



# Health System Watch

## Schwerpunkt Spitalsfinanzierung: Woher kommt das Geld?

Thomas Czypionka, Gerald Röhrling, Frank Kronemann, Miriam Reiss\*

### Zusammenfassung

Thema dieser Ausgabe des Health System Watch ist – anlässlich der kommenden Finanzausgleichsverhandlungen – die Spitalsfinanzierung in Österreich. Wir bringen aktuelle Zahlen und eine kompakte Zusammenfassung des Status quo. Zudem analysieren wir die Finanzierung des Spitalswesens in anderen Gesundheitssystemen. Dabei zeigt sich, dass in keinem der betrachteten modernen Gesundheitssysteme die Spitalsfinanzierung auch nur annähernd so kompliziert und so wenig transparent ist wie in Österreich. Die anstehenden Verhandlungen eröffnen die Chance, die Spitalsfinanzierung hierzulande grundlegend zu erneuern.

### Einleitung

Die Finanzierung von Spitälern in Österreich ist sehr komplex organisiert: Sie basiert auf mehreren verschiedenen Rechtsgrundlagen, involviert zahlreiche Stakeholder des Gesundheitswesens und ist in vielschichtige Zahlungsströme gegliedert. Die Grundsatzgesetzgebung im Bereich des Spitalswesens obliegt dem Bund im Rahmen des Kranken- und Kuranstaltengesetzes (KAKuG). Da die Ausführungsgesetzgebung jedoch bei den Ländern liegt, fällt die intramurale Versorgung vorwiegend in deren Kompetenz. Dementsprechend verfügt jedes Bundesland zusätzlich über mindestens ein eigenes Krankenanstaltengesetz. Hinzutreten können auch noch Gesetze zu den jeweiligen Landesgesundheitsfonds oder zur Regelung der Betriebsabgänge.

Durch diese unterschiedlichen Kompetenzen ist es erforderlich, Vorkehrungen im Finanzausgleich zu treffen bzw. mittels einer Vereinbarung gemäß Art. 15a Bundes-Verfassungsgesetz Übereinkommen hinsichtlich der Organisation und Finanzierung des Spitalswesens zu treffen. Nachdem der Finanzausgleich zweimal verlängert wurde, stehen nun dieses Jahr doch wieder die entsprechenden Verhandlungen an. Dies ist Anlass genug, sich wieder mit der Spitalsfinanzierung auseinanderzusetzen.

Im vorliegenden Health System Watch wird im ersten Teil das Finanzierungssystem der Fondsspitäler in Österreich dargestellt sowie auch kurz auf den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) eingegangen. Im zweiten Teil dieser Ausgabe werden internationale Modelle der Spitalsfinanzierung beleuchtet. In einem abschließenden Fazit werden Reformoptionen für Österreich vorgestellt.

### Finanzierung der Fondsspitäler

#### Übersicht über die Spitalslandschaft

Insgesamt gab es im Jahr 2013 in Österreich 278 bettenführende Krankenanstalten, 126 davon waren sogenannte **Fondsspitäler**. Dabei handelt es sich um jene Spitäler, die über die Landesgesundheitsfonds finanziert werden. Sie verbuchen etwa 72 % der in österreichischen Krankenanstalten tatsächlich aufgestellten Betten sowie 89 % der stationären Aufenthalte für sich und sind damit die bedeutendsten Leistungserbringer im stationären Bereich (BMG 2014). In Bezug auf die Rechtsträgerschaft der Fondsspitäler kann zwischen solchen in öffentlicher Trägerschaft und pri-

Zusammenfassung

Einleitung

Finanzierung der  
Fondsspitäler

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

Bemerkung: Zum Zwecke der besseren Lesbarkeit werden Personenbezeichnungen in der männlichen Form gebraucht.

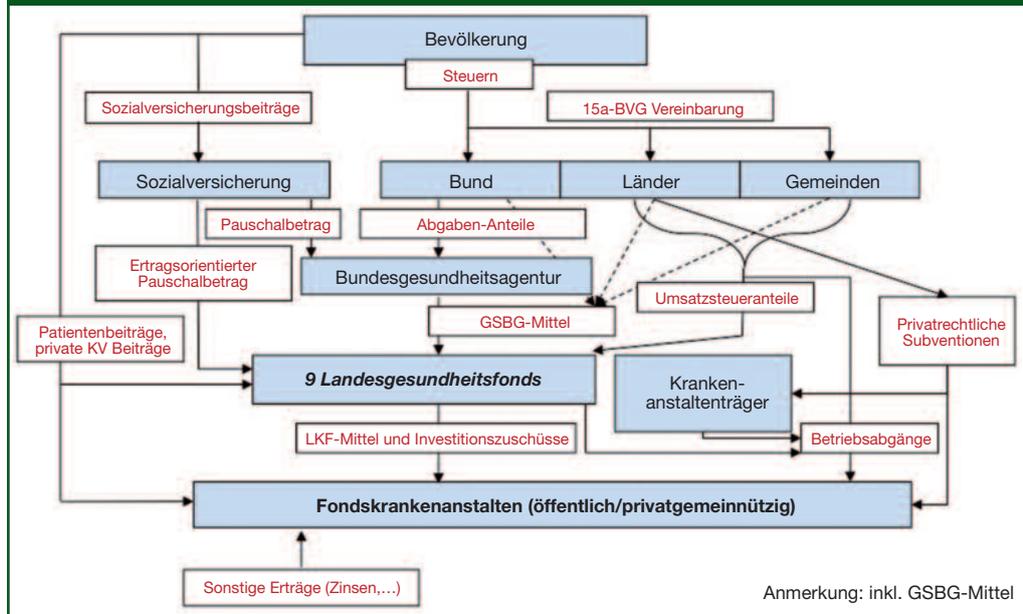




vat-gemeinnützigen Spitälern unterschieden werden. Öffentliche Rechtsträger sind in erster Linie die Länder, private Rechtsträger vorwiegend geistliche Orden und Glaubensgemeinschaften. Die Finanzierung dieser Fondsspitäler wird überwiegend von den Gebietskörperschaften, der Sozialversicherung und den Rechtsträgern der Krankenanstalten getragen.

In Abbildung 1 wird die Finanzierung der österreichischen Fondskrankenanstalten überblicksmäßig dargestellt. Die Rahmenbedingungen der Versorgung in Fondskrankenanstalten sowie im Speziellen deren Finanzierung sind in der Vereinbarung gemäß Art. 15a Bundes-Verfassungsgesetz über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, kurz 15a-Vereinbarung, geregelt. Diese wird alle vier bis fünf Jahre zwischen Bund und Ländern ausverhandelt und hat besondere Bedeutung, denn sie muss auch vom Nationalrat beschlossen werden, da sie von diesem auch Änderungen in Materiengesetzen erfordert. Aktuell gültig ist die Vereinbarung 2008–2013, die unter geringfügigen Änderungen bis 2015 verlängert wurde. In der 15a-Vereinbarung ist u. a. auch die Einrichtung und Dotierung der Bundesgesundheitsagentur bzw. der Landesgesundheitsfonds festgelegt. Im Folgenden werden diese Institutionen und die ihnen zur Verfügung stehenden Mittel näher betrachtet.

**Abbildung 1: Finanzströme in der österreichischen Fondsspitalsfinanzierung, stark vereinfacht**



Quelle: IHS HealthEcon 2015

## Herkunft der Mittel

### Herkunft der Mittel

#### Bundesgesundheitsagentur

Die Bundesgesundheitsagentur wurde 2005 im Rahmen der Gesundheitsreform gegründet und folgte dem bis dahin bestehenden Strukturfonds nach. Ihre Einrichtung und die ihr zugeteilten Mittel sind in Art. 14 bzw. 17 der 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens geregelt; Organisation und Aufgaben der Agentur sind in Art. 10 bis 12 der seit 2013 zusätzlich bestehenden 15a-Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit festgelegt. Die **Bundesgesundheitskommission** als oberstes Organ der Bundesgesundheitsagentur setzt sich zusammen aus je neun Vertretern des Bundes, der Sozialversicherung und der Länder sowie je einem Vertreter der Interessensvertretungen der Städte bzw. Gemeinden, der konfessionellen Krankenanstalten, der Patientenvertretungen und der Österreichischen Ärztekammer. Nicht stimmberechtigte Mitglieder der Bundesgesundheitskommission sind weiters je ein Vertreter des Bundesministeriums für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft, der Österreichischen Apothekerkammer, der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt sowie der Interessensvertretung der Krankenanstalten. In die Zuständigkeit der Bundesgesundheitskommission fallen beispielsweise das leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungsmodell (LKF-Modell), (Weiter-)Entwicklung und Monitoring der (Rahmen-)Gesundheitsziele sowie Rahmenvorgaben für das Nahtstellenmanagement zwischen den Sektoren des Gesundheitswesens.

Die Herkunft der Mittel, die der Bundesgesundheitsagentur zur Verfügung stehen, ist u. a. in Art. 17 (2) der 15a-Vereinbarung geregelt. Darin ist vorgesehen, dass die Bundesgesundheitsagentur mit





einem bestimmten Anteil an den Erträgen der gemeinschaftlichen Bundesabgaben sowie mit einem Pauschalbeitrag, der laut § 447f Art. 6 ASVG von den Trägern der Krankenversicherung zu leisten ist, ausgestattet ist. Dieser Pauschalbeitrag in der Höhe von 83,6 Mio. EUR machte 2012 etwa 13 % der Gesamtmittel der Bundesgesundheitsagentur von etwa 660 Mio. EUR aus, die verbleibenden 87% wurden somit vom Bund gestellt. Diese Mittel werden – nach Abzug von Fixbeträgen u. a. für die Gesundheit Österreich GmbH, für das Transplantationswesen und für die Finanzierung der ELGA – in Form von Vorweganteilen sowie auf Basis verschiedener Verteilungsschlüssel an die Landesgesundheitsfonds ausgeschüttet. Daraus ergeben sich folgende Beträge:

**Tabelle 1: Überweisungen der Bundesgesundheitsagentur an die Landesgesundheitsfonds, 2012 (ohne Burgenländischen Gesundheitsfonds (BURGEF))**

Landesgesundheitsfonds	Betrag in EUR
Kärntner Gesundheitsfonds	42.811.775
NÖGUS*	99.472.054
Gesundheitsfonds OÖ*	97.646.058
SAGES*	41.626.948
Gesundheitsfonds Steiermark*	87.214.222
Tiroler Gesundheitsfonds*	68.157.205
Vorarlberger Landesgesundheitsfonds	23.781.907
Gesundheitsfonds Wien	171.108.000
<b>Gesamt</b>	<b>631.818.170</b>

\* Inklusive Vorweganteile;

Quelle: Bundesrechnungsabschluss 2012, IHS HealthEcon 2015

Überweisungen an den Burgenländischen Gesundheitsfonds (BURGEF) sind in dieser Übersicht nicht enthalten – dessen Gebarung wurde trotz mehrmaliger Anfrage an den BURGEF mit dem Hinweis, dass die „angeforderten Daten leider nicht öffentlich zugänglich sind und ausschließlich an das BMG gemeldet werden“, nicht übermittelt. Dies überrascht und verwundert, da die Gebarung aller anderen Landesgesundheitsfonds über das Internet frei zugänglich ist. Die Landesgesundheitsfonds der Länder Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark und Tirol erhalten Vorweganteile aus den Mitteln der Bundesgesundheitsagentur, die in den Beträgen in Tabelle 1 enthalten sind. Die weiteren Bestandteile der Dotierung der Landesgesundheitsfonds werden im folgenden Abschnitt betrachtet.

## Landesgesundheitsfonds

Die neun Landesgesundheitsfonds als Äquivalent der Bundesgesundheitsagentur auf Länderebene wurden mit dieser gemeinsam im Zuge der Gesundheitsreform im Jahr 2005 eingerichtet. Die Einrichtung und Dotierung der Fonds ist in Art. 18 bzw. 20 der 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens geregelt; Organisation und Aufgaben der Agentur sind wiederum in der 15a-Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit, speziell in Art. 13 bis 15, festgelegt. Die Beschlussorgane der Landesgesundheitsfonds sind die sogenannten Gesundheitsplattformen. Deren Zusammensetzung sowie die Verteilung der Stimmrechte variieren je nach Bundesland. Vertreter des Landes, der Sozialversicherung (zu gleichen Teilen), des Bundes sowie der Ärztekammer sind in jeder Gesundheitsplattform vertreten und verfügen auch überall über ein Stimmrecht (mit Ausnahme der Oberösterreichischen Ärztekammer). In den meisten Ländern entsenden außerdem der Städtebund, der Gemeindebund, die Rechtsträger der Krankenanstalten sowie die Patientenrechtsvereine Vertreter in die jeweilige Gesundheitsplattform, jedoch teilweise ohne Stimmrecht. Wien ist das einzige Bundesland, in dem auch mehrere Abgeordnete des Landtags mit Stimmrecht vertreten sind. Die Aufgaben der Landesgesundheitsfonds umfassen beispielsweise die landesspezifische Ausgestaltung des LKF-Systems, die Gewährung von Förderungen für Investitionsvorhaben, die (Weiter-)Entwicklung der Gesundheitsziele auf Landesebene inklusive Strategien zu deren Umsetzung sowie Grundsätze zur Umsetzung von Qualitätsvorgaben für die Leistungserbringung und Vorgaben zum Nahtstellenmanagement.

Die Dotierung der Landesgesundheitsfonds sowie die Herkunft der Mittel sind wieder je nach Bundesland unterschiedlich. Die 15a-Vereinbarung sieht jedoch vor, dass alle Landesgesundheitsfonds so dotiert werden, dass zumindest 51 % der laufenden Krankenanstaltenkosten durch sogenannte marktmäßige Umsätze finanziert werden. Der Grund dafür liegt darin, dass die Krankenanstalten im Falle einer solchen Finanzierung im Europäischen System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnung in der Fassung von 1995 (ESVG 1995) nicht dem Sektor Staat zugerechnet wurden. Die Schulden der Spitäler flossen somit nicht in die für die Erfüllung der Maastricht-Kriterien relevanten Staatsschuldenquote mit ein. Die Fassung von 2010 (ESVG 2010) sieht nun aber eine an-



dere Berechnungsweise vor, in der alle Schulden, für die der Staat Haftungen übernimmt, dem Sektor Staat zugerechnet werden. Somit werden nun auch die Schulden der Krankenanstalten in die Staatsschuldenquote mit eingerechnet. Im Jahr 2012 betragen die Schulden der öffentlichen Krankenanstalten auf Landes- und Gemeindeebene rund 3,8 Mrd EUR.<sup>1</sup> Dass die öffentlichen Spitäler in Hinsicht auf ihre Schulden gleichsam „privatisiert“ wurden, um sich bei der Erfüllung der Maastricht-Kriterien leichter zu tun, kann euphemistisch als „kreative Buchführung“ bezeichnet werden.

Gemäß 15a-Vereinbarung Art. 21 (1) Z 1–6 sind folgende Mittel für die Landesgesundheitsfonds vorgeschrieben:

- Beiträge der Bundesgesundheitsagentur (siehe Abschnitt Bundesgesundheitsagentur)
- Umsatzsteueranteile der Länder (0,949 % nach Abzug des im § 8 (2) Z 1 FAG 2008 genannten Betrags)
- Sozialversicherungsbeiträge laut Art. 21 (6) 15a-Vereinbarung 2008–2013 bzw. § 447f ASVG
- Zusätzliche Mittel für die Gesundheitsreform nach dem Finanzausgleich 2005–2008
- Mittel laut Gesundheits- und Sozialbereichs-Beihilfengesetz (GSBG) 1996
- Umsatzsteueranteile der Gemeinden gemäß § 23 (2) FAG 2008 (0,642 % nach Abzug des im § 8 (2) Z 1 FAG 2008 genannten Betrags)

Die **Umsatzsteueranteile der Länder** betragen 0,949% des Aufkommens an der Umsatzsteuer im betreffenden Jahr, abzüglich eines im Finanzausgleichsgesetz 2008 festgelegten Betrages. Im Jahr 2012 beliefen sie sich auf insgesamt 209 Mio. EUR\*.

Die Landesgesundheitsfonds beziehen **Beiträge der Sozialversicherung** aus dem Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung nach § 447f ASVG, den der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger verwaltet. Die Sozialversicherungsträger überwiesen diesem Ausgleichsfonds im Jahr 2012 insgesamt rund 4.628,6 Mio. EUR. Diese Fondsmittel stammen aus ertragsorientierten Pauschalbeiträgen, die seitens der Sozialversicherungsträger nach bestimmten Schlüsseln zu entrichten sind. Zusätzlich erhält der Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung vom Bundesministerium für Finanzen einen fixen Betrag aus dem Tabaksteueraufkommen. Die gesamten Mittel des Ausgleichsfonds werden sodann anhand von Vorweganteilen sowie auf Basis von Verteilungsschlüsseln an die neun Landesgesundheitsfonds (4.553,3 Mio. EUR) und an die Bundesgesundheitsagentur (83,6 Mio. EUR) ausgeschüttet (vgl. Tabelle 2).

Die **Mittel für die Gesundheitsreform** machen einen relativ kleinen Anteil der Erträge der Landesgesundheitsfonds aus und betragen im Jahr 2012 33 Mio. EUR\*.

Die Mittel nach Maßgabe des **Gesundheits- und Sozialbereichs-Beihilfengesetzes (GSBG)** haben den Zweck, die unechte Steuerbefreiung des Gesundheitswesens auszugleichen. Da die Kranken-

**Tabelle 2: Einnahmen und Ausgaben des Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung, in Mio. EUR, 2012**

Einnahmen in EUR Mio.	2012	in %
Pauschalbeitrag 1	4.419,6	95,3
70 % von Pauschalbeitrag 1 nach Schlüssel § 447f (10)	3.093,7	66,7
Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung nach § 447f (11) Z 1	629,1	13,6
Rest Krankenversicherungsträger nach § 447f (11) Z 2	696,8	15,0
Pauschalbeitrag 2 nach § 447f (12)	75,0	1,6
Pauschalbeitrag 3 nach § 447f (6)	83,6	1,8
Pauschalbeitrag 4 für die Albert Schweitzer Klinik	2,7	0,1
Nachzahlung der Sozialversicherungsträger 2011	47,7	1,0
<b>Sozialversicherungsträger</b>	<b>4.628,6</b>	<b>99,8</b>
BMF nach § 447a (10) und (11) Z 1	8,3	0,2
<b>Insgesamt</b>	<b>4.636,9</b>	<b>100,0</b>
Ausgaben in EUR Mio.	2012	in %
Landesgesundheitsfonds nach § 447f (3) Z 1	3.093,7	66,7
Landesgesundheitsfonds nach § 447f (3) Z 2	1.325,9	28,6
Vorweganteile (NÖ, OÖ, Sbg., Tir.) nach § 447f (16)	22,0	0,5
Beiträge nach § 447f (4a) und (5)	111,7	2,4
<b>Landesgesundheitsfonds</b>	<b>4.553,3</b>	<b>98,2</b>
Bundesgesundheitsagentur nach § 447f (6)	83,6	1,8
<b>Insgesamt</b>	<b>4.636,9</b>	<b>100,0</b>

Quelle: ASVG, Handbuch und statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherungsträger 2013, IHS HealthEcon 2015

<sup>1</sup> Statistik Austria, Stand: 30.9.2014

<sup>2</sup> Wir berücksichtigen dies auch in unserem Rechenwerk entsprechend.

\* exkl. Überweisungen an den Burgenländischen Gesundheitsfonds (BURGEF).





stalten aufgrund dieser Befreiung keine Möglichkeit zum Vorsteuerabzug haben, leistet der Bund – bzw. streng genommen auch die Länder und Gemeinden,<sup>2</sup> da diesen die Anteile an Umsatzsteuermitteln zustehen – Ausgleichszahlungen an die Landesgesundheitsfonds. Insgesamt betragen diese Ausgleichszahlungen im Jahr 2012 735 Mio. EUR\*.

Die **Umsatzsteueranteile der Gemeinden** beliefen sich im Jahr 2012 auf 140 Mio. EUR\*.

Zusätzlich haben Länder, Gemeinden und Rechtsträger laut 15a-Vereinbarung die Möglichkeit, die Betriebsabgangsdeckung über die Landesgesundheitsfonds abzurechnen. Darüber hinaus können die Bundesländer jedoch auf Basis von landesrechtlichen Vorschriften auch weitere Mittel an ihre Landesgesundheitsfonds überweisen bzw. in deren Büchern führen. Zum Teil werden diese Mittel auch von Ländern und Gemeinden gemeinsam aufgebracht. Diesbezüglich gibt es große Unterschiede zwischen den Bundesländern sowie auch über die Zeit, da diese Zusatzmittel meist dem jeweiligen Bedarf der Fondsspitäler angepasst werden. Im Wesentlichen fallen unter diese zusätzlichen Mittel folgende Kategorien:

- Betriebsabgangsdeckung
- Investitionsförderung
- Kostenbeiträge
- Sonstige zusätzliche Mittel

Für die **Betriebsabgangsdeckung** ist in § 34 KAKuG rahmengesetzlich geregelt, dass diese vollständig durch Land, Gemeinde und Rechtsträger erfolgen muss, wobei mindestens 50 % der Abgänge durch die Gebietskörperschaften zu decken sind.<sup>3</sup> In Bezug auf die konkrete Vorgehensweise bei der Betriebsabgangsdeckung gibt es je nach Bundesland unterschiedliche landesgesetzliche Regelungen (vgl. Anhangstabelle 1). In manchen Bundesländern wird die Betriebsabgangsdeckung über die Landesgesundheitsfonds abgewickelt. Die Regelungen variieren dabei auch in den Anteilen, die von Land, Gemeinde und Rechtsträger zu decken sind. Sind die Gebietskörperschaften gleichzeitig Rechtsträger der Krankenanstalten, so hat diese Aufteilung eine untergeordnete Bedeutung. Private Rechtsträger sind jedoch auf privatrechtliche Subventionen vonseiten der Länder angewiesen, wenn die Betriebsabgangsdeckung nicht den gesamten Betriebsabgang begleitet.

Mittel zur **Investitionsförderung** für bauliche Maßnahmen und medizinisch-technische Großgeräte können ebenfalls über die Landesgesundheitsfonds ausgeschüttet werden. Wie bei den Betriebsabgängen sind aber auch in diesem Bereich die landesspezifischen Regelungen unterschiedlich.

Die **Kostenbeiträge** der Patienten sind in § 27a KAKuG geregelt. Ein Teil dieser Beiträge wird von den Krankenanstalten direkt eingehoben, ein Teil wird an die Landesgesundheitsfonds weitergeleitet. Das Bundesgesetz gibt hier den Ländern Spielraum in der genauen Höhe, weshalb die Patientenbeiträge ebenfalls von Bundesland zu Bundesland variieren.

Unter **sonstige zusätzliche Mittel** fallen anderweitige Zahlungen der Länder und Gemeinden an die Landesgesundheitsfonds einerseits und direkt an die Fondsspitäler andererseits.

In Abbildung 2 ist die Zusammensetzung der Gesamterträge der Landesgesundheitsfonds für das Jahr 2012 ersichtlich, wobei auch die Anteile der Betriebsabgangsdeckung ausgewiesen sind. In jedem Bundesland machen die Mittel der Sozialversicherung den größten Teil der Erträge aus, der entsprechende Anteil liegt zwischen 36 % (Niederösterreich) und 48 % (Vorarlberg). Weitere größere Posten stellen die Bundesmittel (zwischen 5 % für Oberösterreich und 9 % für Tirol) sowie die GSBG-Mittel (zwischen 4 % für Kärnten und 10 % für die Steiermark) dar. Weiters ist zu erkennen, wie sich die landesspezifischen Regelungen zur Betriebsabgangsdeckung sowie zu zusätzlichen Landesmitteln auswirken: Die Anteile, die diese beiden Posten an der gesamten Dotierung der Landesgesundheitsfonds ausmachen, variieren sehr stark zwischen den Bundesländern. Der Anteil dieser landesspezifischen Mittel an den Gesamterträgen lag 2012 zwischen 31 % (Steiermark) und 50 % (Niederösterreich).

Die Betrachtung nur jener Erträge der Landesgesundheitsfonds, die in der 15a-Vereinbarung geregelt sind, zeigt, dass sich trotz der komplexen Verteilungsmechanismen der 15a-Vereinbarung die Mittel der Landesgesundheitsfonds sehr ähnlich zusammensetzen.

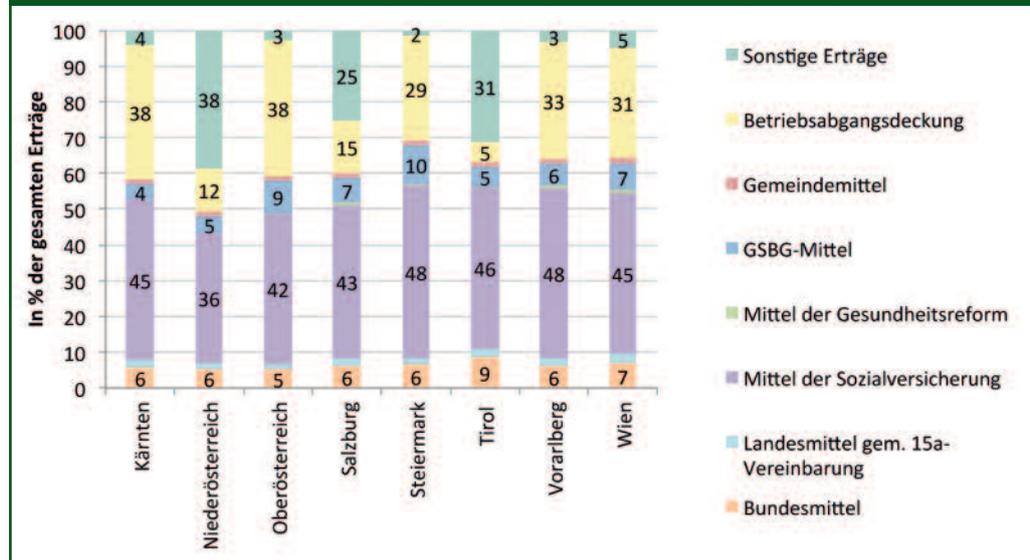
Abbildung 3 stellt für jedes Bundesland die Erträge des jeweiligen Landesgesundheitsfonds pro in diesem Land erwirtschaftetem LKF-Punkt für das Jahr 2012 dar. Tirol weist dabei mit 0,71 EUR pro LKF-Punkt ein relativ niedriges Verhältnis von Erträgen zu Leistungen auf, während dieses Verhältnis in der Steiermark mit 0,99 EUR am höchsten ist. Die Dotierung mit diesen „Mindestmitteln“ der 15a-Vereinbarung scheint somit den Bezug zum Leistungsgeschehen verloren zu haben, da die Mittelzuteilung über die einzelnen Schlüssel seit vielen Jahren unverändert geblieben ist und nur über jeweils zusätzliche Beträge neue Schlüssel eingeführt worden sind (zuletzt ein LKF-basierter Schlüssel).

<sup>3</sup> Der Betriebsabgang der Krankenanstalten ist definiert als die Differenz zwischen den Einnahmen und den Betriebs- und Erhaltungskosten.

\* exkl. Überweisungen an den Burgenländischen Gesundheitsfonds (BURGEF).



**Abbildung 2: Zusammensetzung der Erträge der Landesgesundheitsfonds, inkl. Betriebsabgangsdeckung, 2012 (ohne Burgenland)**



Anmerkungen:

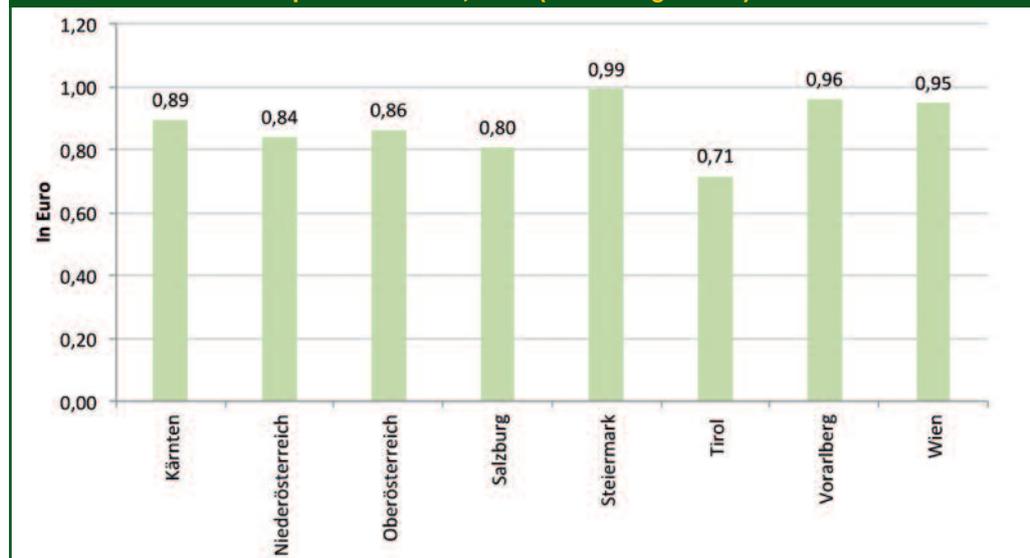
Niederösterreich: Betriebsabgangsdeckung = Beiträge des Landes zum Betrieb der NÖ KA gem. NÖ KAG (§ 70 Abs. 1); Sonstige Erträge beinhalten zu rund 91 %: (a) Beiträge des Landes – Trägeranteil für Gde- und LKA (§ 71 Abs. 1 NÖKAG): 202 Mio. EUR, (b) Mittel des NÖ Krankenanstaltensprengels (Beiträge der NÖKAS-Gemeinden): 325 Mio. EUR und (c) Trägeranteile 2 und 4 an NÖ Landeskliniken: 102 Mio. EUR.

Salzburg: Betriebsabgangsdeckung = Finanzierungsanteil Rechtsträger abzgl. TB 5; sonstige Erträge beinhalten zu rund 78 %: (a) Landesmittel gemäß § 5 Abs. 1 SAGES-G: 80 Mio. EUR und (b) Gemeindemittel gemäß § 5 Abs. 1 SAGES-G: 54 Mio. EUR

Tirol: Betriebsabgangsdeckung = Betriebsabgänge lt. Tir. KAG; sonstige Erträge beinhalten zu rund 81 %: (a) Beiträge des Landes Tirol gem. § 4 TGFG: 99 Mio. EUR und (b) Beiträge der Tiroler Gemeinden gem. § 5 TGFG: 99 Mio. EUR.

Quelle: Tätigkeitsberichte der Landesgesundheitsfonds, IHS HealthEcon 2015

**Abbildung 3: Erträge der Landesgesundheitsfonds gem. 15a B-VG Art. 21 (1) Z 1–6, pro LKF-Punkt, 2012 (ohne Burgenland)**



Quelle: Tätigkeitsberichte der Landesgesundheitsfonds und Bundesministerium für Gesundheit (BMG), IHS HealthEcon 2015

## Verwendung der Mittel

Leistungen der Fondsspitäler werden im stationären Bereich über die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) abgegolten. Dieses Modell bietet eine bundesweit einheitliche Methode zur Abrechnung stationärer Leistungen, wobei zur Bewertung dieser Leistungen LKF-Punkte herangezogen werden. Aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungsregelungen auf Landesebene ist ein LKF-Punkt jedoch in jedem Bundesland unterschiedlich viel wert. Wie in Abbildung 4

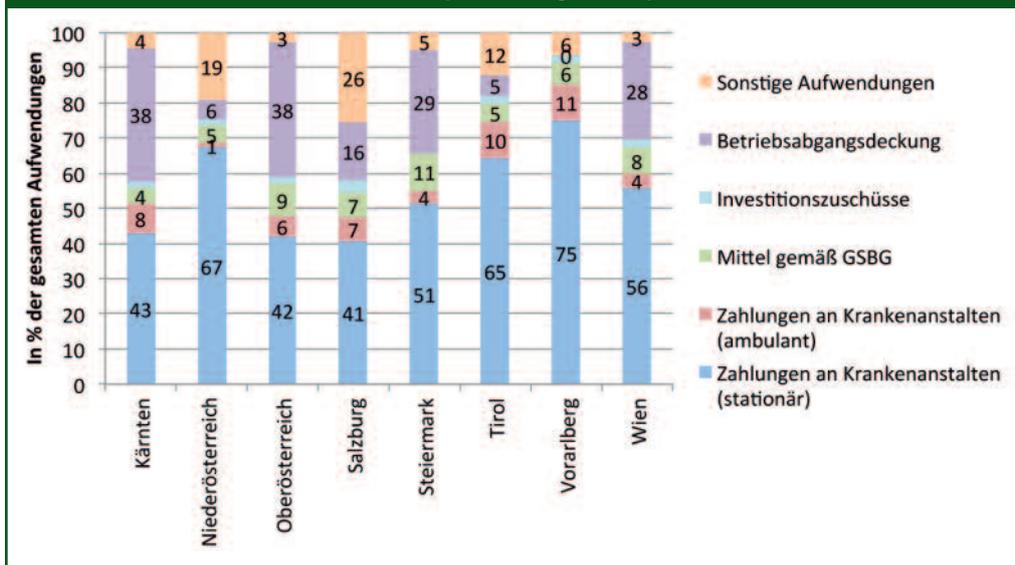
Verwendung  
der Mittel





ersichtlich ist, war der Anteil der Zahlungen für den stationären Bereich an den Gesamtaufwendungen der Landesgesundheitsfonds im Jahr 2012 mit 75 % in Vorarlberg am höchsten, was sich u. a. dadurch erklärt, dass in diesem Bundesland die Betriebsabgangsdeckung leistungsorientiert über das LKF-System erfolgt. Am niedrigsten war dieser Anteil in Salzburg mit 41 %. Die Zahlungen für den stationären Bereich machen in jedem Bundesland den größten Posten der Aufwendungen der Landesgesundheitsfonds aus.

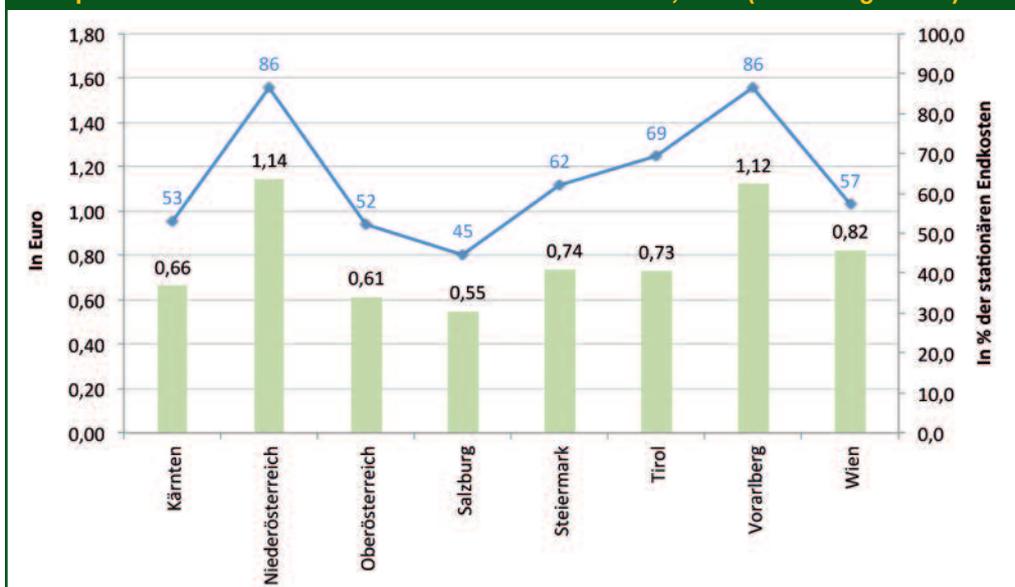
**Abbildung 4: Zusammensetzung der Aufwendungen der Landesgesundheitsfonds, 2012 (ohne Burgenland)**



Anmerkungen zur Betriebsabgangsdeckung: Folgende Bezeichnungen wurden in den Gebarungen verwendet: Kärnten: Betriebsabgangsdeckung – Fondskrankenanstellen; Niederösterreich: Trägeranteile an Land NÖ (NÖ Landeskliniken); Oberösterreich: Betriebsabgang der Fonds-KA; Salzburg: Finanzierungsanteil Rechtsträger inkl. TB 5 (Ausgleich); Steiermark: Betriebsabgangsmittel Fondskrankenanstellen; Tirol: Betriebsabgänge lt. Tir. KAG; Wien: Betriebszuschüsse. Quelle: Tätigkeitsberichte der Landesgesundheitsfonds, IHS HealthEcon 2015

In Abbildung 5 sind die Zahlungen für den stationären Bereich im Verhältnis zu den gesamten Endkosten in diesem Bereich dargestellt. Daraus wird ersichtlich, dass in Niederösterreich und Vorarlberg jeweils etwa 86 % der anfallenden stationären Endkosten nach dem LKF-System – und so-

**Abbildung 5: Zahlungen an Krankenanstellen für den stationären Bereich, pro LKF-Punkt und in % der stationären Endkosten, 2012 (ohne Burgenland)**



Anmerkung: In Vorarlberg wird die Betriebsabgangsdeckung auch über die stationären Zahlungen ausgeschüttet. Quelle: Tätigkeitsberichte der Landesgesundheitsfonds und BMG, IHS HealthEcon 2015



## Finanzierung der PRIKRAF-Spitäler

mit nach leistungsorientierten Kriterien – beglichen werden, während es beispielsweise in Salzburg nur 45 % sind. Dementsprechend sind auch die Zahlungen für den stationären Bereich pro LKF-Punkt – gleichzusetzen mit dem Punktwert – in Niederösterreich und Vorarlberg mit 1,14 EUR bzw. 1,12 EUR am höchsten und in Salzburg mit 0,55 EUR am niedrigsten. Zahlungen für den spitalsambulanten Bereich erfolgen anhand einer Ambulanzpauschale und folgen somit keinem leistungsorientierten Ansatz. Der Anteil dieser Zahlungen an den Gesamtaufwendungen lag 2012 zwischen 1 % (Niederösterreich) und 11 % (Vorarlberg). Das System der Pauschalvergütung im ambulanten Bereich wird künftig eventuell durch ein leistungsorientiertes System auf Basis des Katalogs ambulanter Leistungen (KAL) abgelöst (BMG 2013). Wie bereits erwähnt, sind die Regelungen der einzelnen Bundesländer in Bezug auf die Betriebsabgangsdeckung sehr unterschiedlich. Daher fließt dieser Posten zu verschiedenen hohen Anteilen in die Aufwendungen der Landesgesundheitsfonds ein. In Kärnten und Oberösterreich ist der Anteil mit 38 % am höchsten, in Tirol mit 5 % am niedrigsten. In Vorarlberg scheint dieser aus dem zuvor genannten Grund nicht auf.

### **Finanzierung der PRIKRAF-Spitäler**

Der Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) ist der Ausgleichsfonds für Privatspitäler, in denen Leistungen erbracht werden, für die eine Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung besteht. Über diesen Fonds erhalten somit auch gewinnorientierte Krankenanstalten privater Rechtsträger öffentliche Mittel. Die entsprechenden Leistungen von PRIKRAF-Spitälern werden – ebenso wie jene der Fondsspitäler – über das LKF-System abgerechnet. Dabei werden jedoch ausschließlich stationäre Leistungen abgegolten, und zwar nach dem bundeseinheitlichen Kernbereich. Der Fonds erhält seine Mittel von den Gebiets- und Betriebskrankenkassen sowie von den bundesweiten Sondersicherungsanstalten und der Sozialversicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau. Alle den PRIKRAF betreffenden rechtlichen Angelegenheiten sind im PRIKRAF-Gesetz (PRIKRAF-G) geregelt.

Insgesamt werden in Anlage 1 des PRIKRAF-Gesetzes 44 Krankenanstalten genannt, tatsächlich abgerechnet wurde im Jahr 2012 nur mit 34 davon. In den PRIKRAF-Spitälern wurden in diesem Jahr rund 227 Mio. LKF-Punkte erwirtschaftet, wodurch sich Zahlungen des Fonds an die Spitäler von rund 99 Mio. EUR ergaben. Der Punktwert, den die PRIKRAF-Spitäler abgegolten bekommen, ist mit 0,45 EUR demnach deutlich niedriger als bei den Fondsspitälern.

## Internationale Modelle der Spitalsfinanzierung

### **Internationale Modelle der Spitalsfinanzierung**

Angesichts des hochkomplexen österreichischen Systems der Spitalsfinanzierung lohnt sich ein internationaler Vergleich. Dabei lässt sich feststellen, dass es kaum ein anderes Land gibt, in dem die Spitalsfinanzierung so kompliziert geregelt ist. Als Beispiel für ein Land mit einer sehr ähnlichen Finanzierung wählen wir Deutschland, wo es aber schon früh gelungen ist, einen Interessensausgleich zwischen Ländern und Sozialversicherung hinsichtlich der Spitäler zu finden.

### **Deutschland**

#### **Finanzierungsströme im Gesundheitssystem**

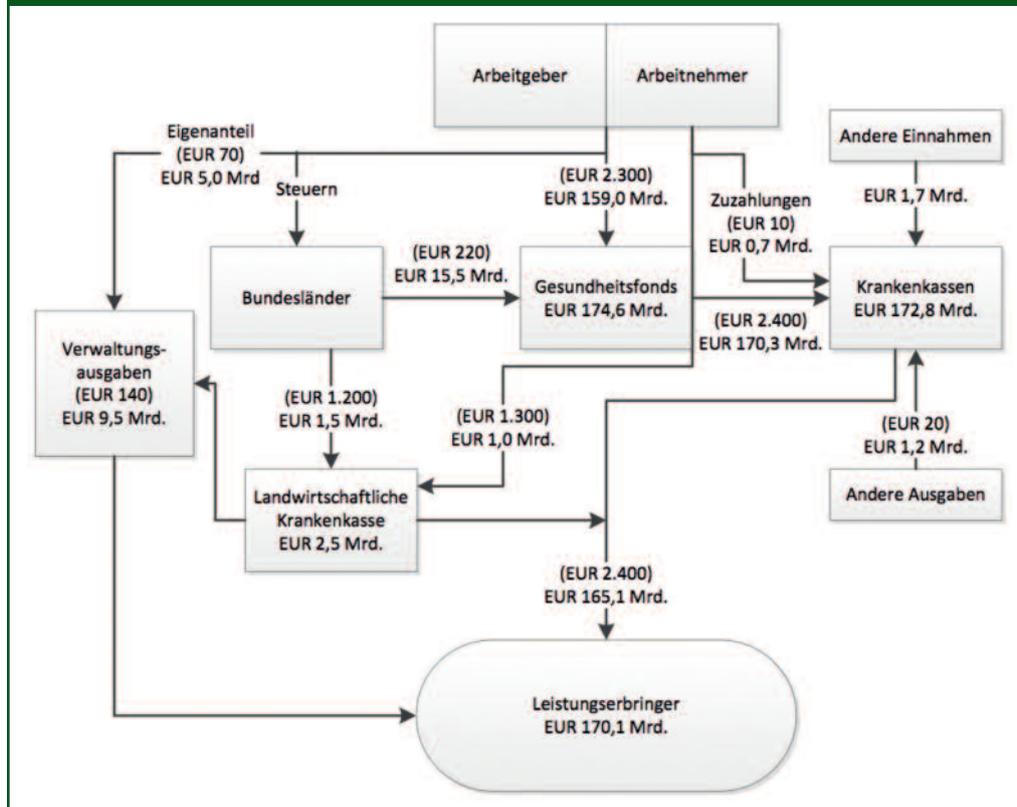
Der Hauptfinanzier im deutschen Gesundheitswesen ist die gesetzliche Krankenversicherung, bei der rund 85 % der Bevölkerung versichert sind. Mit rund neun Millionen Versicherten waren 2012 etwa 11 % der Bevölkerung privat vollversichert. Darüber hinaus befinden sich 4% der Bevölkerung in anderweitigen staatlichen Versicherungen (z. B. Bundeswehrangehörige, Zivildienstleistende, Personen, die Sozialhilfe empfangen). Nur ein geringer Prozentsatz der Bevölkerung (unter 0,3 %) ist ohne Versicherungsschutz. (Busse und Blümel 2014)

In der gesetzlichen Sozialversicherung ist der Leistungsanspruch unabhängig von der Höhe des Beitrags. Der Beitrag ermittelt sich anhand der Beitragsbemessungsgrenze (entsprechend der Höchstbeitragsgrundlage in Österreich), richtet sich also hauptsächlich nach der Höhe des Einkommens des Versicherten. Im Gegensatz zu Österreich ist der Beitragssatz für Dienstgeber nicht gleich dem der Dienstnehmer, sondern liegt 0,9 Prozentpunkte unter diesem. In der privaten Krankenversicherung hängt der Leistungsanspruch vom vereinbarten Beitragssatz ab, welcher an Faktoren wie Geschlecht, Beitrittsalter und den allgemeinen Gesundheitszustand gebunden ist. Ein weiterer Unterschied zur österreichischen Sozialversicherung ist, dass zusätzlich zu den Säulen Unfall-, Kranken- und Pensionsversicherung auch eine gesetzliche Arbeitslosen- und Pflegeversicherung innerhalb der Sozialversicherung besteht. Abbildung 6 zeigt die Finanzierungsströme innerhalb des deutschen Sozialversicherungssystems mit gerundeten Ausgabenwerten und den Ausgaben pro Versichertem (in Klammern) im Jahr 2010. (Busse und Blümel 2014)





**Abbildung 6: Finanzierungsströme im deutschen Gesundheitswesen, 2010**



Anmerkung: Ausgabenwerte gerundet; Ausgaben pro Versichertem in Klammern  
 Quelle: IHS HealthEcon 2015. Eigene Darstellung, nach Busse und Blümel (2014); basierend auf Daten des Bundesministeriums für Gesundheit 2011

## Krankenhausfinanzierung

Der Spitalsbereich wird seit 1972 und mit Einführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) mittels eines *dualen Systems* finanziert. Das heißt, dass die Investitionskosten von Bund und Ländern und die laufenden Kosten<sup>4</sup> von der gesetzlichen bzw. den privaten Krankenversicherungen (und selbstzahlenden Patienten) getragen werden. Grund für die Einführung des KHG war, einerseits die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu sozial tragbaren Sätzen zu gewährleisten und andererseits die Spitäler finanziell zu sichern. Unabhängig von der Trägerschaft eines Krankenhauses (öffentlich, privat non-profit oder for-profit) muss ein solches im Bedarfsplan der jeweiligen Länder gelistet sein und erhält, entsprechend diesem Plan, Steuergelder für bestimmte Investitionen. Durch das KHG wurden bereits sehr früh die Mittel für den intramuralen und den extramuralen Bereich vereint. Allerdings bestanden lange Zeit vor allem die niedergelassenen Ärzte auf einem dedizierten Budget für ihren Bereich, sodass Reallokationen erst nach und nach möglich waren.

Für die Bezahlung der laufenden Behandlungskosten in deutschen Krankenhäusern legte das Gesundheitsreformgesetz 2000 den Übergang zu einem leistungsbezogenen Krankenhausentgeltssystem fest. Schrittweise wurde ab 2004, nach australischem Vorbild und an deutsche Erfordernisse angepasst, ein Tarifsystem entwickelt und *diagnosebezogene Fallgruppen (DRGs)* zur Finanzierung verwendet. Seit 2009 wird das DRG-System deutschlandweit in allen Akutkrankenhäusern und seit 2013 auch in den Fachgebieten Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatische Medizin angewandt. (Busse und Blümel 2014)

Die Vergütung durch das DRG-System basiert auf einer Klassifizierung der Patienten bzw. der Krankenhausfälle. Die Anzahl an DRG-Fallpauschalen ist zwischen 2004 und 2010 jährlich immer um mehr als 50 Gruppen gestiegen. In den Jahren danach sind jährlich nie mehr als acht Gruppen zusammengefasst worden bzw. hinzugekommen, sodass 2015 nun exakt 1.200 DRGs existieren. Davon sind momentan 1.151 DRGs bundesweit einheitlich kostengewichtet und 49 DRGs ohne ein-

<sup>4</sup> Gesamte Kosten für medizinische Güter, Personal (mit Ausnahme von externen Ärzten und Hebammen), Anlagegüter mit einer Lebensdauer von durchschnittlich drei Jahren und deren Erhaltung.



heitliche Bewertung. Zudem gibt es 170 Zusatzentgelte von denen 73 ebenfalls keine bundesweit einheitliche Bewertung haben. Aufgrund des geringen Stichprobenumfangs und der zu hohen Varianz in den Kosten werden diese 49 DRGs und 73 Zusatzentgelte individuell zwischen dem Krankenhaus und dem jeweiligen Land ausgehandelt. (Fischer 2014)

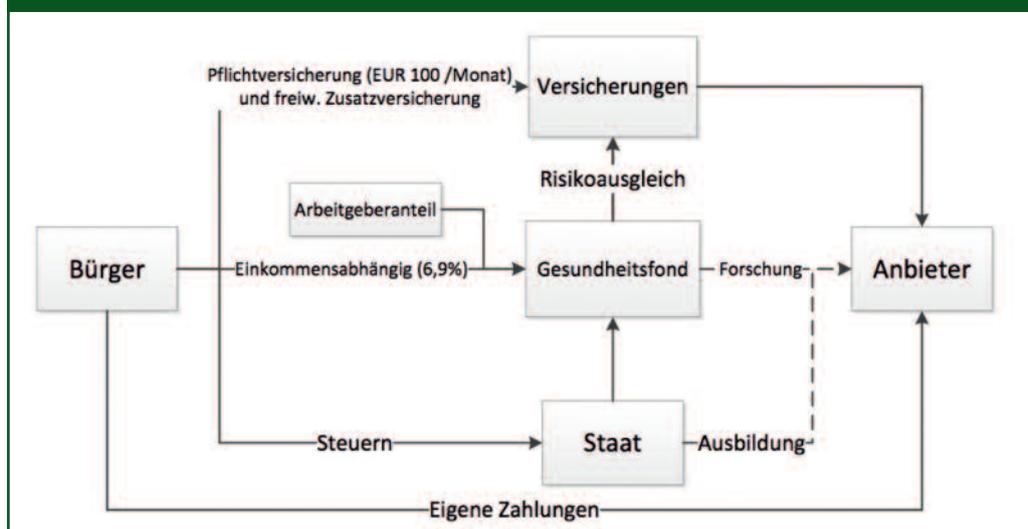
## Niederlande

Das niederländische Gesundheitssystem gilt als eines der effizientesten und fortschrittlichsten der Welt und hat einen Vorbildcharakter bei der Umsetzung von Reformen. Hausärztinnen und Hausärzte (*huisartsen*) übernehmen eine tragende Rolle in dem System, da sie den Erstkontakt mit den Patienten haben und eine Überweisung nötig ist, um einerseits den Spitals- und Fachärztesektor aufsuchen und andererseits den (Langzeit-)Pflegebereich in Anspruch nehmen zu können. Seit Anfang der 1990er Jahre wurden mehrere marktorientierte Reformen durchgeführt, die den Weg zur letzten großen Gesundheitsreform, der Einführung einer gesetzlichen allgemeinen Pflichtversicherung für alle Bürger im Jahr 2006, ebneten. Dem folgend wurde ein Fokus auf die Reduktion von Krankenhauswartezeiten gesetzt. Mit Änderungen in den Vergütungsschemata wurden die Wartezeiten erfolgreich gesenkt. Seit 2012 ist die Reduktion von Wartezeiten daher kein dringendes politisches Anliegen mehr. Politische Entscheidungsträger versuchen stattdessen den schnellen Anstieg der Gesundheitsausgaben, verursacht durch die Kombination von zusätzlichen Produktionsanreizen im Krankenhaus- und Fachärztesektor und der begrenzten Ausgleichsfunktion durch die Versicherungen, um mindestens 50 % zu reduzieren. (Schut und Varkevisser 2013)

## Finanzierungsströme im Gesundheitssystem

Seit 2006 und mit der Einführung einer gesetzlichen Pflichtversicherung ist der Unterschied zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen entfallen. Jede Bürgerin und jeder Bürger muss einen Vertrag mit einer der rund 50 Versicherungsgesellschaften schließen, wobei die Basisleistungen staatlich definiert sind<sup>5</sup> und die Beiträge für alle Versicherten, unabhängig von Alter, Geschlecht oder Gesundheitszustand, gleich sein müssen. Versicherungen dürfen keine Antragsteller ablehnen, erhalten jedoch über einen Gesundheitsfonds einen Risikoausgleich. Der Gesundheitsfonds wird überwiegend von den Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen (abhängig vom Einkommen) gespeist, wobei Arbeitgeber gesetzlich dazu berechtigt sind, den Arbeitnehmeranteil zusätzlich selbst zu tragen. Die Beiträge der Arbeitgeber und Arbeitnehmer an den Gesundheitsfonds decken zusammen mit den monatlichen Pflichtbeiträgen an die Versicherungen in etwa die gesamten Kosten der Leistungserbringer für Leistungen des Basisleistungspakets<sup>6</sup>. Zudem bestehen freiwillige Zusatzversicherungspakete (bis 500 EUR pro Monat), die von den Versicherungen angeboten werden können. Abbildung 7 zeigt eine vereinfachte Darstellung der Finanzierungsströme im niederländischen Gesundheitssystem. (Schäfer et al. 2010, Esmail 2014)

Abbildung 7: Finanzierungsströme in den Niederlanden (vereinfacht)



Quelle: IHS HealthEcon 2015. Eigene Darstellung, nach Schäfer et al. (2010), Esmail (2014)

<sup>5</sup> Die gesetzliche Grundlage bildet das Zorgverzekeringswet (Zvw).

<sup>6</sup> Primärversorgungsleistungen der Hausärzte und Leistungen der Krankenhäuser (ausgenommen Langzeitpflege)





## Krankenhausfinanzierung

Leistungen aus dem Spitalsbereich werden von den Krankenversicherern voll übernommen. Das Vergütungssystem beruht auf einer speziellen Art von Fallpauschalen, sogenannten *Diagnose-Be-handel Combinatie* (DBC, Diagnose-Behandlungs-Kombinationen). Ein Teil dieser Leistungen wird tariflich von der *Nederlandse Zorgautoriteit* (NZA)<sup>7</sup> festgelegt. DBCs sind diagnosebasierte Fallpauschalen für Behandlungskomplexe, die den Patienten aufgrund ihres Krankheitsbildes zugewiesen werden. Das DBC-basierte niederländische Abrechnungssystem ähnelt zwar einem DRG-basierten, im Unterschied zu DRGs kann ein Patient bei einem Aufenthalt aber gleichzeitig unter mehrere DBCs fallen, da die Hoffnung war, dass dies den multimorbiden Patienten besser Rechnung trägt. Außerdem decken die DBCs sowohl den stationären als auch den ambulanten Sektor ab. Die DBC-Tarife sind als Abgeltung der Fix- und Betriebskosten gedacht, eine getrennte Finanzierung der Investitionskosten erfolgt nicht. DBCs erhalten einen normativen Mark-up für Investitionen, sodass die Investitionsfinanzierung (bzw. die strukturell dafür vorgesehene Summe) je Krankenhaus von Patientenzahl und Leistungsumfang abhängig wurde. Ziel dieser Finanzierungsform war es, die Krankenhäuser kritischer und marktwirtschaftlicher in der Beurteilung der Notwendigkeit von Investitionen zu machen. (Riedel et al. 2012)

Die Zahl der DBCs ist mit ursprünglich 30.000 weit höher als in den bekannten DRG-Systemen; dies macht die Verhandlung und Definition der DBCs sehr aufwendig. So war beispielsweise im März 2009 noch keiner der Verträge für 2009 zwischen Krankenhäusern und Versicherungen abgeschlossen. Eine Reihe von unerwünschten Effekten führte dazu, dass erst für 2010, dann für 2011 und nun für 2012 eine Revision des DBC-Systems angekündigt wurde. (Riedel et al. 2012)

Für die Festlegung der DBC-Tarife werden die DBCs in zwei Segmente geteilt, wobei das A-Segment das nicht verhandelbare Segment und das B-Segment das frei verhandelbare Segment darstellt. Im A-Segment werden die Sätze der DBCs von der NZA vorgegeben; Leistungsmengen und -qualitäten werden zwischen Anbietern und Krankenversicherungen ausverhandelt. Die Anzahl der frei verhandelbaren DBCs (B-Segment) wurde nach und nach erhöht: Im Jahr 2005 waren 10 % aller DBCs frei verhandelbar, im Jahr 2009 waren es schon 34 %, für 2012 wurden rund 75 % frei vereinbart. (Van Manen 2012)

Da es sich aber um einen Übergang von einer pauschalen Vergütung hin zu einer aktivitätsorientierten Vergütung handelte, wurde zwischen 2005 und 2007 das alte System der Pauschalvergütung weiterhin beibehalten und die Gesamtvergütung dadurch effektiv beschränkt. Diese Beschränkung wurde 2008 komplett aufgehoben, was zu starken Anreizen bei den Fachärztinnen und Fachärzten führte, die Anzahl an Leistungen zu erhöhen. Seitdem hat sich die Produktivität drastisch erhöht und auch die Wartezeiten im Spitalssektor haben sich verkürzt. Parallel dazu sind das Einkommen der Fachärztinnen und Fachärzte in Spitälern und im selben Zuge auch die gesamten Gesundheitsausgaben deutlich gestiegen. Aus diesem Grund befindet sich der Spitalssektor seit 2012 in einer weiteren, noch andauernden Reform, welche bestimmte Leistungen repauschalisiert, um so den steigenden Gesundheitsausgaben entgegenzuwirken. (Schut und Varkevisser 2014)

## England

Das Gesundheitssystem in England wird staatlich geführt und hauptsächlich durch Steuern finanziert. Das vom Gesundheitsministerium dotierte NHS (*National Health Service*) soll die Gesundheitsversorgung sicherstellen. Es wurde 1948 mit der Idee gegründet, dass eine gute Gesundheitsversorgung für alle, unabhängig vom Einkommen, verfügbar sein soll.

## Finanzierungsströme im Gesundheitssystem

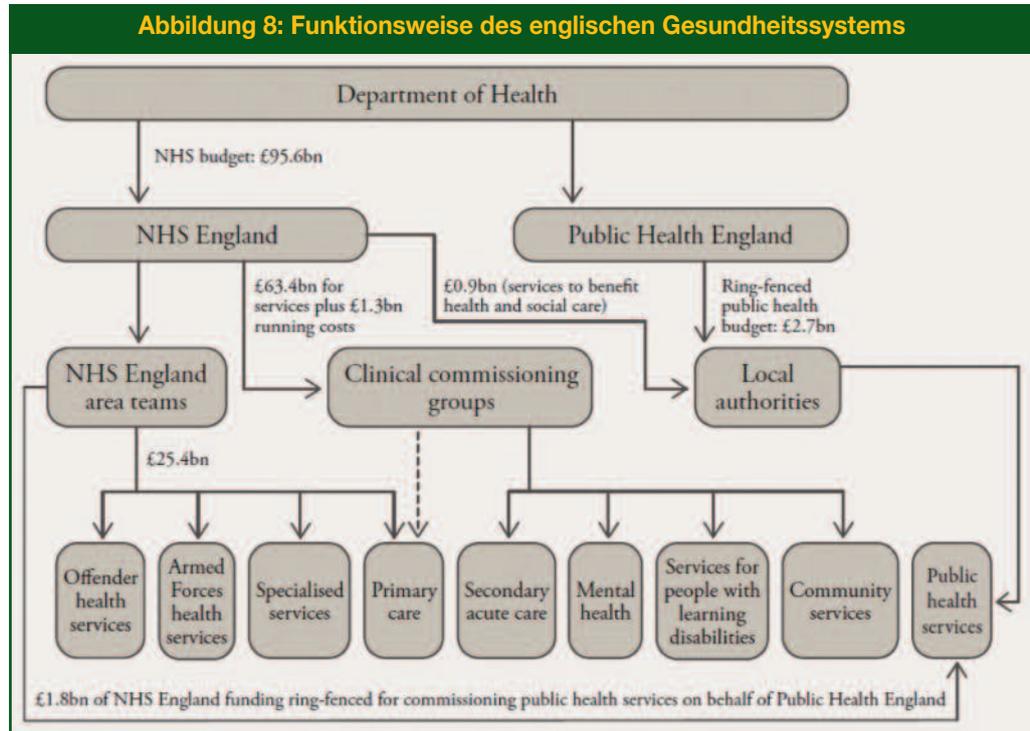
Rund 80 % der Finanzierung des Gesundheitssystems stammen aus Steuergeldern. Bis 2013 hat das Gesundheitsministerium die Mittel auf rund 150 *Primary Care Trusts* (PCTs) und zehn regionale Gesundheitsbehörden (*Strategic Health Authorities*) aufgeteilt, welche damit beauftragt waren, die Mittel über verschiedene Systeme an Allgemeinmediziner, Pharmazeuten und indirekt auch Krankenhäuser zu verteilen. Mit der momentanen und von Premierminister David Cameron ins Leben gerufenen Gesundheitsreform wurden diese beiden Institutionen gänzlich abgeschafft. Ziel ist es, das jährliche Budget von 115 Mrd. EUR um 18 Mrd. EUR zu senken. Durch die Reform wurde die Verantwortung für Leistungsplanung und Budgetierung der PCTs fragmentiert und auf regionale Teams bzw. *Clinical Commissioning Groups* (CCGs) aufgeteilt, bestimmte Aufgaben nehmen auch die Gemeinden wahr (Abbildung 8).<sup>8</sup> (NHS 2015, Boyle 2011)

<sup>7</sup> Aufsichtsbehörde für alle Gesundheitsmärkte in den Niederlanden.

<sup>8</sup> Entsprechend NHS England Area Teams, Clinical Commissioning Groups (CCGs) und Local Authorities.



Abbildung 8: Funktionsweise des englischen Gesundheitssystems



Anmerkung: Stand seit Reform 1. April 2013, Budget 2013/2014 (bn = billion (Milliarde)).  
Quelle: Marshall et al. (2014)

Die übrigen 20 %, die nicht über Steuergelder finanziert werden, werden durch private Zuzahlungen finanziert. Diese Zuzahlungen sind zum Beispiel für rezeptpflichtige Medikamente aufzubringen, wobei auch hier Ausnahmen bestehen und bestimmte Gruppen von diesen Zuzahlungen befreit sind (Kinder, Patienten mit chronischen Beschwerden, Schwangere, ältere Menschen, einkommensschwache Menschen etc.). Insgesamt zahlen nur 6 % die vollen Zuzahlungsbeträge. Weiters sind in den 20 % Zuzahlungen die Vergütung für private Krankenhäuser (meistens bei psychischen Problemen oder Elektivoperationen) und die Kosten für rezeptfreie Medikamente enthalten. Es ist möglich, diese Kosten direkt oder über freiwillige Zusatzversicherungen, welche von rund 10 bis 12 % der Bevölkerung genutzt werden, zu zahlen. NHS England kommt ebenso für Kosten der Palliativmedizin und der Langzeitpflege auf, wobei die Kosten für Letztere nur bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze gänzlich übernommen werden. Der übrige Teil wird vom privaten Sektor finanziert. (Boyle 2011)

### Krankenhausfinanzierung

Die meisten Fachärzte arbeiten in öffentlichen Akutkrankenhäusern. Zusätzlich sind Fachärztinnen und Fachärzte aber auch oft in privaten Krankenhäusern angestellt. Im Primärversorgungsbereich müssen Patienten bei einer Hausärztin oder einem Hausarzt eingeschrieben sein. Im Sekundärbereich haben Patienten die freie Wahl des Krankenhauses und auch der dort behandelnden Ärztin oder des dort behandelnden Arztes. (Boyle 2011)

Die Verteilung von Mitteln von NHS England an die PCTs für Leistungen im Akutspitalsbereich basierte auf gewichteten Pro-Kopf-Zuteilungen, um den jeweiligen Anteil am Gesamtbudget zu ermitteln. Das Budget der CCGs wird ebenfalls hauptsächlich anhand der Bevölkerung/Region ermittelt, für die die jeweiligen CCGs zuständig sind, allerdings nutzt NHS England auch „Qualitätsprämien“, um CCGs für Verbesserungen in der Qualität von Leistungen zu honorieren. Wie in Abbildung 8 ersichtlich ist, teilt sich das Budget der CCGs auf verschiedene Sparten auf, der bei weitem größte Teil geht allerdings an den Sekundärbereich und die dortigen Akutkrankenhäuser. (Boyle 2011, Marshall et al. 2014)

Die Vergütung der Krankenhäuser erfolgte vor allem durch fixe Rahmenverträge<sup>9</sup> für eine breite Palette an Leistungen. Für die Krankenhäuser bestand demnach wenig Anreiz, die Qualität oder Effizienz im Angebot zu verbessern. Mit einer Serie von Reformen und mit der Einführung von resultatbezogener Bezahlung (*PbR*, *Payment by Results*) wurden die Tarife schrittweise angepasst. *PbR* nutzt staatlich fixierte diagnoseabhängige Fallpauschalen (ähnlich dem deutschen DRG-System), um den Krankenhäusern die Anzahl und die Art der erbrachten Leistungen rückzuvergüten. Die Gelder





sollen nun den Patienten folgen, und da die Tarife fixiert sind, sollte der Wettbewerb um die Patienten auf Basis von Qualität anstatt von Tarifen stattfinden. (Marshall et al. 2014)

Im PbR-System wird Krankenhäusern der gesamte Fall von der Aufnahme bis zur Entlassung eines Patienten vergütet. Diese Fälle werden als *Healthcare Resource Groups* (HRGs) kodiert, basierend auf Patiententypen und Behandlungsarten mit vergleichbaren Kosten. Momentan gibt es im nationalen Tarif mehr als 1.300 HRGs. Die Tarife pro HRG fußen auf dem landesweiten Durchschnitt der Anbieterkosten (wie sie von den Krankenhäusern übermittelt werden). Überdies finden Richtlinien über kosteneffektive Technologien Anwendung auf bestimmte Tarife.<sup>10</sup> (Marshall et al. 2014)

Eine Sorge bei PbR ist, dass die Qualität leidet, wenn Anbieter ihre Kosten bis auf oder unter den Tarif senken, der für eine Leistung bezahlt wird. Dieser Fall tritt dann ein, wenn NHS England Tarife entsprechend senkt. Um diesem Problem vorzubeugen, wird die ergebnisorientierte PbR-Vergütung um verschiedene leistungsbezogene Elemente (P4P, *Pay for Performance*) ergänzt. Ein Beispiel dafür ist das „Advancing Quality“-Schema, bei dem Krankenhäuser jährliche Boni für das Erreichen bestimmter Qualitätsziele erhalten.<sup>11</sup> Dabei stehen Krankenhäuser in direkter Konkurrenz zueinander und nur die Krankenhäuser mit den relativ besten Qualitätswerten erhalten Zahlungen.<sup>12</sup> (Marshall et al. 2014)

## Frankreich

Das französische Gesundheitssystem lässt sich als Symbiose von Bismarck- und Beveridge-Modell beschreiben. Einerseits haben die Krankenversicherungen eine wichtige Rolle, andererseits hält der Staat eine starke Interventionsposition inne. Der Staat in Form des Ministeriums für Gesundheit legt die Beitragssätze fest, kann Entscheidungen der Krankenkassen aufheben und benennt die Verwaltungsdirektoren der Dachorganisationen der Krankenkassen.<sup>13</sup>

Die gesetzliche Krankenversicherung deckt dabei die Altersvorsorge, Arbeitsunfallversicherung, Krankenversicherung und Familienbeihilfeversicherung ab. Aufgrund des Berufs ist man einer bestimmten Versicherung zugeordnet. Etwa 85 % der Bevölkerung sind in der allgemeinen Sozialversicherung. Weiters existieren Versicherungen für Landarbeiter, Studenten, selbstständige Personen, Beamten im öffentlichen Dienst oder Personen, die niemals gearbeitet haben und sich keiner der genannten Sparten zuordnen lassen. (Chevreul et al. 2010)

## Finanzierungsströme im Gesundheitssystem

In Frankreich herrscht das Rückerstattungsprinzip. Ein Patient hat freie Arztwahl, das heißt, er kann ohne Überweisung eines Hausarztes einen Facharzt aufsuchen und vergütet diesen. Die Kosten werden in Folge von der gesetzlichen Krankenversicherung des Patienten rückerstattet. Diese Rückerstattung ist allerdings geringer, wenn Patienten direkt und ohne Überweisung eines Primärversorgers einen Facharzt aufsuchen (ausgenommen Notfälle).

Etwa drei Viertel der französischen Gesundheitsfinanzierung stammen aus der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese wiederum finanziert sich aus Beitrags- sowie Steuereinnahmen. Bei den Krankenversicherungsbeiträgen beträgt der Arbeitgeberanteil 13,1% der Bruttolohnsumme, der Arbeitnehmeranteil liegt bei 0,75%.<sup>14</sup> Dabei besteht keine Höchstbeitragsgrundlage. Weiters gibt es seit 1998 den sogenannten allgemeinen Sozialbeitrag (*contribution sociale généralisée*, CSG), eine zweckgebundene Steuer, deren Erträge zum überwiegenden Teil in die gesetzliche Krankenversicherung fließen. Die Steuersätze betragen 7,5% auf Arbeitseinkommen (5,1% an die Krankenversicherung), 8,2% auf Kapital (5,95% an die Krankenversicherung), 9,5% auf Glücksspielerträge, 6,6% auf Pensionen und 6,2% auf Sozialleistungen. Für Personen mit niedrigen Einkommen, die von der Lohnsteuer ausgenommen sind, gilt ein niedrigerer Steuersatz auf Arbeitseinkommen von 3,8%. Darüber hinaus bezieht die gesetzliche Krankenversicherung u. a. noch Einnahmen aus Steuern auf unerwünschten Konsum (z.B. Alkohol und Tabak) sowie aus Steuern auf Werbung und Umsatz von Pharmafirmen. (Chevreul et al. 2010)

9 In weniger als einem Drittel aller Krankenhäuser wird nicht nach national gleichen Tarifen vergütet. Das sind solche Krankenhäuser, die auf die Versorgung von psychisch Kranken spezialisiert sind und wo gegenwärtig noch die festgelegte Rahmenvertrag-Vergütung Anwendung findet.

10 Ein Beispiel wäre die NICE-Richtlinie (National Institute for Health and Care Excellence). Informationen unter <http://www.nice.org.uk/>

11 Anstatt für das Erreichen bestimmter Ziele Boni auszuzahlen, besteht auch die Möglichkeit, Zahlungen zurück-zuhalten, bis ebendiese Ziele erreicht wurden. Andere P4P-Schemata sind beispielsweise Best Practice Tariffs (BPT) oder Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN).

12 Krankenhäuser erhalten beispielsweise Zahlungen, wenn die Qualitätsverbesserung „über dem Median“ oder „in den Top 25 %“ liegt, verglichen mit anderen Krankenhäusern.

13 Das war nicht immer so, sondern ist Resultat dessen, dass in der Selbstverwaltung oft Uneinigkeit herrschte.

14 Der Arbeitnehmeranteil lag bis 1998 bei ca. 6,8%, wurde jedoch im Zuge der Einführung des allgemeinen Sozialbeitrags gesenkt.



Das Viertel, das nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt ist, wird durch individuelle Zuzahlungen finanziert. Rund 90 % der Bevölkerung sind in privaten und freiwilligen Zusatzversicherung eingeschrieben, welche die Selbstbehalte der PatientInnen übernehmen. Selbstbehalte sind von Patienten für Arzthonorare (30 %), Krankenhausambulanzen (25 %), den stationären Krankenhausbereich (20 %) und Arzneimittel (zwischen 35 % und 100 %) aufzubringen. Neben diesen Zuzahlungen, die von privaten Zusatzversicherungen abgedeckt werden können, wurde 2007 eine Pflicht zur Zuzahlung (*Franchises*) eingeführt, die nicht von der Zusatzversicherung getragen werden kann. Diese Zuzahlungen sind auf 4 EUR pro Tag bzw. 50 EUR pro Jahr nach oben begrenzt. Bei beiden Arten von Zuzahlungen sind bestimmte Patientengruppen befreit (Kinder, einkommensschwache Gruppen, Schwangere, chronisch Kranke etc.). (Chevreul et al. 2010)

## Krankenhausfinanzierung

Von den 414.672 Betten (6,35 pro 100.000 Einwohner) stehen rund 62 % in öffentlichen, 14 % in gemeinnützigen und 24 % in privat-gewinnorientierten Krankenhäusern.<sup>15</sup> Die Investitionsfinanzierung aller Spitäler wird primär über die Kostenerstattung für Leistungen (Akutversorgung), aber auch durch nationale oder regionale Programme finanziert. Diese sind abhängig vom Sektor und der Prioritätensetzung im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Die gesetzlichen Krankenkassen stellen mit dem *Plan Hôpital 2007* sowie dem *Plan Hôpital 2012* zusätzliche Finanzierungsmittel bereit. Regionale Behörden, die für die Planung und Akkreditierung zuständig sind, steuern die Investitionen für Infrastruktur, Fusionen und damit verbundene Restrukturierungsmaßnahmen. Allein der Bau von neuen öffentlichen oder privaten Spitälern und Notfallzentren muss vom Gesundheitsministerium bewilligt werden. Neben dem *Plan Hôpital 2007* und dem *Plan Hôpital 2012* werden im Zuge von Reformen nationale und regionale Strategiepläne erstellt, die Zielvereinbarungen enthalten. (Chevreul et al. 2010)

2004/2005 wurde schrittweise für die Bezahlung von Akutleistungen in allen Spitälern ein DRG-basiertes Vergütungssystem (T2A, *tarification à l'activité*) eingeführt.<sup>16</sup> Sowohl die öffentlichen als auch die privaten Spitäler begrüßten die Einführung eines leistungsorientierten Bezahlensystems, da dynamischere Krankenhäuser davon profitieren würden. Private Spitäler sahen das neue System als eine Möglichkeit, ihren Marktanteil zu erhöhen. (Chevreul et al. 2010)

In Anlehnung an das amerikanische System wurde eine Patientenklassifikation entwickelt (GHM, *groupe homogène de malades*) und mehrmals angepasst. Gab es bei der Einführung 2004 noch 600 Gruppen, existierten 2009 bereits 2.300 Gruppen mit jeweils vier Stufen für die Schwere eines Falles. Die DRG-Tarife, die sich auf die Patientengruppen beziehen, werden jährlich auf nationaler Basis anhand von Referenzkosten (Daten bestimmter Krankenhäuser) separat für öffentliche und private Spitäler festgelegt. Das Gesundheitsministerium behält das letzte Wort und setzt anhand der ermittelten Werte unter Berücksichtigung des gesamten Budgets für Akutspitäler und der Ausgabenziele den „Endtarif“ fest. Das ursprüngliche Ziel war es, eine Tarifangleichung zwischen dem öffentlichen und dem privaten Sektor zu schaffen. Aufgrund starker Kritik der öffentlichen Spitäler wurde dieses Bestreben aber wieder fallen gelassen. (Or 2014)

## Fazit

### Fazit

Durch die Kompetenzverteilung der Bundesverfassung fällt die Spitalsfinanzierung in Ausführungsgesetzgebung und Finanzierung (Art. 12 B-VG) den Ländern, der Rest des Gesundheitswesens sowie das Gesundheitswesen grundsätzlich dem Bund (Art. 10 B-VG) zu, der dieses über ein Sozialversicherungssystem gestaltet. Die daraus resultierende Krankenanstaltenfinanzierung ist in höchstem Maße kompliziert. Bisherige Versuche einer Kompetenzänderung, beispielsweise durch den Verfassungskonvent 2003–2005 oder die Verwaltungsreform 2010/2011 sind gescheitert. Dies ist zunehmend problematisch, da rund 75 % der Kosten in modernen Gesundheitssystemen nicht mehr durch akute, sondern durch chronische Erkrankungen anfallen. Chronisch Kranke benötigen jedoch eine Behandlung über viele Grenzen von Leistungserbringern hinweg; zurzeit wechseln Patienten ständig zwischen Finanziers und Zuständigkeiten hin und her.

Im internationalen Vergleich zeigen sich wesentlich einfachere Spitalsfinanzierungsstrukturen, die auch die Integration der einzelnen Sektoren deutlich erleichtern. Die kommenden Verhandlungen zum Finanzausgleich und zur 15a-Vereinbarung werden Anlass und Chance bieten, das System endlich auch zu vereinfachen und von historischem Ballast zu befreien.

<sup>15</sup> OECD Health Statistics (30.1.2015).

<sup>16</sup> Im privaten Sektor wurden ab März 2005 alle Leistungen über DRGs vergütet. Im öffentlichen Sektor waren es zuerst 10 % (2004), dann 25 % (2005), und erst im Jahr 2008 wurden 100 % der Leistungen mittels DRG vergütet.





**Anhangstabelle 1: Regelungen zur Betriebsabgangsdeckung in den Bundesländern**

Land	Träger	Deckung	Quelle
Burgenland	Alle Fondsspitäler	100 % Burgenländischer Landesgesundheitsfonds (90 % werden von Land, 10 % von den Gemeinden aufgebracht)	§ 66 Bgl. KAG 2000
Kärnten	Landeskrankenanstalten (KABEG) Andere Fondsspitäler	70 % Land, 30% Gemeinden 49 % Land, 49% Gemeinden, 2 % Rechtsträger	§ 68 Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999 - K-KAO
Niederösterreich	Alle Fondsspitäler	100 % Rechtsträger (ab 2008 nur mehr das Land)	§ 49e (3) NÖ Krankenanstaltengesetz (NÖ KAG)
Oberösterreich	Alle Fondsspitäler	85 % des gesamten BA aller Fondskrankenanstalten deckt das Land, wobei 40 % von den Gemeinden bezahlt werden müssen. KAs können durch einen pflegetagsabhängigen Landesanteil bis zu 96 % ihres BA abgegolten bekommen, d. h. der Rechtsträger zahlt mindestens 4 % des BA, wobei 3 % vom Land als private Subventionen abgegolten werden.	§ 75 u. § 76 Oberösterreichisches KAG 1997
Salzburg	Alle Fondsspitäler	25 % Land, 25 % Gemeinden, 50 % Rechtsträger	§ 70 Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000
Steiermark	Alle Fondsspitäler	Rechtsträger: maximal 50 % Land, Bezirk, Krankenhaussprengel: wenigstens 50 % (Formulierung analog zum KAKuG)	§ 86 Stmk. Krankenanstaltengesetz 2012
Tirol	Alle Fondsspitäler	100 % Rechtsträger (Großteils Gebietskörperschaften)	§ 56 Tiroler Krankenanstaltengesetz - Tir KAG
Vorarlberg	Alle Fondsspitäler	40 % Land, 40 % Gemeinden, 20 % Rechtsträger bei Landeskrankenanstalten kann die Sitzgemeinde an Stelle des Rechtsträger treten	§ 2 Spitalbeitragsgesetz
Wien	Fondsspitäler der Stadt Wien (KAV) Fondsspitäler anderer Rechtsträger	keine Regelungen im Wiener KAG; KAV-Krankenanstalten erhalten Betriebskostenzuschüsse von der Stadt Wien 50 % durch Wiener Gesundheitsfonds (zur Verfügung gestellt vom Bundesland Wien)	§ 56 (2) Wiener Krankenanstaltengesetz 1987

Quelle: siehe Tabelle, IHS HealthEcon 2015. Quelle: Marshall et al. (2014)

## LITERATUR

- BMG (2013): Bericht zum Projekt „Dokumentation im ambulanten Bereich“: Katalog ambulanter Leistungen (KAL).
- BMG (2014): Krankenanstalten mit ausgewählten Kennzahlen nach Rechtsträgertypen 2013. Abgerufen am 29.1.2015 unter [http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user\\_upload/Krankenanstalten/10\\_T\\_KH\\_RT.pdf](http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user_upload/Krankenanstalten/10_T_KH_RT.pdf)
- Boyle, S. (2011): United Kingdom (England): Health system review. Health Systems in Transition, 2011, 13 (1): 1–486.
- Busse, R., Blümel, M. (2014): Germany: health system review. Health Systems in Transition, 2014, 16 (2): 1–296.
- Chevrel, K., Durand-Zaleski, I., Bahrani, S., Hernández-Quevedo, C., Mladovsky, P. (2010): France: Health system review. Health Systems in Transition, 2010, 12 (6): 1–291.
- Esmail, N. (2014): Health Care Lessons from the Netherlands. Fraser Institute.
- Fischer, W. (2014): G-DRG – German Diagnosis Related Groups. In Diagnosis Related Groups (DRGs) und verwandte Patientenklassifikationssysteme. Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin. Abgerufen am 4.2.2015 unter [fischer-zim.ch](http://www.fischer-zim.ch)
- Gesundheitsplattform Steiermark (2012): Jahresbericht 2012. Hrsg: Gesundheitsfonds Steiermark.
- Kärntner Gesundheitsfonds (2012): Tätigkeitsbericht 2012.
- Landesregierung Salzburg (2013): Bericht über den Salzburger Gesundheitsfonds (SAGES) betreffend das Jahr 2012.
- Marshall, L., Charlesworth, A., Hurst, J. (2014): The NHS payment system: evolving policy and emerging evidence. Nuffield Trust.
- National Health Service Choices (NHS) (2015): The NHS in England: About the National Health Service. <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx> (abgerufen am 28.1.2015).
- Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds (2012): Rechnungsabschluss 2012.
- Oberösterreichischer Gesundheitsfonds (2012): Geschäftsbericht 2012.
- Or, Z. (2014): Implementation of DRG Payment in France: issues and recent developments. Health Policy, 117: 146–150.
- PRIKRAF (2012): Jahresbericht 2012: Privatkrankenanstaltenfinanzierungsfonds, Wien.
- Riedel, M., Czipionka, T., Schweiger, E (2012): Die Rolle privat-gemeinnütziger Spitäler im internationalen Vergleich. Institut für Höhere Studien, Wien.
- Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Westert, G., Devillé, W., van Ginneken, E. (2010): The Netherlands: Health system review. Health Systems in Transition, 2010, 12 (1): 1–229.
- Schut, F. T., Varkevisser, M. (2013): Tackling hospital waiting times: the impact of past and current policies in the Netherlands. Health Policy, 113: 127–133.
- Tiroler Gesundheitsfonds (2012): Tätigkeitsbericht und Rechnungsabschluss 2012.
- Van Manen, J. (2012): Tariff regulation in hospital care in the Netherlands. Präsentation, Forum on price and tariff setting. Dublin, 4. September 2012.
- Vorarlberger Landesgesundheitsfonds (2012): Rechnungsabschluss 2012.
- Wiener Gesundheitsfonds (2012): Wiener Gesundheitsfonds Tätigkeitsbericht 2012.



# Health System Watch I/2015

Anhangstabelle 2: Kennzahlen der stationären Versorgung

	Akutbetten, pro 1.000 Einwohner			Entlassungen (akut), pro 100.000 Einwohner			Durchschnittliche Veweildauer (akut), in Tagen			Öffentliche Ausgaben für stationäre Gesundheitsversorgung, pro Kopf, in US\$, PPP			Öffentliche Ausgaben für tagesklinische Versorgung, pro Kopf, in US\$, PPP			Ratio: Öffentliche Ausgaben für stationäre und tagesklinische Versorgung, in % der öffentlichen Ausgaben für ambulante Versorgung		
	2012	2007=100	EU=100	2012	2007=100	EU=100	2012	2007=100	EU=100	2012	2007=100	EU=100	2012	2007=100	EU=100	2012	2007=100	EU=100
	Österreich	5,5	94	155	25.371	95	158	6,5	95,6	101,1	1.441	128	151	25	163	29	1,87	107
Belgien	4,0	93	114	16.380 <sup>b</sup>	103	102	7,2 <sup>b</sup>	101,4	112,0	949	129	100	31	403	37	1,49	96	79
Dänemark	2,5 <sup>a</sup>	85	72	13.062 <sup>c</sup>	97	81	n. v.	n. v.	n. v.	1.189	126	125	0 <sup>a</sup>	n. v.	n. v.	1,11	88	59
Deutschland	5,4	100	153	23.044	111	144	7,8	91,8	121,3	1.176	133	123	45	124	54	1,66	102	88
Estland	3,6	94	101	15.556	93	97	5,6	94,9	87,1	382	127	40	28	125	33	1,44	91	77
Finnland	2,9	91	83	16.872	93	105	6,9	95,8	107,3	865	134	91	40	138	47	1,09	99	58
Frankreich	3,4	95	97	18.214 <sup>a</sup>	100	114	5,1 <sup>a</sup>	96,2	79,3	1.170	117	123	249	128	295	3,23	98	171
Griechenland	4,1 <sup>c</sup>	103	116	19.640 <sup>d</sup>	102	123	5,4 <sup>d</sup>	100,0	84,0	865	96 <sup>2</sup>	91	7	40 <sup>2</sup>	9	4,94	134 <sup>2</sup>	262
Irland	2,1	89 <sup>2</sup>	59	13.292	n. v.	83	5,9	96,7	91,8	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.
Italien	2,7	86	78	11.490	85	72	6,8	101,5	105,8	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.
Luxemburg	4,0	90	113	15.218	92	95	7,4	100,0	115,1	969	108	102	113	n. v.	134	1,17	134	62
Niederlande	3,3	102 <sup>3</sup>	95	11.519 <sup>b</sup>	107	72	6,4	103,2	99,5	1.535	131	161	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.
Polen	4,3	92	122	15.930	112	99	6,8	91,9	105,8	461	150	48	31	177	36	2,64	95	140
Portugal	2,9	101	81	10.680	95	67	7,5	108,7	116,7	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.
Schweden	2,0	92	56	15.814	101	99	5,6	90,3	87,1	1.004	117	105	86	139	102	0,99	98	53
Slowakei	4,4	88	124	16.927	99	106	6,2	88,6	96,4	433	152	45	0	n. v.	n. v.	1,18	107	63
Slowenien	3,6	96	103	16.233	94	101	6,9	125,5	107,3	637	128	67	54	120	64	1,64	101	87
Spanien	2,3	92	65	10.833	95	68	6,1	92,4	94,9	656	123	69	59	120	70	1,25	106	67
Tschechien	4,6	88	130	19.465	101 <sup>2</sup>	121	6,6	93,0 <sup>2</sup>	102,7	565	117	59	37	161	43	1,19	83	63
Ungarn	4,0	96	113	17.998	93	112	5,2	92,9	80,9	400	122	42	17	122	20	2,02	96	108
Vereinigtes Königreich	2,3	85	66	12.661	104	79	5,9	95,2	91,8	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.
EU*	3,5	93	100	16.028	101	100	6,4	95,8	100,0	952	126	100	84	131	100	1,88	99	100
Island	2,3	80	65	12.518 <sup>c</sup>	84	78	n. v.	n. v.	n. v.	874	103	92	152	63	180	1,53	80	81
Norwegen	2,3	81	67	18.915	110	118	5,8	116,0	90,2	1.641	128	172	80	47	95	2,11	81	112
Schweiz	3,0 <sup>1</sup>	86	85	14.962	108	93	6,1	78,2	94,9	1.421	126	149	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.
Vereinigte Staaten	2,6 <sup>b</sup>	96	73	n. v.	n. v.	n. v.	5,4 <sup>a</sup>	98,2	84,0	863	110	91	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.

\* bevölkerungsgewichteter Durchschnitt  
a 2011  
b 2010  
c 2009  
d 2008

1 Abweichung von der OECD-Definition  
2 2009–2012  
3 2010–2012

Quelle: OECD Health Statistics 2014, IHS HealthEcon 2015.