings treten diese bei weiteren Lesungen automatisch in Kraft, wenn das Parlament zustimmt. In ihrem jüngsten Länderbericht hat die OECD der Slowakei einen großen Reformeifer bescheinigt. Das Wirtschaftswachstum wird für 2004 bis 2006 mit etwa fünf Prozent prognostiziert und übersteigt damit frühere Erwartungen.² Die Gesundheitsreform 2004 in Verbindung mit neuen Finanzausgleichsgesetzen bezeugt ebenfalls den Reformwillen der gegenwärtigen Regierung.

Die 90 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, die aus öffentlichen Mitteln finanziert werden, sind in der Hauptsache aus Versicherungsbeiträgen gespeist. In der Slowakei bieten fünf Träger Krankenversicherungen an, wovon die größte – die Allgemeine Krankenversicherungsgesellschaft (VsZP) – einen Marktanteil von 66 Prozent hat. Der Beitragssatz für die Krankenversicherung ist für alle aktiv Beschäftigten und

¹ Wir verwenden „Slowakei“ synonym für „Slowakische Republik“.
² OECD Economic Outlook. Volume 2004/2, No. 76, December.





Selbstständigen verpflichtend zu entrichten. Er beträgt einheitlich 14 Prozent des Bruttolohnes bzw. -einkommens und fällt bis zu einer Einkommenshöchstgrenze an. Der Staat leistet Krankenversicherungsbeiträge für Arbeitslose, PensionistInnen, Behinderte und für nicht aktiv beschäftigte Angehörige einschließlich der Kinder. Dieser Beitragssatz ist mit 2005 auf vier Prozent festgelegt und wird vom Staat für etwa 60 Prozent der Bevölkerung aufgebracht.

Ziel dieses Beitrages ist, die in der Slowakei gesetzten Gesundheitsreformen darzustellen und zu analysieren. Im ersten Abschnitt werden die Hintergründe für die Reform diskutiert. Diesem folgt die Darstellung der wichtigsten Reformen. Im letzten Abschnitt bewerten wir die Maßnahmen. Hierfür stützen wir uns auf national und international verfügbare Daten und auf Literaturrecherchen.

Diagnose: das Gesundheitssystem in einer Dauerkrise

Die Ausgaben der Sozialversicherung in der Slowakei übersteigen seit einigen Jahren die Einnahmen. Im Jahr 2002 betrug die Einnahmen der Sozialversicherung 6,4 Prozent des BIP,³ die Ausgaben 7,2 Prozent. Das Defizit der Kassen begann sich Mitte der 90er Jahre zu akkumulieren, und seit 1998 betrug es etwa 0,8 Prozent des BIP. Die wachsenden Ausgabenüberschüsse führten dazu, dass die Krankenversicherungen Zahlungen an die Leistungserbringer verzögert haben bzw. zahlungssäumig wurden. Diese wiederum verzögerten oder stellten Zahlungen an Zulieferer ein, was zu einer Verschuldungskette führte.

Die unsolide Zahlungsmoral ...

Die Akkumulation der Verschuldung in der Slowakei hat ganz spezielle Merkmale. Erstens garantierte die Verfassung umfassenden Versicherungsschutz und formulierte einen Rechtsanspruch für die Inanspruchnahme von Leistungen ohne Selbstbehalte und Zuzahlungen.⁴ Zweitens übernahm der Staat laufend die Ausfallhaftung für verschuldete Krankenversicherungen bzw. Spitäler. Drittens waren Arbeitgeber in der Bezahlung der Beiträge an die Krankenversicherung säumig. Dies wurde noch dadurch verschärft, dass auch der Staat, je nach budgetärer Situation, nicht immer zuverlässig Versicherungsbeiträge für alle nicht aktiv beschäftigten Personen und für Kinder aufgebracht hat. Damit blieben die Beiträge an die Versicherungen zumeist unter den Ausgaben für diese Personen.

... die mangelhafte Qualität der Leistungserbringer und der Versorgung ...

Im Vergleich mit anderen „neuen“ EU-Ländern zeichnet sich das slowakische Gesundheitswesen weiters nicht nur durch eine hohe Dichte an Gesundheitspersonal aus, sondern auch durch ein im Vergleich zu Krankenpflegekräften stärkeres Wachstum der Anzahl von ÄrztInnen.⁵ Auch die Inanspruchnahme von ÄrztInnen in der Slowakei liegt deutlich über dem EU-Durchschnitt.⁶ Personen in der Slowakei sterben jedoch überdurchschnittlich häufig an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und an Krebs.⁷ Dies kann darauf hinweisen, dass die Produktivität des Gesundheitspersonals niedrig ist und dass diese auch durch die übliche Praxis der „Erkennlichkeitszahlungen“ noch nicht das Niveau anderer EU-Länder erreicht hat. Die „Einkommensaufbesserung“ scheint mit einem gesamtgesellschaftlichen Konsens einherzugehen, dass „Erkennlichkeitszahlungen“ notwendig sind. Das könnte zur Konsequenz haben, dass neben der Notwendigkeit einzusparen, was ohnehin die Entwicklung des Gesundheitssektors dämpfen kann, die Löhne und Gehälter relativ noch niedriger „gehalten“ werden. Zweitens waren ÄrztInnen traditionellerweise mit Managementaufgaben betraut, ohne entsprechende Ausbildungen und Qualifikationen dafür vorweisen zu können.⁸

Weder die Versicherungen noch die Leistungserbringer verfügten über wohldefinierte Anreize, die Versorgung effizient zu organisieren und die Qualität der Leistungen sicherzustellen. Verschärft wurde diese Situation durch die Ausfallhaftung des Staates, die dazu führte, dass das Risiko der Leistungserbringung nicht von den Anbietern mitgetragen wurde.

3 Colombo F. Tapay N.: The Slovak Health Insurance System and the Potential Role for Private Health Insurance: Policy Challenges. OECD Health Working Papers No. 11, Paris, March 2004.

4 Vgl. Hlavacka S. Wagner R. Riesberg A.: Health Care Systems in Transition: Slovakia, European Observatory on Health Systems and Policies. WHO, 2004.

5 Die Anzahl der Krankenpflegekräfte ist zwischen 2000 und 2002 zurückgegangen, was auf die Restrukturierung der Einrichtungen und der Ausbildung und auf die Migration zurückgeführt wird. Vgl. Hlavacka S. Wagner R. Riesberg A.: (2004): op. cit. S. 77.

6 Vgl. Tabelle A4. In Hofmarcher M.M. Riedel M. Röhrling G.: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der EU: Ist Marktversagen kuriert? Schwerpunktthema: Wie globalisiert sind Gesundheitsreformen?, Health System Watch II/Sommer 2004.

7 OECD Health Data 2004.

8 Slowakische Regierung: Health Care in the Slovak Republic – Concept, January 28, 2004 (bei den AutorInnen erhältlich).

Diagnose: das
Gesundheits-
system in einer
Dauerkrise

Die unsolide
Zahlungs-
moral ...

... die
mangelhafte
Qualität der
Leistungserbrin-
ger und der
Versorgung ...





... und die fehlende soziale Kohäsion stimulierten die Reformen.

... und die fehlende soziale Kohäsion stimulierten die Reformen.

Schatteneinkommen im Gesundheitswesen sind in der Slowakei üblich. Erhebungen zufolge geben fast 70 Prozent der Befragten an, dass die Korruption im Gesundheitswesen im Vergleich zu anderen Wirtschaftssektoren am stärksten ist.⁹ Offizielle Zahlen weisen aus, dass private Haushalte etwa zehn Prozent der Gesundheitsausgaben finanzieren, was als deutlich unterschätzt gilt.¹⁰ Die Praxis der „Erkenntlichkeitszahlungen“ geht zumeist mit der Hoffnung einher, eine qualitativ hochwertigere Versorgung zu erhalten. Bei etwa 70 Prozent der Arztkontakte werden Schatteneinkommen erzielt, bei Facharztbesuchen beläuft sich der Anteil auf fast 60 Prozent. Drei von zehn SpitalspatientInnen zahlen „Erkenntlichkeitsprämien“ an Anbieter, zumeist ÄrztInnen. Diese Praktiken dürften über die Zeit auch noch zugenommen haben.¹¹ Dies ist beachtlich, zumal die Slowakei umfassenden Zugang zu Gesundheitsleistungen garantiert. Sowohl die bessere Versorgung als auch der Ausdruck von Dank ist aktuellen Befragungen zufolge das wichtigste Motiv, „Erkenntlichkeitszahlungen“ zu leisten (30 Prozent der Befragten). Bevorzugte Behandlung geben nur etwa zehn Prozent der Befragten als Grund an.¹²

In der Praxis der „Erkenntlichkeitszahlungen“ mag sich auch das mangelnde Vertrauen in die professionelle Integrität der Leistungserbringer widerspiegeln. In Verbindung mit der schwachen Zahlungsmoral, die zu einer Verschuldungskette führte, kann dies wiederum Ausdruck für einen Mangel an sozialer Kohäsion sein. Die fehlende soziale Kohäsion im Gesundheitswesen in der Slowakei spiegelt sich insbesondere in der Entwicklung der Krankenversicherungen wider: Unterschiedliche Mechanismen der Einhebung von Versicherungsprämien, fehlende Kapazitäten, dies umfassend zu tun, nachhaltiges Misstrauen in die Korrektheit der Umverteilung von Prämieinnahmen, Unklarheit und Intransparenz über den Umfang des Versicherungsschutzes in den einzelnen Krankenversicherungen und nicht zuletzt die aus budgetären Gründen wankelmütige Bereitschaft des Staates, Versicherungsprämien für alle nicht aktiv Beschäftigten, für RentnerInnen und für Angehörige zu zahlen¹³, sind Gründe dafür. Darüber hinaus ist es bis jetzt nicht gelungen, dass sich die Krankenversicherungen ein eigenes Profil geben bzw. dürften die Managementkapazitäten unzulänglich sein, bestehende Regulierungen auch umzusetzen. Entgegen der politischen Absicht und bestehenden ordnungspolitischen Regelungen und deren laufenden Reformierungen ist es in den letzten Jahren nicht gelungen, den Wettbewerb zwischen den Kassen zu stimulieren.

Therapie: revolutionäre Reform-Leidenschaft statt evolutionärer Gelassenheit

Im Rahmen der Gesundheitsreformstrategie „Health care reform: real reform for citizens“ kündigte der 2002 neu gewählte slowakische Gesundheitsminister Rudolf Zajac einen Paradigmenwechsel und eine Reorganisation der Struktur im Gesundheitswesen an. Im Jänner 2004 legte die Slowakische Regierung ein grundlegendes Reformkonzept vor, in dem Stabilitätsziele formuliert und Reformen in der Versorgung präzisiert wurden.¹⁴ Umfassendes Ziel der Reform ist die Sicherstellung der nachhaltigen Finanzierung. Das Parlament beschloss die von der Minderheitsregierung mit Unterstützung oppositioneller Kräfte eingebrachte Reform im September 2004 und, trotz eines Vetos des Präsidenten, verabschiedete es im Oktober 2004 sechs Gesetze, die ineinander verwoben sind: (1) Gesetzgebung zur Krankenversicherung, (2) Gesetzgebung zur Aufsichtsbehörde, (3) Gesetzgebung zu Leistungserbringern, (4) Gesetzgebung zur Notfallversorgung, (5) Gesetzgebung zur Gesundheitsversorgung, (6) Gesetzgebung zum Leistungskatalog. Im Folgenden gehen wir auf Gesetzgebung (1), (2), (3) und (6) näher ein.¹⁵

Die Krankenkassen werden vom Staat beaufsichtigte, gewinnorientierte Aktiengesellschaften

Diese Gesetze legen sowohl die Kompetenzen und die Aufgaben der Krankenkassen als auch deren Rechtsstatus, das Management und die Organisationsform fest. Die Gesetzgebung sieht vor, die fünf Krankenkassen in gewinnorientierte Aktiengesellschaften umzuwandeln. Darüber hinaus wurde eine

9 Hofmarcher M.M., Lietz C. (2003): Access to Pharmaceuticals in Transition Countries. In: Davies H, Tavakoli M (Ed): Health Care Policy, Performance and Finance. Ashgate, 2004.

10 Colombo F, Tapay N. (2004): op. cit.

11 Murthy A., Mossialos E.: Informal Payments in EU Accession Countries. Euro Observer, Vol. 5, No. 2, Summer 2003.

12 Vgl. Hlavacka S., Wagner R., Riesberg A. (2004): op. cit. S. 48.

13 Nicht zufällig umfasst die Beschreibung dieser Schwierigkeiten im aktuellen HIT-Slovakia mehr als zehn Seiten. Vgl. Hlavacka S., Wagner R., Riesberg A. (2004): op. cit. S. 35ff.

14 Vgl. Slowakische Regierung (2004): op. cit.

15 Vgl. Slowakische Regierung (2004): op. cit. und Hlavacka S., Wagner R., Riesberg A. (2004): op. cit.

**Therapie:
revolutionäre
Reform-Leidenschaft
statt
evolutionärer
Gelassenheit**

Die Krankenkassen werden vom Staat beaufsichtigte, gewinnorientierte Aktiengesellschaften





Dachorganisation etabliert, welche die einzelnen Krankenkassen überwachen soll. Die Aufsichtsbehörde vergibt Zulassungen und kontrolliert die Geschäftstätigkeit der Versicherungen. Außerdem legt sie die Kriterien fest, die für die Vertragsgestaltung mit den Leistungserbringern zu berücksichtigen sind. Sie fungiert sowohl als Aufsichtsbehörde für die Versicherungen als auch für die Anbieter und kann Sanktionen setzen und Lizenzen entziehen. Der Finanzbedarf für den laufenden Geschäftsbetrieb der Aufsichtsbehörde wird über Versicherungsbeiträge aufgebracht. Im Hinblick auf private Versicherungsunternehmen wird die Tätigkeit der Aufsichtsbehörde von den Regelungen, wie sie die Finanzmarktaufsicht vorsieht, flankiert. Es wurden zwei Typen von Krankenversicherungen festgelegt: die Basisversicherung im Rahmen der Versicherungspflicht und die freiwillige Krankenversicherung. Die Basisversicherung deckt Leistungen aus der Positivliste ab, die freiwillige Krankenversicherung, die entweder von den Trägern der Basisversicherung oder von anderen Unternehmen angeboten werden kann, bietet Versicherungsschutz an für Leistungen, die nicht im Leistungskatalog enthalten sind. Dies umfasst Leistungen von Anbietern, die keinen Vertrag mit den Krankenkassen haben (werden), „Sonderklasseleistungen“, bestimmte Arzneimittel, zahnmedizinische Leistungen und kosmetische Chirurgie.¹⁶ Die Gesetzgebung spezifiziert außerdem die Versicherungsbeiträge, die der Staat zu entrichten hat und die sich an den Durchschnittseinkommen orientieren. Sie legt darüber hinaus den Mechanismus der Umverteilung von Prämieinnahmen dar. Dies betrifft insbesondere die Verantwortung der Versicherungsträger im Hinblick auf die Beitragseinhebung.

Der Marktzutritt für Leistungsanbieter wird selektiver, und Gewinne sind erlaubt

Diese Gesetze umfassen Kriterien für die Zulassung von Leistungserbringern, sie definieren die Typen von Anbietern und spezifizieren Kriterien für die Vertragsfähigkeit von zugelassenen Leistungserbringern. Außerdem wird der Prozess von Preisverhandlungen detailliert, die Rolle und die Funktion der Interessenvertretungen klargestellt und Regelungen im Hinblick auf die Etablierung von Informationssystemen in der Versorgung begründet. Krankenschwestern, Hebammen und Angehörige anderer Gesundheitsberufe können sich selbstständig machen. Gesetzliche Rahmenbedingungen für die Ausbildung von Bediensteten im Gesundheitswesen wurden geschaffen.

Weiters enthält die Gesetzgebung Kriterien für die Umwandlung von staatlichen Gesundheitseinrichtungen – und dies insbesondere von Spitälern – in gewinnorientierte Aktiengesellschaften. Im Zuge der Beendigung des Prozesses der Dezentralisation wurden gesetzliche Hindernisse beseitigt, um sicherzustellen, dass höhere Verwaltungseinheiten und Gemeinden eine flexiblere Beteiligungsmöglichkeit an der Eigentümerschaft von Gesundheitseinrichtungen haben. Den einzelnen Trägern ist es nun möglich, ihre Gesundheitseinrichtungen an private Organisationen auszulagern. Staatliche Gesundheitsinstitute wurden in Ämter für öffentliche Gesundheit umgewandelt, wobei auch festgelegt wurde, Maßnahmen zu entwickeln, um gesundheitsbeeinträchtigende Risiken zu reduzieren und nicht übertragbaren Krankheiten entgegenzuwirken. Im Zuge dessen wurde im Frühjahr 2004 ein Gesetz zum Nichtraucherschutz verabschiedet. Die Krankenkassen sind verpflichtet, strukturierte Verträge mit ambulanten und stationären Anbietern auszuhandeln, um deren Leistung zu kontrollieren. Um die technische Effizienz und die Transparenz von Kosten und Leistungen zu erhöhen, wurde 2002 im Krankenanstaltenbereich ein DRG-System (Disease-Related Group-payment) implementiert.

Positivliste und Standardisierung der Behandlungen

Ein Herzstück der Reform bildet auch die Gesetzgebung zum Leistungskatalog. Sie definiert die Ebenen der öffentlichen Versorgung, enthält Schwerpunkte für Prävention und eine Positivliste von versicherungspflichtigen Leistungen. Basierend auf ICD-10-Diagnosen wurden Hauptdiagnosen kategorisiert, priorisiert und daraus Selbstbehaltsgrenzen abgeleitet. Die Kategorisierung wird von ExpertInnen des Gesundheitsministeriums, der Krankenversicherungen und VertreterInnen von Gesundheitsberufen vorgenommen. Innerhalb dieser Gesetzgebung werden auch Positivlisten für Arzneimittel und Heilbehelfe festgelegt. Bereits im Juni 2003 wurden Kostenbeteiligungen für Arztbesuche, „Sonderklasseleistungen“ oder Nicht-Notfalls-Transporte eingeführt.¹⁷ Ausgenommen von diesen Selbsthalten sind sozial bedürftige Personen, Kinder unter sechs Jahren, BlutspenderInnen, psychisch und chronisch Kranke. In Anbetracht der

Der Marktzutritt für Leistungsanbieter wird selektiver, und Gewinne sind erlaubt

Positivliste und Standardisierung der Behandlungen

¹⁶ Colombo F., Tapay N. (2004): op. cit.

¹⁷ Die Anzahl der Arztkontakte ist seither um 30 Prozent gefallen, Besuche bei FachärztInnen und in Spitälern um 25 Prozent. Vgl. Krosnar K.: Slovak patients use health services less since charges were imposed. News roundup BMJ, Oct 2003; 327: 769.





Pflichtprogramm oder Kür?

hohen Arzneimittelausgaben in der Slowakei wurde die Kategorisierung von Medikamenten geändert, eine fixe Kostenbeteiligung für Arzneimittel eingeführt und im ambulanten Bereich eine Budgetierung der Ausgaben für Medikamente und medizinische Geräte durchgesetzt.

Pflichtprogramm oder Kür?

Vor dem Hintergrund der seit den 90er Jahren andauernden Krise in der Gesundheitsversorgung ist eine Reform notwendig gewesen. Mit den vorliegenden Gesetzen sind die Weichen für den endgültigen Übergang von einem verstaatlichten, monopolistischen zu einem pluralistischen und dezentral aufgebauten Versorgungssystem gestellt. Die gesetzten Reformen haben mehr oder weniger explizit alle im Gesundheitswesen prävalenten Formen von Markt- und Staatsversagen¹⁸ adressiert. Die Gesetze zur Sicherstellung der nachhaltigen Finanzierung, zur Marktsteuerung, zum Risikostrukturausgleich, zu den Kriterien für die Marktzulassung, zu leistungsorientierten Bezahlungsformen und nicht zuletzt zur Stärkung der Eigenverantwortung der PatientInnen durch die gesetzliche Verankerung von Selbsthalten haben allesamt das Potenzial, die Qualität der Versorgung zu verbessern und die Systemzufriedenheit zu erhöhen. Insgesamt verfolgt die liberal-konservative Regierung dabei einen marktorientierten Ansatz und legt ein starkes Augenmerk auf Deregulierung, Privatisierung, Dezentralisierung, mehr Wettbewerb und die Mobilisierung von privaten Ressourcen.

Durch die Setzung von marktwirtschaftlichen Rahmenbedingungen versucht sie die Krankenversicherungen zu stärken und aus ihnen aktive Zahler zu machen, die über die Kundenorientierung und über die Qualität Effizienzreserven ausschöpfen. Da sowohl die Versicherungsbeiträge als auch der Leistungsumfang gesetzlich festgelegt sind, können Krankenversicherungen jedoch nur auf der Basis von Marketing und Kundenservice Versicherungsprodukte differenzieren bzw. in Wettbewerb zueinander treten. Ihre (neue) Rolle als aktive Zahler ermöglicht es ihnen aber, potenziell Gewinne zu erzielen, indem sie Einkaufsmacht ausüben und nur mehr selektiv mit Leistungserbringern kontrahieren. Wenn jedoch Versicherungen ihre Einkaufsmacht nutzen, um die Qualität der Leistungserbringung zu verbessern, muss dies nicht notwendigerweise zu Ausgabenreduktionen führen. Beispielsweise kann starker Druck zur Kostendämpfung die Mühe der Anbieter reduzieren, die Qualität der Leistungen sicherzustellen. Dieser Trade-off in Verbindung mit der Notwendigkeit, den Risikostrukturausgleich zu verbessern – um zu vermeiden, dass Versicherungen (von neuem) nur die „guten Risiken“ abschöpfen –, erfordert nicht nur eine klare Abgrenzung des Leistungskatalogs, sondern auch eine nachhaltige Reform der Wertvorstellungen und der sozialen Institutionen. Dies kann in der Folge zu einer Verbesserung des Zusammenhaltes in der Versichertengemeinschaft führen und die Versicherungen in der Einhebung von Beiträgen stärken.

Ob die gesetzten Reformen wirklich Erfolg haben und damit die Slowakei auch in Bezug auf Gesundheitsreformen ein Vorreiter in Europa wird, hängt nämlich in der Hauptsache vom Vertrauen der PatientInnen und der Steuerzahler, aber auch der Leistungserbringer in die neu geschaffenen Institutionen ab. Dies betrifft beispielsweise die neu errichtete, mächtige Aufsichtsbehörde, aber auch das Vertrauen in den Staat, der ja in der Vergangenheit in der Zahlung von Versicherungsbeiträgen oft unzuverlässig war. Die öffentliche Akzeptanz der Reform dürfte derzeit nicht sehr hoch sein, und die seit einigen Jahren laufenden Diskussionen über das Gesundheitswesen haben die Verunsicherungen verstärkt. In einer aktuellen Befragung in vier neuen EU-Ländern zeigte sich die Mehrheit der slowakischen Befragten (53,2 Prozent) unzufrieden mit dem Gesundheitssystem, mehr als ein Fünftel der Befragten sind sogar sehr unzufrieden. Eine stärkere Unzufriedenheit konnte nur noch in Polen beobachtet werden.¹⁹

Die im Jahr 2004 gesetzten Reformen gehen interessanterweise mit der Gründung einer Sozialpartnerschaft einher, die beratende Funktionen haben wird.²⁰ Dies und die kürzlich avisierte Vergabe eines Kredites der Weltbank zur Unterstützung der institutionellen Koordination, zur Ausbildung der Angestellten im öffentlichen Dienst und im „policy making“,²¹ weisen auf mangelnde soziale Kohäsion in der Slowakei hin, die sich durch das Tempo der Reformen, die in den letzten Jahren durchgesetzt wurden, noch verschärft haben dürfte. Diese Maßnahmen zeigen nämlich den Bedarf, die Abstimmungskultur zwischen den Akteuren und den Leistungserbringern auch im Gesundheitswesen zu verbessern, um die öffentliche Akzeptanz zu erhöhen und damit die Reformen erfolgreich umzusetzen.

18 Arrow K.J.: Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. The American Economic Review, Vol. LIII, No. 5, 1963.

19 Central European Research Group: Health Care in Europe: Czechs relatively satisfied, Poles and Slovaks strongly displeased. January 2005. Vgl. www.ceorg-europe.org.

20 The Slovak Spectator: The year of the biggest reforms; <http://www.slovakspectator.sk/clanok-18243.html>, 12/20/2004: 02/03/2005.

21 World Bank News & Broadcast: World Bank Supports Human Capital Development In Slovakia: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,contentMDK:20333319-menuPK:34463-pagePK:34370-piPK:34426-theSitePK:4607,00.html>, 01/28/2004: 04/02/05.





Schwerpunktthema: Arztgebühr in Österreich: Wie viel bringt sie, und wer zahlt sie?

International werden zunehmend Kostenbeteiligungen zur Finanzierung des Gesundheitssystems, und hier insbesondere zur Sanierung von Krankenkassendefiziten, eingeführt oder ausgeweitet. Hauptfunktion bestehender Kostenbeteiligungen in Österreich ist die Entlastung der Krankenversicherungsbudgets. Gemäß Hauptverbandsberechnungen vom November 2004 wird das Kassendefizit im Jahr 2004 rund 300 Millionen Euro betragen und 2005 auf 450 Millionen Euro ansteigen. Für 2006 ist ein Defizit in der Höhe von 596 Millionen Euro prognostiziert.²² Trotz dieser prognostizierten Entwicklung ist laut Bundesministerium für Gesundheit und Frauen für das Jahr 2005 keine Ausweitung bestehender oder die Einführung neuer Selbstbehalte geplant.²³

Im Folgenden werden wir kurz die ersten deutschen Erfahrungen mit der Praxisgebühr und die Entwicklung von Kostenbeteiligungen in Österreich darstellen. Anschließend zeigen wir anhand einer Modellrechnung, wie hoch die Einnahmen in Österreich bei Einführung einer „Arztgebühr“ wären. Abschließend stellen wir die Betroffenheit durch Selbstbehalte nach sozio-demographischen Kriterien dar.

Die Praxisgebühr in Deutschland – Genaues weiß man noch nicht

In Deutschland wurde im Zuge der Gesundheitsreform 2004 eine direkte Zuzahlung der PatientInnen, die so genannte „Praxisgebühr“²⁴, beschlossen, die seit 1. Jänner 2004 eingehoben wird. Die Versicherten zahlen eine Gebühr von zehn Euro pro Quartal bei der erstmaligen Inanspruchnahme eines Arztes/einer Ärztin – unabhängig davon, ob ein/e Haus- oder Facharzt/-ärztin oder ein/e PsychotherapeutIn konsultiert wird. Ist eine Überweisung zu anderen ÄrztInnen notwendig, so muss die Praxisgebühr nicht nochmals bezahlt werden, erstreckt sich jedoch die Behandlung – auch ohne ÄrztInnenwechsel – über ein Quartal hinaus, fällt neuerlich eine Gebühr von zehn Euro an. Ausgenommen von der Praxisgebühr sind Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft, Krebsvorsorgeuntersuchungen, Gesundheits-Checks ab dem 35. Lebensjahr alle zwei Jahre, Schutzimpfungen und jährlich zwei Vorsorgeuntersuchungen bei ZahnärztInnen. Gemäß Schätzungen des Bundesgesundheitsministeriums sollen durch die Praxisgebühr Mehreinnahmen von über 1,1 Milliarden Euro pro Jahr zur Entlastung der Krankenkassen lukriert werden können. Auswertungen des ersten Quartals 2004 zeigen bereits, dass die Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen deutlich gestärkt werden konnten. So konnte das Defizit des Vergleichsquartals 2003 von über 600 Millionen Euro in einen erwirtschafteten Überschuss von rund einer Milliarde Euro umgekehrt werden.²⁵ Die Kostenbeteiligungen waren jedoch nur ein Teil eines umfangreicheren Gesamtpaketes. Außerdem ist davon auszugehen, dass sich dieser Überschuss in den folgenden Quartalen wieder abschwächt. In Rheinland-Pfalz sank die Anzahl der Behandlungsfälle im ersten Quartal 2004 gegenüber dem vergleichbaren Vorjahresquartal um knapp zehn Prozent; im nächsten Quartal erfolgte wiederum eine Abschwächung des Rückgangs auf etwa sechs Prozent.²⁶ Eine Zuwachsrate im Bereich der Ausgaben für Früherkennungsuntersuchungen deutet die Ministerin dahingehend, dass gesundheitlich gebotene Arztbesuche zunehmen und keineswegs unterbleiben. Erste Analysen aus Nordrhein zeigen, dass mit Einführung der Praxisgebühr zwar die Fallzahl (-8,0 Prozent), aber weit weniger die Anzahl der Arztkontakte (-2,9 Prozent) zurückgegangen ist, da chronisch Kranke anscheinend ihre Inanspruchnahme kaum geändert haben.²⁷

Private Gesundheitsausgaben in Österreich im Trend

Die Entwicklung der gesamten privaten Gesundheitsausgaben mit einer Steigerung von rund 13 Prozent seit 1997 verläuft ähnlich der BIP-Entwicklung. Die BIP-Quote der privaten Gesundheitsausgaben betrug 2003 1,9 Prozent, wobei 0,77 Prozentpunkte auf direkte Kostenbeteiligungen fallen. Gemäß unseren

Die Praxisgebühr in Deutschland – Genaues weiß man noch nicht

Private Gesundheitsausgaben in Österreich im Trend

22 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Telefonische Auskunft vom Jänner 2005. Im Zuge der nächsten Schätzungen des Krankenkassendefizits (Februar 2005) werden reduzierte Defizitzahlen erwartet.

23 Rauch-Kallat M., „Pressestunde“ vom 30.01.2005.

24 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: www.bmgs.bund.de.

25 Schmidt U.: Erstmals seit zehn Jahren wieder schwarze Zahlen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Juni 2004.

26 AOK – Die Gesundheitskasse Rheinland-Pfalz, Pressemitteilung vom 07.01.2005.

27 Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Pressemitteilung vom 31.01.2005.

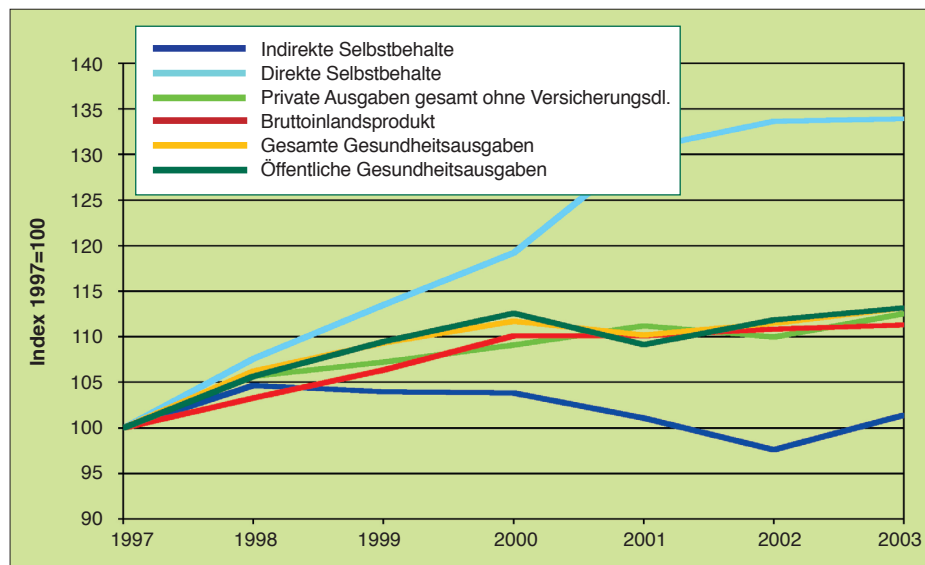




Berechnungen betragen im Jahr 2003 die gesamten Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP 8,7²⁸ Prozent (siehe Tabelle A1).

In Abbildung 2 ist die Entwicklung der Kostenbeteiligungen in Österreich in der Periode 1997–2003 dargestellt. Während die indirekten Selbstbehalte²⁹ nach einem geringfügigen Anstieg Ende der 90er Jahre im Jahr 2002 wieder knapp unter das Ausgangsniveau von 1997 fielen, erhöhten sich die realen Ausgaben der privaten Haushalte pro Kopf für direkte Selbstbehalte³⁰ bis in das Jahr 2002 dramatisch. Der Grund für diesen Anstieg liegt einerseits in den stark steigenden Ausgaben für (wahl)ärztliche Leistungen bzw. für therapeutische Erzeugnisse und andererseits in den außerordentlichen Erhöhungen der Rezeptgebühr.

Abbildung 2: Ausgabenentwicklung pro Kopf zu BIP-Preisen 95, Index 1997 = 100



Quelle: Statistik Austria, IHS HealthEcon Berechnungen 2005.

Erst im letzten Jahr stabilisieren sich das erste Mal in der Beobachtungsperiode die Ausgaben für direkte Selbstbehalte gegenüber dem Vorjahr; im Gegensatz dazu erhöhen sich die indirekten Kostenbeteiligungen von 2002 auf 2003, was insbesondere auf die Erhöhung der privaten Ausgaben für pharmazeutische Erzeugnisse zurückzuführen ist.

„Arztgebühr“: eine Modellrechnung für Österreich

Wir berechnen Einnahmen für die Sozialversicherung aus einer fixen Gebühr pro Arztkontakt und nicht pro Fall, wie dies in Deutschland gehandhabt wird. Die gesundheitspolitischen Vorschläge der Regierung in den Jahren 2003 und 2004 bezogen sich nämlich auf Selbstbehalte pro Arztkontakt. Die Praxisgebühr in Deutschland ist der bereits 1997 in Österreich eingeführten Krankenscheingebühr ähnlich, wenngleich sie auf höherem Niveau angesetzt ist und bei ÄrztInnen und nicht beim Arbeitgeber eingehoben wird.

Zur Abschätzung der Mehreinnahmen durch die Einführung eines Selbstbehaltes pro Arztkontakt wurde die Zahl der §2-Kassen³¹-Fälle, differenziert nach AllgemeinmedizinerInnen, allgemeinen FachärztInnen und sonstigen FachärztInnen, zugrunde gelegt. Aus den Daten des Europäischen Haushaltspanels (ECHP) für Österreich geht hervor, dass die durchschnittliche jährliche Anzahl an Arztkontakten im Jahre 2001 für

28 Die Quote liegt somit etwas unter der im letzten Jahr ausgewiesenen (vgl. Tabelle 2. In: Hofmarcher M.M., Riedel M., Röhring G.: Gesundheitsausgaben in der EU: Annäherung durch Erweiterung? Schwerpunktthema: Gesundheit bleibt uns teuer – so what? Health System Watch I/ Frühjahr 2004). Dies ist auf die Revision der BIP- und Gesundheitsausgaben-Berechnung von Statistik Austria zurückzuführen.

29 Indirekte Kostenbeteiligungen umfassen hauptsächlich Ausgaben für Leistungen und/oder Produkte, die (noch) nicht in den Leistungskatalogen der Krankenversicherungen enthalten sind bzw. deren Inanspruchnahme zu privaten Zahlungen führen. Als Beispiel für indirekte Kostenbeteiligungen in Österreich können die Ausgaben für nicht erstattungspflichtige Medikamente, Taggeldausgaben für einen stationären Krankenhausaufenthalt oder, im ASVG-Bereich, die Ausgaben der privaten Haushalte für festsitzenden Zahnersatz genannt werden.

30 Direkte Kostenbeteiligungen werden in Österreich oft als „klassische Selbstbehalte“ bezeichnet. Sie bestehen in erster Linie aus prozentualen (für BeamtInnen, Gewerbetreibende, Angestellte der ÖBB) oder betragsmäßigen Beteiligungen oder werden in Form von Gebühren pro erbrachte Leistung (Rezeptgebühr, Krankenscheingebühr) eingehoben (vgl. zu den konzeptionellen Unterschieden: Robinson R.: User charges for health care. In: Mossialos E., et. al: Funding health care: Options for Europe, European Observatory on Health Care Systems. Open University Press Buckingham, Philadelphia, 2002).

31 §2-Kassen: GKK, BKK, VA Bergbau, SVA Bauern.

„Arztgebühr“:
eine Modell-
rechnung für
Österreich





Besuche bei PraktikerInnen 4,92 und für FachärztInnenkonsultationen 2,15 betrug. Wir setzen die Höhe eines Selbstbehaltes mit fünf Euro bei AllgemeinmedizinerInnen bzw. zehn Euro bei FachärztInnen an. Die nachfolgenden Berechnungen gehen von der tatsächlich beobachteten Inanspruchnahme von haus- und fachärztlichen Leistungen und einem gleichzeitigen Wegfall der Krankenscheingebühr aus. Sie berücksichtigen keinen „Steuerungseffekt“ von Selbstbehalten. Weiters werden in den Berechnungen keine jetzt gültigen Zuzahlungsbefreiungen berücksichtigt.

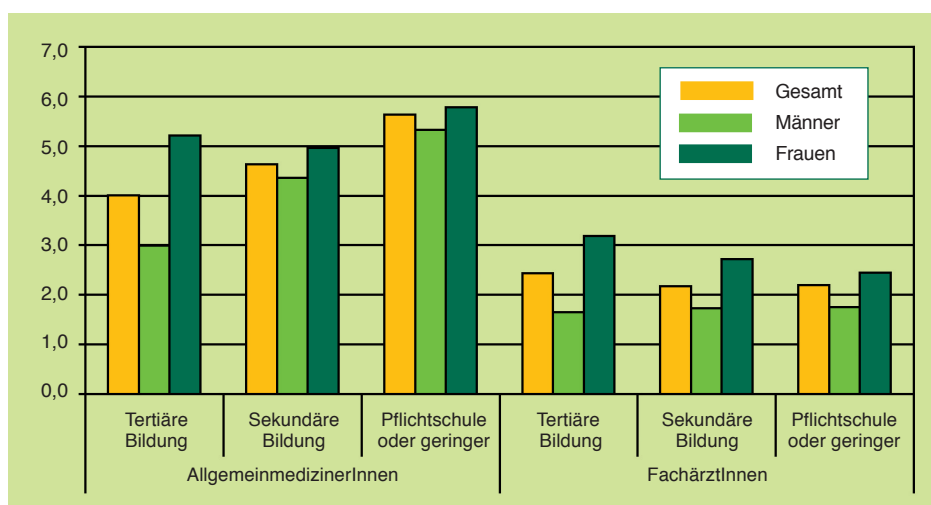
Eine „Arztgebühr“ kann das Kassendefizit ausgleichen ...

Die Einnahmen aus einer „Arztgebühr“ könnten kurzfristig das Kassendefizit in Österreich ausgleichen. Unseren Berechnungen zufolge bringt eine „Arztgebühr“ Einnahmen für die Sozialversicherung in der Höhe von 571 Millionen Euro jährlich. Wenn wir unterstellen, dass die Gebühr auch bei Überweisungen³² fällig wird, dann erhöhen sich die Einnahmen auf 642 Millionen Euro. Allerdings gilt zu berücksichtigen, dass diese Mehreinnahmen ein Einmaleffekt sind, also dass sie das fortschreitende Auseinanderklaffen der Einnahmen und der Ausgaben nicht verhindern können. Dies ist insbesondere zu bedenken, als das diese Einnahmen sowohl im Vergleich zu den Einnahmen aus der Krankenscheingebühr der letzten Jahre (ca. 50 Millionen Euro pro Jahr) als auch im Vergleich zur deutschen Praxisgebühr (geschätzte 1.100 Millionen Euro pro Jahr bei der zehnfachen Einwohnerzahl) sehr hoch sind.

... belastet aber insbesondere Frauen mit wenig Bildung ...

Im ECHP wird zwischen vier Bildungsstufen unterschieden. Aufgrund der sehr niedrigen Fallzahl (0,9 Prozent der Befragten) in der niedrigsten Stufe (keine Pflichtschule) wurden die beiden untersten Bildungskategorien zusammengefasst. Abbildung 3 illustriert, dass Frauen ohne Schulabschluss bzw. Frauen mit Pflichtschulabschluss mit 5,9 Arztkontakten am häufigsten den/die AllgemeinmedizinerIn pro Jahr konsultieren. Ein kontinuierlicher Anstieg der Arztkontakthäufigkeit vom höchsten bis zum niedrigsten Bildungsniveau, wie dieser bei den Männern zu beobachten ist, kann bei den Frauen nicht festgestellt werden. Im Vergleich zu ihren männlichen Bildungsgenossen besuchen Akademikerinnen um über 70 Prozent häufiger eine Praxis für Allgemeinmedizin. Der Geschlechterunterschied ist somit auf diesem Bildungsniveau deutlich am stärksten ausgeprägt.

Abbildung 3: Arztkontakte nach Bildungsstufen, altersstandardisiert, 2001



Quelle: ECHP, IHS HealthEcon Berechnungen 2005.

Ein anderes Muster ist bei den Facharztbesuchen zu erkennen. Während bei den Frauen die Facharztkontaktfrequenz mit dem Bildungsniveau ansteigt, variiert die bekannt niedrige Inanspruchnahme (1,8 Kontakte pro Jahr) bei Männern nicht mit der Bildungsstufe. Van Doorslaer et. al.³³ stellten 2002 fest, dass in

³² Aus einer Studie des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheit (ÖBIG) geht hervor, dass 23,1 Prozent aller Facharztbesuche aufgrund einer Überweisung durch praktische ÄrztInnen erfolgen. Vgl. Rosian I., Mildschuh S, Vogler S., Winkler P., Pichler E., Walter E.: Selbstbeteiligung, Internationaler Vergleich und Implikationen für Österreich. ÖBIG 2002.

³³ Van Doorslaer E., Koolman X., Puffer F.: Equity in the use of physician visits in OECD countries: Has equal treatment for equal need been achieved? OECD 2002.

Eine „Arztgebühr“ kann das Kassendefizit ausgleichen ...

... belastet aber insbesondere Frauen mit wenig Bildung ...

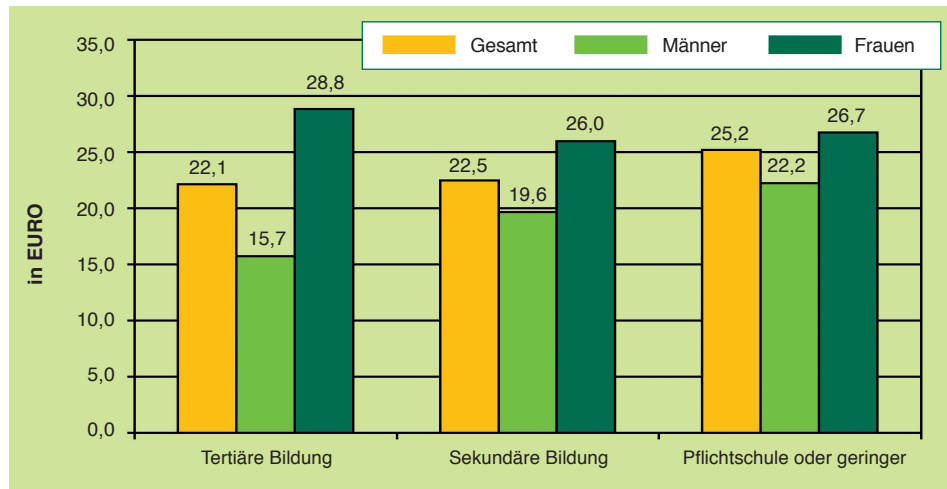




allen OECD-Mitgliedsländern (außer in Luxemburg) Personen mit hohem Einkommen öfter eine/n SpezialistIn aufsuchen als ärmere Bevölkerungsschichten. Unterstellen wir, dass im Allgemeinen Bildung mit dem Einkommen positiv korreliert, veranschaulicht Abbildung 3, dass dieser Effekt primär aus der stark bildungsabhängigen Facharztkontakthäufigkeit der Frauen resultiert.

Die Abschätzung des durchschnittlichen jährlichen Selbstbehalts pro Fall zeigt, dass Frauen im Durchschnitt deutlich mehr für Selbstbehalte zahlen würden als Männer. Am meisten geben Frauen der höchsten Bildungsstufe (28,8 Euro pro Jahr), gefolgt von den Frauen der niedrigsten Bildungsstufe (26,7 Euro pro Jahr), aus (siehe Abbildung 4). Die Berechnungen beruhen auf der Annahme, dass auch bei einer Überweisung von PraktikerInnen zu FachärztInnen eine Selbstbeteiligung bezahlt werden muss.

Abbildung 4: Durchschnittlicher Selbstbehalt in Euro pro Jahr und Person nach Bildungsstufen, 2001

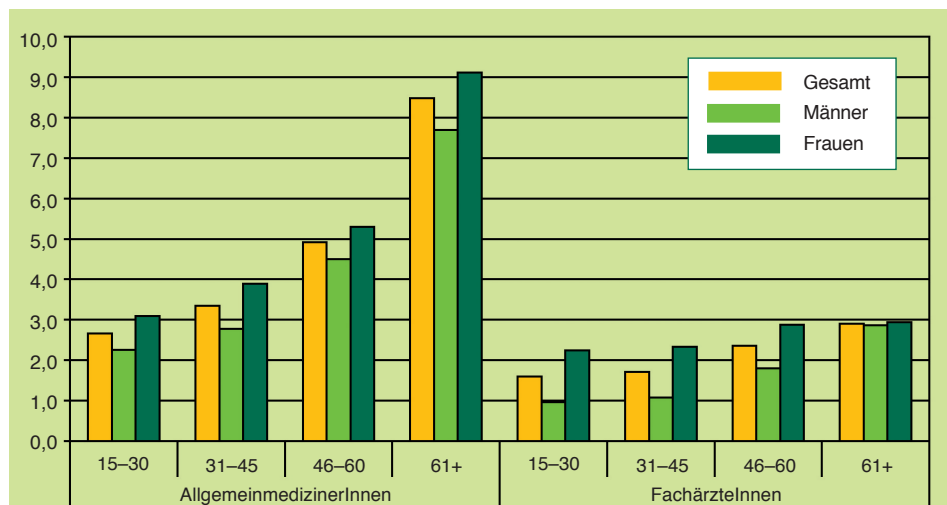


Quelle: ECHP, IHS HealthEcon Berechnungen 2005.

... und ältere Menschen, vor allem Frauen.

Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen steigen die Besuche bei praktischen ÄrztInnen mit zunehmendem Alter stark an (siehe Abbildung 5). Bei den weiblichen Facharztkontakten zeigt sich ein nicht so ausgeprägter Anstieg. Bereits Frauen im Alter zwischen 15 und 30 Jahren weisen eine hohe Kontakthäufigkeit auf. Im Gegensatz dazu steigt die Facharztkontaktfrequenz bei den Männern mit zunehmendem Alter stark an: Über 60-jährige Männer konsultieren FachärztInnen rund dreimal so häufig wie ihre Geschlechtsgenossen im Alter zwischen 15 und 45 Jahren. Somit liegt die männliche Frequenz in dieser Altersgruppe nur marginal unter jener der weiblichen Pensionisten.

Abbildung 5: Arztkontakte nach Altersgruppen, 2001



Quelle: ECHP, IHS HealthEcon Berechnungen 2005.

... und ältere Menschen, vor allem Frauen.



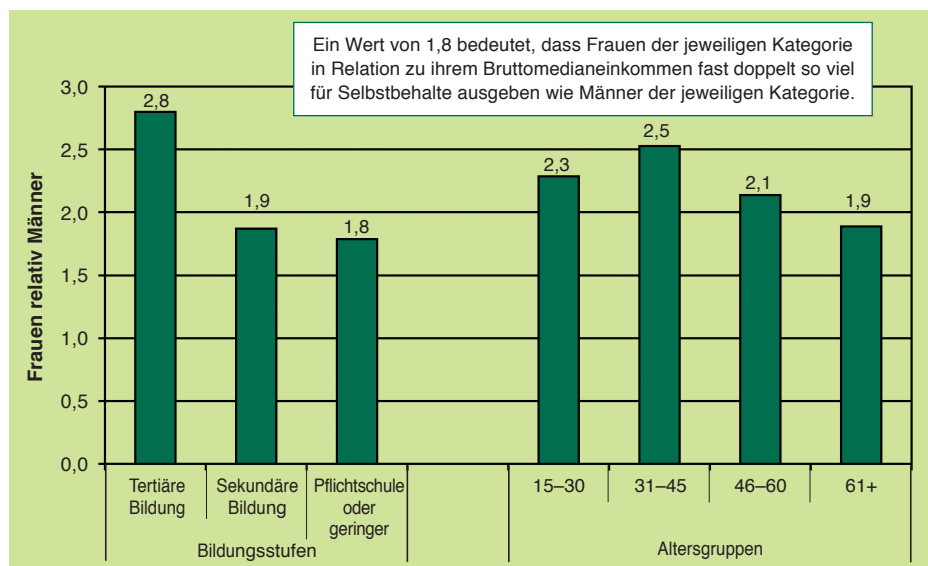


Frauen sind ärmer und auch ärmer dran

Frauen, deren Medianeinkommen etwa um ein Drittel unter jenem der Männer liegt, müssten in jeder Bildungsstufe relativ zu dem ihnen zur Verfügung stehenden Einkommen mehr für Selbstbehalte aufwenden (siehe Abbildung 6). Sowohl Männer als auch Frauen wären stärker von Selbsthalten betroffen, je niedriger ihr Bildungsniveau ist. Aus dem Zusammenwirken von höherer Inanspruchnahme und niedrigerem Einkommen ergibt sich, dass die relative Betroffenheit durch Selbstbehalte von Akademikerinnen gleich hoch wäre wie die von Männern der niedrigsten Bildungsstufe. Wenig gebildete Frauen würden in Prozent ihres Medianeinkommens rund doppelt so viel für Selbstbehalte ausgeben wie ihre Geschlechtsgenossinnen in der höchsten Bildungsgruppe. Bei den Männern würde ebenfalls die Belastung mit sinkendem Bildungsniveau wachsen, wobei der Unterschied zwischen den Bildungsstufen sogar noch ausgeprägter wäre. Relativ zum Einkommen wären Männer ohne abgeschlossene Schulbildung bzw. mit Pflichtschulabschluss dreimal so stark betroffen wie Akademiker.

Frauen sind ärmer und auch ärmer dran

Abbildung 6: Relative finanzielle Betroffenheit durch Selbstbehalte, in Prozent des Bruttomedianeinkommens



Quelle: ECHP, IHS HealthEcon Berechnungen 2005.

Ein ähnliches Muster zeigt sich bei der Betroffenheit nach Altersgruppen. Frauen in allen Altersgruppen würden einen höheren Selbstbehalt als Männer zahlen. Der durchschnittliche Selbstbehalt pro Jahr würde sowohl bei Männern (von 10,5 auf 33,8 Euro) als auch bei Frauen (von 18,8 auf 37,9 Euro) über die Altersklassen steigen. Abbildung 6 zeigt, dass Frauen in jeder Altersklasse, relativ zum Bruttomedianeinkommen, von Selbsthalten stärker betroffen wären als Männer. Sowohl ältere Frauen als auch ältere Männer wären rund doppelt so stark durch Selbstbehalte betroffen wie ihre jüngeren Geschlechtsgenossinnen (relative Betroffenheit 61+/15–30: Frauen: 1,7; Männer: 2,1).

Unsere Modellrechnungen zeigen deutlich die verteilungspolitischen Implikationen einer „Arztgebühr“. Die unterschiedliche Betroffenheit weist auf die Schwierigkeiten hin, Selbstbehalte sozial verträglich, das heißt angepasst an die finanzielle Leistungsfähigkeit, auszugestalten. Bei einer sozial verträglichen Ausgestaltung müssen sowohl administrative Kosten als auch ein verringertes Einnahmenvolumen berücksichtigt werden. Zudem sollten für sozial verträgliche Regelungen Haushalts- und nicht Individualeinkommen die Bezugsgröße darstellen, was den Administrationsaufwand weiter erhöht.



Österreichische Gesundheitsausgaben und deren Finanzierungsträger, 1997-2003

Tabelle A1:

Österreichische Gesundheitsausgaben und deren Finanzierungsträger, 1997-2003							
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Gesundheitsausgaben (Statistik Austria)							
nominell, Mio. Euro	13.724	14.663	15.241	15.824	15.997	16.477	17.043
in Prozent des Bruttoinlandsproduktes	7,4	7,6	7,6	7,5	7,4	7,5	7,5
Gesundheitsausgaben (IHS HealthEcon)							
nominell, Mio. Euro	15.558	16.512	17.165	17.867	18.235	18.737	19.570
in Prozent des Bruttoinlandsproduktes	8,4	8,6	8,6	8,5	8,5	8,5	8,7
Finanzierung der Gesundheitsausgaben (IHS HealthEcon)							
nominell, Mio. Euro							
Soziale Krankenversicherung	7.852	8.187	8.691	9.015	9.315	9.643	9.880
Private Haushalte (priv. Zahlungen und Selbstbehalte)	4.034	4.300	4.435	4.529	4.999	4.938	5.179
Private Krankenversicherung	577	724	715	769	577	647	667
Staat	3.095	3.301	3.324	3.555	3.344	3.510	3.844
Index 1997=100							
Soziale Krankenversicherung	100	104	111	115	119	123	126
Private Haushalte (priv. Zahlungen und Selbstbehalte)	100	107	110	112	124	122	128
Private Krankenversicherung	100	126	124	133	100	112	116
Staat	100	107	107	115	108	113	124
in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben							
Soziale Krankenversicherung	50,5	49,6	50,6	50,5	51,1	51,5	50,5
Private Haushalte (priv. Zahlungen und Selbstbehalte)	25,9	26,0	25,8	25,3	27,4	26,4	26,5
Private Krankenversicherung	3,7	4,4	4,2	4,3	3,2	3,5	3,4
Staat	19,9	20,0	19,4	19,9	18,3	18,7	19,6

Quelle: Statistik Austria, IHS HealthEcon Berechnungen 2005.





Tabelle A2:

	Bruttoinlandsprodukt pro Kopf, US Dollar, Kaufkraftparitäten						Index EU25=100					Wachstumsraten, jahresdurchschnittlich		
	1990	1995	2000	2001	2002	2003	1990	1995	2000	2001	2002	90/95	95/00	00/03 ²
Österreich	16.947	21.409	27.894	28.507	29.196	29.642	115	121	124	130	123	4,8	5,4	2,0
Belgien	16.722	21.917	26.239	25.520	27.570	28.200	113	124	117	116	116	5,6	3,7	2,4
Dänemark	17.097	22.915	28.734	29.000	30.940	30.000	116	130	128	132	130	6,0	4,6	1,4
Deutschland	18.837	21.411	26.269	25.350	27.100	26.350	128	121	117	115	114	2,6	4,2	0,1
Estland	6.438	4.062	10.066	10.170	12.260	n.v.	44	23	45	46	52	-8,8	19,9	10,4
Finnland	16.539	18.837	25.414	24.430	26.190	27.550	112	107	113	111	110	2,6	6,2	2,7
Frankreich	17.623	20.849	25.594	23.990	26.920	n.v.	119	118	114	109	113	3,4	4,2	2,6
Griechenland	9.389	12.743	16.481	17.440	18.720	19.700	64	72	73	79	79	6,3	5,3	6,1
Irland	11.743	18.008	28.200	32.410	36.360	n.v.	80	102	126	148	153	8,9	9,4	13,6
Italien	16.475	20.136	25.245	24.670	26.430	26.350	112	114	113	112	111	4,1	4,6	1,4
Lettland	6.457	3.297	7.045	7.730	9.210	n.v.	44	19	31	35	39	-12,6	16,4	14,3
Litauen	4.913	3.843	7.106	8.470	10.320	n.v.	33	22	32	39	43	-4,8	13,1	20,5
Luxemburg	24.528	33.599	48.537	53.780	61.190	n.v.	166	190	216	245	258	6,5	7,6	12,3
Malta	8.732	13.316	17.273	13.160	17.640	n.v.	59	75	77	60	74	8,8	5,3	1,1
Niederlande	16.596	21.251	27.183	27.190	29.100	n.v.	112	120	121	124	123	5,1	5,0	3,5
Polen	4.900	7.003	9.529	9.450	10.560	11.350	33	40	42	43	44	7,4	6,4	6,0
Portugal	9.873	13.662	16.857	18.150	18.280	n.v.	67	77	75	83	77	6,7	4,3	4,1
Schweden	18.210	20.632	26.146	24.180	26.050	28.350	123	117	117	110	110	2,5	4,9	2,7
Slowakei	n.v.	8.916	11.279	11.960	12.840	12.850	n.v.	50	50	54	54	n.v.	4,8	4,4
Slowenien	9.156 ¹⁾	12.500	17.367	17.130	18.540	n.v.	62	71	77	78	78	6,4	6,8	3,3
Spanien	12.184	15.290	20.080	20.150	21.460	23.200	83	86	89	92	90	4,6	5,6	4,9
Tschechien	11.531	12.371	13.802	14.720	15.780	15.850	78	70	62	67	66	1,4	2,2	4,7
Ungarn	7.446 ¹⁾	8.976	12.204	12.340	13.400	15.150	50	51	54	56	56	3,8	6,3	7,5
Vereinigtes Königreich	16.228	19.100	24.933	24.160	26.150	29.000	110	108	111	110	110	3,3	5,5	5,2
Zypern	n.v.	n.v.	n.v.	21.190	18.150	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	96	76	n.v.	n.v.	n.v.
EU25*	14.767	17.684	22.436	21.966	23.746	n.v.	100	100	100	100	100	3,7	4,9	2,9
EU15*	16.329	19.623	24.746	24.137	26.043	n.v.	111	111	110	110	110	3,7	4,7	2,6
EU10*	6.514	8.002	10.682	10.994	12.125	n.v.	44	45	48	50	51	4,2	5,9	6,5
EU12* (Eurozone)	16.281	19.638	24.598	24.046	25.936	n.v.	110	111	110	109	109	3,8	4,6	2,7
Bulgarien	4.700	4.604	5.710	6.890	7.130	n.v.	32	26	25	31	30	-0,4	4,4	11,7
Rumänien	2.800	4.431	6.423	5.830	6.560	n.v.	19	25	29	27	28	9,6	7,7	1,1
Türkei	4.691	5.638	6.211	5.890	6.390	6.650	32	32	28	27	27	3,7	2,0	2,3
Schweiz	21.487	25.674	29.553	28.100	30.010	n.v.	146	145	132	128	126	3,6	2,9	0,8
USA	23.038	27.559	34.590	35.118	36.006	n.v.	156	156	154	160	152	3,6	4,6	2,0

*bevölkerungsgewichtet. ¹1991, ²Wachstumsraten 2000/ 2003 oder letztverfügbares Jahr.

Quelle: WHO Health for all database, Jänner 2005; Statistik Austria für Österreich; OECD Health Data, Juni 2004 für die USA; IHS HealthEcon Berechnungen 2005.

Bruttoinlandsprodukt pro Kopf, US Dollar, Kaufkraftparitäten.





Gesundheitsausgaben pro Kopf, US Dollar, Kaufkraftparitäten.

Tabelle A3:

Gesundheitsausgaben pro Kopf, US Dollar, Kaufkraftparitäten	1990 1995 2000 2001 2002 2003						Index EU25=100				
	1990	1995	2000	2001	2002	2003	1990	1995	2000	2001	2002
Österreich	1.344	1.865	2.098	2.115	2.177	2.234	114	122	111	105	103
Belgien	1.340	1.882	2.288	2.441	2.515	n.v.	113	123	121	122	119
Dänemark	1.554	1.843	2.351	2.523	2.580	n.v.	132	121	124	126	122
Deutschland	1.729	2.263	2.640	2.735	2.817	n.v.	146	148	140	136	134
Estland	301 ³⁾	240	554	519	625	n.v.	25	16	29	26	30
Finnland	1.414	1.428	1.698	1.841	1.943	n.v.	120	94	90	92	92
Frankreich	1.555	2.025	2.416	2.588	2.736	n.v.	132	133	128	129	130
Griechenland	838	1.269	1.617	1.670	1.814	n.v.	71	83	86	83	86
Irland	791	1.208	1.774	2.059	2.367	n.v.	67	79	94	103	112
Italien	1.397	1.524	2.001	2.107	2.166	2.240	118	100	106	105	103
Lettland	161	138	338	387	451	n.v.	14	9	18	19	21
Litauen	162	188	426	483	588	n.v.	14	12	23	24	28
Luxemburg	1.533	2.053	2.682	2.900	3.065	n.v.	130	135	142	145	145
Malta	n.v.	n.v.	1.522	1.174	1.709	n.v.	n.v.	n.v.	81	58	81
Niederlande	1.419	1.827	2.196	2.455	2.643	n.v.	120	120	116	122	125
Polen	298	423	578	629	654	n.v.	25	28	31	31	31
Portugal	661	1.080	1.570	1.662	1.702	n.v.	56	71	83	83	81
Schweden	1.566	1.733	2.243	2.370	2.517	n.v.	133	114	119	118	119
Slowakei	n.v.	543 ⁴⁾	591	633	698	n.v.	n.v.	36	31	32	33
Slowenien	311	975	1.389	1.405	n.v.	n.v.	26	64	74	70	n.v.
Spanien	865	1.195	1.493	1.567	1.646	n.v.	73	78	79	78	78
Tschechien	553	876	977	1.083	1.118	1.205	47	57	52	54	53
Ungarn	583 ¹⁾	674	847	961	1.079	n.v.	49	44	45	48	51
Vereinigtes Königreich	977	1.393	1.839	2.012	2.160	n.v.	83	91	97	100	102
Zypern	n.v.	n.v.	n.v.	1.314	1.162	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	65	55
EU25*	1.181	1.525	1.889	2.007	2.108	n.v.	100	100	100	100	100
EU15*	1.334	1.726	2.126	2.255	2.363	n.v.	113	113	113	112	112
EU10*	367	520	683	750	782	n.v.	31	34	36	37	37
EU12* (Eurozone)	1.394	1.788	2.175	2.295	2.395	n.v.	118	117	115	114	114
Bulgarien	244	214 ³⁾	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	21	14	n.v.	n.v.	n.v.
Rumänien	79	142	263	239	276	n.v.	7	9	14	12	13
Türkei	165	184	446	n.v.	n.v.	n.v.	14	12	24	n.v.	n.v.
Schweiz	2.040	2.555	3.111	3.288	3.445	n.v.	173	168	165	164	163
USA	2.738	3.655	4.538	4.869	5.267	n.v.	232	240	240	243	250

*bevölkerungsgewichtet. ¹⁾1991, ²⁾1992, ³⁾1994, ⁴⁾1997.

Quelle: WHO Health for all database, Jänner 2005; Statistik Austria für Österreich; OECD Health Data, Juni 2004 für die USA; IHS HealthEcon Berechnungen 2005.





Tabelle A4:

Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsproduktes	Index EU25=100										
	1990	1995	2000	2001	2002	2003	1990	1995	2000	2001	2002
Österreich	7,1	8,2	7,5	7,4	7,5	7,5	94	97	88	85	84
Belgien	7,4	8,7	8,8	9,0	9,1	n.v.	98	103	103	104	102
Dänemark	8,5	8,2	8,4	8,6	8,8	n.v.	113	97	99	99	99
Deutschland	8,5	10,6	10,6	10,8	10,9	n.v.	113	125	124	125	123
Estland	4,5 ²⁾	5,9	5,5	5,1	5,1	n.v.	60	70	65	59	57
Finnland	7,8	7,5	6,7	7,0	7,3	n.v.	103	89	79	81	82
Frankreich	8,6	9,5	9,3	9,4	9,7	n.v.	114	112	109	108	109
Griechenland	7,4	9,6	9,7	9,4	9,5	n.v.	98	113	114	108	107
Irland	6,1	6,8	6,4	6,9	7,3	n.v.	81	80	75	80	82
Italien	8,0	7,4	8,1	8,3	8,5	8,5	106	87	95	96	96
Lettland	2,5	4,2	4,8	5,0	4,9	5,0	33	50	56	58	55
Litauen	3,3	4,9	6,0	5,7	5,7	n.v.	44	58	70	66	64
Luxemburg	6,1	6,4	5,5	5,9	6,2	n.v.	81	76	65	68	70
Malta	n.v.	n.v.	8,8	8,9	9,7	9,6	n.v.	n.v.	103	103	109
Niederlande	8,0	8,4	8,2	8,5	9,1	n.v.	106	99	96	98	102
Polen	4,9	5,6	5,7	6,0	6,1	n.v.	65	66	67	69	69
Portugal	6,2	8,2	9,2	9,3	9,3	n.v.	82	97	108	107	105
Schweden	8,4	8,1	8,4	8,8	9,2	n.v.	111	96	99	102	103
Slowakei	n.v.	5,8 ⁴⁾	5,5	5,6	5,7	n.v.	n.v.	68	65	65	64
Slowenien	5,6	7,8	8,0	8,2	n.v.	n.v.	75	92	94	95	n.v.
Spanien	6,7	7,6	7,5	7,5	7,6	n.v.	89	90	88	87	85
Tschechien	5,0	6,9	6,6	6,9	7,1	7,6	66	81	77	80	80
Ungarn	7,1 ¹⁾	7,5	7,1	7,4	7,8	n.v.	94	89	83	85	88
Vereinigtes Königreich	6,0	7,0	7,3	7,5	7,7	n.v.	79	83	86	87	87
Zypern	4,5	4,9	6,0	6,2	6,4	n.v.	60	58	70	72	72
EU25*	7,6	8,5	8,5	8,7	8,9	n.v.	100	100	100	100	100
EU15*	7,7	8,7	8,7	8,9	9,1	n.v.	102	102	102	102	102
EU10*	5,2	6,3	6,2	6,4	6,6	n.v.	68	74	73	74	74
EU12* (Eurozone)	8,0	9,0	9,0	9,1	9,3	n.v.	106	106	106	106	105
Bulgarien	5,2	4,7 ³⁾	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	69	56	n.v.	n.v.	n.v.
Rumänien	2,8	3,2	4,1	4,1	4,2	4,1	37	38	48	47	47
Türkei	3,6	3,4	6,6	n.v.	n.v.	n.v.	48	40	77	n.v.	n.v.
Schweiz	8,3	9,7	10,4	10,9	11,2	n.v.	110	114	122	126	126
USA	11,9	13,3	13,1	13,9	14,6	n.v.	158	157	154	160	164

*BIP-gewichtet. ¹⁾1991, ²⁾1992, ³⁾1994, ⁴⁾1997.

Quelle: WHO Health for all database, Jänner 2005; Statistik Austria für Österreich; OECD Health Data, Juni 2004 für die USA; IHS HealthEcon Berechnungen 2005.

Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsproduktes.



Öffentliche Gesundheitsausgaben in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben.

Tabelle A5:

Öffentliche Gesundheitsausgaben in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben	1990 1995 2000 2001 2002 2003						Index EU25=100				
	1990	1995	2000	2001	2002	2003	1990	1995	2000	2001	2002
Österreich	73,5	70,9	68,2	67,0	67,8	67,6	94	92	90	88	88
Belgien	n.v.	69,5	70,5	71,4	71,2	n.v.	n.v.	90	93	94	93
Dänemark	82,7	82,5	82,5	82,6	83,1	n.v.	106	107	109	108	108
Deutschland	76,2	80,5	78,8	78,6	78,5	n.v.	97	105	104	103	102
Estland	n.v.	88,0 ⁹	76,7	77,8	76,3	n.v.	n.v.	n.v.	101	102	99
Finnland	80,9	75,6	75,1	75,5	75,7	n.v.	104	98	99	99	99
Frankreich	76,6	76,3	75,8	75,9	76,0	n.v.	98	99	100	100	99
Griechenland	53,7	52,0	53,9	53,1	52,9	n.v.	69	68	71	70	69
Irland	71,9	71,6	73,3	75,6	75,2	n.v.	92	93	97	99	98
Italien	79,3	72,2	73,7	76,0	75,6	75,3	101	94	97	100	98
Lettland	100,0	95,0	73,7	68,3	67,9	65,7	128	123	97	90	88
Litauen	90,0	86,3	72,4	71,6	71,7	n.v.	115	112	96	94	93
Luxemburg	93,1	92,4	89,7	89,8	85,4	n.v.	119	120	119	118	111
Malta	n.v.	n.v.	53,5	65,7	69,1	65,4	n.v.	n.v.	71	86	90
Niederlande	67,1	71,0	63,4	63,3	n.v.	n.v.	86	92	84	83	n.v.
Polen	91,7	72,9	70,0	71,9	72,4	n.v.	117	95	93	94	94
Portugal	65,5	62,6	69,5	70,6	70,5	n.v.	84	81	92	93	92
Schweden	89,9	86,6	84,9	84,9	85,3	n.v.	115	113	112	111	111
Slowakei	n.v.	91,7 ⁴	89,4	89,3	89,1	n.v.	n.v.	119	118	117	116
Slowenien	100,0	89,7	86,6	86,7	n.v.	n.v.	128	117	115	114	n.v.
Spanien	78,7	72,2	71,5	71,3	71,4	n.v.	101	94	95	94	93
Tschechien	97,4	92,7	91,4	91,4	91,4	91,4	125	120	121	120	119
Ungarn	89,1 ¹⁾	84,0	70,7	69,0	70,2	n.v.	114	109	93	91	91
Vereinigtes Königreich	83,6	83,9	80,9	83,0	83,4	n.v.	107	109	107	109	109
Zypern	40,0	35,5	34,9	34,5	36,6	n.v.	51	46	46	45	48
EU25*	78,2	77,0	75,6	76,2	76,8	n.v.	100	100	100	100	100
EU15*	77,4	76,6	75,6	76,1	76,8	n.v.	99	100	100	100	100
EU10*	92,7	82,3	76,5	76,4	77,4	n.v.	119	107	101	100	101
EU12* (Eurozone)	76,0	75,2	74,3	74,6	75,1	n.v.	97	98	98	98	98
Bulgarien	100,0	100,0 ⁹	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	128	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Rumänien	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	128	130	132	131	n.v.
Türkei	61,0	70,3	62,9	n.v.	n.v.	n.v.	78	91	83	n.v.	n.v.
Schweiz	52,4	53,8	55,6	57,1	57,9	n.v.	67	70	74	75	75
USA	39,6	45,3	44,4	44,9	44,9	n.v.	51	59	59	59	58

*gewichtet an den gesamten Gesundheitsausgaben. ¹1991, ²1994, ³1996, ⁴1997.

Quelle: WHO Health for all database, Jänner 2005; Statistik Austria für Österreich; OECD Health Data, Juni 2004 für die USA; IHS HealthEcon Berechnungen 2005.

