

SELBSTBEHALTE IM ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSSYSTEM

1. Beitragserosion in der gesetzlichen Krankenversicherung	116
2. Privatisierung des öffentlichen Gesundheitswesens durch Selbstbehalte	119
3. Verteilungswirkungen von Selbstbehalten	123
4. Selbstbehalte als Instrument der Kostendämpfung	127
5. Maßnahmen für eine nachhaltige solidarische Gesundheitsfinanzierung	128

Auszug aus WISO 2/2007

isw

Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften

Gruberstraße 40–42
A-4020 Linz, Austria
Tel.: +43(0)732 66 92 73, Fax: +43 (0)732 66 92 73 - 2889
E-Mail: wiso@akooe.at
Internet: www.isw-linz.at

**Markus
Unterthurner**

**Mitarbeiter der
Abteilung
Wirtschaftspolitik der
Kammer für Arbeiter
und Angestellte für
Oberösterreich**

1. Beitragserosion in der gesetzlichen Krankenversicherung

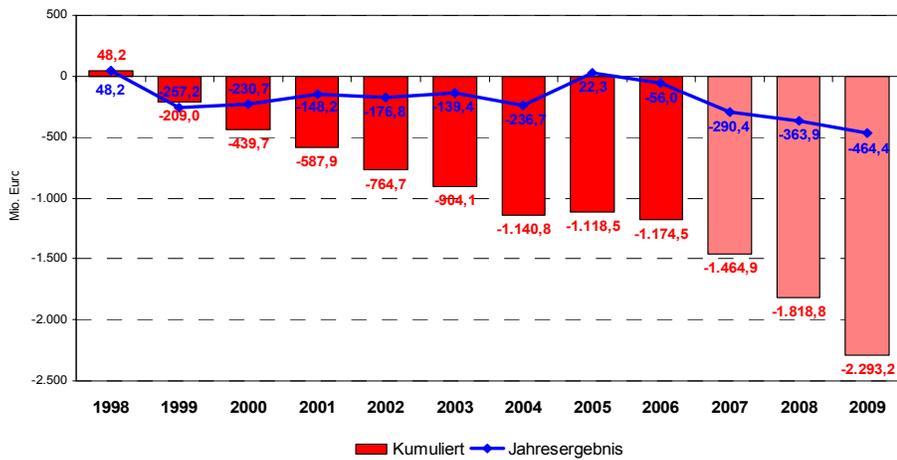
*massive
Beitragserosion in
gesetzlicher
Kranken-
versicherung*

Die seit Jahren allgemein sinkende Lohnquote bei gleichzeitig steigenden Versicherungsleistungen hat zu einer massiven Beitragserosion in der gesetzlichen Krankenversicherung geführt. Das Regierungsprogramm der neuen Bundesregierung sieht eine Anhebung des Krankenversicherungsbeitrages um 0,15 % vor. Gleichzeitig verspricht die Bundesregierung einen Ausweitungsstopp bei den Selbstbehalten. Der Ausweitungsstopp sieht unter anderem bei der Rezeptgebühr ab 2008 eine Deckelung von max. 2 % des Einkommens vor. Mit der Anhebung der Krankenversicherung werden Mehreinnahmen in der Höhe von 150 Mio. Euro erwartet.¹

*Zahlen des
Hauptverbandes*

Zahlen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger belegen, dass diese Mehreinnahmen den Finanzierungsbedarf der Krankenkassen bei Weitem nicht abdecken werden. Allein in diesem Jahr benötigen die Krankenkassen zusammen zusätzliche Einnahmen im Ausmaß von etwa 300 Mio. Euro (siehe nachfolgende Abbildung).²

Abbildung 1: Finanzsituation der Krankenversicherung (G&V aller KV-Träger)



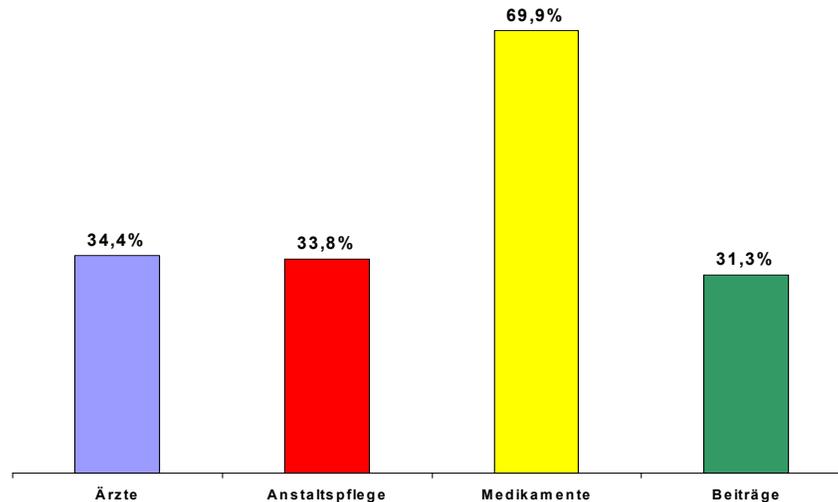
Quelle: Hauptverband; Stand: Feber 2007

Anmerkung: G&V = Gewinn-und-Verlustrechnung; Kumuliert = Summe aller Jahresergebnisse von 1998 bis 2009

Das österreichische Gesundheitssystem steht vor dem Problem, dass die Einnahmen aus der gesetzlichen Krankenversicherung sich langsamer entwickeln als die Gesundheitsausgaben.

Einnahmen aus gesetzlicher Krankenversicherung entwickeln sich langsamer als Gesundheitsausgaben

Abbildung 2: Entwicklung der Versicherungsleistungen im Vergleich zu den Beiträgen 1997–2005



Quelle: Hauptverband 2006

*anhaltender
Anstieg der
Versicherungs-
leistungen
wahrscheinlich*

Während die Krankenversicherungsbeiträge im Beobachtungszeitraum von 1997 bis 2005 um etwas mehr als 31 % zugenommen haben, stiegen im selben Zeitraum die Ausgaben für rezeptpflichtige Medikamente um beinahe 70 %. Die Ausgaben für den niedergelassenen Bereich und für die Spitalerhaltung sind ebenfalls stärker als die Beitragseinnahmen gestiegen. Der demografische Wandel, der rasant zunehmende medizinische Fortschritt und der starke Einfluss der Pharmaindustrie auf die Preisgestaltung sowie die Verschreibep Praxis der Medikamente lassen einen anhaltenden Anstieg der Versicherungsleistungen vermuten.

Die Datenlage lässt daher den Schluss zu, dass die Beitragserosion in der gesetzlichen Krankenversicherung weiter zunehmen wird. Bei einer weiterhin gleichbleibenden Gesundheitsquote (Gesundheitsausgaben bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt) auf dem derzeitigen Niveau von rund 10 % und

sofern eine andere Finanzierungsbasis nicht zum Tragen kommt, wird daher ein Anstieg der Selbstbehalte unvermeidbar sein.³

Anstieg der Selbstbehalte

2. Privatisierung des öffentlichen Gesundheitswesens durch Selbstbehalte

Wie die nachfolgende Abbildung zeigt, liegt Österreich bei den privaten Gesundheitsausgaben bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt (private Gesundheitsquote) mit 2,5 % im internationalen Vergleich sehr hoch.

private Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich sehr hoch

Abbildung 3: Öffentliche und private Gesundheitsausgaben insgesamt in Prozent des BIP, 2004

	Gesamt	Öff.	Priv.
Österreich	10,3	7,8	2,5
USA	15,3	6,9	8,4
Schweden	9,1	7,7	1,4
EU (15)	9,0	6,8	2,2

Quelle: Statistik Austria

Private Gesundheitsausgaben: private Krankenversicherung, selbst bezahlte Gesundheitsleistungen und Selbstbehalte

Ein Vergleich Österreichs mit den USA verdeutlicht die Problematik von Selbstbeteiligungen an den Gesundheitskosten. Die Gesundheitsquote der USA mit etwas mehr als 15 % ist nur durch eine extrem hohe private Kostenbeteiligungsquote (über 8 Prozent) zu erreichen. Das US-Gesundheitssystem sieht nämlich kein solidarisches Krankenversicherungssystem vor. Es dominieren private Versicherungen, die den Zugang zum Gesundheitssystem für Menschen mit niedriger Kaufkraft und kranke Menschen erschweren bzw. bei fehlender Zahlungsbereitschaft sogar unmöglich machen. Das führt in den USA auch dazu, dass heute bereits 47 Millionen Menschen (oder 16

Problematik von Selbstbeteiligungen an den Gesundheitskosten

Massachusetts führt als erster US-Bundesstaat solidarische Krankenversicherung ein

Prozent der Gesamtbevölkerung) ohne Krankenversicherung auskommen müssen. Die Zahl der Nichtversicherten ist allein seit dem Jahre 2000 um über 7 Millionen Menschen angestiegen.⁴ Die unzureichende Gesundheitsversorgung speziell in dieser Bevölkerungsgruppe hat nun Massachusetts als ersten US-Bundesstaat veranlasst, für sämtliche Bürgerinnen und Bürger eine solidarische Krankenversicherung aus Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträgen einzuführen.⁵

Zugang zu öffentlichen Gesundheitsleistungen schlägt sich in der Lebenserwartung nieder

Die Daten zeigen außerdem auf, dass in jenen Gesundheitssystemen, in denen der Staat den Zugang zum öffentlichen Gesundheitswesen möglichst frei von finanziellen Beschränkungen hält, die private Kostenbeteiligung entsprechend niedriger ausfällt. Schweden weist mit einer privaten Kostenbeteiligungsquote von 1,4 % einen deutlich niedrigeren Wert als die USA, aber auch als Österreich auf. Der damit leichtere Zugang zu den öffentlichen Gesundheitsleistungen schlägt sich auch in der allgemeinen Lebenserwartung nieder: Erreicht Schweden bei den Frauen und Männern eine statistische Lebenserwartung von 82,5 bzw. 77,9 Jahren, erreichen die USA trotz weltweit höchster Gesundheitsquote lediglich 79,5 bzw. 74,1 Jahre.⁶

Was die Formen privater Kostenbeteiligungen anbelangt, ist zwischen Selbstbehalten und selbst bezahlten Gesundheitsleistungen zu unterscheiden.

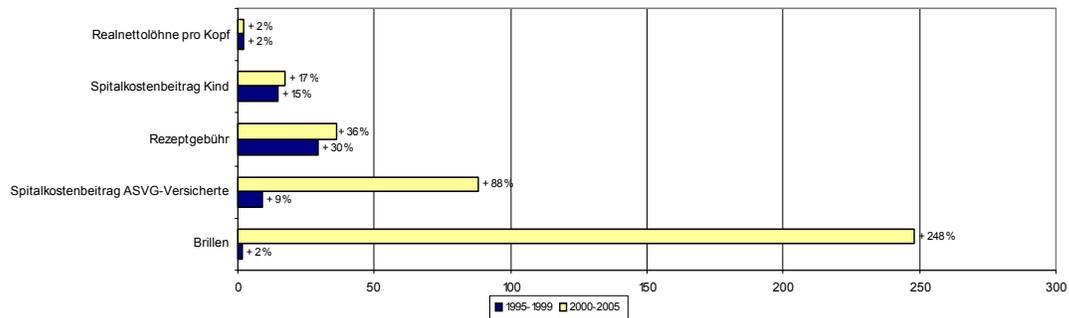
Abbildung 4: Formen privater Kostenbeteiligungen im österreichischen Gesundheitssystem

Gesundheitsleistungen mit Selbstbehalt	Eigenleistung in Form eines festgelegten Betrages oder eines prozentuellen Anteils; den Differenzbetrag zu den gesamten Behandlungskosten übernimmt die Krankenkasse	Rezeptgebühr, Spitalskostenbeitrag, Brillen, Heilbehelfe
Selbst bezahlte Gesundheitsleistungen	Eigenleistung erfolgt zur Gänze oder die Krankenkasse gewährt einen Zuschuss	Medikamente wie Aspirin oder etwa Zahnkronen und Implantate sind von den Patientinnen und Patienten zur Gänze selbst zu bezahlen Die Gebietskrankenkassen gewähren einen Zuschuss u. a. bei Akupunktur, festsitzender Kieferregulierung und bei Wahlarzt/-ärztin

Quelle: eigene Darstellung

Im folgenden Abschnitt wird die Entwicklung einzelner Selbstbehalte im Beobachtungszeitraum von 1995 bis 2005 eingehend untersucht. Die Entwicklung der Selbstbehalte wird anhand der Rezeptgebühr, der Spalkostenbeiträge für ASVG-Versicherte und Kinder und anhand des Selbstbehaltes bei Brillen dargestellt.

Abbildung 5: Steigerungsrate einzelner Selbstbehalte 1995 bis 1999 und 2000 bis 2005 in %



Quellen: OÖGKK, WIFO

Die Daten zum Selbstbehalt bei Brillen konnten nur für den Zeitraum 1998–2005 zur Verfügung gestellt werden; der Spitalkostenbeitrag für ASVG-Versicherte und für Kinder gilt für das AKH-Linz; bei den Selbsthalten gilt als Erhebungsstichtag jeweils der 31. Dezember

Selbstbehalt bei Brillen um 248 Prozent angehoben

Die Selbstbehalte sind in der Periode von 2000 bis 2005 in einem stärkeren Ausmaß angestiegen, als das noch in den Jahren 1995 bis 1999 der Fall war. Insbesondere für Brillen und Spitalsaufenthalte werden die Betroffenen verstärkt zur Kasse gebeten. So wurde der Selbstbehalt bei Brillen seit dem Jahr 2000 um 248 Prozent von unter 21 auf über 70 Euro angehoben. Auch der Spitalkostenbeitrag erhöhte sich für ASVG-Versicherte vom Jahr 2000 auf 2005 um satte 88 Prozent auf insgesamt zehn Euro pro Tag für max. 25 Tage im Jahr.

stärkste Erhöhung der Rezeptgebühr +25 %

Nicht so stark sind die Unterschiede bei der Rezeptgebühr und beim Spitalkostenbeitrag für Kinder ausgefallen. In den Jahren 1995 bis 1999 mussten die Patientinnen und Patienten auch höhere Steigerungsraten hinnehmen: Rezeptgebühr +30 % (2000–2005: +36 %), Spitalkostenbeitrag Kind +15 % (2005–2005: +17 %). Die stärkste Erhöhung der Rezeptgebühr ist im gesamten Beobachtungszeitraum im Jahre 2000 eingetreten: +25 % bzw. von • 3,20.- auf insgesamt • 4,-.

Die höheren Steigerungsraten einzelner Selbstbehalte im Zeitraum von 2000 bis 2005 im Vergleich zur Vorperiode sind

im Wesentlichen auf die von der Bundesregierung beschlossenen Gesundheitsreformen 2000 und 2005 zurückzuführen. Beide Reformen zusammen bewirken eine stärkere Ausrichtung der Finanzierung auf Selbstbehalte. Das gilt insbesondere für den Spalkostenbeitrag für ASVG-Versicherte und für den Selbstbehalt bei Brillen. Demnach haben Patientinnen und Patienten heute bei kaum wachsenden Realnettolöhnen im Durchschnitt einen wesentlich höheren Einkommensanteil für Selbstbehalte aufzubringen als noch im Jahre 2000. Mit dem Budget-Begleitgesetz von 2003 wurde zudem die gesetzliche Grundlage für die Einführung eines generellen Selbstbehaltes von etwa 20 Prozent für Arztbesuche, Zahnbehandlungen und als Gebühr für die Behandlung in einer Spitalsambulanz geschaffen. Auf ASVG-Versicherte könnten somit trotz des im Regierungsprogramm festgehaltenen Ausweitungsstopps von Zuzahlungen an öffentlichen Gesundheitsleistungen weitere Kosten zukommen.

Gesundheitsreformen 2000 und 2005 bewirken stärkere Ausrichtung der Finanzierung auf Selbstbehalte

Budget-Begleitgesetz 2003 schafft gesetzliche Grundlage für die Einführung eines generellen Selbstbehaltes

3. Verteilungswirkungen von Selbstbehalten

Selbstbehalte als Zuzahlung zu Gesundheitsleistungen sind aus gesundheits- und verteilungspolitischer Sicht problematisch. Die Behandlungskosten werden nicht mehr von der Gesellschaft bzw. über die solidarische Krankenversicherung, sondern von dem von Krankheit betroffenen Menschen selbst getragen.

Selbstbehalte aus gesundheits- und verteilungspolitischer Sicht problematisch

Hinsichtlich der Verteilungswirkungen von Selbstbehalten ist der Zusammenhang Einkommen und Gesundheit relevant. Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitsplanung (ÖBIG) hat diesen Zusammenhang für das österreichische Gesundheitssystem eingehend untersucht.⁷ Die Untersuchung kommt zum Ergebnis, dass zwischen der Einkommenshöhe und dem jeweiligen Gesundheitszustand ein direkter Zusammenhang besteht. Als wesentliche Ursachen für das erhöhte Gesundheitsrisiko bei Bezieherinnen und Beziehern geringerer Einkommen werden stärkere Belastungen am Arbeitsplatz (z. B.

Zusammenhang Einkommen und Gesundheit

Heben von schweren Lasten, einseitige körperliche Belastung) und die schlechtere Wohnsituation (etwa feuchte Wohnungen) genannt.

*allein in
Österreich
13 Prozent unter
der Armutsgefährdungsschwelle*

Darüber hinaus wird in der ÖBIG-Studie für diese Bevölkerungsgruppe der allgemein ungünstigere Zugang zum Gesundheitssystem (kein Internetanschluss, unzureichender öffentlicher Verkehr insbesondere im ländlichen Raum) und die generell seltenere Inanspruchnahme von medizinischen Gesundheitsleistungen nachgewiesen (bedingt auch durch vielfach mangelnde Informationen über Gesundheitsangebote). Nach aktuellen Zahlen der Statistik Austria fallen allein in Österreich 13 Prozent, das sind über eine Million Menschen, unter die Armutsgefährdungsschwelle, d. h., sie verfügen über weniger als 850 Euro im Monat.⁸

In welchem Ausmaß Selbstbehalte und selbst bezahlte Gesundheitsleistungen bei Bezieherinnen und Beziehern geringerer Einkommen zur Belastung werden können, sieht man an folgenden zwei Fallbeispielen.

Abbildung 6: Fallbeispiel „Familie mit zwei Kindern“

E-Cards für Arztbesuche (anstelle der Krankenscheingebühr)	• 20
Rezeptgebühr	• 179
Spitalkostenbeitrag Kind mit Begleitung	• 125
Brille für Tochter	• 249
Festsitzende Kieferregulierung für Sohn	• 1.356
Selbst bezahlte Medikamente (u. a. Nasentropfen, Hustensaft, Salben)	• 115
Summe	• 2.044

Quelle: OÖGKK, eigene Erhebung

Anm.: Bei Kindern fällt keine E-Card Gebühr an. Kosten der festsitzenden Kieferregulierung für 1 Jahr; Behandlungsdauer im Regelfall 3 Jahre; der OÖGKK-Zuschuss ist bereits berücksichtigt

Einer Familie mit zwei Kindern wurde im Jahre 2006 eine private Kostenbeteiligung an den Gesundheitsleistungen im

Ausmaß von 2.044 Euro angelastet. Folgende Krankheiten wurden behandelt: Mutter mit akuten Rückenschmerzen (40 Jahre), Vater mit Bluthochdruck und erhöhten Blutfettwerten (42 Jahre) und die Kinder (8 und 13 Jahre) mit den üblichen Kinderkrankheiten wie Angina und Darminfektion, einem verstauchten Knöchel sowie einen akuten Harnwegsinfektion. In diesem Beispiel sind die Arztkosten noch gar nicht enthalten. Bei einem generellen Selbstbehalt von 20 Prozent würden die Selbstbehalte um weitere 163 Euro ansteigen.

*in diesem
Beispiel
Arztkosten
noch gar nicht
enthalten*

Das durchschnittliche Jahresnettoeinkommen solch einer Familie bei ganzjähriger Beschäftigung beider Erwachsener sah in Österreich im Jahre 2005 nach der Lohnsteuerstatistik folgendermaßen aus: Vater, Arbeiter mit Vollzeitbeschäftigung: 20.221 Euro/Jahr; Mutter, teilzeitbeschäftigte Arbeitnehmerin: 11.441 Euro/Jahr.⁹

Die folgende Abbildung zeigt ein Beispiel eines 67-jährigen Pensionisten mit folgender Diagnose auf: mangelnde Sehschärfe, Darmkrebs, regelmäßige Kopfschmerzen und eine Fraktur im linken Fersenbein.

Abbildung 7: Fallbeispiel „67-jähriger Pensionist“

Rezeptgebühr	• 244
Spitalkostenbeitrag	• 224
Heilbehelfe (u. a. ein Bauchmieder)	• 186
Brille – Bifokalgläser inkl. Fassung	• 448
Summe	• 1.102

Quelle: OÖGKK, AK OÖ

Anm.: Bei Pensionistinnen und Pensionisten fällt keine E-Card-Gebühr an.

Der 67-jährige Pensionist musste allein im Jahr 2006 Selbstbehalte in der Höhe von 1.102 Euro bezahlen. Die darüber hinaus noch selbst zu bezahlenden Gesundheitsleistungen sind in dieser Summe noch gar nicht enthalten.

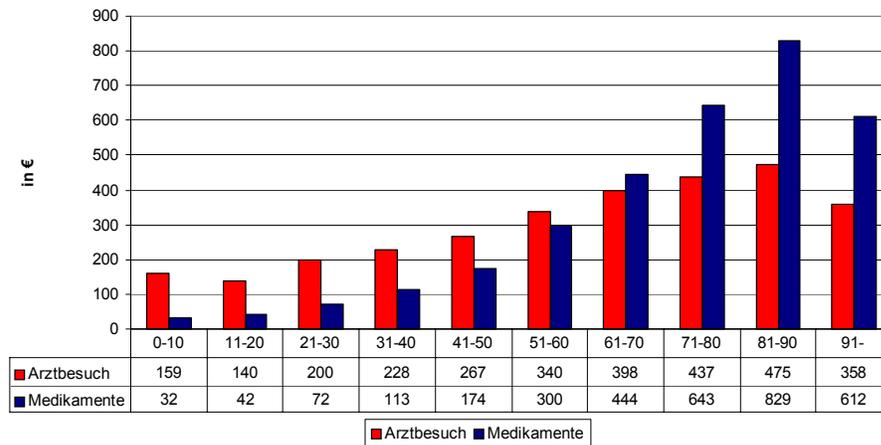
hohe Preissteigerungen bei rezeptfreien Medikamenten

Gerade bei rezeptfreien Medikamenten mussten Kranke aber auch gewaltige Preissteigerungen der Apotheken hinnehmen (2001/2006): Aspirin +C Brausetabletten + 32 Prozent, neo-angin Lutschtabletten + 77 Prozent, Thomapyrin + 40 Prozent.¹⁰

Das durchschnittliche Jahresnettoeinkommen eines männlichen Pensionisten (ohne Beamte in Rente) in Österreich machte im Jahre 2005 auf Basis der Lohnsteuerstatistik bei ganzjährigen Bezügen 15.244 Euro aus.

Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht die Problematik von Selbstbehalten und zeigt die angefallenen durchschnittlichen Gesundheitskosten der Oö. Gebietskrankenkasse für Arztbesuche und für Medikamente nach Alter.

Abbildung 8: Durchschnittliche Gesundheitskosten der OÖGKK je Anspruchsberechtigten nach Alter 2005, in %



Quelle: OÖGKK (FOKO-Daten)

Anspruchsberechte(r): Versicherte einschließlich mitversicherte Angehörige; die Kosten für Arztbesuche beziehen sich auf Vertrags- und Wahlärzt/-innen

In der Altersgruppe 41–50 Jahren fallen allein bei den Medikamenten die Gesundheitskosten um rund 50 Prozent höher aus als in der Gruppe der 31- bis 40-Jährigen. Bei den Arztkosten ist eine ähnliche altersbedingte Progression feststellbar. Daraus können Rückschlüsse auf die Belastung der Haushalte mit Selbstbehalten im zunehmenden Alter gezogen werden.

*altersbedingte
Progression bei
Gesundheits-
kosten*

4. Selbstbehalte als Instrument der Kostendämpfung

Befürworter von Selbstbehalten argumentieren, dass sich Selbstbehalte als Instrument der Kostendämpfung einsetzen ließen. Von den Patientinnen und Patienten wird eine geringere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen erwartet. Die PatientInnen können aber aufgrund der Dominanz der Leistungserbringer (Spitäler, niedergelassene Arztpraxen) nur schwer Einfluss auf Art und Umfang der einzelnen Krankheitsbehandlungen nehmen. Die Gesundheitsausgaben werden daher wesentlich von den Leistungserbringern selbst bestimmt. Auf der Nachfrageseite – also auf Seite der Patientinnen und Patienten – angesetzte Selbstbehalte werden deshalb den gewünschten Steuerungseffekt nicht erbringen können.

*Gesundheits-
ausgaben
wesentlich von
den Leistungs-
erbringern selbst
bestimmt*

Die mangelnde Lenkungs-fähigkeit von Selbstbehalten lässt sich am Beispiel der im Jahr 2001 eingeführten und im Jahr 2002 wegen Verfassungswidrigkeit wieder abgeschafften Ambulanzgebühr verdeutlichen. Die Ambulanzgebühr wurde mit dem Steuerungsziel eingeführt, die Zahl der Ambulanzbesuche zu reduzieren. Die Patientinnen und Patienten sollten stärker zu den kostengünstigeren Arztpraxen verlagert werden. Der gewünschte Lenkungseffekt ist deshalb ausgeblieben, weil bei mehr als drei Viertel der Fälle die Patientinnen und Patienten keine Wahlmöglichkeit zwischen dem Spitals- und niedergelassenen Bereich hatten.¹¹

*mangelnde
Lenkungs-
fähigkeit von
Selbstbehalten
am Beispiel
Ambulanzgebühr*

*drei Viertel keine
Wahlmöglichkeit
zwischen dem
Spitals- und
niedergelassenen
Bereich*

Dass Selbstbehalte nicht zur gewünschten Kosteneindämmung beitragen können, ist auch bei den Medikamentenausgaben anhand der Rezeptgebühr nachvollziehbar.

Abbildung 9: Reales jährliches Wachstum der Medikamentenausgaben in Prozent, 1997–2003

Österreich	5,3
Schweden	4,9
USA	9,5

Quelle: OECD

Basierend auf Daten der OECD konnte für Österreich in der Periode von 1997 bis 2003 sogar trotz massiver Erhöhung der Rezeptgebühr (von • 3,05 im Jahr 1997 auf • 4,25 im Jahr 2003) ein anhaltendes Ausgabenwachstum bei Medikamenten errechnet werden (jährlich real um +5,3 Prozent).¹²

5. Maßnahmen für eine nachhaltige solidarische Gesundheitsfinanzierung

Damit das Ziel einer nachhaltigen solidarischen Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens realisiert werden kann, ist die Beitragsfinanzierung hinsichtlich der Ergiebigkeit auf eine solidere Basis zu stellen. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, ist die Verankerung des Prinzips der Leistungsfähigkeit durch eine stärkere Progression in der gesetzlichen Krankenversicherung unausweichlich.

5.1. Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage

BezieherInnen höherer Einkommen tragen verhältnismäßig wenig zum Sozialversicherungsaufkommen bei Nach aktuellen Zahlen der Statistik Austria verdienten im Jahre 2005 rund 7 % aller Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Oberösterreich über der Höchstbeitragsgrundlage (Wert für 2005: 3.630 Euro). Jedoch machte in dieser Beschäftigungsgruppe der Lohnsummenanteil beinahe 25 % aus. Nachdem für Einkommen über der Höchstbeitragsgrundlage keine Sozialversicherung mehr bezahlt wird, tragen die Bezieherinnen und Bezieher höherer Einkommen verhältnismäßig wenig zum Sozialversicherungsaufkommen bei.¹³

Welche Auswirkungen die Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage auf 50 % auf die individuellen Monatsnettoeinkommen hat, geht aus folgender Abbildung hervor.

Abbildung 10: Auswirkungen der Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage auf 50 % auf das individuelle Monatsnettoeinkommen

Brutto mtl. in •	Netto mtl. in •	Diff. in •
3.630	2.240	0,00
4.000	2.460	-8,60
4.538	2.780	-21,00
5.445	3.295	-38,30
7.000	4.170	-38,30

Quelle: WIFO

Anmerkung: Wert der Höchstbeitragsgrundlage auf Basis 2005 mit 3.630 Euro Monatsbruttoeinkommen

Bei einem Bruttomonatseinkommen von 4.500 Euro würde sich bei einer Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage um 50 % das Monatsnettoeinkommen um nur 21 Euro verringern. Das Wirtschaftsforschungsinstitut (WIFO) hat errechnet, dass bei einer Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage um 50 Prozent mit Mehreinnahmen in der Höhe von 330 Mio. Euro zu rechnen ist.¹⁴ Allein diese Mehreinnahmen würden den für das heurige Jahr notwendigen zusätzlichen Finanzbedarf der Krankenkassen abdecken.

Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage um 50 Prozent brächte Mehreinnahmen von 330 Mio. Euro

5.2. Einführung einer Wertschöpfungsabgabe

Der anhaltende Rückgang der Lohnquote trägt wesentlich zum langsameren Wachstum der Sozialversicherungsbeiträge bei. Betrug die Lohnquote im Jahre 1976 noch 75,8 %, so beträgt sie im heurigen Jahr voraussichtlich nur mehr 66,3 %.¹⁵ Mit einer Erweiterung der Beitragsgrundlage auf der Arbeitgeberseite wäre man in der Lage, der fallenden Lohnquote entgegenzuwirken.

*Gewinne,
Dividenden,
Zinsen sowie
die Einnahmen
aus Miete und
Pacht würden
in Beitrags-
grundlage mit
einfließen*

Neben der Lohnsumme würden die Gewinne und Dividenden, die Zinsen sowie die Einnahmen aus Miete und Pacht eines Unternehmens in die Beitragsgrundlage mit einfließen. Als Folge der Erweiterung auf die gesamte Wertschöpfung kommt das WIFO zum Ergebnis, dass auf Basis der Lohnsumme und der Nettowertschöpfung (ohne Abschreibungen) 2003 beinahe 290 Mio. Euro an zusätzlichen Finanzmitteln dem öffentlichen Gesundheitssystem zur Verfügung stehen würden.¹⁶ Die Wertschöpfungsabgabe entspricht so besser der Leistungsfähigkeit eines Unternehmens.¹⁷

5.3. Verwendung der Tabaksteuer für Gesundheitsvorsorge

Unser Gesundheitssystem ist noch immer stark auf die Reparatur von Krankheiten ausgerichtet. Nach dem letztverfügbaren Zahlenmaterial werden lediglich 6 % bzw. 1 Mrd. Euro für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention eingesetzt. Davon trägt die ohnehin von Finanzproblemen betroffene Krankenversicherung mit beinahe 90 % den Löwenanteil.¹⁸

*Zweckbindung
für gezielte
Präventions-
maßnahmen
wäre wirksame
Möglichkeit*

Damit die Gesundheitsvorsorge einen höheren Stellenwert erhält, wäre die vollständige Zweckbindung der Tabaksteuer für gezielte Präventionsmaßnahmen eine wirksame Möglichkeit. Die aus der Tabaksteuer zur Verfügung gestandenen Budgetmittel von 1,4 Mrd. Euro im Jahre 2006 könnten für zusätzliche Projekte zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung eingesetzt werden (z. B. betriebliche Gesundheitsförderung, gesundheitserhaltende Angebote mit Fokus auf Einkommens- und Sozialschwächere).

Anmerkungen:

- 1 Regierungsprogramm für die XXIII. Gesetzgebungsperiode
- 2 Probst, J., Solidarität auf dem Prüfstand – Die zukünftige Finanzierung des Gesundheitswesens, Graz 2006
- 3 Statistik Austria 2006
- 4 The Commonwealth Fund, Health Insurance, New York 2007
- 5 Die Presse vom 06.04.2006
- 6 Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik, Wien 2006
- 7 ÖBIG, Selbstbeteiligung – Internationaler Vergleich und Implikationen für Österreich, Wien 2003
- 8 Statistik Austria, Einkommen, Armut und Lebensbedingungen – Ergebnisse aus EU-SILC 2004, Wien 2006
- 9 Statistik Austria, Lohnsteuerstatistik 2005, Wien 2006
- 10 AKOÖ, Telefonische Erhebung in Linzer Apotheken im Jahre 2006
- 11 ÖBIG, Selbstbeteiligung – Internationaler Vergleich und Implikationen für Österreich, Wien 2003
- 12 OECD, Gesundheit auf einen Blick, Paris 2005
- 13 Statistik Austria, Lohnsteuerstatistik 2005, Wien 2006
- 14 WIFO, Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens, Wien 2006
- 15 Quelle: Statistik Austria, WIFO; Wert für 2007 stellt eine Prognose dar.
- 16 WIFO, Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens, Wien 2006
- 17 In Italien gibt es bereits seit Beginn des Jahres 1998 eine solche Wertschöpfungsabgabe.
- 18 ÖBIG, Öffentliche Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich 2001, Wien 2005

INSTITUT FÜR SOZIAL- UND WIRTSCHAFTSWISSENSCHAFTEN

WISO

WIRTSCHAFTS-UND SOZIALPOLITISCHE ZEITSCHRIFT

Die Zeitschrift WISO wird vom Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften (ISW) herausgegeben. Sie dient der Veröffentlichung neuer sozial- und wirtschaftswissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der Behandlung wichtiger gesellschaftspolitischer Fragen aus Arbeitnehmersicht.

Lohnpolitik, soziale Sicherheit, Arbeitsmarkt und Arbeitslosigkeit, Arbeit und Bildung, Frauenpolitik, Mitbestimmung, EU-Integration - das sind einige der Themen, mit denen sich WISO bereits intensiv auseinander gesetzt hat.

WISO richtet sich an BetriebsrätInnen, GewerkschafterInnen, WissenschaftlerInnen, StudentInnen, Aktive in Verbänden, Kammern, Parteien und Institutionen sowie an alle, die Interesse an Arbeitnehmerfragen haben.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Preise:* Jahresabonnement EUR 22,00 (Ausland EUR 28,00)
Studenten mit Inskriptionsnachweis EUR 13,00
Einzelausgabe EUR 7,00 (Ausland EUR 12,00)

(* Stand 2005 - Die aktuellen Preise finden Sie auf unserer Homepage unter www.isw-linz.at)

Wir laden Sie ein, kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen ein WISO-Probeexemplar zu bestellen. Natürlich können Sie auch gerne das WISO-Jahresabonnement anfordern.

Informationen zum ISW und zu unseren Publikationen - inklusive Bestellmöglichkeit - finden Sie unter www.isw-linz.at.



Oberösterreich

BESTELLSCHEIN*

Bitte senden Sie mir kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen

- 1 Probeexemplar der Zeitschrift WISO
- 1 ISW Publikationsverzeichnis

Ich bestelle _____ Exemplare des WISO-Jahresabonnements (Normalpreis)

Ich bestelle _____ Exemplare des WISO-Jahresabonnements für StudentInnen mit Inskriptionsnachweis

* Schneller und einfacher bestellen Sie über das Internet: www.isw-linz.at

Name _____

Institution/Firma _____

Straße _____

Plz/Ort _____

E-Mail _____

BESTELLADRESSE:

ISW
Gruberstraße 40-42, A-4020 Linz
Tel. ++43/732/66 92 73
Fax ++43/732/66 92 73-28 89
E-Mail: wiso@akooe.at
Internet: www.isw-linz.at