

Standard-Dokumentation Metainformationen

(Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität)

zu

Gesundheitsausgaben nach System of Health Accounts für Österreich

Diese Dokumentation gilt ab Berichtszeitraum:
1990

Diese Statistik war Gegenstand eines [Feedback-Gesprächs zur Qualität](#) am 29.10.2019

Bearbeitungsstand: **07.01.2020**



STATISTIK AUSTRIA
Bundesanstalt Statistik Österreich
A-1110 Wien, Guglgasse 13
Tel.: +43-1-71128-0
www.statistik.at

Direktion Volkswirtschaft

Bereich Volkswirtschaftliche Sektorkonten und Staat Gesundheitsausgaben laut System of Health Accounts

Ansprechperson:
DI Waltraud Kavlik
Tel. +43-1-71128-8262

E-Mail:
waltraud.kavlik@statistik.gv.at

Ansprechperson:
Elisabeth Schappelwein, MSc
Tel. +43-1-71128-7708

E-Mail:
elisabeth.schappelwein@statistik.gv.at

Ansprechperson:
Mag. Johannes Schimmerl, BA
Tel. +43-1-71128-7662

E-Mail:
johannes.schimmerl@statistik.gv.at

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary	4
1. Allgemeine Informationen.....	7
1.1 Ziel und Zweck, Geschichte	7
1.2 Auftraggeberinnen bzw. Auftraggeber	8
1.3 Nutzerinnen und Nutzer	8
1.4 Rechtsgrundlage(n)	9
2. Konzeption und Erstellung	9
2.1 Statistische Konzepte, Methodik	9
2.1.1 Gegenstand der Statistik	9
2.1.2 Beobachtungs-/Darstellungseinheiten	10
2.1.3 Datenquellen, Abdeckung	10
2.1.3.1 Gebarungsstatistik und Sektor Staat	10
2.1.3.2 Tabellen nach Wirtschaftsbereichen und Aufkommens- und Verwendungstabellen.....	10
2.1.4 Konzepte und Methode	12
2.1.4.1 Gesundheitsversorgung	12
2.1.4.2 Gesundheitsausgaben	14
2.1.4.3 Anbindung an die Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen	15
2.1.4.4 Gesundheitsausgaben in der Terminologie von SHA und VGR	16
2.1.4.5 Vorgehensweise bei der Erstellung der Gesundheitskonten nach System of Health Accounts	20
2.1.5 Erhebungs- und Darstellungsmerkmale.....	22
2.1.5.1 HC – Gesundheitsleistungen und -güter	22
2.1.5.2 HP – Leistungserbringer	23
2.1.5.3 HF – Finanzierungssystem	24
2.1.6 Verwendete Klassifikationen	25
2.1.7 Regionale Gliederung	25
2.2 Erstellung der Statistik, Datenaufarbeitung, qualitätssichernde Maßnahmen	25
2.2.1 Plausibilitätsprüfung, Prüfung der verwendeten Datenquellen	25
2.2.2 Imputation (bei Antwortausfällen bzw. unvollständigen Datenbeständen)	26
2.2.3 Erstellung des Datenkörpers, (weitere) verwendete Rechenmodelle, statistische Schätzmethoden	26
2.2.3.1 SHA-Tabelle HCxHF: Berechnung der Gesundheitsausgaben nach Gesundheitsleistungen und -gütern (HC) und Finanzierungssystemen (HF)	27
2.2.3.2 SHA-Tabelle HPxHF: Berechnung der laufenden Gesundheitsausgaben nach Leistungserbringern (HP) und Finanzierungssystemen (HF)	32
2.2.3.3 SHA-Tabelle HCxHP: Laufende Gesundheitsausgaben nach Gesundheitsleistungen und - gütern (HC) und Leistungserbringern (HP)	43
2.2.3.4 SHA-Tabelle HCxHPxHF: Laufende Gesundheitsausgaben nach Gesundheitsleistungen und -gütern (HC), Leistungserbringern (HP) und Finanzierungssystemen (HF)	45
2.2.3.5 Zusammenhang zwischen der Tabelle „Zeitreihe der Gesundheitsausgaben in Österreich gemäß SHA“ und den SHA-Tabellen.....	46
2.2.3.6 Weitere Tabellen auf Basis des System of Health Accounts	48
2.2.4 Sonstige qualitätssichernde Maßnahmen	48
2.3 Publikation (Zugänglichkeit)	49
2.3.1 Vorläufige Ergebnisse	49
2.3.2 Endgültige Ergebnisse	50
2.3.3 Revisionen.....	50
2.3.4 Publikationsmedien	50
2.3.5 Behandlung vertraulicher Daten.....	51
3. Qualität	51
3.1 Relevanz	51
3.2 Genauigkeit	51
3.2.1 Qualität der verwendeten Datenquellen.....	52

3.2.2 Abdeckung (Unter-/Übererfassung)	52
3.2.3 Erfassungsfehler	52
3.2.4 Modellbedingte Effekte	53
3.3 Aktualität und Rechtzeitigkeit	53
3.4 Vergleichbarkeit	53
3.4.1 Zeitliche Vergleichbarkeit	54
3.4.2 Internationale Vergleichbarkeit.....	54
3.5 Kohärenz	54
4. Ausblick.....	54
Glossar	55
Abkürzungsverzeichnis	56
SHA-Klassifikation (SHA 2011).....	57
Hinweis auf ergänzende Dokumentationen/Publikationen	60

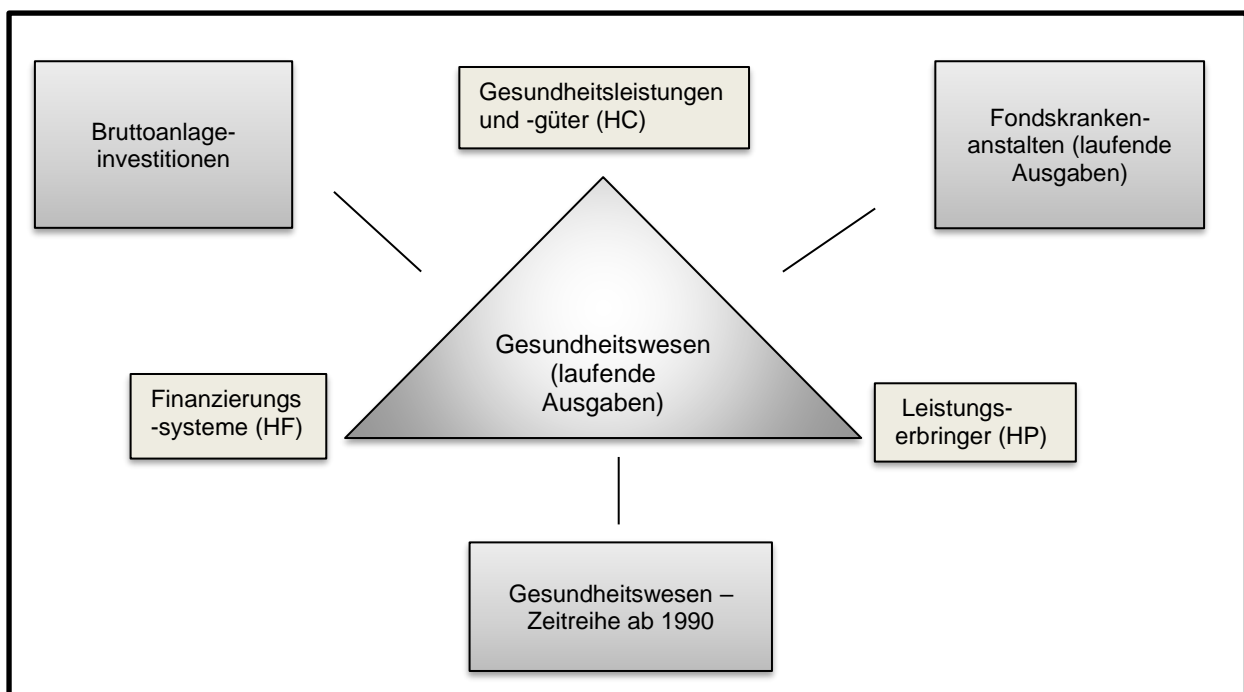
Executive Summary

Das System of Health Accounts (SHA) stellt ein System von international vergleichbaren Gesundheitskonten, in Anlehnung an Buchungsregeln der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen gemäß des [System of National Accounts \(SNA 2008\)](#) dar. Das SHA wurde von der OECD entwickelt und im Jahr 2000 in Form eines [Manuals \(SHA 1.0\)](#) erstmals veröffentlicht. Im Jahre 2011 erfolgte eine grundlegende Revision des Manuals im Rahmen eines Gemeinschaftsprojektes von OECD, Eurostat und WHO ([SHA 2011 Manual](#)). Statistik Austria berechnet die Gesundheitsausgaben nach SHA für Österreich im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) seit dem Jahr 2005. Seit dem Berichtsjahr 2014 sind die Gesundheitsausgaben nach SHA gemäß der EU-Durchführungsverordnung ([Verordnung \(EU\) 2015/359 der Kommission](#) vom 4. März 2015 zur Durchführung der [Verordnung \(EG\) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates](#) in Bezug auf Statistiken über die Kosten der Gesundheitsversorgung und ihre Finanzierung) verpflichtend an die Europäische Kommission zu melden.

Die Ergebnisse der OECD-weit vereinheitlichten Berechnungen der Gesundheitsausgaben nach SHA dienen einerseits als Grundlage für politische Entscheidungen und können andererseits als wesentlicher Input im Bereich der österreichischen Gesundheitsforschung angesehen werden. Des Weiteren werden die Resultate verwendet, um Gesundheitsausgaben auf internationaler Ebene zu analysieren.

Das Gesundheitskontensystem nach SHA besteht aus drei Dimensionen: Gesundheitsausgaben nach Gesundheitsleistung und -gütern (Classification of Functions of Health Care - ICHA-HC), nach Finanzierungssystemen (Classification of Health Care Financing Schemes - ICHA-HF) und Leistungserbringern (Classification of Providers of Health Care - ICHA-HP). Grundsätzlich umfasst das System of Health Accounts mehrere mögliche Erweiterungen, von denen in Österreich etwa die Darstellung von Bruttoanlageinvestitionen von Leistungserbringern im Gesundheitswesen umgesetzt wird. Österreichspezifische Aufstellungen der Gesundheitsausgaben nach SHA umfassen eine Zeitreihe zentraler Kategorien von 1990 bis zum zweitvorangegangenen Jahr sowie öffentliche Ausgaben für Fondskrankenanstalten¹.

Abbildung 1: System of Health Accounts – österreichische Gesundheitsausgabenrechnung



¹ Bei Fondskrankenanstalten handelt es sich um Akutkrankenanstalten in öffentlicher und privater Trägerschaft, welche über die neun Landesgesundheitsfonds (teil)finanziert werden. Sie repräsentieren, mit 87,9% (2017) der stationären Aufenthalte von Patientinnen und Patienten, die wichtigste Gruppe der österreichischen Spitäler.

Die Ergebnisse der Gesundheitsausgaben werden jährlich für das zwei Jahre zurückliegende Finanzjahr im Februar veröffentlicht, die vorläufigen Ergebnisse für die öffentlichen Ausgaben für Fondskrankenanstalten für das vorangegangene Finanzjahr werden Ende September publiziert. Desweiteren gibt es für das vorangegangene Jahr die Gesundheitsausgabenaggregate öffentlich und privat (Publikation im Juni). Diese Ergebnisse können auf der [Homepage der Statistik Austria](#) abgerufen werden. Darüber hinaus liefert Statistik Austria bis Ende März mittels eines Fragebogens die Ergebnisse des zweitvorangegangenen Jahres an die internationalen Organisationen OECD, Eurostat und WHO.

Gesundheitsausgaben nach „System of Health Accounts“- Wichtigste Eckpunkte	
Gegenstand der Statistik	International vergleichbare Gesundheitsausgaben für Österreich nach dem OECD/Eurostat/WHO Konzept System of Health Accounts (SHA)
Grundgesamtheit	Öffentliche und private Gesundheitsausgaben gebietsansässiger statistischer Einheiten
Statistiktyp	Sekundärstatistik auf Basis der Gebarungsstatistik, der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen und von sonstigen Verwaltungsdatenquellen
Datenquellen/Erhebungsform	Teilrechnungen der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR) Gebarungsstatistik Rechnungsabschlüsse Gebietskörperschaften (Bund, Land, Gemeinde) Rechnungsabschlüsse Fonds und andere öffentliche Einheiten Daten des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger Daten des Versicherungsverbandes Österreich Daten des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz Weitere administrative und sonstige Datenquellen (siehe Tabelle 2 und Tabelle 3)
Berichtszeitraum	Ab 1990 (1990-2003 SHA 1.0; 2004-2018 SHA 2011)
Periodizität	Jährlich
Teilnahme an der Erhebung (Primärstatistik)	-
Zentrale Rechtsgrundlagen	International: Verordnung (EU) 2015/359 der Kommission vom 4. März 2015 zur Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates in Bezug auf Statistiken über die Kosten der Gesundheitsversorgung und ihre Finanzierung National: Werkvertrag mit dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
Tiefste regionale Gliederung	Österreich: SHA-Tabellen, Zeitreihe der Gesundheitsausgaben; Bundesländer: landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten (Fondskrankenanstalten)
Verfügbarkeit der Ergebnisse	Schnellschätzung zu öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben: t + 6 Monate Vorläufige Ergebnisse (Fondskrankenanstalten): t + 9 Monate Vorläufige Ergebnisse (SHA Tabellen, Zeitreihe): t + 14 Monate Endgültige Ergebnisse (SHA Tabellen, Zeitreihe): t + 38 Monate
Sonstiges	Inländerkonzept (Gebietsansässige statistische Einheiten lt. ESVG 2010)

1. Allgemeine Informationen

1.1 Ziel und Zweck, Geschichte

Das System of Health Accounts (SHA) ist ein System von umfassenden, konsistenten und international vergleichbaren Gesundheitskonten, welche Gesundheitsausgaben nach den drei Kerndimensionen Finanzierungssysteme (HF), Leistungserbringer (HP) und Gesundheitsleistungen und -güter (HC) darstellen (nähere Erläuterungen siehe Kapitel 2.1.4.2). Diese und darüber hinaus gehende Erweiterungen für die Darstellung und Analyse von Gesundheitsausgaben liegen in Form eines Manuals – aktuell in der revidierten Fassung „**A System of Health Accounts, 2011 Edition (SHA 2011 Manual)**“ (OECD/Eurostat/WHO 2011) – vor.

Das SHA ist als weltweit einsetzbarer Standard mit vereinheitlichtem Instrumentarium an Konzepten, Definitionen, Klassifikationen und Buchungsregeln zur Erfassung von Gesundheitsausgaben konzipiert. Auf dieser Basis werden mehrere (mittelbare) Ziele verfolgt:

- Eine international harmonisierte inhaltliche Abgrenzung der Gesundheitsversorgung und ihrer grundlegenden Kategorien
- International vergleichbare Gesundheitskonten in Form standardisierter Tabellen
- Bereitstellung eines Rahmens für eine im zeitlichen Verlauf konsistente Berichterstattung
- Weitgehende Anbindung der Buchungsregeln an das System of National Accounts (SNA 2008) bzw. das Europäische System der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (ESVG 2010).

Dabei dient das System of Health Accounts der internationalen Vergleichbarkeit von Gesundheitsausgaben zwischen Ländern, welche teils völlig unterschiedlich organisierte Gesundheitssysteme aufweisen. Von Interesse sind dabei oft aggregierte Kennzahlen wie die Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP), um eine Verortung des eigenen Landes im internationalen Kontext zu ermöglichen. Darüber hinaus eignet sich das System of Health Accounts dazu, strukturelle Gemeinsamkeiten und Differenzen zwischen Ländern etwa in den Finanzierungsstrukturen oder der relativen Bedeutung von Leistungserbringergruppen zu analysieren. Die Möglichkeit der systematischen Erfassung von Gesundheitsausgaben in hohem Detaillierungsgrad und über die Zeit ist insbesondere auf nationaler und subnationaler Ebene relevant. So lassen sich etwa Änderungen in der Gesundheitspolitik sowie Auswirkungen von Systemreformen im Hinblick auf das Ausgabenwachstum beobachten.

Die Kerntabellen des SHA zielen auf die Beantwortung dreier Fragen ab:

- Welche Finanzierungssysteme bezahlen für Gesundheitsleistungen und -güter (HF – Health Care Financing Schemes)?
- Welche Leistungserbringer stellen Gesundheitsleistungen und -güter zur Verfügung (HP– Health Care Provider)?
- Welche Gesundheitsleistungen werden erbracht und welche Gesundheitsgüter werden erworben (HC – Health Care Functions)?

Konkrete Nutzung erfahren die Gesundheitskonten nach SHA beispielsweise durch die Europäische Union, welche verschiedene Gesundheits- und Langzeitpflegeindikatoren für alle Mitgliedsländer unter Zuhilfenahme von SHA entwickelt (OECD/Eurostat/WHO 2011: 30). Gleichzeitig ist das SHA 2011 Manual auch die inhaltliche Grundlage für eine EU-Durchführungsverordnung (siehe Kapitel 1.4) zur europaweit einheitlichen Erfassung von Gesundheitsausgaben ab dem Jahr 2016 (Daten für 2014). In Österreich werden die SHA-Ausgabenergebnisse als Referenzgrößen im Rahmen der seit 2013 umgesetzten Gesundheitsreform genutzt. Der Gliedstaatsvertrag zwischen Bundesländern und Bund gemäß Art. 15a B-VG zur „[Zielsteuerung-Gesundheit](#)“ beinhaltet einen sogenannten Ausgabendämpfungspfad in Kompetenzbereichen der Länder und der Sozialversicherungsträger. Hierbei stellen die öffentlichen Gesundheitsausgaben nach SHA (ohne Langzeitpflege, inklusive Investitionen) für Österreich den Ausgangs-

wert für das Monitoring der Reformen dar. Des Weiteren ist der Berechnungsansatz für die Krankenanstalten im Verantwortungsbereich der Länder über weite Strecken ident zu den Ausgaben gemäß System of Health Accounts.

Verstärkte Bemühungen um Schätzungen nationaler Gesundheitsausgaben lassen sich seit den 1970er Jahren in mehreren Ländern festmachen. In den letzten beiden Jahrzehnten haben immer mehr Länder ihre Rechnungsführungssysteme überarbeitet. Man suchte nach neuen Strategien zur Verbesserung der Vollständigkeit und der Konsistenz der Gesundheitsausgabenrechnungen und der nationalen Gesundheitsinformationssysteme, nicht zuletzt um deren politische Relevanz zu erhöhen. Vielerorts hat eine breitere Sicht auf den Gesundheitsschutz dazu geführt, dass die Systeme zur statistischen Erfassung des Gesundheitswesens umstrukturiert und zu umfassenderen Informationssystemen ausgestaltet wurden, die auch Informationen zu den sozio-ökonomischen Hintergrundfaktoren (wirtschaftliches und gesellschaftliches Umfeld), zu den Ausgaben für Gesundheitsleistungen, zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung sowie zu nichtmonetären Indikatoren über die Inanspruchnahme der Ressourcen und die erzielten Ergebnisse enthalten.

Die Erstellung des ersten Manuals „A System of Health Accounts“, herausgegeben von der OECD im Jahre 2000, erfolgte auch im Hinblick auf neue, leistungsstärkere Statistikinstrumente, die in vielen Ländern im Entwicklungsstadium bzw. bereits im Einsatz waren.

Seit 2005 werden die österreichischen Gesundheitsausgaben im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) nach der System of Health Accounts Methode berechnet und publiziert.

Eine revidierte Version des Manuals „A System of Health Accounts (SHA 2011)“ veröffentlichten OECD, Eurostat und WHO im Jahre 2011. Diese Methode wurde erstmalig im Rahmen der Gesundheitsausgabenrechnung 2015/2016 für die Jahre 2011 bis 2014 in Österreich umgesetzt. Mittlerweile erfolgte eine Rückrechnung basierend auf der neuen SHA Methodik bis zum Jahr 2004.

1.2 Auftraggeberinnen bzw. Auftraggeber

Auf Basis einer EU-Verordnung² durchgeführte Vertragsstatistik, im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK)

1.3 Nutzerinnen und Nutzer

Nationale Institutionen:

- Bundesministerien
- Politische Institutionen (Nationalrat, Bundesrat, Landtage, etc.)
- Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Gemeinden)
- Sozialversicherungsträger
- Interessenvertretungen (z.B. Sozialpartner, Kammern, Standesvertretungen, etc.)
- Österreichischer Rechnungshof
- Statistik Austria (interne Nutzerinnen und Nutzer)
- Wirtschaftsforschungsinstitute

² [Verordnung \(EU\) 2015/359 der Kommission](#) vom 4. März 2015 zur Durchführung der [Verordnung \(EG\) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates](#) in Bezug auf Statistiken über die Kosten der Gesundheitsversorgung und ihre Finanzierung

Internationale Institutionen:

- Europäische Kommission
- OECD
- UNO bzw. Suborganisationen

Sonstige Nutzerinnen und Nutzer:

- Medien
- Bildungseinrichtungen
- Forschungseinrichtungen
- Unternehmen
- Allgemeine Öffentlichkeit

1.4 Rechtsgrundlage(n)

[Verordnung \(EU\) 2015/359 der Kommission](#) vom 4. März 2015 zur Durchführung der [Verordnung \(EG\) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates](#) in Bezug auf Statistiken über die Kosten der Gesundheitsversorgung und ihre Finanzierung

Werkvertrag mit dem BMASGK

2. Konzeption und Erstellung

2.1 Statistische Konzepte, Methodik

2.1.1 Gegenstand der Statistik

Das System of Health Accounts Manual bietet eine Vielzahl an Blickwinkeln auf gesundheitsrelevante Ausgaben. Zentral ist die Darstellung der Konsumausgaben für Gesundheitsleistungen und -güter (HC) durch oder für gebietsansässige Einheiten.³ Die konsumierten Dienstleistungen und Güter werden von Gesundheitsanbietern erbracht bzw. zur Verfügung gestellt und durch Finanzierungseinheiten bezahlt. Die Gesamtsumme des Konsums lässt sich daher folgerichtig auch nach den Kategorien der Dimensionen Finanzierungssysteme (HF) und Leistungserbringer (HP) gliedern. Zuzüglich dieser Kerndarstellung finden sich Klassifikationskonzepte für Bruttoanlageinvestitionen von Gesundheitsleistungserbringern und sonstige Erweiterungen im aktuellen Manual SHA 2011. Folgende Klassifikationssysteme für gesundheitsrelevante Ausgaben werden angeboten:

- Konsumausgaben nach den Dimensionen Finanzierungssysteme (HF), Leistungserbringer (HP) und Gesundheitsleistungen und -güter (HC)
- Bruttoanlageinvestitionen (HK.1.1) von Leistungserbringern (HP)
- Konsumausgaben für Gesundheit nach Charakteristika von Leistungsempfängern (Alter, Geschlecht, Krankheitsgruppen, Sozioökonomische Faktoren, etc.)
- Ausgaben für Produktionsfaktoren (Inputs) im Gesundheitswesen (FP)
- Mittelherkunft für Finanzierungssysteme (FS)
- Finanziere der Gesundheitsversorgung (FA)
- Außenhandel (Importe und Exporte) nach den Dimensionen Finanzierungssysteme (HF), Leistungserbringer (HP) und Gesundheitsleistungen und -güter (HC)
- Preis- oder Mengenveränderungen der Gesundheitsausgabenentwicklung

³ Die Erklärungen zu den Begriffen, Konzepten sowie den Erfassungsmethoden sind in Kapitel 2.1.4.2 beschrieben.

Die Umsetzung des System of Health Accounts (SHA 2011) in Österreich beinhaltet die jährliche Erfassung der gesundheitsrelevanten Konsumausgaben nach Finanzierungssystemen (HF), Leistungserbringern (HP) und Gesundheitsleistungen und -gütern (HC) sowie der Bruttoanlageinvestitionen von Leistungserbringern.

2.1.2 Beobachtungs-/Darstellungseinheiten

Als Beobachtungseinheiten sind Finanziers bzw. Leistungserbringer von Gesundheitsleistungen und -gütern anzusehen.

2.1.3 Datenquellen, Abdeckung

Zur Erstellung der Gesundheitsausgaben nach SHA wird eine Vielzahl von Datenquellen herangezogen, sowohl Quellen der Statistik Austria als auch hausexterner Institutionen (siehe Tabelle 2). Hauptdatenquellen sind hierbei die **Gebarungstatistik** sowie mehrere Teilrechnungen der **Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR)**.

2.1.3.1 Gebarungstatistik und Sektor Staat

In der Gebarungstatistik werden zum Einen bereits bestehende Verwaltungsdaten verwendet, zum anderen aber auch Erhebungen mittels Fragebögen durchgeführt (siehe [Standard-Dokumentation Gebarungstatistik](#)). Die Gebarungstatistik versucht, Ausgaben, Einnahmen, Schulden, Vermögen und Personalstände der öffentlichen Rechtsträger aufzuarbeiten. Damit stellt die Gebarungstatistik die Grundlage für die Berechnung der Daten des Sektors Staat (S.13) als Teil der VGR dar. Die in der Gebarungstatistik untersuchten öffentlichen Rechtsträger werden dabei wie folgt in Teilsektoren abgebildet:

Tabelle 1: Teilsektoren des Sektors Staat

Institutioneller Sektor	Öffentliche Rechtsträger
S.1311 Bund (Zentralstaat)	Bund, Bundesfonds, Bundeskammern, Hochschulsektor und ausgegliederte Bundeseinheiten
S.1312 Länder	Länder ohne Wien, Landesfonds, Landeskammern und ausgegliederte Landeseinheiten
S.1313 Gemeinden	Gemeinden mit Wien, Gemeindefonds, Gemeindeverbände und ausgegliederte Gemeindeneinheiten
S.1314 Sozialversicherung	Sozialversicherungsträger

Als Ausgangsdatenbestände dienen die Rechnungsabschlüsse der Gebietskörperschaften und die Gebarungstatistik der sonstigen öffentlichen Rechtsträger, wobei letztere mehrheitlich per elektronischem Fragebogen erhoben werden. Beide gemeinsam münden in die Gebarungstabelle und ermöglichen im Prinzip eine Erfassung aller Einheiten des Sektors Staat auf detailliertester Ebene. Dadurch wird in der Gebarungstatistik ein Abdeckungsgrad von nahezu 100% erreicht.

Die Datenbestände der Gebarungstatistik sowie die bereits in die Konzepte der VGR überführten Daten des Sektors Staat bilden eine wichtige Größe der öffentlichen Gesundheitsausgaben nach SHA.

2.1.3.2 Tabellen nach Wirtschaftsbereichen und Aufkommens- und Verwendungstabellen

Die **VGR-Tabellen nach Wirtschaftsbereichen** (aus der "[VGR-Jahresrechnung](#)") beschreiben den Produktionsprozess gegliedert nach Wirtschaftstätigkeiten. Dabei wird auf die Darstellung der Produktionsstruktur, der Einkommens- und Erwerbstätigkeit sowie der Güterströme Wert gelegt.

Die Berechnung des Bruttoinlandsprodukts (BIP) wird mittels drei verschiedener Ansätze durchgeführt, der sogenannten "Entstehungs-, Verwendungs- und Verteilungsrechnung". In

Österreich wird für die Berechnung des BIP sowohl die Entstehungs- als auch die Verwendungsrechnung verwendet, eine eigenständige Berechnung über die Verteilungsseite erfolgt aufgrund nicht vollständiger Informationen über Betriebsüberschüsse und Selbständigeneinkommen nicht.

Die österreichische Gesundheitsausgabenrechnung nach SHA greift hier ausschließlich auf die Verwendungsrechnung zurück, welche eine Berechnung des BIP basierend auf den Konsumausgaben, den Bruttoinvestitionen sowie den Nettoexporten (Exporten minus Importe), gegliedert nach Güterklassen, durchführt.

Tabelle 2: Übersicht der Datenquellen – öffentliche Gesundheitsausgaben

Datenquelle und Statistiken	Erstellt von
Rechnungsabschluss Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES)	AGES
Sozialberichte der Bundesländer	Ämter der Landesregierungen der 9 Bundesländer
Rechnungsabschlüsse der Länder	Bundesländer
Förderungen der 24-Std. Betreuung	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK)
Leistungs- und Kostendaten der Fondskrankenanstalten	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK)
Pflegevorsorgeberichte	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK)
Rechnungsabschluss des Bundes	Bundesministerium für Finanzen, Bundesrechenzentrum
Aufstellung der Ausgaben des Sanitätsdienstes des Österreichischen Bundesheeres	Bundesministerium für Landesverteidigung (BMLV)
Aufstellung der Personalausgaben des medizinischen Eigenpersonals im Bereich Strafvollzug	Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz (BMVRDJ)
Rechnungsabschluss Fonds Soziales Wien	Fonds Soziales Wien
Rechnungsabschlüsse der Gemeinden	Gemeinden
Rechnungsabschlüsse der Landesgesundheitsfonds	Gesundheitsfonds der 9 Bundesländer
Aufstellung der GSBG-Mittel für eigene Einrichtungen und Vertragsärztinnen & -ärzte	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
Heilbehelfe-Hilfsmittel-Statistik	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
Heilmittel-Statistik	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
Honorarumsätze von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
Kostenerstattungsstatistik des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
Rechnungsabschlüsse der Krankenfürsorgeanstalten	Krankenfürsorgeanstalten
Rechnungsabschluss des Vorarlberger Sozialfonds	Land Vorarlberg
Rechnungsabschluss des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF)	Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF)
Rechnungsabschlüsse der Sozialhilfeverbände (Steiermark)	Sozialhilfeverbände Steiermark
Finanzstatistik und Gebarungen der Sozialversicherungsträger	Sozialversicherungsträger und ihre Eigenen Einrichtungen
Betreuungs- und Pflegedienstleistungsstatistik	Statistik Austria
Gebarungsstatistik	Statistik Austria
Mindestsicherungsstatistik	Statistik Austria
Teilrechnungen der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR) – Sektor Staat	Statistik Austria
Rechnungsabschluss der Universitätszahnklinik	Universitätszahnklinik

Tabelle 3: Übersicht der Datenquellen – private Gesundheitsausgaben

Datenquelle und Statistiken	Erstellt von
Altenheime und Pflegeheime in Österreich (laufend)	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK)
Förderungen der 24-Std. Betreuung	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK)
Leistungs- und Kostendaten der Fondskrankenanstalten	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK)
Rechnungsabschlüsse der Krankenfürsorgeanstalten	Krankenfürsorgeanstalten
Finanzstatistik und Gebarungen der Sozialversicherungsträger	Sozialversicherungsträger und ihre Eigenen Einrichtungen
Recherche zu den Preisen von Anbieterinnen/Anbietern der 24-Stunden Pflege	Statistik Austria
Steuerdaten	Statistik Austria
Teilrechnungen der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR)	Statistik Austria
Jahresbericht des Versicherungsverbandes Österreich	Versicherungsverband Österreich
Mitgliederstatistik der Wirtschaftskammer Österreich zu „Personenbetreuern“	Wirtschaftskammer Österreich
Studie „Beschäftigung in Alten- und Pflegeheimen in Österreich“ (2003)	Wirtschaftsuniversität Wien

Die **Aufkommens- und Verwendungstabellen** (als Teil des [Input-Output-Systems](#)) zeigen die Inlandsproduktion nach Aktivitäten und Gütern sowie die übrigen Gütertransaktionen innerhalb einer Volkswirtschaft bzw. mit dem Rest der Welt. Das System of Health Accounts bedient sich der Daten zu Gesundheitsvorleistungen nach Wirtschaftsaktivitäten aus den Aufkommens- und Verwendungstabellen, um eine Schätzung für betriebsärztliche Gesundheitsleistungen zu generieren.

2.1.4 Konzepte und Methode

2.1.4.1 Gesundheitsversorgung

Die Erfassung der Gesundheitsausgaben setzt eine standardisierte Verwendung des Begriffs der Gesundheitsversorgung voraus, um eine internationale Vergleichbarkeit zu ermöglichen. Es muss daher eine Abgrenzung erfolgen, was als Gesundheitsversorgung zu verstehen ist und was nicht. Das System of Health Accounts (siehe OECD/Eurostat/WHO 2011: 52) definiert sie als:

„Gesamtheit der Aktivitäten, die mit dem primären Ziel durchgeführt werden, Gesundheit zu verbessern, zu erhalten, Verschlechterungen des Gesundheitszustandes zu verhindern sowie Auswirkungen eines schlechten Gesundheitsstatus zu minimieren, und welche unter Anwendung von qualifiziertem Gesundheitswissen ausgeführt werden“ (Übersetzung der Autorinnen und Autoren).

Die Kategorisierung von Aktivitäten der Gesundheitsversorgung erfolgt nach **funktionalen Gesichtspunkten** (Dimension Gesundheitsleistungen und -güter (HC), siehe Kapitel 2.1.5.1) und umfasst folgende Gesundheitsbereiche (siehe OECD/Eurostat/WHO 2011: 52):

- Gesundheitsförderung und Prävention
- Diagnose, Behandlung sowie Heilung und Rehabilitation von Krankheit und/oder Verletzung
- (Langzeit-)Pflege von Personen mit chronischem Leiden
- (Langzeit-)Pflege von Personen mit geistigen und/oder körperlichen Einschränkungen
- Palliativmedizinische Versorgung
- Steuerung und Verwaltung der Gesundheitsversorgung

Die **Abgrenzung des Begriffs Gesundheitsversorgung** im Sinne des SHA baut auf folgenden Kriterien auf:

- Die Aufrechterhaltung oder Verbesserung der Gesundheit ist **primärer Zweck** der betreffenden Aktivitäten. Es gilt daher festzustellen, ob der Konsum von Leistungen und Gütern in erster Linie einem Gesundheitsziel oder einem anderen Zweck dient. Eine Entscheidung über die In- oder Exklusion von Aktivitäten ist häufig im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung schwierig. Die Senkung von beispielsweise Gewaltdelikten hat durchaus einen positiven Effekt auf Gesundheit. Ähnlich verhält es sich bei Maßnahmen zur Reduzierung von Armut. In beiden Fällen steht jedoch nicht die Gesundheit im Vordergrund, sondern die Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung im ersten und die sozioökonomische Absicherung im zweiten Fall. Die Verbesserung des Gesundheitsstatus in der Bevölkerung ist dabei quasi ein Nebenprodukt. Eine weitere Problemzone ist die Abgrenzung innerhalb der Schnittmenge von sozialer und gesundheitlicher Versorgung. Von hoher Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Langzeitpflege bzw. -betreuung, welche häufig als integrierte Dienstleistung mit sozialen und gesundheitlichen Komponenten erbracht wird. Als gesundheitsrelevante Bestandteile von Pflege- und Betreuungsdienstleistungen zählen gemäß SHA zum einen die medizinischen und pflegerischen Tätigkeiten sowie die Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (Activities of Daily Living – ADL)⁴. Im Unterschied dazu werden instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (Instrumental Activities of Daily Living – IADL) wie Einkaufen, Kochen und weitere Haushaltstätigkeiten durch Betreuungskräfte als soziale Dienstleistungen betrachtet, die außerhalb des SHA-Kernbereichs liegen. Ist eine Ausgabentrennung für Leistungsbündel mit gesundheitsbezogenen, sozialen oder sonstigen Elementen aufgrund fehlender Informationen nicht möglich, erfolgt die Zuordnung nach der dominanten Komponente. Fallen also mehrheitlich Ausgaben im Gesundheitsbereich gemäß SHA an, wobei andere Ausgabenarten nicht exakt beziffert werden können, sind die Ausgaben für das gesamte Leistungsbündel in die Gesundheitsausgabenrechnung zu inkludieren.
- Die Erbringung von Gesundheitsleistungen und die Abgabe von Gesundheitsgütern erfordern einschlägig **qualifiziertes Gesundheitspersonal** bzw. müssen unter seiner Aufsicht durchgeführt werden. Als qualifizierte Berufsgruppen gelten akademische und verwandte Gesundheitsberufe (22) und Assistenzberufe im Gesundheitswesen (32) gemäß ÖISCO⁵. Das Qualifikationsprofil von Personal in der Verwaltung der Gesundheitsversorgung und Gesundheitssystemfinanzierung (HC.7) und bei der häuslichen Langzeitpflege (HC.3.4) darf vom oben genannten Ausbildungsrahmen abweichen, ohne dass dessen Leistungen als außerhalb der Gesundheitsversorgung betrachtet werden. Im Rahmen der häuslichen Langzeitpflege sind dies Familienmitglieder und andere (oft) geringer qualifizierte Betreuungspersonen, welche Pflegeleistungen erbringen. Die Grenzziehung zwischen Gesundheit und Sozialem erfolgt anhand des Kriteriums des primären Zwecks der Aktivitäten.

⁴ Betreuung beim Essen, Anziehen, Körperpflege, etc.

⁵ Österreichische Berufsklassifikation (International Standard Classification of Occupations)

- **Illegale** sowie **informelle** Gesundheitsversorgung sind auch SHA-relevant. Klarerweise sind in jenen Bereichen keine gesicherten Daten verfügbar, dennoch fließen in diesem Zusammenhang Schätzungen der VGR von so genannten „Ohne-Rechnungs-Geschäften“ im Gesundheitswesen bei den Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte mit ein. Darüber hinaus werden unbezahlte Haushaltsdienstleistungen von Haushalten für die häusliche Langzeitpflege als informelle Dienstleistung in der Gesundheitsausgabenrechnung mit einbezogen (Näheres siehe Kapitel 2.1.4.4).

2.1.4.2 Gesundheitsausgaben

Die von Statistik Austria berechneten Gesundheitsausgaben nach System of Health Accounts umfassen den Konsum von Gesundheitsleistungen und -gütern (HC) durch gebietsansässige Einheiten sowie Bruttoanlageinvestitionen von Gesundheitsleistungserbringern (HP).

Unter **Konsum** sind hier die Ausgaben für Gesundheitsleistungen und -güter zu verstehen, die zur unmittelbaren Befriedigung individueller und kollektiver Bedürfnisse verwendet werden. Das SHA definiert diese als **laufende Gesundheitsausgaben**.

Davon zu unterscheiden sind die Ausgaben für **Vorleistungen**, welche den Einsatz von Dienstleistungen und Gütern im „Produktionsprozess“ darstellen und somit mittelbar der Befriedigung von Bedürfnissen dienen. Zwar sind diese beiden Kategorien konzeptionell eindeutig trennbar, sie verursachen in der Praxis durchaus Zuordnungsprobleme und erhöhen die Gefahr von Doppelzählungen. Als Beispiel aus dem Gesundheitsbereich könnte man sich die von den Krankenanstalten erworbenen Medikamente vorstellen, welche an Patientinnen und Patienten im Zuge einer Behandlung in der Krankenanstalt verabreicht werden. Würden alle Ausgaben für Medikamente einbezogen, hätten wir einerseits die Ausgaben des Spitals für den Ankauf der Medikamente und andererseits die implizite Inklusion derselben Ausgaben ein zweites Mal in das Leistungspaket der Krankenanstalt. Ob Ausgaben für Gesundheitsleistungen oder -güter den Vorleistungen oder dem Konsum zuzuordnen sind, hängt daher vom Kontext ab.⁶

Abweichend von den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen zählen auch die Mittel für betriebsärztliche Leistungen sowie Transferzahlungen für Haushalte im Rahmen von selbsterbrachten Pflegeleistungen zu den Gesundheitsausgaben (siehe auch Kapitel 2.1.4.3.).

Mit konsumrelevanten **gebietsansässigen Einheiten** sind staatliche Einrichtungen und private Organisationen ohne Erwerbszweck (POoE) gemeint, deren wirtschaftlicher Schwerpunkt in Österreich liegt, sowie private österreichische Haushalte, d.h. Personen, die ihren Lebensmittelpunkt im Inland haben.

Ausgaben von privaten Haushalten, staatlichen Einheiten und POoE für Gesundheitsleistungen und -güter sind nach dem **Inländerkonzept** zu erfassen. Das bedeutet, dass Gesundheitsgüter und Dienstleistungen, die im Ausland von gebietsansässigen Personen konsumiert werden, als Importe in die SHA-Rechnung miteinfließen sollen. Gesundheitsgüter und -leistungen für beispielsweise ausländische Touristinnen und Touristen im österreichischen Gesundheitssektor sind hingegen Exporte und somit nicht Teil der Gesundheitsausgaben nach SHA. Betrachtet man den Konsum, so ergibt sich die Überleitung von Inlands- zum Inländerkonsum durch Addition der Konsumausgaben der Gebietsansässigen im Ausland und Subtraktion der Konsumausgaben der Gebietsfremden im Inland (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Überleitung vom Inlands- zum Inländerkonzept

	Inlandskonsum
+	Konsumausgaben der Gebietsansässigen im Ausland
-	Konsumausgaben der Gebietsfremden im Inland
=	Inländerkonsum

⁶ Die englischen Begriffe final consumption ((End-)konsum) und intermediate consumption (Vorleistungen) lassen die Problematik erahnen.

Die laufenden Gesundheitsausgaben können anhand von drei Dimensionen dargestellt werden⁷:

Die Dimension **Finanzierung (HF)** wird anhand von sogenannten Finanzierungssystemen (financing schemes) strukturiert, die durch einen oder mehrere Finanziers (financing agents) gemeinsam gesteuert werden können. Finanzierungssysteme stellen die Arten von Finanzierungsregelungen, durch die Personen Zugang zu Gesundheitsversorgung erhalten können, dar. Dabei werden die Finanzierungssysteme u.a. anhand von Teilnahmemodalitäten (verpflichtend oder freiwillig), der Basis von Anspruchsberechtigungen (z.B. universell oder beitragspflichtig), der Form der Mittelbeschaffung (z.B. Steuereinnahmen oder Versicherungsbeiträge) und der Risikostreuung (z.B. subnational oder individuell) definiert.

Als **Leistungserbringer (HP)** werden im SHA Gesundheitsproduzenten klassifiziert. Deren Tätigkeiten können primär dem Bereich Gesundheit zugeordnet werden, wie etwa bei Krankenanstalten (HP.1). Aber auch sekundäre Gesundheitsleistungserbringer (HP.8.2) wie Einrichtungen der Justiz oder des Heeres werden hier erfasst.

Die Gliederung der **Gesundheitsleistungen und -güter (HC)** erfolgt nach Aufgabenbereichen, d.h. nach funktionalen Gesichtspunkten. Die Notwendigkeit der Grenzziehung zwischen Gesundheit im Sinne des System of Health Accounts und anderen Bereichen ist dieser Dimension zuzuordnen (siehe voriges Kapitel 2.1.4.1).

Bruttoanlageinvestitionen der Leistungserbringer umfassen Kapitalanlagen, welche in der Rechnungsperiode hinzugekommen sind und kontinuierlich im Produktionsprozess über mehr als ein Jahr verwendet werden, abzüglich der Kapitalanlagenabgänge.

Die Summe der laufenden Gesundheitsausgaben und Bruttoanlageinvestitionen wurde im SHA 1.0 Manual als **gesamte Gesundheitsausgaben** bezeichnet. Diese Kennzahl entspricht gewissermaßen dem aktuellen Konsum an Gesundheitsleistungen und -gütern sowie der Ermöglichung zukünftigen Konsums durch Investitionen. Das SHA 2011 Manual plädiert jedoch im Unterschied zur früheren Herangehensweise für die getrennte Ausweisung der laufenden Gesundheitsausgaben und der Bruttoanlageinvestitionen, da es sich um konzeptionell unterschiedliche Aggregate handelt (OECD/Eurostat/WHO 2011: 38).

2.1.4.3 Anbindung an die Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen

Methodische Basis für die Gesundheitsausgabenrechnung nach System of Health Accounts sind Buchungsregeln der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR). Diese sind ein System aus verknüpften makroökonomischen Konten und Tabellen zur Darstellung der gesamten Volkswirtschaft aus verschiedenen Perspektiven. Internationaler Standard ist das „System of National Accounts“ der Vereinten Nationen ([SNA 2008](#)) bzw. das daraus abgeleitete „Europäische System der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen“ ([ESVG 2010](#)).

Das SHA bildet wirtschaftliche Stromgrößen ab, welche durch Finanziers (im Rahmen von Finanzierungssystemen) an Gesundheitsanbieter fließen, um erbrachte Gesundheitsleistungen abzugelten bzw. als Gegenleistung für den Erhalt von Gesundheitsgütern. Diese im SHA relevanten **Transaktionen** orientieren sich an den VGR-Konzepten des Konsums. Zusätzlich werden die Bruttoanlageinvestitionen des Bereichs Gesundheitsversorgung erfasst.

Berücksichtigung erfahren Transaktionen, welche innerhalb eines **Kalenderjahres** stattfinden.

Dabei ist es wichtig, eine analytische Unterscheidung zwischen dem Zeitpunkt des Konsums der Gesundheitsleistung und deren Bezahlung zu treffen. Zwar können diese Ströme zeitgleich erfolgen, wie bei reinen Selbstzahlungen (HF.3.1) durchaus üblich, aber auch über ein Kalenderjahr hinaus getrennt erfolgen. Das System of Health Accounts sieht in Einklang mit der VGR eine **periodengerechte Zuordnung** (accrual accounting), d.h. die Erfassung von Transaktionen zum Zeitpunkt der Leistungserbringung, vor. Abweichungen von der periodengerechten Verbuchung sind bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben insoweit möglich als manche Gebiets-

⁷ Die Beschreibung der Dimensionen erfolgt anhand des revidierten SHA-Manuals (SHA 2011). Für einen Überblick zu Unterschieden mit der Erstversion SHA 1.0 siehe OECD/Eurostat/WHO 2011: 21.

körperschaften nach wie vor eine Einzahlungs- und Auszahlungsrechnungsführung (Kameralistik) aufweisen, wobei hier Umstellungsprozesse auf ein doppisches Rechnungswesen (Ergebnis-, Finanzierungs- und Vermögensrechnungen) zum Teil schon abgeschlossen sind bzw. zum Teil in Gang sind. Die Ergebnisrechnung basiert auf einer periodengerechten Abgrenzung der Transaktionen und stellt somit eine geeignete Basis für die darauf aufbauenden Arbeiten der VGR und des SHA dar. Da die Umstellung auf das neue Haushaltsrecht noch nicht überall vollständig vollzogen ist, ist die Inklusion von periodenfremden Zahlungen nicht auszuschließen.

Für die Bewertung des Konsums ist die Differenzierung von **Marktproduzenten** auf der einen Seite und **Nichtmarktproduzenten** auf der anderen Seite ausschlaggebend. Diese Unterscheidung ist für die Höhe der Gesundheitsausgaben von zentraler Bedeutung, weil der Produktionswert eines Nichtmarktproduzenten anhand der Produktionskosten bestimmt wird. Ein wichtiges (wenn auch nicht ausschließliches) Kennzeichen von Marktproduktion ist, dass Dienstleistungen und Güter auf dem Markt zu wirtschaftlich signifikanten Preisen verkauft werden. Preise sind wirtschaftlich signifikant, wenn sie die von Produzenten angebotenen und von den Käufern nachgefragten Mengen wesentlich beeinflussen. Ein quantitatives Kriterium („50%-Kriterium“) prüft das Vorliegen von wirtschaftlich signifikanten Preisen, indem das Verhältnis von Umsatz zu Produktionskosten herangezogen wird. Demgemäß gilt als Marktproduzent, wer über einen mehrjährigen Zeitraum hinweg mindestens 50% seiner Kosten durch Umsätze deckt. Im ESVG 2010 [ESVG 1.37] ist als weitere Entscheidungshilfe für die jeweilige Einteilung eine Reihe von qualitativen Kriterien angeführt.

Das SHA-Ausgabenkontensystem dient der Darstellung von ökonomischen Strömen im Gesundheitswesen, das als Teilbereich der Volkswirtschaft begriffen wird. Da die Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen die Standardinstrumente für die Beschreibung der Gesamtwirtschaft eines Landes verkörpern, wird das System of Health Accounts oft als Gesundheits-satellitensystem der VGR betrachtet. Demgegenüber argumentieren die Autorinnen und Autoren des SHA 2011 Manuals, dass SHA lediglich Gesundheitsausgaben für Konsum und Investitionen berechnet und somit nur die Verwendungsseite des Gesundheitswesens inkludiert. Informationen über die Entstehungsrechnungsgrößen **Produktion, Vorleistungen** und **Wertschöpfung** im Gesundheitswesen werden im SHA nicht erhoben, genauso wenig wie eine Input-Output-Tabelle für diesen Bereich erstellt wird. Das SHA sei daher nicht als vollständiges **Satellitenkontosystem** der VGR zu interpretieren (OECD/Eurostat/WHO 2011: 34f).

2.1.4.4 Gesundheitsausgaben in der Terminologie von SHA und VGR

Der primäre Zweck des System of Health Accounts ist eine international vergleichbare Gesundheitsausgabenerfassung. Die weitreichende Übereinstimmung mit den Konzepten der VGR unterstützt die Umsetzung des SHA in vielen Ländern, da auf bereits bestehende Systeme aufgebaut werden kann. Auf der anderen Seite verlangt der Gesundheitsfokus eine gewisse Flexibilität, um einer umfassenden Darstellung der Ausgaben im Gesundheitswesen gerecht zu werden. In den folgenden Abschnitten werden die gemeinsamen sowie die abweichenden konzeptionellen Systematiken näher erläutert:

Der Konsum nach dem **Ausgabenkonzept P.3** (=P.31+P.32), beinhaltet die Konsumausgaben der privaten Haushalte, Konsumausgaben der Privaten Organisationen ohne Erwerbszweck (PooE) und die Konsumausgaben des Staates (für den Individual- und Kollektivverbrauch).

Wie in der Tabelle 5 dargestellt, orientiert sich die Gesundheitsausgabenrechnung an den von der VGR definierten gesundheitsspezifischen Konsumausgaben P.3, jedoch mit zwei Ausnahmen:

P.31* - die **betriebsärztlichen Gesundheitsleistungen** sind auch in der Gesundheitsausgabenrechnung inkludiert, werden jedoch in der VGR unter Vorleistungen der Unternehmen verbucht und somit nicht unter den Konsumausgaben erfasst.

P.31* - Geldleistungen, welche an private Haushalte für die Organisation und/oder Durchführung häuslicher Pflege von pflegebedürftigen Personen ausbezahlt werden, interpretiert das SHA als **bezahlte Haushaltsproduktion** von Gesundheitsleistungen. Diese Form der Eigenproduktion individueller Gesundheitsleistungen durch Haushaltsmitglieder wird in der VGR nicht

als konsumrelevant erfasst, jedoch wird die Haushaltsproduktion laut SHA-Definition in der Gesundheitsausgabenrechnung berücksichtigt.

Zusätzlich beinhalten die Gesundheitsausgaben nach SHA auch **Netto-Subventionen (Gütersubventionen (D.31) – Gütersteuern (D.21))**. Jedoch kann es laut SHA 2011 Manual bei Marktproduktion im Gesundheitsbereich notwendig sein, weitere Zahlungen in die Berechnung miteinzubeziehen, um Gesundheitsausgaben eines Landes umfassend abbilden zu können (OECD/Eurostat/WHO 2011: 45f). Österreich-spezifische Anpassungen der Berechnungsmethode werden am Ende des Kapitels erläutert.

Tabelle 5: Aggregate der Gesundheitsausgaben in Terminologie der VGR und SHA

P.31	Konsumausgaben für den Individualverbrauch
P.32	Konsumausgaben für den Kollektivverbrauch
P.3	Konsumausgaben für Gesundheit (=P.31+P.32)
D.31-D.21	Gütersubventionen (netto) für Leistungserbringer
P.31*	Betriebsärztliche Gesundheitsversorgung (Vorleistungen in Unternehmen) minus einem geschätzten Anteil an Nettoverwaltung für betriebsärztliche Versorgung bei Gesundheitsanbietern
P.31*	"Bezahlte" Haushaltsproduktion in Form von monetären Sozialleistungen für pflegebedürftige Personen, welche zuhause von Familienangehörigen gepflegt werden
P.3*	Laufende Gesundheitsausgaben (=P.3+D.31-D.21+P.31*)

(*):Hier unterscheiden sich die Buchungsregeln der VGR von den Berechnungen des SHA.

Quelle: OECD/Eurostat/WHO 2011: 48

Konsumausgaben des Staates - P.3

Die Konsumausgaben des Staates im Bereich Gesundheit, anhand derer die Ausgaben des Staates für Konsumgüter gemessen werden, ergeben sich, wenn der Produktionswert (Summe der Kosten aus Vorleistungen und Bruttowertschöpfung) und die sozialen Sachleistungen addiert werden und von dieser Summe die Zahlungen für Nichtmarktproduktion (Erlöse aus Verkäufen) und die Produktion für die Eigenverwendung abgezogen werden.

Tabelle 6: Ableitung der Konsumausgaben des Staates

D.11	Bruttolöhne und -gehälter
+ D.121	Tatsächliche Sozialbeiträge der Arbeitgeber
+ D.122	Unterstellte Sozialbeiträge
+ D.29	Sonstige Produktionsabgaben
+ P.51c	Abschreibungen
= B.1g	Bruttowertschöpfung
+ P.2	Vorleistungen
= P.1	Produktionswert
- P.12	Produktion für die Eigenverwendung
- P.131	Zahlungen für Nichtmarktproduktion
= P.132	Nichtmarktproduktion, sonstige
+ D.632	Soziale Sachleistungen – gekaufte Marktproduktion
= P.3	Konsumausgaben des Staates

Die Bruttowertschöpfung wird aus Arbeitnehmerentgelt (D.1=D.11+D.12), sonstigen Produktionsabgaben und Abschreibungen berechnet. Die sozialen Sachleistungen umfassen Güter und Dienstleistungen, welche die privaten Haushalte konsumieren, die jedoch von staatlichen Stellen „bezahlt“ werden. Die Vorleistungen messen den Wert der im Produktionsprozess verbrauchten, verarbeiteten oder umgewandelten Güter und Dienstleistungen. Nicht dazu gehört die Nutzung des Anlagevermögens, die anhand der Abschreibungen gemessen wird.

Konsumausgaben der privaten Haushalte – P.31

Die Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte berechnen sich aus unterschiedlichen Datenquellen, welche in Tabelle 3 aufgelistet sind. Eine der wichtigsten Datenquellen stellt der private Konsum der VGR dar, welcher unter der **COICOP⁸ Abteilung 06 (Gesundheitspflege)** und COICOP 12.5.3 (*Versicherungsdienstleistungen im Zusammenhang mit der Gesundheit*) verbucht ist, und vereinfacht wie folgt erklärt werden kann:

Die vorherrschende Methode zur Berechnung des privaten Konsums im Rahmen der VGR ist eine Variante der **Güterstrommethode** (Commodity Flow, für detaillierte Informationen siehe [Standard-Dokumentation Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen VGR-Jahresrechnung](#) Kapitel 2.2.4.2 sowie das [Methodeninventar zu den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen](#) Kapitel 5.7.1). Diese folgt einem Grundgesetz der VGR: Alles, was an im Inland verfügbaren Aufkommen von Gütern und Dienstleistungen, sei es durch Produktion oder Import, vorhanden ist, muss auf irgendeine Art verwendet, d.h. konsumiert, im Produktionsprozess wieder eingesetzt, investiert oder exportiert werden. Dementsprechend bildet das im Inland verfügbare Aufkommen den Ausgangspunkt für die Berechnung. Dieses ergibt sich aus der heimischen Produktion plus Importe abzüglich Exporte. Die Aufgabe der Güterstromrechnung besteht nun darin, dieses Aufkommen in einem Detaillierungsgrad darzustellen, der eine inhaltliche Zuordnung der Güter zu den einzelnen Verwendungskategorien (Konsumausgaben, Vorleistungen, Bruttoinvestitionen) ermöglicht. Im Rahmen dieser inhaltlichen Zuordnung werden verschiedene Informationen (eigene Erhebungen, Fachverbände, Kammern, etc.) sowie ergänzende Berechnungen integriert. Die privaten Konsumausgaben für Güter ergeben sich als konsumierter Anteil des im Inland verfügbaren Aufkommens zuzüglich aufgeschlagenen Handels- und Verkehrs- und der nicht abzugsfähigen Mehrwertsteuer.

Die privaten Konsumausgaben ergeben sich somit als Residualgröße aus Umsätzen subtrahiert um güterspezifische soziale Sachleistungen sowie Vorleistungen und Investitionen. Im Bereich der ambulanten Gesundheitsdienstleistungen (Allgemein-, Fach-, Zahnärztinnen und -ärzte) wird der private Konsum auch über die Umsätze, jedoch lediglich reduziert um soziale Sachleistungen und Vorleistungen, berechnet.

Tabelle 7: Ableitung der Konsumausgaben der Privaten Haushalte (Commodity Flow)

P.1	Inländische Produktion
+ P.7	Importe
- P.6	Exporte
=	im Inland verfügbares Aufkommen zu Produzentenpreisen
- P.2	Vorleistungen
- D.632	Soziale Sachleistungen – gekaufte Marktproduktion
- P.5	Bruttoinvestitionen
=	Konsumausgaben der privaten Haushalte zu Produzentenpreisen
+	Großhandelsspanne
+	Einzelhandelsspanne
+	Verkehrsspanne
+ D.21	Nicht abzugsfähige Mehrwertsteuer
= P.3	Konsumausgaben der privaten Haushalte zu Anschaffungspreisen

⁸ Classification of Individual Consumption by Purpose for Households, nach dieser Klassifikation werden die Konsumausgaben der privaten Haushalte gegliedert.

Zur Abschätzung des Konsumanteils bedient man sich auch verschiedenster Datenquellen, wie etwa durch diverse Fachverbände gemeldete Branchenumsätze, den Konsumerhebungen oder auch Informationen der Sozialversicherungsträger. So liegen für Medikamente bereits die Privatumsätze für Medikamente von der Apothekerkammer vor, welche um die Mittel der Rezeptgebühr (aus Daten der Sozialversicherungsträger) ergänzt werden.

Im stationären Bereich wird eine andere Herangehensweise als jene der Güterstrommethode angewandt. Hier ergeben sich die privaten Konsumausgaben aus der Summe der Zahlungen der Krankenhauskostensätze der privaten Versicherungen und einer Schätzung für die direkten Patientinnen- und Patientenzahlungen, basierend auf Daten der Fondskrankenanstalten (siehe Kapitel 2.1.4.5).

Für den Spitalsbereich, aber auch für die anderen Gesundheitssektoren, gilt, dass die Ausgaben der privaten Krankenversicherungen in der VGR einen Teil des Konsums der privaten Haushalte darstellen. Eine detaillierte Beschreibung ist dem [Methodeninventar zu den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen in Österreich](#) (Kapitel 5.7.2.14) zu entnehmen. Anders als die VGR betrachtet das System of Health Accounts die Leistungen der privaten Versicherungen als eigenes Finanzierungssystem (HF). Die in der VGR berechneten Ausgaben des Konsums der privaten Haushalte werden dementsprechend um die Ausgaben der privaten Krankenversicherungen korrigiert, deren Anteil der eigens dafür vorgesehenen Kategorie private Krankenversicherungen zugeordnet wird.

Weiters muss betont werden, dass eine Überleitung vom Inlands- zum Inländerkonzept gemäß SHA durch Addition der Konsumausgaben von Gebietsansässigen im Ausland und Subtraktion der Konsumausgaben von Gebietsfremden im Inland (siehe Tabelle 4) auf dieser Detailebene nicht möglich ist. Die österreichischen Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte weichen aufgrund der mangelnden Datenverfügbarkeit konzeptionell vom System of Health Accounts ab. Einzige Ausnahme hier ist die Inklusion von Importen zahnärztlicher Dienstleistungen, die ab dem Berichtsjahr 2004 erfasst werden konnten.

Konsumausgaben der Privaten Organisationen ohne Erwerbszweck (POoE) – P.3

Die Bewertung des Produktionswertes erfolgt wie beim Staatskonsum kostenseitig, da es sich bei den POoE ebenfalls um Nichtmarktproduzenten handelt. Die Produktionsleistung ergibt sich als Summe aus Vorleistungen, Arbeitnehmerentgelt, sonstigen Produktionsabgaben und Abschreibungen. Vom Produktionswert werden Produktion für die Eigenverwendung sowie Zahlungen für Nichtmarktproduktion abgezogen. Der sich daraus ergebende Saldo ist die Nichtmarktproduktion, sonstige der POoE, die in der VGR per conventionem den Konsumausgaben der POoE gleich gesetzt werden.

Tabelle 8: Ableitung der Konsumausgaben der Privaten Organisationen ohne Erwerbszweck

P.2	Vorleistungen
+ D.11	Bruttolöhne und -gehälter
+ D.121	Tatsächliche Sozialbeiträge der Arbeitgeber
+ D.29	sonstige Produktionsabgaben
+ P.51c	Abschreibungen
= P.1	Produktionswert
- P.12	Nichtmarktproduktion für die Eigenverwendung
- P.131	Zahlungen für Nichtmarktproduktion
= P.132/P.3	Nichtmarktproduktion, sonstige / Konsumausgaben der POoE

Anlageinvestitionen im Gesundheitsbereich – P.51

Bei der Berechnung der Anlageinvestitionen wird zwischen öffentlichen und privaten Investitionen im Gesundheitsbereich unterschieden. Zusätzlich zu den Investitionen der Fondskrankenanstalten werden bei den öffentlichen Investitionen all jene Leistungserbringer des **Sektors Staat**⁹ inkludiert, für welche Ausgaben in der **COFOG**¹⁰-Abteilung 07 (*Gesundheit*) ressortieren (ohne die *Gruppe 07.05 Angewandte Forschung und experimentelle Entwicklung im Bereich Gesundheitswesen*). Als Datenquellen für diese Ausgaben werden Rechnungsabschlüsse der jeweiligen Rechtsträger herangezogen. Hinzu kommen Investitionen für einige Wohn- und Pflegeheime im Eigentum von Sozialhilfeträgern bzw. Gemeindeverbänden, welche aufgrund ihrer Nichtmarktproduktion dem Sektor Staat zugerechnet werden.

Die Investitionen im privaten Bereich werden anhand von Ergebnissen der VGR berechnet. Konkret werden hierbei Investitionen der Wirtschaftsaktivitäten *Gesundheitswesen (86)* – wie Arzt- und Zahnarztpraxen und der Rettung – sowie Teile des *Sozialwesens (87, 88)* – insbesondere Wohn- und Pflegeheime – nach **ÖNACE 2008** herangezogen. Darüber hinaus wurden für die Jahre ab 2004 die Investitionen von Apotheken (47.73) und dem medizinischen Einzelhandel (47.74) nach der neuen SHA Methodik inkludiert. Letztgenannte Einheiten werden aufgrund ihrer Umsatzstruktur oft dem privaten Unternehmenssektor nichtfinanzielle Kapitalgesellschaften (S.11) zugerechnet, da die Erlöse mehr als 50% der Kosten decken (Marktproduktion). Detaillierte Informationen zur Berechnung der Investitionen sind im [Methodeninventar zu den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen](#) im Kapitel 5.10 und in der [Standard-Dokumentation zu den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen VGR - Jahresrechnung](#) im Kapitel 2.1.4.2.2 zu finden.

Bei Anlageinvestitionen von Langzeitpflegeeinrichtungen, seien sie dem privaten oder öffentlichen Sektor zuzuordnen, werden gemäß SHA-Konzept nur die gesundheitsrelevanten Ausgaben berücksichtigt. Dieser Anteil an gesundheitsrelevanten Ausgaben wird anhand des Pflegeplatzanteils in Wohn- und Pflegeheimen berechnet.

2.1.4.5 Vorgehensweise bei der Erstellung der Gesundheitskonten nach System of Health Accounts

Zur Erfassung der Gesundheitsausgaben beschreibt das SHA-Manual 2011 zwei unterschiedliche Ansätze:

Die erste Vorgangsweise ist der **top-down approach**, bei dem von Daten bereits existierender aggregierter Datenquellen ausgegangen wird und eine direkte Überleitung von einem existierenden Kontensystem, z.B. Konten der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen, zum SHA stattfindet. Der Detaillierungsgrad ist für die Zwecke der Gesundheitskonten in der Regel nicht hoch genug, sodass auf Verteilungsschlüssel zurückgegriffen werden muss. Als Illustration eignen sich die im vorigen Abschnitt beschriebenen Ausgaben für Investitionen in Wohn- und Pflegeheime, die nur teilweise durch das Verhältnis von Pflege- zu den gesamten Betreuungsplätzen ins SHA Eingang finden.

Der zweite Ansatz wird als **bottom-up approach** bezeichnet. Ausgangspunkt sind hier detailliertere Daten und Informationen zur Erstellung des SHA, die nicht aus den bestehenden Systemen generiert werden können. Zusätzlich erfolgt beim bottom-up approach eine Unterscheidung zwischen dem financing approach und dem provider approach. Beim **financing approach** werden als Ausgangsbasis zur Erstellung der Gesundheitskonten nach SHA Daten der Finanzierungssysteme des Gesundheitssystems herangezogen. Im Gegensatz dazu baut der **provider approach** auf Rechnungsabschlussdaten der einzelnen Leistungserbringer im Gesundheitswesen auf. Aber auch eine Kombination der beiden Ansätze ist möglich (siehe auch OECD/Eurostat/WHO 2011: 324ff).

⁹ Sektor Staat laut ESVG 2010 [ESVG 2.111]

¹⁰ Die „Classification Of the Functions Of Government“ erfasst die Staatsausgaben nach Aufgabenbereichen.

Zur Berechnung der österreichischen Gesundheitsausgaben wird eine Mischung aus top-down und bottom-up approach gewählt. Welcher Ansatz im konkreten Fall gewählt wird, hängt mit dem Detaillierungsgrad und der Qualität der verfügbaren Datenquellen zusammen. Grob unterteilt lässt sich festhalten, dass die VGR die wichtigste Datenquelle im Bereich der privaten Gesundheitsausgaben ist (top-down approach), während bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben stark auf die Gebarungsstatistik bzw. direkt auf die Rechnungsabschlüsse von öffentlichen Einheiten zurückgegriffen wird (bottom-up approach). In Österreich ist die Datenlage über die Finanzierungsseite deutlich besser aufgestellt und wird daher bevorzugt genutzt.

Exkurs Fondskrankenanstalten

Einer der zentralen Erfassungsbereiche der österreichischen Gesundheitsausgaben sind die Gesundheitsdienstleistungen der Krankenanstalten, welche über die neun Landesgesundheitsfonds (LGF) (teil-)finanziert werden. Die in jedem Bundesland angesiedelten LGFs erhalten jährlich festgelegte Beiträge von den Gebietskörperschaften Bund, Länder und Gemeinden sowie von den Sozialversicherungsträgern und leiten diese an die Fondsspitäler des Bundeslandes als Abgeltung für deren Leistungen weiter. Bei stationären Aufnahmen und tagesklinischen Behandlungen erhalten die Spitäler Zahlungen über die **leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-System)**¹¹, welche ab 2019 auch auf den spitalsambulanten Bereich ausgeweitet wurde. Davor wurden ambulante Leistungen großteils über Pauschalen abgerechnet. Eine Übergangsfrist zwischen dem pauschalen Abgeltungssystem und dem ambulanten LKF-System galt ab 2017. Da die Leistungsentgelte für stationäre, tagesklinische und ambulante Behandlungen nicht vollkostendeckend sind, fließen ergänzende Mittel von Ländern und Gemeinden als sogenannte **Betriebsabgangsdeckung** an die Spitäler.

Die Fondskrankenanstalten sind in der VGR seit der Revision **ESVG 2010** als Nichtmarktproduzenten entweder im Sektor Staat (Landeskrankenanstalten, Gemeindespitäler) oder im Sektor POoE (Ordensspitäler) klassifiziert. Die Konsumausgaben der Fondsspitäler ergeben sich daher mangels Marktumsatz durch Kostenpositionen, die für die Produktion benötigt werden (siehe Tabelle 6 und Tabelle 8). Nach der Vorgängermethode gemäß **ESVG 95** wurden die Leistungsentgelte nach dem LKF-System als Marktpreise interpretiert. Fondskrankenanstalten generierten somit Umsätze, welche über 50% der Kosten deckten und sie zu Marktproduzenten (50%-Kriterium) machten. Die Konsumausgaben des Staates waren dementsprechend auf die teilkostendeckenden LKF-Entgelte beschränkt, welche als gekaufte Marktleistungen den privaten Haushalten als soziale Sachtransfers (D.63) zur Verfügung gestellt wurden. Betriebsabgangsdeckungen fielen unter die (nicht konsumrelevante) Kategorie der Subventionen D.3.

In der österreichischen Gesundheitsausgabenrechnung stand seit Einführung 2005 die öffentliche Finanzierung der Fondsspitäler bei der Bewertung der Ausgaben im Vordergrund. Die Erfassung der ökonomischen Ströme über die Finanzierungsseite (financing approach) brachte den Vorteil mit sich, eine bessere Datengrundlage für die Gebietskörperschaften, Sozialversicherungsträger und Landesgesundheitsfonds aus der VGR zur Verfügung zu haben als bei einem Berechnungsansatz über die einzelnen Spitalsträger (provider approach). Die Ausgaben für Fondskrankenanstalten nach SHA konnten darüber hinaus an den VGR-Größen der sozialen Sachtransfers des Staates (LKF-Entgelte und Zahlungen für Spitalsambulanzen) ansetzen und um die Subventionen (Betriebsabgangsdeckungen) und Ersätze für kostenwirksame Gesetzesänderungen (GSBG-Mittel, Ersätze für die Abschaffung der Selbstträgerschaft) erweitert werden.

Die Revision der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen nach ESGV 2010 transformiert die Ausgabenströme für Fondsspitäler in neue Transaktionsklassen. Da Fondsspitäler nun ent-

¹¹ Die Abgeltung von Leistungen erfolgt nach einem Punktesystem, das sich auf Basis von Diagnosefallgruppen und medizinischen Einzelleistungen zusammensetzt. Den jeweiligen Kategorien innerhalb dieser Klassifikationssysteme werden Punktwerte zugeordnet. Den Punkten wird ex-post ein Eurowert zugeordnet und die Spitäler erhalten Leistungsentgelte abhängig von der Anzahl der generierten Punkte. Wieviel ein Punkt wert ist, hängt von der geleisteten Punkteanzahl aller Fondsspitäler in einem Bundesland und der verfügbaren Mittel des jeweiligen Gesundheitsfonds ab (näheres siehe [Funktionsweise österreichisches LKF-System und LKF-Modell spitalsambulant](#)).

weder Nichtmarktproduzenten des Staates oder POoE sind, handelt es sich sowohl bei LKF-Entgelten als auch bei den Betriebsabgängen um innerstaatliche Transfers (D.73) bei Landes- und Gemeindespitalern und um sonstige Transfers (D.75) bei Ordensspitalern. Die Konsumausgaben (P.3) werden wie schon erwähnt nun über die Kostenstruktur der Spitalsproduktion bewertet. Mit der Beibehaltung der Erfassungsweise im SHA über den Finanzierungsansatz werden zwar inhaltlich dieselben wirtschaftlichen Ströme herangezogen wie bisher, dem Konsumkonzept der VGR wird aber nicht mehr entsprochen. Eine Umstellung auf den Leistungserbringer-Ansatz der VGR hätte jedoch den gravierenden Nachteil, dass die jeweiligen Finanzierungsbeiträge von Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherungsträgern nicht mehr unterschieden werden könnten. Nichtsdestotrotz eignet sich die Konsumausgabenerfassung über die Spitalsträger zur Plausibilisierungsprüfung der Gesamtausgaben für Fondskrankenanstalten.

Exkurs eigene Einrichtungen der Sozialversicherungsträger

Seit der Revision ESVG 2010 sind des Weiteren die eigenen Einrichtungen der Sozialversicherungsträger als Nichtmarktproduzenten klassifiziert. Während diese nach ESVG 95 als Marktproduzenten klassifiziert waren und ihre Leistungen als von den Sozialversicherungsträgern gekaufte und den Versicherten zur Verfügung gestellte Marktproduktion betrachtet wurden (D.632), erhalten die eigenen Einrichtungen nun von den Sozialversicherungsträgern laufende Transfers (D.73), über die die Leistungen der eigenen Einrichtungen im SHA erfasst werden. Dies bedeutet zwar eine Abweichung vom Konsumkonzept der VGR, entspricht aber dem Heranziehen derselben Ströme wie vor der ESVG-Umstellung und führt zu vergleichbaren Ergebnissen wie die Anwendung des Konsumkonzeptes.

2.1.5 Erhebungs- und Darstellungsmerkmale

Als Darstellungsmerkmale der Gesundheitsausgaben dienen die SHA Dimensionen und die darauf aufbauenden Kategorien, welche nachfolgend näher beschrieben werden. Die Kategorien sind dem aktuellen, revidierten SHA Manual 2011 entnommen. Die detaillierten Untergliederungen sind im Kapitel SHA Klassifikation (SHA 2011) zu finden.

2.1.5.1 HC – Gesundheitsleistungen und -güter

HC.1 Leistungen der kurativen Gesundheitsversorgung

Hierunter fallen medizinische, paramedizinische und pflegerische Leistungen zum Zweck der Heilung bzw. Linderung von Krankheits- und Verletzungssymptomen. Dazu zählen chirurgische Eingriffe, verschiedenste diagnostische und therapeutische Verfahren oder die Geburtshilfe.

HC.2 Leistungen der rehabilitativen Gesundheitsversorgung

In dieser Kategorie werden medizinische, paramedizinische und pflegerische Leistungen zusammengefasst, welche auf die physische und psychische Stärkung von Personen mit (längerfristigen) gesundheitlichen Beeinträchtigungen abzielen. Beispiele hierfür sind Physiotherapien oder Sprachtherapien nach Schlaganfällen. Die rehabilitative Versorgung ist in der Regel intensiver als die herkömmliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen, jedoch weniger intensiv als die akute (kurative) Versorgung.

HC.3 Langzeitpflege

Die Kategorie HC.3 Langzeitpflege fasst Gesundheits- und Pflegeleistungen zusammen, die auf die Beibehaltung des Gesundheitszustandes von Pflegebedürftigen abzielen bzw. der Intensivierung von Pflegebedürftigkeit entgegenwirken. Unter Langzeitpflege fällt auch die Unterstützung bei Einschränkungen von Aktivitäten des täglichen Lebens wie der Körperpflege oder der Nahrungsaufnahme. Typischerweise ist Langzeitpflege eine Kombination aus gesundheitlichen und sozialen Leistungen, wobei bei den laufenden Gesundheitsausgaben nur gesundheitliche Leistungen im Sinne des SHA (siehe Kapitel 2.1.4.1) inkludiert sind.

HC.4 Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung

Jene Leistungen, welche von nichtmedizinischem oder medizinisch-technischem Gesundheitspersonal, mit oder ohne direkte Überwachung eines Arztes, erbracht werden, sind in dieser Gruppe zusammengefasst. Dies sind zum Beispiel Gesundheitsdienstleistungen der Labor Diagnostik oder der Rettungsdienste.

HC.5 Medizinische Güter

Hierunter fallen ambulant direkt an Patientinnen und Patienten abgegebene medizinische Güter und die damit verbundenen Dienstleistungen des Einzelfachhandels wie Anpassung, Wartung und Vermietung medizinischer Güter und Geräte. Zu dieser Kategorie zählen neben Arzneimitteln und sonstigen Verbrauchsgütern auch therapeutische Hilfsmittel wie Brillen, Hörhilfen, Rollstühle, Blutzuckermessgeräte uvm. Es werden hier jedoch keine Güter hinzugerechnet, welche beispielsweise im Zuge der stationären, ambulanten oder tagesklinischen Versorgung in Spitälern als Vorleistungen (siehe auch Kapitel 2.1.4.2) verbraucht werden. Ausgaben für Medikamente, welche im Rahmen eines Leistungspakets im Spital verabreicht werden, sind unter HC.1 bzw. HC.2 verbucht.

HC.6 Prävention

Präventionsleistungen zielen sowohl auf die Verbesserung des Gesundheitsstatus als auch auf die Beibehaltung eines guten Gesundheitszustands ab. Dabei wird einerseits auf Vermeidung von Krankheiten respektive deren Risikofaktoren (Primärprävention) gesetzt, andererseits geht es um Früherkennung (Sekundärprävention).

HC.7 Verwaltung der Gesundheitsversorgung und Gesundheitssystemfinanzierung

Diese Kategorie umfasst die Ausgaben der Planung und Verwaltung der Gesundheitsversorgung und Gesundheitssystemfinanzierung.

2.1.5.2 HP – Leistungserbringer

HP.1 Krankenhäuser

Diese Kategorie umfasst Einrichtungen, deren Haupttätigkeit in der diagnostischen und therapeutischen Betreuung stationär aufgenommener Patientinnen und Patienten liegt. Eventuell vorhandene Spitalsambulanzen werden ebenfalls inkludiert. Eine wesentliche Eigenschaft ist die spezielle Infrastruktur und technologische Ausstattung der Einrichtungen.

HP.2 Einrichtungen der Langzeitpflege

Klassifiziert werden Einheiten, in denen die Unterbringung, Beaufsichtigung und Pflege von beeinträchtigten und pflegebedürftigen Personen stattfindet. Wichtig bei der Inklusion einer Einheit für Zwecke des SHA ist ein höherer Anteil von gesundheitsbezogenen Leistungen im Verhältnis zu sozialen und integrativen Maßnahmen. Auf der anderen Seite sind Einrichtungen der Langzeitpflege nicht für eine intensive medizinisch-pflegerische Betreuung ausgerichtet.

HP.3 Ambulante Einrichtungen

Hier handelt es sich um eigenständige Einrichtungen, welche ambulante Gesundheitsleistungen für Patientinnen und Patienten erbringen, die keine stationäre Behandlung benötigen. Diese Kategorie unterteilt sich weiter in Arztpraxen für Allgemeinmedizin und Facharztpraxen (HP.3.1), Zahnarztpraxen (HP.3.2), Praxen von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, z.B. Psychologinnen und Psychologen, Logopädinnen und Logopäden sowie Physiotherapeutinnen und -therapeuten (HP.3.3), Ambulante Zentren der Gesundheitsversorgung (HP.3.4), und Erbringerinnen und Erbringer häuslicher Gesundheitsleistungen (HP.3.5).

HP.4 Erbringer von Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung

Die Kategorie beinhaltet Anbieter von Hilfsleistungen im Gesundheitswesen wie etwa Rettungsdienste (HP.4.1) oder medizinische und diagnostische Labors (HP.4.2). Dabei werden nur Leistungserbringer inkludiert, die nicht nur Vorleistungen für stationäre, tagesklinische oder ambulante Leistungspakete erzeugen, sondern in direkten Kontakt mit Patientinnen und Patienten treten.

HP.5 Einzelhandel und sonstige Anbieter medizinischer Güter

Einrichtungen dieser Kategorie verkaufen medizinische Güter für den Konsum durch private Haushalte. Hierbei handelt es sich um Apotheken, aber auch um den Einzelhandel für medizinische und orthopädische Artikel.

HP.6 Einrichtungen für präventive Gesundheitsversorgung

Hier werden jene Einrichtungen erfasst, welchen die Organisation und Durchführung von Programmen zu kollektiven oder individualisierten Präventionsmaßnahmen obliegt. Ein Beispiel hierfür ist die Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES).

HP.7 Einheiten der Verwaltung der Gesundheitsversorgung und Gesundheitssystemfinanzierung

Diese Klasse beinhaltet Einrichtungen, deren Haupttätigkeit in der Planung und Regulierung der Aktivitäten von Gesundheitsleistungserbringern im Gesundheitswesen besteht. Hinzu kommen Einheiten, welche die Gesundheitssystemfinanzierung verwalten und regulieren.

HP.8 Sonstige Wirtschaftszweige

Diese Gruppe umfasst weitere Wirtschaftszweige, die als Neben- oder sonstige Tätigkeit Gesundheitsleistungen erbringen. Als Beispiel können private Haushalte genannt werden, welche Pflegeleistungen erbringen, die im SHA durch das Pflegegeld abgebildet werden.

HP.9 Übrige Welt

Hierunter fallen Einrichtungen aus dem Ausland, die Gesundheitsleistungen für gebietsansässige Personen durchführen. Das ist beispielsweise ein Spital im Nachbarland, welches österreichische Touristinnen und Touristen stationär aufnimmt und behandelt.

2.1.5.3 HF – Finanzierungssystem

HF.1 Finanzierungssystem Staat und verpflichtende Beitragssysteme der Gesundheitsfinanzierung

Ein Finanzierungssystem Staat (HF.1.1) ist gekennzeichnet durch die verpflichtende Partizipation gebietsansässiger Personen in einem solchen System zumeist in der Form von Steuerzahlungen. Die Anspruchsberechtigung auf Gesundheitsleistungen kann entweder universell oder für definierte Gruppen gelten. Die verpflichtenden Beitragssysteme (HF.1.2) unterscheiden sich hiervon insoweit, als die Voraussetzung für eine Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens auf Beitragszahlungen basieren. Für Österreich umfasst dies das System der Sozialversicherung (HF.1.2.1). Grundsätzlich fallen aber auch verpflichtende private Sozialversicherungssysteme (HF1.2.2) hierunter.

HF.2 Freiwillige Systeme der Gesundheitsfinanzierung

Freiwilligkeit meint in diesem Zusammenhang die Abwesenheit von Partizipationspflicht im Finanzierungssystem durch rechtliche Normen. Die Inanspruchnahme von Leistungen setzt entweder Beiträge (Prämienzahlungen) bei freiwilligen Krankenversicherungen (HF.2.1) voraus oder folgt den Systemregeln des HF.2.2 Finanzierungssystem Private Organisationen ohne Erwerbszweck. Sowohl Mittelaufbringung als auch Leistungsumfang können im Rahmen eines HF.2.2 Finanzierungssystems eigenhändig durch POoEs bestimmt werden. Das Finanzierungssystem Unternehmen (HF.2.3.) umfasst auch betriebsärztliche Tätigkeiten, deren Leistungsumfang zumeist eine rechtliche Grundlage besitzen. Aus der Sicht des Individuums ist die Partizipation, d.h. die Anstellung in einem Unternehmen, jedoch freiwillig.

HF.3 Selbstzahlungen der privaten Haushalte

Selbstzahlungen der Haushalte fallen ebenfalls unter die freiwilligen Finanzierungssysteme. Im Unterschied zu HF.2 gibt es jedoch per se keine interpersonelle und intertemporäre Risikostreuung. Zahlungen haben im Normalfall bei Inanspruchnahme der Gesundheitsleistung durch das Individuum zu erfolgen, unabhängig ob oder wieviel finanzielle Vorsorge getroffen wurde. Werden Selbstzahlungen der Haushalte im Nachhinein durch Dritte ersetzt, sind diese Beträge dem jeweiligen Kostenträger-Finanzierungssystem zuzuordnen. Bei den Selbstzahlun-

gen wird weiters zwischen reinen Selbstzahlungen (HF.3.1) und Selbstbehalten (Kostenteilung mit Dritten, HF.3.2) unterschieden.

HF.4 Übrige Welt

Hierbei handelt es sich um Finanzierungssysteme im Inland, die durch nicht-gebietsansässige Finanziers betrieben werden. Die Kategorie zielt damit etwa auf internationale POoE ab, die im Rahmen von Entwicklungszusammenarbeit die Finanzierung (und Organisation) von Teilen der Gesundheitsversorgung übernehmen.

2.1.6 Verwendete Klassifikationen

Die SHA 2011 Klassifikationen Finanzierungssystem (HF), Leistungserbringer (HP) und Gesundheitsleistungen und -güter (HC) (siehe 2.1.5 Erhebungs- und Darstellungsmerkmale) sind die zentralen Systematiken der österreichischen Gesundheitsausgabenrechnung.

Hinzu kommen internationale Klassifikationen, auf welchen das SHA 2011 einerseits aufbaut. Andererseits werden die Beziehungen des System of Health Accounts zu verschiedenen Klassifikationen für die Erarbeitung der Gesundheitsausgabenrechnung genutzt. Diese sind:

- COFOG – Classification of the Functions of Government
- COICOP – Classification of Individual Consumption by Purpose
- ÖNACE – Österreichische Systematik der Wirtschaftstätigkeiten (Nomenclature statistique des activités économiques dans la Communauté européenne)
- ÖCPA – Österreichische Systematik der Güter (International Standard Classification of Products by Activity)
- ÖISCO – Österreichische Berufsklassifikation (International Standard Classification of Occupations)

Alle Details zu diesen Klassifikationen sind auf der [STAT-Website](#) zu finden.

2.1.7 Regionale Gliederung

Die Gesundheitsausgabenrechnung gemäß System of Health Accounts steht in ihrer Gesamtheit nur für Österreich zur Verfügung. Die Teilrechnung über die öffentlichen Ausgaben für landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten (Fondskrankenanstalten) wird auch auf Bundesländer-Ebene publiziert.

2.2 Erstellung der Statistik, Datenaufarbeitung, qualitätssichernde Maßnahmen

2.2.1 Plausibilitätsprüfung, Prüfung der verwendeten Datenquellen

Die Mehrzahl an verwendeten Daten bzw. Datenquellen werden bereits vor der Erstellung der Gesundheitsausgabenrechnung in mehreren Schritten auf Plausibilität überprüft. Wie diese Plausibilitätsprüfungen in den einzelnen Teilbereichen funktionieren, ist der [Standard-Dokumentation Gebarungsstatistik ab 2014](#) (Kapitel 2.2.2), der [Standard-Dokumentation Sektor Staat - Jahresrechnung \(VGR\) ab 1995](#) (Kapitel 2.2.1), der [Standard-Dokumentation Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen VGR-Jahresrechnung](#) (Kapitel 2.2.1) sowie der [Input-Output-Statistik ab 1995](#) (Kapitel 2.2.1) zu entnehmen. Im Rahmen der Gesundheitsausgabenrechnung nach SHA erfolgt eine weitere Prüfung bei der Erstellung der aktuellen Tabellen. Die neuesten Werte werden mit den Vorjahresergebnissen verglichen. Sofern es zu unüblichen Abweichungen im Vergleich zum Vorjahr kommt, wird die Ursache der Veränderung eruiert. Bei der Inkorporation neuer Datenquellen erfolgt eine Abklärung zur Qualität der Daten mit den jeweiligen Dateneignerinnen und -eignern bzw. auch mit hausinternen Expertinnen und Experten.

2.2.2 Imputation (bei Antwortausfällen bzw. unvollständigen Datenbeständen)

„Imputation bei Antwortausfällen“ trifft nicht zu, da es sich um keine Primärstatistik handelt. Sofern es zu unvollständigen Datenbeständen kommt und diese Unvollständigkeits nicht bereits durch die vorgelagerten Statistiken behoben worden sind, werden hierbei Fortschreibungen auf Basis der Werte vergangener Jahre oder auf Grundlage bestimmter Indikatoren für die aktuelle Gesundheitsausgabenrechnung verwendet. Die vorläufigen Werte werden im Zuge der jährlichen Revision der Gesundheitsausgaben durch endgültige Werte ersetzt.

2.2.3 Erstellung des Datenkörpers, (weitere) verwendete Rechenmodelle, statistische Schätzmethoden

Die österreichischen Gesundheitsausgaben nach System of Health Accounts werden auf verschiedene Weise strukturiert und präsentiert:

- Zeitreihe der Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts
- Laufende Gesundheitsausgaben nach Gesundheitsleistungen und -güter (HC) und Finanzierungssystemen (HF), SHA-Tabelle HCxHF
- Laufende Gesundheitsausgaben nach Gesundheitsleistungen und -güter (HC) und Leistungserbringern (HP), SHA Tabelle HCxHP
- Laufende Gesundheitsausgaben nach Leistungserbringern (HP) und Finanzierungssystemen (HF), SHA-Tabelle HPxHF
- Laufende Gesundheitsausgaben nach Gesundheitsleistungen und -güter (HC), Leistungserbringern (HP) und Finanzierungssystemen (HF), SHA-Tabelle HCxHPxHF
- Öffentliche laufende Gesundheitsausgaben für Fondskrankenanstalten nach Finanzierungssystemen und nach Bundesländern

Die genannten Darstellungsformen sind miteinander kompatibel. Alle vier genannten SHA-Tabellen weisen als Gesamtsumme das Aggregat **laufende Gesundheitsausgaben** aus, welches auch in der Zeitreihe der Gesundheitsausgaben abgebildet ist. Die öffentlichen laufenden Gesundheitsausgaben für Fondskrankenanstalten sind aufgrund ihrer gesundheitspolitischen Bedeutung nach Bundesländern und öffentlichen Finanzierungssystemen extra ausgewiesen. In den SHA-Tabellen sind sie als eine Teilmenge aller öffentlichen Ausgaben für Spitäler (HP.1, HF.1) enthalten.

Die kleinste Analyseeinheit bzw. der kleinste SHA-„Baustein“ ist jeder Ausgabenstrom, der eindeutig und ausschließlich den Ausprägungen der Dimensionen Finanzierung (HF), Leistungserbringer (HP) und Gesundheitsleistungen und -güter (HC) auf der jeweils detailliertesten Ebene der Klassifikationen für Gesundheitsausgaben (ICHA) zugeordnet werden kann. Diese Ausgabenströme bilden die Grundlage für alle Darstellungsweisen der österreichischen Gesundheitsausgaben und werden je nach zu Grunde liegendem Datenmaterial nach dem „top-down approach“ oder nach dem „bottom-up approach“ (siehe Kapitel 2.1.4.5) berechnet.

Zur Verfügung stehen die detaillierten SHA Tabellen HCxHF, HCxHP, HPxHF, HCxHPxHF ab dem Jahr 2004, die Zeitreihe der Gesundheitsausgaben ab 1990 und die Aufstellung der Gesundheitsausgaben für Fondskrankenanstalten ab 2004. Für alle Darstellungsformen der österreichischen Gesundheitsausgaben gilt, dass die Ergebnisse bis inklusive dem Jahr 2003 nach den Konzepten und Methoden des SHA 1.0 Manuals berechnet wurden; ab dem Jahr 2004 ist das SHA 2011 Manual die methodische Grundlage.

In den folgenden Beschreibungen werden im Abschnitt 2.2.3.1 (SHA-Tabelle HCxHF) in erster Linie die Inhalte der jeweiligen HCxHF-Kategorien dargestellt. Im Abschnitt 2.2.3.2 (SHA-Tabelle HPxHF) wird zudem auf die jeweils verwendeten Datenquellen und Berechnungsmethoden eingegangen. In den Abschnitten 2.2.3.3 bis 2.2.3.5 dieses Kapitels (SHA-Tabelle HCxHP, SHA Tabelle HCxHPxHF sowie Zeitreihe der Gesundheitsausgaben) werden die weiteren Darstellungen der Gesundheitsausgaben kurz präsentiert bzw. die Zusammenhänge zwischen den SHA-Tabellen und der Zeitreihe der Gesundheitsausgaben erläutert. Zu beachten ist dabei, dass es sich bei all diesen Tabellen lediglich um eine unterschiedliche Darstellungsweise der laufenden Gesundheitsausgaben für Österreich handelt.

2.2.3.1 SHA-Tabelle HCxHF: Berechnung der Gesundheitsausgaben nach Gesundheitsleistungen und -gütern (HC) und Finanzierungssystemen (HF)

Die Berechnung der Gesundheitsausgaben nach Gesundheitsleistungen und -gütern (HC) gliedert sich in Ausgaben der Finanzierungssysteme Staat und verpflichtende Beitragssysteme (HF.1), welche aus den Systemen der Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Gemeinden, HF.1.1) und der Sozialversicherungsträger (HF.1.2.1) bestehen. Die freiwilligen Systeme der Gesundheitsfinanzierung (HF.2) bestehen aus freiwilligen Krankenversicherungssystemen (HF.2.1), Finanzierungssystem Private Organisationen ohne Erwerbszweck (HF.2.2) und Unternehmen (HF.2.3). Selbstzahlungen der privaten Haushalte finden sich unter der Kategorie HF.3 (siehe Tabelle 9).

Der erste Block in der Tabelle stellt die Ausgaben der individuellen Gesundheitsdienstleistungen (HC.1 bis HC.3), unterteilt in stationäre, tagesklinische, ambulante und häusliche Behandlungen im kurativen und rehabilitativen Sektor sowie Unterkategorien der Langzeitpflege, dar. Zusammen mit den Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung (HC.4) und den medizinischen Gütern (HC.5) erhält man die Summe der individuellen Gesundheitsleistungen und -güter. Für die gesamten laufenden Gesundheitsausgaben müssen noch die (teilweise kollektiven) Ausgaben der Prävention (HC.6) und Verwaltung der Gesundheitsversorgung und Gesundheitssystemfinanzierung (HC.7) addiert werden.

HF.1.1 Finanzierungssystem Staat (Bund, Länder und Gemeinden)

In die **stationären Gesundheitsausgaben (HC.1.1, HC.2.1)** für kurative und rehabilitative Behandlungen fließen laufende LKF-Ausgaben der Gebietskörperschaften über neun Landesgesundheitsfonds (LGF) an Fondskrankenanstalten sowie Mittel zur Betriebsabgangsdeckung der Fondskrankenanstalten, die dem Bereich der stationären Versorgung zugerechnet werden können, ein. Sowohl die Beihilfen nach GSBG¹² als auch die Ersätze für die Abschaffung der Selbstträgerschaft¹³ sind ebenfalls in den stationären Gesundheitsausgaben enthalten. Weiters sind hier die Gesundheitsausgaben für stationäre Behandlungen von Insassinnen und Insassen von Justizanstalten sowie die Heeresausgaben für die stationäre Behandlung von Militärbediensteten erfasst. Auch die Ausgaben im Rahmen der Sozialhilfe für stationäre Gesundheitsversorgung in Krankenanstalten sowie Ausgaben im Rahmen der Behindertenhilfe für stationäre rehabilitative Gesundheitsleistungen (Suchtkrankenhilfe, Heilbehandlung) werden hier verbucht.

Die Gesundheitsausgaben für kurative und rehabilitative **Tagesfälle (HC.1.2, HC.2.2)** beinhalten einen Anteil der Landesgesundheitsfonds-Zahlungen, des Betriebsabganges der Länder und Gemeinden, der GSBG-Beihilfen, der Ersätze für die Abschaffung der Selbstträgerschaft und der Sozialhilfe in den Krankenanstalten.

Die **ambulanten Gesundheitsausgaben (HC.1.3, HC.2.3)** des Bundes, der Länder und der Gemeinden im kurativen und rehabilitativen Sektor setzen sich aus Ausgaben der Landesgesundheitsfonds für Fondskrankenanstalten und aus Mitteln zur Betriebsabgangsdeckung für die ambulante Gesundheitsversorgung (Spitalsambulanzen) zusammen. Die Ausgaben des Bundes für Insassinnen und Insassen von Justizanstalten sowie Heeresausgaben für ambulante Behandlungen von Militärbediensteten fallen ebenfalls unter die Kategorie der ambulanten Gesundheitsausgaben. Auch die Ausgaben des Bundes für Beihilfen nach GSBG an Ärztinnen und Ärzte, selbstständige Ambulatorien und Krankenanstalten sowie Ausgaben an die Universitätszahnklinik Wien wurden inkludiert. Ebenfalls inkludiert sind anteilig Mittel für die Abschaffung der Selbstträgerschaft. Weiters sind Ausgaben der Gebietskörperschaften für ambulante Gesundheitsdienste (medizinische Bereichsversorgung, Zahnstation, Röntgenzug, Gesundheitsbus, etc.) und Ausgaben für Leistungen im Rahmen der Sozial- und Behindertenhilfe in den ambulanten kurativen und rehabilitativen Gesundheitsausgaben nach HF.1.1 enthalten.

¹² Die GSBG-Beihilfen sind im Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz geregelt und werden auch in Kapitel 2.2.3.2 unter Krankenanstalten detaillierter beschrieben.

¹³ Die Zahlungen werden vom Bund an Spitalsträger geleistet, um höhere Ausgaben aufgrund einer gesetzlichen Änderung zu kompensieren (näheres siehe Kapitel 2.2.3.2).

Tabelle 9: Laufende Gesundheitsausgaben nach Gesundheitsleistungen und -gütern (HC) und Finanzierungssystemen (HF), 2017 (in Mio. Euro)

	Financing schemes	HF.1	HF.1.1	HF.1.2*	HF.2	HF.2.1	HF.2.2	HF.2.3	HF.3	HF.3.2**	HF.4	
Health care functions		Government schemes and compulsory contributory health care financing schemes	Government schemes	Compulsory contributory health insurance schemes - Social health insurance schemes	Voluntary health care payment schemes	Voluntary health insurance schemes	Non-profit institutions financing schemes	Enterprise financing schemes	Household out-of-pocket payment	Cost sharing with third-party payer - Social health insurance schemes	Rest of the world financing schemes	Current expenditure on health care HF.1-HF.4
HC.1.1;HC.2.1	Inpatient curative and rehabilitative care	10.907	5.000	5.907	1.143	920	224	0	528	81	0	12.578
HC.1.2;HC.2.2	Day curative and rehabilitative care	413	227	186	0	0	0	0	1	0	0	414
HC.1.3;HC.2.3	Outpatient curative and rehabilitative care	6.898	1.489	5.408	204	159	45	0	2.625	230	0	9.726
HC.1.4;HC.2.4	Home-based curative and rehabilitative care	23	3	20	0	0	0	0	0	0	0	23
HC.3.1	Inpatient long-term care (health)	1.644	1.644	0	0	0	0	0	1.298	0	0	2.943
HC.3.2	Day long-term care (health)	45	45	0	0	0	0	0	0	0	0	45
HC.3.3	Outpatient long-term care (health)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HC.3.4	Home-based long-term care (health)	2.380	2.369	10	108	0	108	0	188	0	0	2.676
HC.1-HC.3	Personal health care services	22.309	10.777	11.532	1.455	1.079	377	0	4.639	311	0	28.404
HC.4	Ancillary services (non-specified by function)	774	136	638	263	14	248	0	124	11	0	1.161
HC.5.1	Pharmaceuticals and other medical non-durable goods (non-specified by function)	3.203	0	3.203	35	35	0	0	1.476	394	0	4.714
HC.5.2	Therapeutic appliances and other medical goods (non-specified by function)	732	0	732	136	136	0	0	1.005	7	0	1.873
HC.1-HC.5	Personal health care services and goods	27.018	10.913	16.105	1.889	1.264	625	0	7.244	723	0	36.151
HC.6	Preventive care	604	412	192	98	3	18	77	141	0	0	843
HC.7	Governance, and health system and financing administration	838	107	731	626	626	0	0	0	0	0	1.464
HC.9	Other health care services not elsewhere classified (n.e.c.).	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Current expenditure on health care HC.1-HC.9	28.459	11.432	17.027	2.613	1.893	643	77	7.385	723	0	38.457

* incl. only social health insurance schemes (HF.1.2.1)

**incl. only cost sharing with social health insurance schemes (part of HF.3.2.1)

S: STATISTICS AUSTRIA, National Accounts, company reports, own calculations/estimations. Rounding differences were not settled. Compiled on 12 February 2019 (preliminary data).

Die Ausgabenpositionen der **Langzeitpflege** beinhalten dieselben Untergliederungen wie die kurativen und rehabilitativen Gesundheitsausgaben zuvor. Die **stationäre Langzeitpflege (HC.3.1)** umfasst die Mittel der Länder und Gemeinden für stationäre Behandlung in Pflegeheimen und jenen Teil des Bundespflegegeldes, welcher an Sozialhilfeträger ausbezahlt wird, um Teile der Kosten für die Betreuung in Pflegeheimen zu decken.

Gesundheitsausgaben für teilstationäre Pflege, aber auch für Kurzzeitpflege werden gemäß SHA in der **Tagespflege (HC.3.2)** verbucht. Weiteres mit dem Argument, dass die Aufnahme ins Pflegeheim temporär ist (siehe [SHA 2011 – Erläuterungen Langzeitpflege](#), S.15).

Die Ausgaben für **häusliche Langzeitpflege (HC.3.4)** der Gebietskörperschaften inkludieren die Haushaltsproduktion von Gesundheitsleistungen. Die Produktion medizinischer und pflegerischer Gesundheitsleistungen findet nicht nur in entsprechenden Einrichtungen statt, sondern auch in den privaten Haushalten, wo Kranke, Behinderte oder Betagte von beispielsweise Familienangehörigen gepflegt und versorgt werden. Diese Haushaltsproduktion wird laut SHA-Manual 2011 in der Gesundheitsausgabenrechnung berücksichtigt. Um die häusliche Pflege in Österreich als „bezahlte“ Haushaltsproduktion abbilden zu können, wird das Pflegegeld herangezogen. Wie bereits im Kapitel 2.1.4.4 beschrieben, wird diese Ausgabenposition im SHA anders behandelt als in der VGR. In der VGR wird das Pflegegeld als Transfer an Haushalte behandelt, im SHA fließen diese Mittel als Produktion von Gesundheitsleistungen durch Haushaltsmitglieder in die Gesundheitsausgaben ein. Dieselbe Begründung gilt für die Hinzunahme der Pflegekarezzahlungen in die Gesundheitsausgabenrechnung. Des Weiteren werden von den Gebietskörperschaften die professionellen Pflegedienste im Rahmen der Hauskrankenpflege und der 24-Stunden Betreuung selbst durchgeführt oder finanziell unterstützt.

In die Kategorie der **Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung (HC.4)** fließen die Ausgaben des Bundes, der Länder und der Gemeinden für den Krankentransport und die Rettungsdienste.

Die Ausgabenposition **Prävention (HC.6)** setzt sich aus Ausgaben des Fonds Gesundes Österreich, der Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) sowie Ausgaben für den Schulgesundheitsdienst, Mutter-Kind-Pass Untersuchungen, Vorsorgeuntersuchungen, etc. zusammen.

Die Gesundheitsausgaben für **Verwaltung der Gesundheitsversorgung und Gesundheitssystemfinanzierung (HC.7)** berechnen sich u.a. aus den Ausgaben der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG, exklusive Fonds Gesundes Österreich) und den Ausgaben des Bundes für die Verwaltung des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.

HF.1.2.1 Finanzierungssystem Sozialversicherungsträger

Die **stationären Gesundheitsausgaben (HC.1.1, HC.2.1)** für den kurativen und rehabilitativen Bereich beinhalten zum Einen den Finanzierungsanteil der Sozialversicherungsträger, der über die Landesgesundheitsfonds an die Fondsspitäler fließt. Zusätzlich sind die Ausgaben für Vertragseinrichtungen und eigene Einrichtungen (z.B. Unfallkrankenhäuser, Rehabilitationsanstalten oder Kuranstalten), die Zahlungen des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) an Vertragskrankenanstalten und die Ausgaben der Krankenfürsorgeanstalten für Anstaltspflege inkludiert. Eine weitere Ausgabenkategorie umfasst SV-Zahlungen an stationäre Einrichtungen im Ausland für die Behandlung gebietsansässiger Personen.

Unter die Kategorie kurative und rehabilitative **Tagesfälle (HC.1.2, HC.2.2)** wird der Ausgabenanteil der Sozialversicherungsträger an die Landesgesundheitsfonds für die tagesklinische Versorgung verbucht.

Bei den **ambulanten Gesundheitsausgaben (HC.1.3, HC.2.3)** werden alle kurativen und rehabilitativen Ausgaben der Sozialversicherungsträger für ärztliche Hilfe (Leistungen durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Leistungen durch Wahlärztinnen und Wahlärzte, ambulante Leistungen in den Ambulatorien und Unfallspitälern der Sozialversicherungsträger und in sonstigen Einrichtungen, nichtärztliche Dienstleistungen, ambulante Leistungen für Gebietsansässige im Ausland), Zahnbehandlung, Zahnersatz und sonstige ambulante Leistungen, welche in den Rechnungsabschlüssen des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger ausgewiesen sind, verbucht. Des Weiteren wird der Anteil der Sozialversicherung an den Mitteln der

Landesgesundheitsfonds für die ambulante Gesundheitsversorgung (Spitalsambulanzen) berücksichtigt. Ebenso werden hier die Ausgaben der Krankenfürsorgeanstalten für ärztliche Hilfe und Zahnbehandlung sowie Leistungen des In-Vitro-Fertilisationsfonds erfasst. Letztere werden zwar nicht von den Sozialversicherungsträgern finanziert, werden aber aufgrund der Kriterien für die Finanzierungssysteme nach SHA 2011 (Inanspruchnahme der Leistung nur bei Versichertenstatus bei einem der KV-Träger) dem Finanzierungssystem Sozialversicherungsträger zugeordnet.

Die Ausgaben der Sozialversicherungsträger für die medizinische Hauskrankenpflege fällt als krankenhausersetzende Maßnahme in die Kategorie kurative **häusliche Gesundheitsversorgung (HC.1.4)**. In der Kategorie der **häuslichen Langzeitpflege (HC.3.4)** fällt das Pflegegeld aufgrund eines Unfallversicherungsfalles.

In die Kategorie der **Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung (HC.4)** fallen die Ausgaben der Sozialversicherungsträger (inkl. der Krankenfürsorgeanstalten) für den Krankentransport, für die Dienstleistungen in klinischen Laboren und für bildgebende Diagnoseverfahren.

Die Gesundheitsausgaben für **medizinische Güter (HC.5)** berechnen sich aus den Ausgaben der Sozialversicherungsträger (inkl. der Krankenfürsorgeanstalten) für Arzneimittel sowie für Heilbehelfe und Hilfsmittel wie z.B. Seh- und Hörbehelfe, orthopädische und prothetische Hilfsmittel oder Rollstühle.

Bei der Kategorie **Prävention (HC.6)** werden die Gesundheitsausgaben der Sozialversicherungsträger (inkl. der Krankenfürsorgeanstalten) für Jugendlichenuntersuchungen, Gesundheitsförderung und sonstige Maßnahmen (z.B. Zeckenschutzimpfungen, Ernährungsberatung, Präventionsangebote für spezifische Zielgruppen etc.) erfasst. Des Weiteren sind hier die Ausgaben der Unfallversicherungsträger für Erste-Hilfe-Leistungen, Unfallverhütung und Präventionsberatung inkludiert.

Bei der Position **Verwaltung der Gesundheitsversorgung und Gesundheitssystemfinanzierung (HC.7)** werden alle gesundheitlich relevanten Verwaltungsausgaben der Sozialversicherungsträger inkl. des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger, Ausgaben für den Vertrauensärztlichen Dienst und Abschreibungen in der Verwaltung der Sozialversicherungsträger inkludiert. Ebenso werden hier die Verwaltungsausgaben der Krankenfürsorgeanstalten und des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) sowie die im Zusammenhang mit der Auszahlung des Pflegegeldes aufgrund eines Unfallversicherungsfalles anfallenden Verwaltungsaufwände erfasst.

HF.2.1 Freiwillige Krankenversicherungssysteme

Die **stationären Gesundheitsausgaben (HC.1.1, HC.2.1)** der privaten Krankenversicherungen beinhalten Ausgaben in Krankenhäusern (inkl. Rehabilitationszentren) und Kuranstalten für kurative und rehabilitative Leistungen.

Die Gesundheitsausgaben in den Kategorien **ambulante Gesundheitsversorgung (HC.1.3, HC.2.3)**, **Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung (HC.4)** sowie **Prävention (HC.6)** der freiwilligen Versicherungssysteme beinhalten Ausgaben für ärztliche und zahnärztliche Dienstleistungen, sowie für abgerechnete Gesundheitsleistungen im Rahmen der Auslandsreiseversicherungen.

Die Ausgabenposition der **medizinischen Güter (HC.5)** beinhaltet Ausgaben für Arzneimittel und sonstige medizinische Verbrauchsgüter (Medikamente, Verbandsmaterial, etc.) sowie für therapeutische Hilfsmittel und sonstige medizinische Güter (bspw. Prothesen, Brillen, Rollstühle).

Für die Berechnung der **Verwaltung der Gesundheitsversorgung und Gesundheitssystemfinanzierung (HC.7)** der freiwilligen Krankenversicherungssysteme wird die „Service Charge“¹⁴ der Krankenversicherungsunternehmen herangezogen.

HF.2.2 Finanzierungssystem Private Organisationen ohne Erwerbszweck (POoE)

Die **stationären Gesundheitsausgaben (HC.1.1, HC.2.1)** im kurativen und rehabilitativen Sektor umfassen einerseits die Ausgaben derjenigen POoE-Krankenanstalten, welche ab 1997 nicht zu Fondskrankenanstalten wurden, da sie außerhalb des Akutbereiches, insbesondere für die Behandlung von chronischen Erkrankungen, zuständig sind. Andererseits sind geistliche Orden und Glaubensgemeinschaften auch Rechtsträger von Fondskrankenanstalten, deren Eigenmittel zum Betriebsabgang auch hier in die Ausgaben des Finanzierungssystems POoE fließen.

Des Weiteren werden bei den **ambulanten Gesundheitsausgaben (HC.1.3, HC.2.3)** die Ausgaben für therapeutische Leistungen, Leistungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe und der Kinderkrebshilfe mit einbezogen. Bei der **häuslichen Langzeitpflege (HC.3.4)** sind vor allem die Aufwendungen für die Hauskrankenpflege und für mobile Hospiz- und Palliativversorgung inkludiert. Die **Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung (HC.4)** umfassen die Ausgaben für den Krankentransport und die Rettungsdienste und die Ausgaben für Präventionsleistungen sind der Kategorie **Prävention (HC.6)** zugeordnet.

HF.2.3 Unternehmen

Hierunter sind die Ausgaben von nichtfinanziellen und finanziellen Kapitalgesellschaften für betriebsärztliche Leistungen enthalten. Diese Ausgaben fallen in die Kategorie **Prävention (HC.6)**. Diese Ausgaben stellen die zweite Adaption der Gesundheitsausgaben nach SHA im Vergleich zur VGR dar. Wie bereits in Kapitel 2.1.4.4 beschrieben, werden die Ausgaben für betriebsärztliche Leistungen in der VGR als Vorleistungen verbucht. Im SHA werden diese Aufwendungen als Gesundheitsausgaben inkludiert.

HF.3 Selbstzahlungen der Privaten Haushalte

Diese gliedern sich weiter in reine Selbstzahlungen (HF.3.1) sowie Kostenbeteiligungen mit Dritten (HF.3.2). Die Trennung ist aufgrund der Datenlage zumeist nicht trivial. Ausreichende Informationen zu Selbstbehalten stehen von den Sozialversicherungsträgern (HF.1.2.1) zur Verfügung, sodass diese Ausgaben explizit dargestellt werden können.

Die kurativen und rehabilitativen **stationären Gesundheitsausgaben (HC.1.1, HC.2.1)** der privaten Haushalte beinhalten Ausgaben in den Krankenanstalten (inkl. Rehabilitationszentren) sowie für Kuranstalten. Sie umfassen neben den reinen Selbstzahlungen auch Kostenbeteiligungen mit den Sozialversicherungsträgern.

Die Gesundheitsausgaben für **ambulante Gesundheitsversorgung (HC.1.3, HC.2.3)** umfassen Ausgaben für ärztliche und zahnärztliche Dienstleistungen, sowie für Dienstleistungen nichtärztlicher Gesundheitsdienste. Teile der Ausgaben sind Selbstbehalte für Finanzierungsleistungen der Sozialversicherungsträger.

Langzeitpflegeausgaben (HC.3) werden von den privaten Haushalten in Pflegeheimen (**HC.3.1**), für die Hauskrankenpflege und für die 24-Stunden Betreuung (**HC.3.4**) geleistet.

In die Kategorie der **Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung (HC.4)** fließen Ausgaben der privaten Haushalte für Krankentransport und Rettungsdienst sowie Selbstzahlungen für klinische Labors und bildgebende Diagnostik, wobei Kostenbeteiligungen mit HF.1.2.1 existieren.

Die Ausgabenposition der **medizinischen Güter (HC.5)** beinhalten Ausgaben für nicht-rezeptpflichtige Arzneimittel sowie für Verbandsmaterial, Prothesen, Rollstühle, Brillen, usw. Unter dieser Ausgabenposition ist auch die Rezeptgebühr als Selbstbehalt verbucht.

¹⁴ Das Dienstleistungsentgelt für Versicherungen setzt sich aus den Positionen der bezahlten Versicherungsprämien plus Kapitalerträge der Versicherer, auf die Versicherte Anspruch haben abzüglich (geglätteter) Versicherungsauszahlungen zusammen [ESVG 16.51]. Dies beinhaltet daher auch etwaige Betriebsüberschüsse.

In die Kategorie **Prävention (HC.6)** fließen u.a. Schätzungen für Gesundheitschecks und -beratungen, etc. ein.

2.2.3.2 SHA-Tabelle HPxHF: Berechnung der laufenden Gesundheitsausgaben nach Leistungserbringern (HP) und Finanzierungssystemen (HF)

Die laufenden Gesundheitsausgaben nach Leistungserbringern (HP) gliedern sich in Ausgaben des Bundes, der Länder und der Gemeinden (HF.1.1) und Ausgaben der Systeme gesetzlicher Sozialversicherungsträger (HF.1.2.1). Gemeinsam handelt es sich um Ausgaben der Finanzierungssysteme Staat und verpflichtende Beitragssysteme (HF.1). Die freiwilligen Systeme der Gesundheitsfinanzierung (HF.2) bestehen aus freiwilligen Krankenversicherungssystemen (HF.2.1), dem Finanzierungssystem Private Organisationen ohne Erwerbszweck (HF.2.2) und Unternehmen (HF.2.3). Selbstzahlungen der privaten Haushalte finden sich unter der Kategorie HF.3 (siehe Tabelle 10).

HF.1.1 Finanzierungssystem Staat

Der überwiegende Teil der öffentlichen Finanzierung der österreichischen **Krankenhäuser (HP.1)** entfällt auf die Finanzierung der Fondskrankenanstalten, deren komplexe Finanzierungsströme in Abbildung 2 veranschaulicht werden. Die öffentlichen Ausgaben laufen zum Großteil über die neun Landesgesundheitsfonds, welche von den Gebietskörperschaften und den Sozialversicherungsträgern gespeist werden. Die Höhe der sogenannten Mindestmittel zur Dotierung der Landesgesundheitsfonds ist in der jeweils gültigen Vereinbarung zur Finanzierung des Gesundheitswesens gemäß Artikel 15a B-VG geregelt. Über die jeweiligen Landesgesundheitsfonds werden in Österreich seit 1997 alle Fondskrankenanstalten abgerechnet. Zur Berechnung der öffentlichen Gesundheitsausgaben in Krankenanstalten werden spitalsrelevante Transferzahlungen der neun Landesgesundheitsfonds (LGF) an die Fondskrankenanstalten herangezogen. Diese Ausgaben beinhalten hauptsächlich die LKF-Abgeltung und Mittel für ambulante Leistungen in den Spitälern. Um die Ausgaben den jeweiligen Finanzierungssystemen (HF) zuordnen zu können, wird die Einnahmenstruktur der LGFs herangezogen und auf die Spitalsmittel umgelegt. Zusätzlich werden die Fondskrankenanstalten mittels Betriebszuschüssen der Rechtsträger bzw. Gebietskörperschaften finanziert. Die Betriebszuschüsse sind in den Rechnungsabschlüssen der Länder und Gemeinden und zum Teil auch in jenen der LGFs ausgewiesen. Ein Großteil der öffentlichen Krankenanstaltenfinanzierung erfolgt mittels Zahlungen der Landesgesundheitsfonds und den Betriebszuschüssen.

Zusätzlich zu diesen Mitteln fließen Ausgaben für Insassinnen und Insassen von Justizanstalten in die Fondskrankenanstalten. Diese Daten werden vom Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz bereitgestellt. Weiters ergehen Ausgaben des österreichischen Bundesheeres für die Versorgung von Heeresbediensteten an die Fondsspitäler.

Seit dem Jahr 1997 gilt für die Erbringer von Gesundheitsleistungen eine (unechte) Umsatzsteuerbefreiung. Das heißt, dass für die einzelnen Gesundheitsdienstleister keine Möglichkeit des Vorsteuerabzuges besteht. Der Ausgleich dieser Mehrbelastung – vor 1997 waren diese Einheiten vorsteuerabzugsberechtigt – ist im Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (GSBG) geregelt.

Die Daten über die GSBG-Beihilfen an die landesfondsfinitzierten Krankenanstalten werden in den Abschlüssen der Landesgesundheitsfonds abgebildet. Die ausgewiesenen GSBG-Mittel an Fondskrankenanstalten umfassen Beihilfen für den laufenden Betrieb, aber auch für den investiven Bereich. Da Bruttoanlageinvestitionen (inkl. Umsatzsteuer) der Spitälern schon in der, aus der VGR stammenden, Investitionsrechnung (siehe [Standard-Dokumentation Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen VGR-Jahresrechnung](#) (Kapitel 2.1.4.2.2)) enthalten sind, muss eine Korrektur um die GSBG-Mittel für Investitionen vorgenommen werden, um Doppelzählungen zu vermeiden. Die GSBG-Beihilfen für Kuranstalten und Kurheime werden anhand der Rechnungsabschlüsse des jeweiligen Trägers berechnet und dem Finanzierungssystem HF.1.1 zugerechnet.

Tabelle 10: Laufende Gesundheitsausgaben nach Leistungserbringern (HP) und Finanzierungssystemen (HF), 2017 (in Mio. Euro)

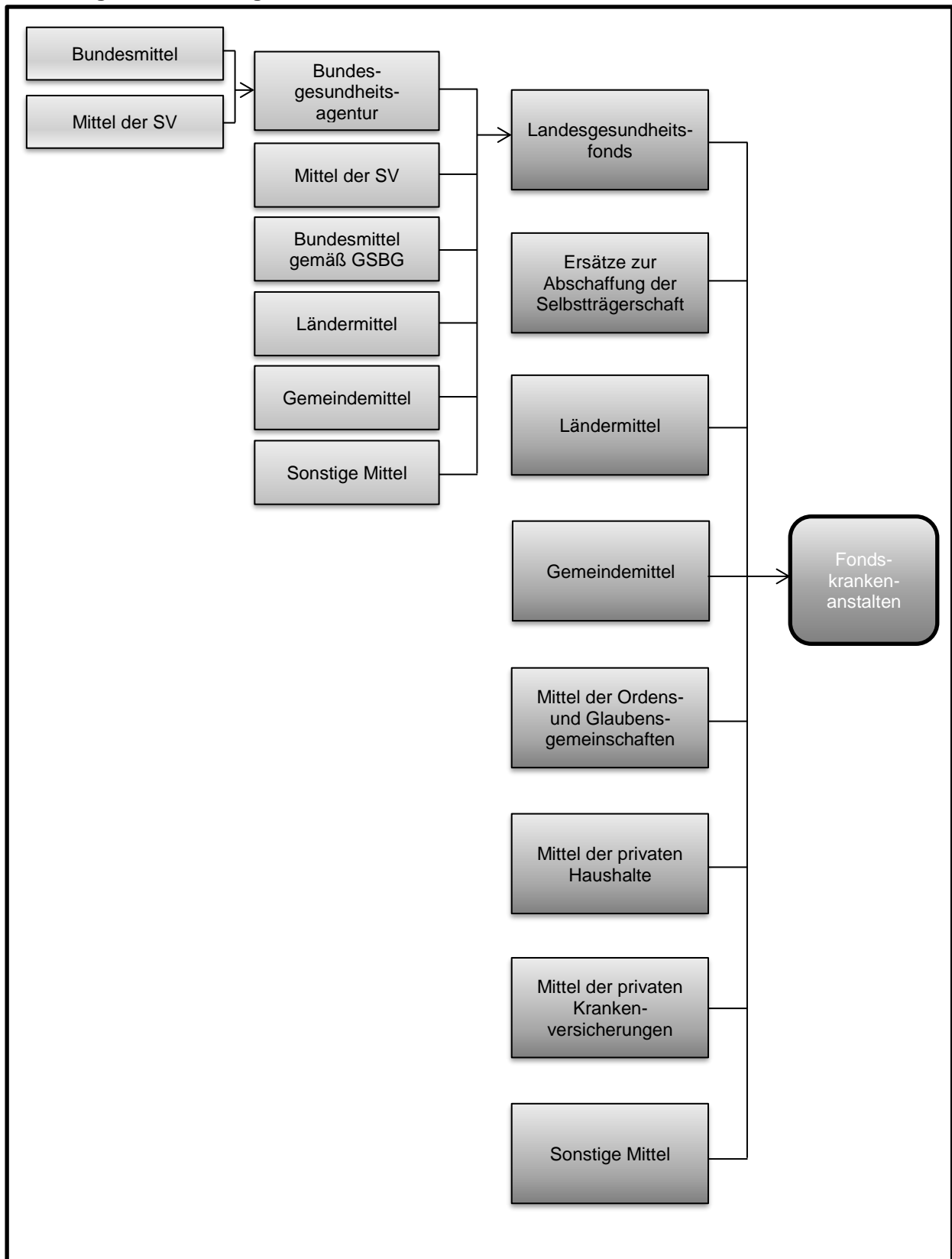
	Financing schemes	HF.1	HF.1.1	HF.1.2*	HF.2	HF.2.1	HF.2.2	HF.2.3	HF.3	HF.3.2**	HF.4	
Health care providers		Government schemes and compulsory contributory health care financing schemes	Government schemes	Compulsory contributory health insurance schemes - Social health insurance schemes	Voluntary health care payment schemes	Voluntary health insurance schemes	Non-profit institutions financing schemes	Enterprise financing schemes	Household out-of-pocket payment	Cost sharing with third-party payer - Social health insurance schemes	Rest of the world financing schemes (non-resident)	Current expenditure on health care HF.1-HF.4
HP.1	Hospitals	13.403	6.316	7.087	928	920	8	0	486	81	0	14.816
HP.2	Residential long-term care facilities	1.706	1.706	0	216	0	216	0	1.379	0	0	3.300
HP.3	Providers of ambulatory health care	5.639	774	4.865	306	153	153	0	2.822	280	0	8.767
HP.3.1	Medical practices	3.136	316	2.820	89	89	0	0	754	167	0	3.979
HP.3.2	Dental practices	880	33	847	38	38	0	0	920	113	0	1.838
HP.3.3	Other health care practitioners	302	3	300	39	0	39	0	589	0	0	930
HP.3.4	Ambulatory health care centers	1.017	139	878	32	26	6	0	371	0	0	1.420
HP.3.5	Providers of home health care services	304	284	20	108	0	108	0	188	0	0	600
HP.4	Providers of ancillary services	762	136	626	263	14	248	0	124	11	0	1.149
HP.4.1	Providers of patient transportation and emergency rescue	370	136	234	248	0	248	0	37	11	0	655
HP.4.2	Medical and diagnostic laboratories	392	0	392	14	14	0	0	88	0	0	494
HP.4.9	Other providers of ancillary services	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HP.5	Retailers and other providers of medical goods	3.472	0	3.472	171	171	0	0	2.430	351	0	6.073
HP.5.1	Pharmacies	2.740	0	2.740	35	35	0	0	1.426	344	0	4.200
HP.5.2	Retail sellers and other suppliers of durable medical goods and medical appliances	396	0	396	116	116	0	0	855	4	0	1.367
HP.5.9	All other miscellaneous sellers and other suppliers of pharmaceuticals and medical goods	336	0	336	20	20	0	0	149	3	0	505
HP.6	Providers of preventive care	286	189	97	18	0	18	0	0	0	0	304
HP.7	Providers of health care system administration and financing	838	107	731	626	626	0	0	0	0	0	1.464
HP.7.1	Government health administration agencies	73	73	0	0	0	0	0	0	0	0	73
HP.7.2	Social health insurance agencies	765	34	731	0	0	0	0	0	0	0	765
HP.7.3	Private health insurance administration agencies	0	0	0	626	626	0	0	0	0	0	626
HP.7.9	Other administration agencies	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HP.8	Rest of the economy	2.222	2.204	18	77	0	0	77	0	0	0	2.299
HP.8.1	Households as providers of home health care	2.099	2.088	10	0	0	0	0	0	0	0	2.099
HP.8.2	All other industries as secondary providers of health care	124	116	8	77	0	0	77	0	0	0	200
HP.9	Rest of the world	132	0	132	10	10	0	0	143	0	0	285
	Current expenditure on health care HP.1-HP.9	28.459	11.432	17.027	2.613	1.893	643	77	7.385	723	0	38.457

* incl. only social health insurance schemes (HF.1.2.1)

**incl. only cost sharing with social health insurance schemes (part of HF.3.2.1)

S: STATISTICS AUSTRIA, National Accounts, company reports, own calculations/estimations. Rounding differences were not settled. Compiled on 12 February 2019 (preliminary data).

Abbildung 2: Finanzierungsströme der Fondskrankenanstalten



Auch die Krankenanstalten unter den eigenen Einrichtungen der Sozialversicherungsträger (inkl. der Krankenfürsorgeanstalten) fallen unter die GSBG-Regelung. Hierbei handelt es sich vor allem um Unfallkrankenhäuser und Rehabilitationszentren. Die Daten über die finanziellen Mittel, welche diese Krankenanstalten erhalten, werden aus den Rechnungsabschlüssen des jeweiligen Sozialversicherungsträgers entnommen und der Kategorie HF.1.1 zugerechnet.

Im Rahmen der sogenannten Selbstträgerschaft bestritten die Gebietskörperschaften bzw. alle Träger gemeinnütziger Spitäler Familienbeihilfen und Mehrkindzuschläge für ihre Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer aus eigenen Mitteln. Mit dem Finanzausgleichsgesetz 2008 (FAG 2008) wurde die Selbstträgerschaft abgeschafft und die Gebietskörperschaften bzw. Krankenanstalten-träger in den allgemeinen Familienlastenausgleich (Familienlastenausgleichsgesetz 1967, FLAG) einbezogen. Die Umstellung hat jedoch den zu leistenden Dienstgeberbeitrag stärker erhöht als durch den Wegfall der selbst aufzubringenden Familienleistungen eingespart wurde. Die 2008 erhobenen Mehrkosten¹⁵ ersetzt der Bund jährlich, jedoch nicht valorisiert, direkt den jeweiligen Spitalsträgern. Dabei handelt es sich neben Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften¹⁶ auch um Länder, Gemeinden, Ordens- und Glaubensgemeinschaften oder auch die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt. Erst mit dem Finanzausgleichsgesetz 2017 (FAG 2017) wurden die Zuschüsse valorisiert.¹⁷

Eine weitere Ausgabengröße ist die stationäre Sozialhilfe in Krankenanstalten. Seit 2011 ist die bedarfsorientierte Mindestsicherung in allen Bundesländern umgesetzt und ersetzt die „offene“, d.h. an Privathaushalte geleistete, Sozialhilfe.¹⁸ Empfängerinnen und Empfänger der Mindestsicherung sind nun bei den gesetzlichen Krankenkassen herkömmlich krankenversichert und die Ausgaben für deren medizinische Leistungen entsprechend bei den Sozialversicherungsträgern (HF.1.2.1) erfasst, dennoch weisen die Länder nach wie vor Ausgaben der stationären Sozialhilfe für medizinische Leistungen auf. Für die Berechnung der Sozialhilfeausgaben für Behandlungen in Krankenanstalten, sofern noch Zahlungen existieren, werden die jeweiligen Landesrechnungsabschlüsse bzw. Detailinformationen der Landesämter herangezogen. Ausnahmen sind die Länder Steiermark und Vorarlberg, für welche die Rechnungsabschlüsse von Sozialhilfeverbänden bzw. Sozialfonds verwendet werden. Die Ausgaben für diese Kategorie werden netto dargestellt. Das heißt, dass Kostenbeiträge von Patientinnen und Patienten von den Aufwendungen abgezogen werden. Die jeweiligen Ausgaben werden dann mittels der jeweiligen Sozialhilfegesetze auf die Finanzierungsträger Land und Gemeinde aufgeteilt. Zusätzlich erfolgt anhand der Krankenhausendkostenabrechnung (Tabelle 2) des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz die Aufteilung dieser Ausgaben auf die stationäre, tagesklinische bzw. ambulante Gesundheitsversorgung.

Für die Länder Burgenland, Salzburg und Steiermark lassen sich in den Landesrechnungsabschlüssen bzw. Abschlüssen der Sozialhilfeverbände auch geringe Ausgaben der Heilbehandlung im Rahmen der Behindertenhilfe den Krankenanstalten zuordnen und anhand der Sozialhilfe- bzw. Behindertenhilfegesetze als Landes- oder Gemeindeausgabe erfassen.

Zur Berechnung der öffentlichen Gesundheitsausgaben der Gebietskörperschaften für **Einrichtungen der Langzeitpflege (HP.2)** werden je nach Bundesland unterschiedliche Datenquellen verwendet und analysiert. Die Ausgaben für Pflegeheime sind ebenfalls netto dargestellt, d.h. die Einnahmen (größtenteils Zuzahlungen der Patientinnen und Patienten) werden von den Ausgaben abgezogen. Für die Bundesländer Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Salzburg und Tirol werden die jeweiligen Rechnungsabschlüsse verwendet. In der Steiermark werden die Rechnungsabschlüsse der Sozialhilfeverbände als Datengrundlage herangezogen. In Vorarlberg dient der Rechnungsabschluss des Vorarlberger Sozialfonds als Basis für die Berechnung. In Oberösterreich wird auf die Daten der **Pflegedienstleistungsstatistik** der Statistik Austria (siehe Tabelle 2) zurückgegriffen, um die Ausgaben für Pflegeheime darzustellen. Anhand der jeweiligen Gesetze zur Finanzierung der Pflegeheime werden die Ausgaben auf die Landes- bzw. Gemeindeebene aufgeteilt. Die Gesundheitsausgaben der Wiener Pflegeheime werden anhand des Rechnungsabschlusses des Fonds Soziales Wien berechnet. Hinzukommen die Betriebsabgangsdeckungen bzw. anteiligen Verwaltungsausgaben für die Geriatrie des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV). Im Falle, dass eine pflegebedürftige

¹⁵ Siehe auch Verordnung des Bundesministers für Finanzen über die Auswirkungen der Abschaffung der Selbstträgerschaft – vorläufige Werte (BGBl. II Nr.421/2008)

¹⁶ Diese stehen im Eigentum der Länder sind aber Einheiten mit einer eigenen Rechtspersönlichkeit

¹⁷ Siehe auch Verordnung des Bundesministers für Finanzen über den Zuschuss an die Träger gemeinnütziger Krankenanstalten (BGBl. II Nr.410/2017)

¹⁸ Die bedarfsorientierte Mindestsicherung wird ab 2020 wieder von der Sozialhilfe abgelöst (BGBl. I Nr. 41/2019).

Person stationär auf Kosten oder unter Kostenbeteiligung eines Landes, einer Gemeinde oder eines Sozialhilfeverbandes gepflegt wird, steht diesem Kostenträger bis zu 80% des Pflegegeldes zu. Daher wird ein Anteil des Pflegegeldes zu den stationären Ausgaben in Pflegeheimen hinzugerechnet. Dieser Anteil wird mit Hilfe von Daten der Pensionsversicherungsanstalt erhoben, welche für die Auszahlung des Pflegegeldes verantwortlich ist. Geringe Entgelte fließen auch als Ersätze für die Abschaffung der Selbstträgerschaft an vier (2017) Pflegeeinrichtungen. Die Aufwendungen für Kurzzeitpflege sowie teilstationäre Pflege werden mittels Daten der Pflegedienstleistungsstatistik aus den Aufwendungen für stationäre Pflegeheime isoliert und ebenfalls in dieser Kategorie verbucht.

Die Ausgaben für stationäre Suchtkrankenhilfe im Rahmen der Behindertenhilfe werden in den Rechnungsabschlüssen der Länder Kärnten und Oberösterreich ausgewiesen. In der Steiermark laufen diese Mittel über die Sozialhilfeverbände, während sie in Vorarlberg in die Abrechnungsverantwortung des Vorarlberger Sozialfonds fallen. Für die restlichen Bundesländer gibt es keine detaillierten Informationen für diesen Bereich bzw. werden Gesundheitsleistungen im Rahmen der Suchtkrankenhilfe (dominant) durch ambulante Einrichtungen erbracht. Die Ausgaben werden wiederum den Sozialhilfe- bzw. Behindertenhilfegesetze der einzelnen Bundesländer folgend auf die Landes- bzw. Gemeindeebene verteilt.

Die Ausgaben für **ambulante Einrichtungen (HP.3)** berechnen sich einerseits aus den Gesundheitsausgaben für Insassinnen und Insassen in Justizanstalten (auf Basis des Bundes-Rechnungsabschlusses und von Daten vom BMVRDJ), für Heeresbedienstete (auf Basis von Daten vom BMLV) und der Universitätszahnklinik (auf Basis des Rechnungsabschlusses). Gemeinde- und Länderausgaben aus den jeweiligen Abschlüssen für etwa Zahnstationen finden sich ebenfalls in der Kategorie HP.3 wieder.

Auch an die ambulanten Leistungserbringer werden vom Bund GSBG-Mittel ausgezahlt. Bei der Berechnung dieser Mittel muss zwischen Ärztinnen und Ärzten bzw. Vertragspartnerinnen und Vertragspartnern sowie Einrichtungen der Sozialversicherungsträger (inkl. Krankenfürsorgeanstalten) unterschieden werden. Für letztere werden die Beihilfen direkt aus den jeweiligen Rechnungsabschlüssen entnommen. Bei der Berechnung für die beiden erst genannten Gruppen wird eine Aufstellung des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger zu den an die Vertragspartnerinnen und Vertragspartner weitergereichten GSBG-Beihilfen herangezogen.

Die Datenquellen der Hauskrankenpflege setzen sich zum einen aus den Rechnungsabschlüssen der Länder (Burgenland, Niederösterreich, Salzburg) und zum anderen aus den Sozialfonds- und Landesgesundheitsfondsabschlüssen (Vorarlberg, Wien, Oberösterreich) und Abrechnungsdaten der Sozialhilfeverbände (Steiermark) zusammen. Für Kärnten, Tirol und Wien werden von den Ämtern der Landesregierung bzw. vom Fonds Soziales Wien Detailinformationen übermittelt. Nur über diese Detailinformationen können in den genannten Bundesländern die Leistungen der Hauskrankenpflege von sozialen Betreuungsdiensten unterschieden werden. Zweitere liegen außerhalb des im SHA definierten Gesundheitssektors und sind daher nicht in die Gesundheitsausgabenrechnung zu inkludieren (siehe Kapitel 2.1.4.1). Für Niederösterreich liegt originär keine Differenzierung in Hauskrankenpflege und sozialen Betreuungsdienst vor. Hier wird der über den Landesrechnungsabschluss ermittelte Gesamtwert für Hauskrankenpflege und soziale Betreuungsdienste anhand des Verhältnisses zwischen Hauskrankenpflege und sozialen Betreuungsdiensten in anderen Bundesländern, für die diese Informationen vollständig vorliegen, quotiert. Wesentlich bei der Berechnung ist, dass bei den Ausgaben etwaige Einnahmen durch pflegebedürftige Personen abgezogen werden, um eine Nettodarstellung zu erhalten. Auf die Landes- bzw. Gemeindeebene werden die Ausgaben anhand der Sozialhilfe- und Mindestsicherungsgesetze der einzelnen Bundesländer gesplittet.

Ein Teil des Pflegegeldes ist bei Inanspruchnahme von sozialhilfeunterstützter Hauskrankenpflege an die Sozialhilfeträger (Länder, Gemeinden) zu leisten. Dieses Geld steht daher nicht als „Bezahlung“ für die Pflegeleistungen der Haushaltsmitglieder selbst zur Verfügung, sondern ist eine Teilabgeltung für Gesundheitsleistungen häuslicher Dienstleisterinnen und Dienstleister (HP.3.4). Datenquellen sind hier großteils Sozialberichte der Länder bzw. direkte Informationen aus den zuständigen Landesämtern.

Mit der Förderung der 24-Stunden Betreuung werden Pfleglinge von Bund und Ländern gemeinsam finanziell unterstützt. Durch das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) sowie Daten des Landes Niederösterreich können Ausgabenhöhen der Förderung strukturiert nach Pflegestufen bezogen werden. Zur Isolierung des gesundheitsbezogenen Anteils der 24-Stunden Betreuung wurde unterstellt, dass SHA relevante Pflege nur in dem Ausmaß erbracht wird, wie es dem Pflegebedarf in der jeweilig festgestellten Pflegestufe entspricht. Die restliche Arbeitszeit der 24-Stunden Betreuerinnen und Betreuer umfasst somit per Annahme die soziale Pflege (IADL) bzw. Bereitschaftsdienste und wird nicht in die Schätzung miteinbezogen (siehe Kapitel 2.1.4.1).

Die Datenquellen für die Ausgaben der ambulanten Sozial- und Behindertenhilfe sind ähnlich wie bei der Hauskrankenpflege durchaus breit gefächert. Je nach Bundesland kommen Rechnungsabschlüsse der Länder bzw. Länderfonds und von Leistungserbringern, Sozialberichte sowie direkt von den Landesämtern übermittelte Informationen zur Anwendung. Die Darstellung erfolgt netto und die Aufteilung zwischen Gemeinde- und Länderanteilen basiert auf den gesetzlichen Finanzierungsregeln.

Präventionsleistungen des Mutter-Kind-Passes (MUKIPA) und der Vorsorgeuntersuchungen werden teilweise oder sogar voll durch den Finanzier Sozialversicherungsträger bezahlt. Die Inanspruchnahme der MUKIPA-Untersuchungen steht jedoch jeder gebietsansässigen Mutter und ihrem Kind zu, unabhängig davon, ob sie sozialversichert ist oder nicht. Analog gilt das Gesagte für alle gebietsansässigen Personen (über 18 Jahren) in Bezug auf Vorsorgeuntersuchungen. Gemäß SHA 2011 Manual (insb. Grafik 7.2 in OECD/Eurostat/WHO 2011: 164) entspricht dies den Zugangsregeln zum Gesundheitswesen, wie sie in einem Finanzierungssystem Staat (HF.1.1) vorherrschen. Die Daten stammen aus dem Bundesrechnungsabschluss (MUKIPA) bzw. den Rechnungsabschlüssen der Sozialversicherungsträger (Vorsorgeuntersuchungen).

Die **Erbringer von Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung (HP.4)** umfassen das Rettungswesen sowie medizinische und diagnostische Labors. Ersteres macht den überwiegenden Teil der Ausgaben der Gebietskörperschaften für Kategorie HP.4 aus, während geringe GSBG-Mittel etwa an Röntgenambulatorien der Sozialversicherungsträger ergehen. Die Daten stammen aus den Rechnungsabschlüssen der Gebietskörperschaften bzw. der Sozialversicherungsträger (GSBG-Mittel).

Unter **Einrichtungen für präventive Gesundheitsversorgung (HP.6)** fallen Gesundheitsausgaben der Gebietskörperschaften für verschiedenste Präventionsmaßnahmen. Dies beinhaltet u.a. eigene Einrichtungen des Bundes wie den Fonds Gesundes Österreich oder die Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES). Auch hier werden die Rechnungsabschlüsse der Gebietskörperschaften herangezogen.

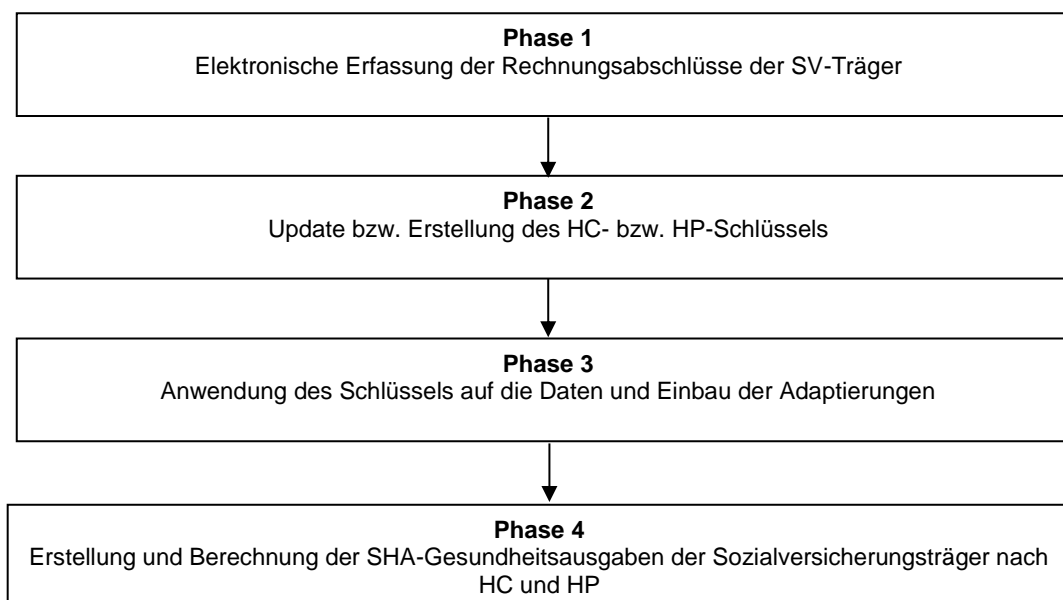
Unter **Einheiten der Verwaltung der Gesundheitsversorgung und Gesundheitssystemfinanzierung (HP.7)** werden Gesundheitsausgaben für die Verwaltung ausgewiesen. Diese umfassen u.a. Teile der Ausgaben des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz sowie den für die Auszahlung des Bundespflegegeldes anfallenden Verwaltungsaufwand.

Die **sonstigen Wirtschaftszweige (HP.8)** umfassen laut SHA-Manual anderweitig nicht genannte Wirtschaftszweige, die als Neben- oder sonstige Tätigkeit Gesundheitsleistungen erbringen. Dies sind etwa Gesundheitsleistungen in Schulen (aus den Gebarungsabschlüssen der Gebietskörperschaften), Justizeinrichtungen (auf Basis des Bundesrechnungsabschlusses und von Daten vom BMVRDJ) und Einrichtungen des Heeres (auf Basis von Daten vom BMLV). Zusätzlich gehören auch private Haushalte in diese Kategorie, welche häusliche Pflegeleistungen erbringen, die durch das Pflegegeld und die Pflegekarezzahlungen als Proxy für Leistungsentgelte auch monetär abgebildet werden. Häuslicher Pflege oder deren Organisation durch Haushaltsangehörige wird somit ein ökonomischer Wert zugeschrieben. Als Datenquelle dient hier die Finanzstatistik der Sozialversicherungsträger.

HF.1.2 Finanzierungssystem Sozialversicherungsträger

Bevor die einzelnen Gesundheitsanbieter näher analysiert werden, erfolgt die allgemeine Beschreibung des Datenverarbeitungsprozesses. Wie bereits im Kapitel 2.1.3 erwähnt sind die Datenquellen zur Berechnung der Gesundheitsausgaben die Rechnungsabschlüsse der Sozialversicherungsträger, sowie die Gebarung der Krankenfürsorgeanstalten und des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds. Im Rahmen der Gebarungsstatistik werden all diese Rechnungsabschlüsse aufgearbeitet (siehe [Standard-Dokumentation Gebarungsstatistik ab 2014](#) Kapitel 2.2.1, Seite 15). Nach der elektronischen Erfassung werden den SHA-relevanten Ausgabenpositionen die HC- bzw. HP-Codes zugewiesen. Dies geschieht im Schritt der zentralen Verarbeitung der Daten mit Hilfe der hausinternen Erfassungs- und Verarbeitungssoftware „eStaat“ bzw. „eVGR“ (siehe [Standard-Dokumentation Sektor Staat - Jahresrechnung \(VGR\) ab 1995](#) Kapitel 2.2.3, Seite 20). Das Ergebnis dieser Verschlüsselung sind die sogenannten „Rohergebnisse“. In einem zweiten Schritt werden unter anderem noch Adaptierungen eingebaut und die Rohergebnisse aggregiert. Diese Aggregate bilden die Basis für die Gesundheitsausgaben des Finanzierungssystems Sozialversicherung nach SHA. Nachfolgende Abbildung stellt die Erstellung der Daten der Sozialversicherung vereinfacht dar.

Abbildung 3: Schematische Darstellung der Datenerstellung der Sozialversicherungsträger



Die Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Sozialversicherungsträger für **Krankenhäuser (HP.1)** setzen sich aus zwei Teilen zusammen. Zum einen ist hierbei der Finanzierungsanteil der Sozialversicherungsträger an den landesfondsfinanzierten Krankenanstalten enthalten und zum anderen die Ausgaben der Sozialversicherungsträger für Vertragseinrichtungen und eigene Einrichtungen der Sozialversicherungsträger (z.B. Unfallkrankenanstalten, Rehabilitationsanstalten oder Kuranstalten). Die Berechnung des ersten Teiles wurde bereits zuvor beim Finanzierungssystem HF.1.1 beschrieben. Der zweite Teil wird anhand der Rechnungsabschlüsse der Sozialversicherungsträger ermittelt. Hierbei spielen alle SHA-relevanten Ausgaben für nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten eine Rolle. Zusätzlich werden die Ausgaben des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds und die Ausgaben für stationäre Behandlung der Krankenfürsorgeanstalten hinzugezählt. Auch ein Teil der Ausgaben des Finanzierungssystems SV für den In-Vitro-Fertilisationsfonds fließt an Krankenanstalten (siehe Seite 30).

Die Kategorie der **ambulanten Einrichtungen (HP.3)** umfasst unterschiedliche Anbieterinnen und Anbieter ambulanter Gesundheitsdienstleistungen. Enthalten sind Ausgaben für Allgemein-, Zahn-, und Fachärztinnen und -ärzte, Ambulatorien sowie nichtärztliche Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleister (z.B. Psychologinnen und Psychologen oder Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie Anbieterinnen und Anbieter medizinischer Hauskrankenpflege).

Inkludiert sind hier auch die Aufwendungen für in Hausapotheken von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten abgegebene Arzneimittel. Die Höhe der Ausgaben für die einzelnen Leistungserbringer wird anhand der Finanzstatistik der Sozialversicherungsträger ermittelt. Diese weist jedoch nicht in allen Punkten die für die SHA-Kategorien nötige Detailtiefe auf. Im Bereich der ärztlichen Hilfe wird daher die Verteilung der Honorarumsätze von Vertragsärztinnen und -ärzten über die verschiedenen Spezialisierungsgebiete (Allgemeinmedizin, Anästhesie, Chirurgie, Frauenheilkunde, Physikalische Therapie, etc.) herangezogen um eine Aufteilung auf die entsprechenden SHA-Kategorien (HC.1.3.1/HP.3.1, HC.1.3.3/HP.3.1, HC.2.3/HP.3.1, HC.4.1/HP.4.2 und HC.4.2/HP.4.2) zu erhalten. Mittel des Finanzierungssystems Sozialversicherungsträger im Rahmen der In-Vitro-Fertilisationsleistungen (siehe Seite 30) ergehen auch an niedergelassene Praxen bzw. Ambulatorien. Des Weiteren werden die Ausgaben der Krankenfürsorgeanstalten für ambulante Leistungen hinzugezählt und auch präventive Ausgaben für Gesundheitsförderung und Jugendlichenuntersuchungen sind hier inkludiert. Von Sozialversicherungsträgern (teil-) finanzierte Leistungen des Mutter-Kind-Passes und der Vorsorgeuntersuchungen sind nicht an den Versicherungsstatus von Patientinnen und Patienten gebunden und werden folglich dem Finanzierungssystem Staat (HF.1.1) zugeordnet (siehe Seite 37).

Die **Erbringer von Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung (HP.4)** sind mit Rettungswesen sowie medizinischen und diagnostischen Untersuchungseinrichtungen (z.B. Röntgeninstituten) dieselben wie innerhalb des Finanzierungssystems Staat (HF.1.1). Die Daten stammen aus den Rechnungsabschlüssen der Sozialversicherungsträger (inkl. Krankenfürsorgeanstalten).

Die Ausgaben der Kategorie **Einzelhandel und sonstige Anbieter medizinischer Güter (HP.5)** des Finanzierungssystems Sozialversicherungsträger fließen an Apotheken sowie den Einzelhandel und sonstige Anbieter von pharmazeutischen und medizinischen Gütern. Die relevanten Daten werden wiederum aus den Rechnungsabschlüssen der Sozialversicherungsträger sowie der Krankenfürsorgeanstalten entnommen, wobei die Ausgaben für Heilmittel anhand der Heilmittel-Statistik des Hauptverbandes für Sozialversicherungsträger auf Apotheken (HP.5.1), Hausapotheken von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (HP.3.1) und Ambulatorien der Sozialversicherungsträger (HP.3.4) aufgeteilt wird. Um die Ausgaben für „Heilbehelfe und Hilfsmittel“ aus den Rechnungsabschlüssen der Sozialversicherungsträger auf die relevanten HC-Kategorien („Brillen und sonstige Sehhilfen“, „Hörhilfen“, „orthopädische und prothetische Hilfsmittel“ und „Sonstige medizinische Güter“) aufzuteilen, wird die Heilbehelfe-Hilfsmittel-Statistik des Hauptverbandes herangezogen. Auf Basis dieser Informationen erfolgt weiters die Zuordnung zu den entsprechenden HP-Codes.

Bei der Kategorie **Einrichtungen für präventive Gesundheitsversorgung (HP.6)** werden Ausgaben für Erste-Hilfe-Leistungen, Unfallverhütung und Präventionsberatung sowie Ausgaben für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung verbucht, wenn diese durch Präventionseinrichtungen durchgeführt werden. Die Daten stammen direkt aus den Rechnungsabschlüssen der Sozialversicherungsträger (inkl. der Krankenfürsorgeanstalten).

Die Berechnung der Mittel für die **Einheiten der Verwaltung der Gesundheitsversorgung und Gesundheitssystemfinanzierung (HP.7)** geschieht auf folgende Weise: Die Verwaltungsausgaben der Krankenversicherungsträger werden um Ausgaben, die nicht den Gesundheitsbereich betreffen, bereinigt. Hierbei handelt es sich beispielsweise um Erstattungen für das Einheben von Beiträgen für die Pensionsversicherung oder die Arbeiterkammer. Bei den Pensionsversicherungsträgern wird lediglich ein kleiner Anteil der Verwaltungsausgaben nach SHA verbucht, da die Haupttätigkeit der Pensionsversicherungsträger die Umlage von Pensionsmitteln ist. Berechnet wird dieser Anteil anhand des Anteils der SHA-relevanten Aufwendungen der Pensionsversicherungsträger. Bei den Unfallversicherungsträgern ist der SHA-relevante Verwaltungsaufwand bereits in den jeweiligen Behandlungspositionen inkludiert und nicht abgrenzbar. Zusätzlich fließen noch SHA-relevante Verwaltungsausgaben des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger und Ausgaben von sonstigen Verwaltungseinheiten (z.B. IT-Services der Sozialversicherung, Elektronisches Verwaltungssystem, Fonds für Vorsorgeuntersuchungen) anteilig in die Rechnung ein. Ebenfalls inkludiert als Verwaltungsaufwand des Finanzierungssystems Sozialversicherungsträger wird der Verwaltungsaufwand in Zusammenhang mit der Auszahlung des Pflegegeldes (aufgrund von Arbeitsunfällen verursachtem Pflegege-

bedarf) durch die Unfallversicherungen. Des Weiteren werden die SHA-relevanten Verwaltungsausgaben des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds und der Krankenfürsorgeanstalten mit einbezogen. Diese Ausgaben werden anhand der jeweiligen Rechnungsabschlüsse berechnet.

Die Kategorie **Sonstige Wirtschaftszweige (HP.8)** beinhaltet zum einen Zahlungen an Transportunternehmen, deren Haupttätigkeit nicht der Krankentransport ist (insb. Taxi), und zum anderen wird hier das Pflegegeld für durch Arbeitsunfälle verursachten Pflegebedarf angeführt, welches durch die gesetzliche Unfallversicherung zu leisten ist. Beide Ausgabenpositionen werden anhand der Rechnungsabschlüsse der Sozialversicherungsträger berechnet.

Das System of Health Accounts sieht vor, die Gesundheitsausgaben nach dem Inländerkonzept zu berechnen. So werden SV-Mittel für Gesundheitsleistungen für gebietsansässige Personen im Ausland inkludiert und in der Kategorie **Übrige Welt (HP.9)** angeführt. Die Berechnung erfolgt zum einen anhand der Rechnungsabschlüsse der Sozialversicherungsträger und zum anderen anhand der vom Hauptverband übermittelten „Kostenerstattungsstatistik“.

HF.2.1 Freiwillige Krankenversicherungssysteme

In Österreich sind Gesundheitsleistungen im Rahmen von freiwilligen Krankenversicherungssystemen fast ausschließlich von privaten Versicherungsunternehmen finanziert. Nichtsdestotrotz gibt es Unschärfen in dieser Kategorie. Zum einen gibt es die Möglichkeit der freiwilligen Selbstversicherung bei den gesetzlichen Krankenkassen, wenn keine Sozialversicherungspflicht vorliegt und zum anderen die sogenannte „Opting-out“-Krankenversicherungen.

Bei den Abrechnungsdaten von Gesundheitsleistungen unterscheiden die gesetzlichen Krankenkassen nicht zwischen verpflichtender und freiwilliger Krankenversicherung. Der (geringe) Anteil der Ausgaben von Sozialversicherungsträgern für freiwillig Versicherte ist daher implizit in HF.1.2.1 Finanzierungssystem Sozialversicherungsträger enthalten, obwohl es sich konzeptionell um Ausgaben der Kategorie HF.2.1.1 (freiwillige) primäre Krankenversicherungen handelt.

„Opting-out“-Krankenversicherungen benennen die Option einzelner selbständiger Berufsgruppen, aus der gesetzlichen Sozialversicherung auszutreten und (gleichwertige) private Angebote in Anspruch zu nehmen. Es besteht jedoch weiterhin Versicherungspflicht. In den Ausgaben von privaten Versicherungsunternehmen sind „Opting-out“-Klientinnen und Klienten inkludiert, ohne dass eine Trennung von Zahlungen für Zusatz- und Vollkrankenversicherungen erfolgt. Daher können Ausgabendaten der freiwilligen Zusatzkrankenversicherungssysteme (HF.2.1.2) zu einem geringen Prozentsatz auch Finanzierungsleistungen der Kategorie HF.1.2.2 (verpflichtende private Krankenversicherungssysteme) enthalten.

Die Daten für HF.2.1 stammen größtenteils vom Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs (VVO) und bilden die Gesundheitsausgaben von privaten Versicherungsunternehmen ab. Dabei sind die Daten aufgrund der Gesundheitsleistungen und -güter (HC) nach den einzelnen Leistungserbringern (HP) **Krankenhäuser (HP.1)** und **Übrige Welt (HP.9)** eindeutig klassifizierbar. Die von **Einzelhandel und sonstigen Anbietern medizinischer Güter (HP.5)** abgegebenen Güter werden aufgrund der Konsumausgaben der privaten Haushalte (COICOP 06.10) in die unterschiedlichen Leistungskategorien unterteilt. Die Untergliederung der Ausgaben für ärztliche Leistungen von **ambulanten Einrichtungen (HP.3)** und von **Erbringern von Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung (HP.4)** auf die relevanten Detailkategorien erfolgt (ab dem Jahr 2015) aufgrund der Ausgabenverteilung der Sozialversicherungsträger in diesem Bereich. Vor dem Jahr 2015 wurden diese nur unter HP.3 bzw. unter HC.1.3 verbucht.

Die Ausgaben der **Einheiten der Verwaltung der Gesundheitsversorgung und Gesundheitssystemfinanzierung (HP.7)** der Kategorie HF.2.1 stammen aus den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen und bilden konzeptionell die „Service charge“ ab (siehe Fußnote 14).

HF.2.2 Finanzierungssystem private Organisationen ohne Erwerbszweck (POoE)

In der Kategorie **Krankenhäuser (HP.1)** des Finanzierungssystems HF.2.2 wird der Rechtsträgeranteil am Betriebsabgang der Ordensspitäler (Fondskrankenanstalten in der Trägerschaft von POoE) ausgewiesen. Die Werte dafür werden den Aufzeichnungen des BMASGK entnommen.

Unter **Einrichtungen der Langzeitpflege (HP.2)** sind Ausgaben der *Pflegeanstalten für chronisch Kranke* verbucht. Bei diesen POoE-Einheiten handelt es sich um diejenigen Häuser, welche 1997 nicht zu Fondskrankenanstalten wurden. Die Höhe der Ausgaben wird anhand des Bettenanteils der betreffenden Einheiten an allen Betten in Krankenanstalten, deren Rechtsträger POoEs sind, geschätzt, da aus der VGR nur die Gesamtkonsumausgaben aller stationären POoE-Einheiten vorliegen.

Der Bereich **ambulante Einrichtungen (HP.3)** setzt sich vor allem aus Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe und Anbieterinnen und Anbietern von Hauskrankenpflege sowie Hospizbetreuung zusammen. Hierzu stehen aus den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen Detaildaten zur Verfügung, die eine Berechnung des Eigenkonsums direkt auf Ebene der einzelnen SHA-relevanten Einheiten ermöglichen. Diese Berechnung liegt jedoch erst ab dem Jahr 2004 vor. Für die Jahre davor werden die Ausgaben mit der Änderungsrate der Konsumausgaben in der Wirtschaftsaktivität Sozialwesen der POoE geschätzt. Als Basis dafür werden Ergebnisse von Lohnsteuerdaten der einzelnen wirtschaftlichen Einheiten und das Verhältnis Lohn- zu Konsumausgaben der gesamten Wirtschaftsaktivität Sozialwesen im Sektor POoE aus dem Jahr 2004 herangezogen.

Ausgaben für **Erbringer von Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung (HP.4)** konzentrieren sich auf Rettungs- und Krankentransporte. Konkret werden ebenfalls die Ergebnisse der VGR für den Konsum von HP.4 herangezogen, auch hier stehen ab 2004 die Daten zur Berechnung des Eigenkonsums auf Einheitenebene zur Verfügung.

Die **Einrichtungen der präventiven Gesundheitsversorgung (HP.6)** der Privaten Organisationen ohne Erwerbszweck umfassen Vereine wie „Aidshilfe“ oder „Krebshilfe“. Ihr Eigenkonsum wird ebenfalls wie jener der ambulanten Leistungserbringer und der Erbringer von Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung berechnet, ab 2004 auf Basis der Detaildaten aus der VGR auf Einheitenebene.

HF.2.3 Unternehmen

Die Ausgaben der Unternehmen für betriebsärztliche Leistungen werden unter der Kategorie **Sonstige Wirtschaftszweige (HP.8)** verbucht. Grundlage für diese Berechnung sind die Ergebnisse der Aufkommens- und Verwendungstabellen (siehe [Standard-Dokumentation Input-Output-Statistik](#)). Konkret wird für die Ausgabenberechnung der Intermediärverbrauch (=Vorleistungen) für Gesundheitsleistungen in nicht-gesundheitsbezogenen Wirtschaftsbereichen herangezogen. Diese detaillierten Informationen zu Vorleistungen stehen erst ab dem Jahr 2002 zur Verfügung und liegen in den meisten Fällen (Berichtsjahren) bis jeweils zwei Jahre vor dem aktuellen Berichtsjahr vor. Die Jahre, bei welchen diese Informationen noch nicht vorhanden sind, werden mit Hilfe der Wachstumsraten von Erlösen von Ärztinnen und Ärzten geschätzt.

HF.3 Selbstzahlungen der Privaten Haushalte

Die Gesundheitsausgaben der Privaten Haushalte für **Krankenhäuser (HP.1)** stammen aus der VGR und sind unter der COICOP¹⁹-Position *06.3.0 Stationäre Gesundheitsleistungen in Krankenanstalten und Kur- und Heilbädern* ausgewiesen. Genaue Details zur Berechnung des privaten Konsums in der VGR sind im Kapitel 2.1.4.4 sowie im [Methodeninventar der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen](#) und in der [Standard-Dokumentation der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen VGR-Jahresrechnung](#) zu finden. Zusätzlich sind die Ausgaben für den tagesklinischen Bereich und die Spitalsambulanzen in der Kategorie HP.1 verbucht. Diese

¹⁹ Die „Classification of Individual Consumption by Purpose“ ist eine internationale Klassifizierung der Konsumausgaben privater Haushalte nach deren Verwendungsart.

greifen auf Abrechnungsdaten der Einnahmen von Spitälern durch Patientinnen und Patienten zurück. Diese Detaillierung steht allerdings nur bis 2009 zur Verfügung und wird für die rezenten Jahre anhand der Entwicklung der Krankenhaus-Endkosten im ambulanten Spitalssektor (siehe Tabelle 2 für Leistungs- und Kostendaten der Fondskrankenanstalten) fortgeschrieben.

Die Ausgaben der privaten Haushalte für die Kategorie **Einrichtungen der Langzeitpflege (HP.2)** werden auf folgende Art (für die Jahre ab 2008) berechnet. Ausgehend von einer in Rahmen der Berechnung der VGR geführten Liste aller Alten- und Pflegeheime kann der Produktionswert (P.1) auf Einheitenebene (d.h. pro Alten- und Pflegeheim) aus den der Statistik Austria zur Verfügung stehenden Daten berechnet werden. Um zum Aufkommen zu Anschaffungspreisen zu gelangen, wird noch die nicht-abzugsfähige Mehrwertsteuer (D.21) hinzu addiert. Die sozialen Sachtransfers (D.632) werden davon aliquot zu den Produktionswerten abgezogen, um den privaten Konsum (P.31) pro Alten- und Pflegeheim zu erhalten. Um jenen Teil der privaten Ausgaben, der tatsächlich für Pflegebedürftige aufgewandt wird und somit SHA-relevant ist, zu ermitteln, wird der Anteil der Pflegeplätze an der Gesamtzahl der im jeweiligen Pflegeheim zur Verfügung stehenden Plätze ermittelt und auf den privaten Konsum (P.31) umgelegt. Im letzten Schritt wird der so ermittelte SHA-relevante private Konsum aller Alten- und Pflegeheime in Österreich aufsummiert und die direkt an die Träger der Pflegeheime ausbezahlten Anteile des Bundespflegegeldes von der Gesamtsumme abgezogen. Für die Jahre vor 2008 werden ausgehend von der Studie „Beschäftigung in Alten- und Pflegeheimen in Österreich“ (siehe Tabelle 2), bei welcher unter anderem abgefragt wurde, wie sich die Einnahmen der Alten- und Pflegeheime zusammensetzen, die Aufwendungen der privaten Haushalte für Pflegeheime ermittelt. Da gemäß dem SHA-Konzept lediglich gesundheitsrelevante Ausgaben zu inkludieren sind, wurden anhand der Publikation „Altenheime und Pflegeheime in Österreich“ (siehe Tabelle 2) der Wirtschaftsuniversität Wien ermittelt, wie hoch der Anteil der Pflegeplätze an allen Alten- und Pflegeheimen in Österreich ist. Dieser Anteil wurde verwendet, um die gesundheitsrelevanten Ausgaben der privaten Haushalte zu berechnen. Die Berechnung liegt aufgrund der Studie jedoch lediglich für das Jahr 2002 vor. Für die restlichen Jahre wurden die Ausgaben der privaten Haushalte für stationäre Gesundheitsleistungen in Pflegeheimen mit der Änderungsrate des privaten Konsums der COICOP-Gruppe *12.4.1 stationäre Dienstleistungen sozialer Einrichtungen* zurück- bzw. fortgeschrieben. Hinzu kommen Ausgaben privater Haushalte in rehabilitativen Einrichtungen.

Die Gesundheitsausgaben der **ambulanten Einrichtungen (HP.3)** beinhalten zahnärztliche, ärztliche und nicht-ärztliche Gesundheitsberufe der Logopädie, Physiotherapie, etc. Zur Berechnung der privaten Gesundheitsausgaben für ärztliche und nicht-ärztliche Dienstleistungen werden Ergebnisse der VGR-Verwendungsrechnung für Gesundheitsdienstleistungen sowie Umsatzsteuerdaten einschlägiger Einrichtungen herangezogen. Die Kostenbeteiligungen mit den Sozialversicherungsträgern stehen gesondert zur Verfügung.

Die privaten Ausgaben für Langzeitpflege betreffen die Hauskrankenpflege und 24-Stunden-Betreuung. Die Datenquelle für Ersteres sind insbesondere Sozialberichte der Länder bzw. direkte Informationen aus den Landesämtern. Die Summe der Kostenbeiträge wird um den verpflichtenden Pflegegeldanteil korrigiert, welcher dem Finanzierungssystem Staat (HF.1.1) zugerechnet wird. Die Ausgabenschätzung für 24-Stunden-Betreuung basiert auf der Anzahl der bei der Wirtschaftskammer Österreich gemeldeten Personenbetreuerinnen und -betreuer sowie Daten- und Literaturrecherchen des SHA-Teams zu den Preisen für die 24-Stunden-Betreuung. Die öffentliche Förderung wird vom Gesamtaufwand für die 24-Stunden-Betreuung abgezogen, um die privaten Ausgaben zu erhalten. Um die gesundheitliche Komponente zu isolieren, fanden wiederum die Daten des BMASGK sowie des Landes Niederösterreich über die Verteilung der öffentlichen Förderung nach Pflegestufen Eingang in die Rechnung (siehe Seite 37). Der gesundheitsrelevante Pflegeanteil ergibt sich als Verhältnis des Pflegebedarfs (nach Pflegestufen in Stunden) zur Gesamtbetreuungszeit.

Auch die Gesundheitsausgaben für **Erbringer von Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung (HP.4)** verwenden die VGR als wichtigste Datenquelle. Dies gilt sowohl für die privaten Mittel, die in medizinischen Labors und diagnostischen Untersuchungseinrichtungen (insbesondere bildgebende Diagnostik) verwendet werden, als auch für die privaten Ausgaben im Rettungswesen.

Als Datengrundlage zur Berechnung der Kategorie **Einzelhandel und sonstige Anbieter medizinischer Güter (HP.5)** werden ebenfalls die VGR-Daten nach COICOP-Klassifikation *06.1 Medizinische Erzeugnisse, Geräte, Ausrüstungen für den privaten Konsum von Arzneimitteln, therapeutische Hilfsmittel und andere medizinische Güter* herangezogen.

Von den privaten Ausgaben werden anschließend die Selbstbehalte mit den Sozialversicherungsträgern auf Basis der SV-Finanzstatistiken separiert und HF.3.2 Selbstbehalte (Kostenteilung mit Dritten) zugeordnet.

2.2.3.3 SHA-Tabelle HCxHP: Laufende Gesundheitsausgaben nach Gesundheitsleistungen und -gütern (HC) und Leistungserbringern (HP)

In der SHA-Tabelle HCxHP werden die laufenden Gesundheitsausgaben nach Gesundheitsleistungen und -gütern (HC) und Leistungserbringern (HP) im Gesundheitswesen dargestellt. Dabei wird abgebildet, welche Gesundheitsausgaben in welcher Einrichtung bzw. bei welchem Erbringer für eine bestimmte Leistungsart anfallen. Im Unterschied zu Tabelle HCxHF und HPxHF werden die ambulanten kurativen Gesundheitsleistungen (HC.1.3) weiter untergliedert und mit einer detaillierten Aufstellung der Leistungserbringer in Beziehung gesetzt (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Laufende Gesundheitsausgaben nach Gesundheitsleistungen und -gütern (HC) und Leistungserbringern (HP), 2017 (in Mio. Euro)

Health care functions	Health care providers	HP.1	HP.2	HP.3	HP.3.1	HP.3.2	HP.3.3	HP.3.4	HP.3.5	HP.4	HP.4.1	HP.4.2	HP.4.9	HP.5	HP.5.1	HP.5.2	HP.5.9	HP.6	HP.7	HP.7.1	HP.7.2	HP.7.3	HP.7.9	HP.8	HP.8.1	HP.8.2	HP.9		
		Hospitals	Residential long-term care facilities	Providers of ambulatory health care	Medical practices	Dental practices	Other health care practitioners	Ambulatory health care centers	Providers of home health care services	Providers of ancillary services	Providers of patient transportation and emergency rescue	Medical and diagnostic laboratories	Other providers of ancillary services	Retailers and other providers of medical goods	Pharmacies	Retail sellers and other suppliers of durable medical goods and medical appliances	All other miscellaneous sellers and other suppliers of pharmaceuticals and medical goods	Providers of preventive care	Providers of health care system administration and financing	Government health administration agencies	Social health insurance agencies	Private health insurance administration agencies	Other administration agencies	Rest of the economy	Households as providers of home health care	All other industries as secondary providers of health care	Rest of the world	Current expenditure on health care HP.1-HP.9	
HC.1.1;HC.2.1	Inpatient curative and rehabilitative care	12.210	313	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	54	12.578	
HC.1.2;HC.2.2	Day cases of curative and rehabilitative care	414	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	414
HC.1.3;HC.2.3	Outpatient curative and rehabilitative care	2.192	0	7.218	3.355	1.838	930	1.095	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	101	0	101	214	9.726	
HC.1.3.1	General outpatient curative care	0	0	1.657	1.657	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	49	0	49	72	1.778	
HC.1.3.2	Dental outpatient curative care	0	0	2.042	0	1.838	0	204	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	143	2.185	
HC.1.3.3	Specialised outpatient curative care	2.192	0	2.447	1.672	0	0	776	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	9	0	4.649	
HC.1.3.9	Other outpatient curative care	0	0	257	0	0	251	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	43	0	43	0	300	
HC.2.3	Outpatient rehabilitative care	0	0	815	27	0	679	110	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	815	
HC.1.4;HC.2.4	Home-based curative and rehabilitative care	0	0	23	0	0	0	0	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	
HC.3.1	Inpatient long-term care (health)	0	2.943	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2.943	
HC.3.2	Day long-term care (health)	0	45	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	45	
HC.3.3	Outpatient long-term care (health)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
HC.3.4	Home-based long-term care (health)	0	0	577	0	0	0	0	577	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2.099	2.099	0	0	2.676	
HC.4	Ancillary services (non-specified by function)	0	0	0	0	0	0	0	0	1.149	655	494	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	7	5	1.161	
HC.5.1	Pharmaceuticals and other medical non-durable goods (non-specified by function)	0	0	502	425	0	0	77	0	0	0	0	0	4.200	4.200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	4.714
HC.5.2	Therapeutic appliances and other medical goods (non-specified by function)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.873	0	1.367	505	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.873	
HC.6	Preventive care	0	0	446	199	0	0	247	0	0	0	0	0	0	0	0	0	304	0	0	0	0	0	92	0	92	0	843	
HC.7	Governance, and health system and financing administration	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.464	73	765	626	0	0	0	0	0	1.464	
HC.9	Other health care services not elsewhere classified (n.e.c.)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Current expenditure on health care HC.1-HC.9	14.816	3.300	8.767	3.979	1.838	930	1.420	600	1.149	655	494	0	6.073	4.200	1.367	505	304	1.464	73	765	626	0	2.299	2.099	200	285	38.457	

S: STATISTICS AUSTRIA, National Accounts, company reports, own calculations/estimations. Rounding differences were not settled. Compiled on 12 February 2019 (preliminary data).

2.2.3.4 SHA-Tabelle HCxHPxHF: Laufende Gesundheitsausgaben nach Gesundheitsleistungen und -gütern (HC), Leistungserbringern (HP) und Finanzierungssystemen (HF)

Die SHA-Tabelle HCxHPxHF stellt die laufenden Gesundheitsausgaben Österreichs anhand aller drei SHA Dimensionen dar und kann als eine effiziente Verknüpfung der SHA-Tabellen HCxHF, HPxHF und HCxHP betrachtet werden (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12: Laufende Gesundheitsausgaben nach Gesundheitsleistungen und -gütern (HC), Leistungserbringern (HP) und Finanzierungssystemen (HF), 2017 (in Mio. Euro)

Expenditure category	ICHA-HC health care functions	ICHA-HP health care providers	Total current expenditure on health care (HF.1-HF.4)	ICHA-HF financing schemes										
				HF.1	HF.1.1	HF.1.2*	HF.2	HF.2.1	HF.2.2	HF.2.3	HF.3	HF.3.2**	HF.4	
				Government schemes and compulsory contributory health care financing schemes	Government schemes	Compulsory contributory health insurance schemes - Social health insurance schemes	Voluntary health care payment schemes	Voluntary health insurance schemes	Non-profit institutions financing schemes	Enterprise financing schemes	Household out-of-pocket payment	Cost sharing with third-party payer - Social health insurance schemes	Rest of the world financing schemes	
<i>Inpatient care including day cases</i>	HC.1.1; 1.2; 2.1; 2.2	All industries	12.991	11.320	5.227	6.093	1.143	920	224	0	529	81	0	
Curative and rehabilitative care		HP.1.1	10.978	9.831	5.183	4.649	890	882	8	0	257	0	0	
General hospitals		HP.1.3	1.646	1.417	27	1.390	38	38	0	0	191	81	0	
Specialised hospitals		HP.2	313	17	17	0	216	0	0	216	0	81	0	
Residential long-term care facilities		All other	54	54	0	54	0	0	0	0	0	0	0	
All other providers														
<i>Long-term care</i>	HC.3.1; 3.2; 3.3	All industries	2.987	1.689	1.689	0	0	0	0	0	1.298	0	0	
Nursing and residential care facilities		HP.2	2.987	1.689	1.689	0	0	0	0	0	1.298	0	0	
<i>Outpatient curative and rehabilitative care</i>	HC.1.3; 2.3	All industries	9.726	6.898	1.489	5.408	204	159	45	0	2.625	230	0	
Hospitals		HP.1	2.192	2.154	1.106	1.048	0	0	0	0	38	0	0	
Offices of general medical practitioners		HP.3.1.1	1.657	1.299	69	1.229	45	45	0	0	314	49	0	
Offices of medical specialists		HP.3.1.3	1.698	1.263	48	1.215	44	44	0	0	391	68	0	
Dental practices		HP.3.2	1.838	880	33	847	38	38	0	0	920	113	0	
Other health care practitioners ¹⁾		HP.3.3	930	302	3	300	39	0	39	0	589	0	0	
Outpatient care centres		HP.3.4	1.095	836	129	707	28	22	6	0	231	0	0	
All other providers		All other	316	163	101	62	10	10	0	0	143	0	0	
<i>Home-based health care</i>		HC.1.4; 2.4; 3.4	All industries	2.699	2.403	2.372	30	108	0	108	0	188	0	0
Households as providers of home health care			HP.8.1	2.099	2.099	2.088	10	0	0	0	0	0	0	0
Providers of home health care services	HP.3.5		600	304	284	20	108	0	108	0	188	0	0	
<i>Ancillary services ²⁾</i>	HC.4	All industries	1.161	774	136	638	263	14	248	0	124	11	0	
<i>Medical goods dispensed to outpatients ³⁾</i>	HC.5	All industries	6.586	3.935	0	3.935	171	171	0	0	2.480	401	0	
Pharmaceuticals; other med. non-durables		HC.5.1	4.714	3.203	0	3.203	35	35	0	0	1.476	394	0	
Prescribed medicines		HC.5.1.1	3.606	3.203	0	3.203	9	9	0	0	394	394	0	
Over-the-counter medicines		HC.5.1.2	1.019	0	0	0	24	24	0	0	996	0	0	
Other medical non-durables		HC.5.1.3	88	0	0	0	2	2	0	0	86	0	0	
<i>Therapeutical appl.; other medical goods</i>		HC.5.2	1.873	732	0	732	136	136	0	0	1.005	7	0	
Glasses and other vision products		HC.5.2.1	842	47	0	47	95	95	0	0	700	0	0	
Hearing aids		HC.5.2.2	194	129	0	129	8	8	0	0	57	1	0	
Orthopaedic appliances and prosthetics		HC.5.2.3	288	191	0	191	12	12	0	0	85	2	0	
All other medical durables		HC.5.2.9	549	365	0	365	22	22	0	0	162	3	0	
<i>Preventive care</i>	HC.6	All industries	843	604	412	192	98	3	18	77	141	0	0	
<i>Governance, and health system and financing administration</i>	HC.7	All industries	1.464	838	107	731	626	626	0	0	0	0	0	
<i>Total current expenditure on health care</i>	HC.1-HC.7	All industries	38.457	28.459	11.432	17.027	2.613	1.893	643	77	7.385	723	0	

* incl. only social health insurance schemes (HF.1.2.1)

**incl. only cost sharing with social health insurance schemes (part of HF.3.2.1)

S: STATISTICS AUSTRIA, National Accounts, company reports, own calculations/estimations. Rounding differences were not settled. Compiled on 12 February 2019 (preliminary data). - 1) E.g. paramedical practitioners. - 2) This item includes freestanding clinical laboratory; diagnostic imaging; and patient transport. - 3) Included are fitting of prosthesis; eye tests and other services of providers of these goods.

Der erste Teil der SHA-Tabelle HCxHPxHF bildet die stationäre Versorgung inklusive Tagesfälle ab. Dieser Teil wiederum untergliedert sich in zwei Blöcke: kurative/rehabilitative stationäre Versorgung inklusive tagesklinische Versorgung (HC.1.1; HC.1.2; HC.2.1; HC.2.2) und stationäre Langzeitpflege inklusive tagesklinische Versorgung (HC.3.1; HC.3.2). Der zweite Teil der SHA-Tabelle beschreibt die laufenden Ausgaben für die kurative und rehabilitative ambulante Versorgung (HC.1.3; HC.2.3) und der dritte Abschnitt häusliche Gesundheitsleistungen (HC.1.4; HC.2.4; HC.3.4). Innerhalb dieser drei Blöcke wird außerdem nach den betreffenden Leistungserbringer-Kategorien (HP), sofern möglich, unterschieden. Die weiteren Teile der Tabelle zeigen die laufenden Ausgaben, die Hilfsleistungen im Bereich der Gesundheitsversorgung (HC.4), medizinische Güter (HC.5), die Prävention (HC.6) und die Verwaltung der Gesundheitsversorgung und Gesundheitssystemfinanzierung (HC.7). Für diese Kategorien ist eine differenzierte Aufgliederung nach einzelnen Leistungserbringern nicht möglich, daher werden diese in Summe ausgewiesen und nicht nach HP-Kategorien gegliedert. Den Ausgabenposten nach Gesundheitsleistungen bzw. -gütern (HC) und Leistungserbringern (HP) stehen die einzelnen Finanzierungssysteme gegenüber, die sich grob in verpflichtende (HF.1) und freiwillige Finanzierungssysteme (HF.2) sowie die Ausgaben der privaten Haushalte (HF.3) gliedern lassen. Erstere umfassen den Staat (HF.1.1) und das Finanzierungssystem Sozialversicherungsträger (HF.1.2). Die freiwilligen Finanzierungssysteme bestehen aus freiwilligen Krankenversicherungssystemen (HF.2.1), dem Finanzierungssystem Private Organisationen ohne Erwerbszweck (HF.2.2) und Unternehmen (HF.2.3). Selbstzahlungen der privaten Haushalte (HF.3) umfassen grundsätzlich Selbstzahlungen ohne Selbstbehalte (HF.3.1) und Selbstbehalte (HF.3.2). Für Österreich gibt es allerdings nur ausreichend Informationen zu HF.3.2-Zahlungen mit Sozialversicherungsträgern, die als Teilsumme aller Kostenteilungen mit Dritten (u.a. Finanzierungssystem Staat, freiwillige Krankenversicherungssysteme, etc.) in der Tabelle ausgewiesen werden.

2.2.3.5 Zusammenhang zwischen der Tabelle „Zeitreihe der Gesundheitsausgaben in Österreich gemäß SHA“ und den SHA-Tabellen

Die Tabelle „**Zeitreihe der Gesundheitsausgaben in Österreich gemäß SHA**“ (kurz: Zeitreihen-Tabelle, siehe Tabelle 13) stellt die Gesundheitsausgaben im Zeitverlauf ab 1990 bzw. 2004 dar und inkludiert im Gegensatz zu den SHA-Tabellen, welche nur die laufenden Gesundheitsausgaben abbilden, zusätzlich die öffentlichen und privaten Investitionen im Gesundheitsbereich. Im Unterschied zu den SHA-Tabellen weist die Zeitreihen-Tabelle die Gesundheitsausgaben nur in den Hauptaggregaten aus. Die jeweiligen Gesamtsummen der einzelnen SHA-Tabellen sind ident und finden sich in der Zeitreihen-Tabelle in der Zeile der laufenden Gesundheitsausgaben wieder. Im Folgenden wird detailliert beschrieben, welche direkten Bezüge zwischen der Zeitreihen-Tabelle und den Details aus den einzelnen SHA-Tabellen bestehen.

SHA-Tabelle (HCxHP)

Die Zahlen der **SHA-Tabelle HCxHP**, welche Gesundheitsleistungen mit den Leistungserbringern in Beziehung setzt, können nur sehr bedingt mit der Zeitreihen-Tabelle verglichen werden, da in dieser SHA-Tabelle keine Finanzierungssysteme dargestellt werden und in der Zeitreihen-Tabelle keine Leistungserbringer vorliegen. Lediglich die Summe der Gesundheitsausgaben für medizinische Güter (HC.5) und die Summe der Gesundheitsausgaben für die Verwaltung der Gesundheitsversorgung und Gesundheitssystemfinanzierung (HC.7 bzw. HP.7) der SHA-Tabelle HCxHP sind auch in den Kategorien der Zeitreihen-Tabelle abgebildet. Hierzu müssen jedoch die öffentlichen und privaten Ausgaben zusammengezählt werden.

SHA-Tabelle (HPxHF)

Die **SHA-Tabelle HPxHF** stellt im Unterschied zur Zeitreihen-Tabelle die Gesundheitsausgaben nach Leistungserbringern (HP) und den Finanzierungssystemen (HF) dar. Da die Leistungserbringer in der Zeitreihen-Tabelle nicht abgebildet sind, ist ein Vergleich nach dieser Kategorie nicht möglich. Der Anknüpfungspunkt an die Zeitreihen-Tabelle sind die Hauptaggregate der Finanzierungssysteme HF.1, HF.2.1, HF.2.2, HF.2.3 und HF.3.

Tabelle 13: Zeitreihe der Gesundheitsausgaben in Österreich gemäß SHA 2004-2017 (in Mio. Euro)

Überblick - Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (SHA) ¹⁾ 2004 - 2017, in Mio. Euro														
Öffentliche und Private Gesundheitsausgaben ²⁾	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Staat inkl. Sozialversicherungsträger	17.267	18.094	18.992	20.130	21.416	22.120	22.576	23.201	24.270	24.656	25.564	26.433	27.398	28.459
Stationäre Gesundheitsversorgung ³⁾	7.713	8.160	8.652	9.091	9.830	10.261	10.561	10.872	11.448	11.484	11.858	12.184	12.620	13.009
Ambulante Gesundheitsversorgung	4.326	4.524	4.718	5.031	5.218	5.447	5.527	5.676	5.935	6.159	6.373	6.616	6.943	7.290
Häusliche Pflege ⁴⁾	1.496	1.572	1.643	1.708	1.786	1.968	2.025	2.071	2.132	2.165	2.223	2.271	2.356	2.403
Krankentransport und Rettungsdienste	201	216	251	260	274	289	294	308	338	346	356	362	371	381
Pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter	2.605	2.630	2.756	2.987	3.203	3.051	3.057	3.153	3.232	3.276	3.476	3.640	3.703	3.935
Prävention	378	396	404	440	435	441	450	454	469	491	523	558	575	604
Verwaltung der Gesundheitsversorgung: Staat inkl. Sozialversicherungsträger	547	597	567	613	669	665	662	666	717	735	756	801	829	838
Private Haushalte und Versicherungsunternehmen	5.900	5.979	6.107	6.443	6.628	6.773	7.107	7.358	7.676	8.086	8.370	8.627	9.055	9.278
Stationäre Gesundheitsversorgung ³⁾	1.638	1.679	1.709	1.776	1.862	1.886	1.987	1.993	2.129	2.309	2.333	2.417	2.629	2.746
Ambulante Gesundheitsversorgung	1.928	2.025	2.022	2.142	2.137	2.208	2.332	2.415	2.475	2.572	2.668	2.726	2.807	2.886
Häusliche Pflege	22	24	27	32	69	81	97	111	125	140	156	169	183	188
Krankentransport und Rettungsdienste	22	22	22	23	26	26	27	31	32	33	34	35	35	37
Pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter	1.718	1.733	1.820	1.935	1.958	1.964	2.049	2.154	2.238	2.297	2.404	2.499	2.580	2.651
Prävention	80	90	92	103	102	104	111	119	107	120	126	133	137	144
Verwaltung der Gesundheitsversorgung: private Krankenversicherungen	493	406	414	433	474	504	504	535	569	616	651	648	684	626
Private Organisationen ohne Erwerbszweck	324	346	385	451	480	514	512	484	503	516	543	559	591	643
Betriebsärztliche Leistungen	40	41	42	45	46	48	49	51	51	58	64	73	74	77
Laufende Gesundheitsausgaben	23.531	24.460	25.527	27.069	28.570	29.455	30.244	31.094	32.500	33.317	34.541	35.692	37.117	38.457
Investitionen	1.517	1.604	1.567	1.763	1.875	1.906	2.053	2.159	2.429	2.374	2.509	2.688	2.591	2.831
Gesundheitsausgaben	25.048	26.064	27.094	28.833	30.446	31.361	32.296	33.253	34.928	35.690	37.050	38.380	39.707	41.288
Öffentliche laufende Gesundheitsausgaben	17.267	18.094	18.992	20.130	21.416	22.120	22.576	23.201	24.270	24.656	25.564	26.433	27.398	28.459
Investitionen (öffentlich)	902	987	921	1.045	1.068	1.172	1.248	1.270	1.369	1.373	1.412	1.434	1.334	1.524
Öffentliche Gesundheitsausgaben	18.169	19.082	19.913	21.175	22.484	23.293	23.824	24.470	25.639	26.029	26.976	27.867	28.731	29.983
Private laufende Gesundheitsausgaben	6.264	6.366	6.535	6.939	7.154	7.334	7.668	7.893	8.229	8.660	8.977	9.259	9.719	9.998
Investitionen (privat)	615	616	646	719	808	733	804	889	1.060	1.001	1.096	1.254	1.257	1.307
Private Gesundheitsausgaben	6.879	6.982	7.181	7.658	7.962	8.068	8.472	8.783	9.289	9.661	10.073	10.513	10.976	11.305
Gesundheitsausgaben, in % des BIP	10,3	10,3	10,1	10,2	10,4	10,9	10,9	10,7	11,0	11,0	11,1	11,1	11,1	11,2
Laufende Gesundheitsausgaben, in % des BIP	9,7	9,6	9,5	9,5	9,7	10,2	10,2	10,0	10,2	10,3	10,4	10,4	10,4	10,4
Öffentliche laufende Gesundheitsausgaben, in % der laufenden Gesundheitsausgaben	73,4	74,0	74,4	74,4	75,0	75,1	74,6	74,6	74,7	74,0	74,0	74,1	73,8	74,0
Private laufende Gesundheitsausgaben, in % der laufenden Gesundheitsausgaben	26,6	26,0	25,6	25,6	25,0	24,9	25,4	25,4	25,3	26,0	26,0	25,9	26,2	26,0
Bruttoinlandsprodukt (BIP) ⁵⁾	242.348	254.075	267.824	283.978	293.762	288.044	295.897	310.129	318.653	323.910	333.146	344.269	357.300	370.296
Öffentliche laufende Gesundheitsausgaben ohne Ausgaben für Langzeitpflege	14.826	15.548	16.290	17.319	18.376	18.752	19.117	19.631	20.569	20.892	21.687	22.467	23.378	24.391
Private laufende Gesundheitsausgaben ohne Ausgaben für Langzeitpflege	5.680	5.743	5.868	6.226	6.351	6.472	6.701	6.909	7.168	7.439	7.739	7.923	8.207	8.404
Laufende Gesundheitsausgaben ohne Ausgaben für Langzeitpflege	20.506	21.291	22.158	23.545	24.728	25.223	25.818	26.540	27.738	28.331	29.426	30.390	31.585	32.794
Laufende Gesundheitsausgaben ohne Ausgaben für Langzeitpflege, in % des BIP	8,5	8,4	8,3	8,3	8,4	8,8	8,7	8,6	8,7	8,7	8,8	8,8	8,8	8,9

Q: STATISTIK AUSTRIA, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, eigene Berechnungen/Schätzungen, Rechnungsabschlüsse, Geschäftsberichte. Rundungsdifferenzen wurden nicht ausgeglichen. Erstellt am 26.09.2019. - 1) Laut SHA 2011 (OECD/Eurostat/WHO). - 2) Die Gesundheitsausgaben laut System of Health Accounts enthalten auch Ausgaben für Langzeitpflege. - 3) Enthalten sind auch stationäre Gesundheitsdienstleistungen in Pflegeheimen. - 4) Öffentliche Ausgaben für häusliche Pflege enthalten auch das Pflegegeld. - 5) BIP: Stand 25.09.2019

SHA-Tabelle (HCxHF)

In der **SHA-Tabelle HCxHF** werden die Gesundheitsausgaben nach den Gesundheitsleistungen und Finanzierungssystemen gegliedert dargestellt. Diese Einteilung ist mit der Gliederung der Zeitreihen-Tabelle größtenteils vergleichbar, jedoch mit gewissen Einschränkungen.

Bei den öffentlichen Ausgaben der Zeitreihen-Tabelle werden im Unterschied zu der SHA-Tabelle HCxHF die Tagesfälle nicht separat ausgewiesen, sondern sind in der stationären Gesundheitsversorgung inkludiert. Stationäre Langzeitpflegeleistungen sind ebenfalls in der stationären Gesundheitsversorgung inkludiert. In der Zeitreihen-Tabelle sind jedoch die Kategorien Krankentransport und Rettungsdienste gesondert ausgewiesen, welche in den SHA-Tabellen unter der Kategorie Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung gemeinsam verbucht sind. Werden bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben in der SHA-Tabelle HCxHF die Positionen ambulante Gesundheitsversorgung und die Hilfsdienstleistungen der Gesundheitsversorgung (HC.4) zusammengezählt, so findet sich diese Summe in der Zeitreihen-Tabelle wieder, indem die Zeilen ambulante Gesundheitsversorgung und Krankentransport und Rettungsdienste unter Rubrik Staat inkl. Sozialversicherung aufsummiert werden.

Bei den privaten Gesundheitsausgaben werden in der Zeitreihen-Tabelle lediglich drei Finanzierungssysteme unterschieden, im Gegensatz zu den vier Hauptfinanzierungssystemen in der SHA-Tabelle HCxHF. Die Finanzierungssysteme HF.2.3 (Unternehmen) und HF.2.2 (Private Organisationen ohne Erwerbszweck) sind sowohl in der Zeitreihen-Tabelle als auch in der SHA-Tabelle HCxHF separat ausgewiesen. Die Finanzierungssysteme freiwillige Krankenversicherungssysteme (HF.2.1) und Selbstzahlungen privater Haushalte (HF.3) werden in der Zeitreihen-Tabelle zusammengefasst, im Gegensatz zur SHA-Tabelle HCxHF, wo sie einzeln dargestellt sind. Die Ausgaben der freiwilligen Krankenversicherungssysteme und privaten Haushalte werden in der publizierten Zeitreihen-Tabelle ab 2004 in sieben Subkategorien aufgeteilt. Stationäre Gesundheitsversorgung beinhaltet in der Zeitreihen-Tabelle, wie bereits zuvor bei den öffentlichen Ausgaben erwähnt, tagesklinische und stationär pflegerische Gesundheitsleistungen. Die ambulante Gesundheitsversorgung umfasst zudem Hilfsdienstleistungen der Gesundheitsversorgung, außer Ausgaben für Krankentransport und Rettungsdienste, diese sind gesondert ausgewiesen. In der Zeitreihen-Tabelle sind weiters folgende Positionen der SHA-Tabelle nach Gesundheitsleistungen und Finanzierungssystemen ausgewiesen: die häusliche Langzeitpflege, die Positionen pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter, die Prävention und Verwaltung der Gesundheitsversorgung. Diese sind somit identisch mit den Kategorien HC.3.4, HC.5 (HC.5.1 + HC.5.2), HC.6 und HC.7 in der SHA-Tabelle HCxHF. In der ebenfalls publizierten Zeitreihen-Tabelle ab 1990 sind demgegenüber für die privaten Haushalte und Versicherungsunternehmen in der Kategorie ambulante Gesundheitsversorgung auch die Ausgaben für häusliche Pflege, Krankentransport und Rettung sowie Prävention mitenthalten.

2.2.3.6 Weitere Tabellen auf Basis des System of Health Accounts

Die **Tabelle der öffentlichen laufenden Gesundheitsausgaben für Fondskrankenanstalten** ist nach Finanzierungssystemen (Bund, Länder, Gemeinden, Sozialversicherungsträger) auf der einen sowie nach Bundesland-Standort der Krankenanstalt auf der anderen Seite gegliedert. Zusätzlich enthält die Aufstellung eine Kategorisierung in ambulante und stationäre (inkl. tagesklinische) Leistungskomponenten.

2.2.4 Sonstige qualitätssichernde Maßnahmen

Analyse der Ergebnisse

Das System of Health Accounts beruht als Sekundärstatistik bereits auf hinsichtlich Plausibilität geprüften Daten der vorgelagerten Datenbestände (z.B. Geburtsstatik, Teilbereiche der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen). Die verschiedenen SHA-Tabellen HCxHF, HCxHP, HPxHF, HCxHPxHF haben die **laufenden Gesundheitsausgaben** als gemeinsames Endergebnis. Abweichungen im Aggregat können so festgestellt und die Konsistenz der Zahlenwerke herbeigeführt werden. Weitere Konsistenzprüfungen erfolgen zwischen den genannten SHA

Tabellen und den ergänzenden Darstellungsformen der SHA Gesundheitsausgaben (z.B. Zeitreihe der Gesundheitsausgaben).

Expertengremien

Der für die Unterstützung des SHA-Projektes eingerichtete wissenschaftliche Beirat für die Gesundheitsausgaben nach System of Health Accounts und der Fachbeirat für Gesundheitsstatistik, bei welchen jeweils Expertinnen und Experten aus dem Bereich Gesundheit teilnehmen, tragen einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätssicherung und Vollständigkeit der Gesundheitsausgaben nach SHA bei. Zusätzlich werden bei den Präsentationen in diesen Gremien methodische Erkenntnisse und allfällige neue Informationen diskutiert.

Internationale Überprüfungen

Die Qualität der Berechnungen wird auch durch den sogenannten „Joint Health Accounts Questionnaire“ der Organisationen OECD, Eurostat und WHO evaluiert. Die Übermittlung der SHA Ergebnisse an die drei Organisationen erfolgt standardisiert nach den SHA-Tabellen HCxHF, HCxHP, HPxHF und einem Metadaten-Fragebogen. Hinzu kommen Rückfragerunden, in denen Auffälligkeiten bei den Ergebnissen und Metadaten angemerkt bzw. nähere Erläuterungen zu Einzelaggregaten erbeten werden. Bei Bedarf werden Korrekturen durchgeführt.

Ferner wird an internationalen Konferenzen und Arbeitsgruppen teilgenommen, bei denen beispielsweise Probleme der einzelnen Staaten bei der Berechnung der Daten, Methoden-änderungen und die Harmonisierung der Daten besprochen werden. Diese internationalen Konferenzen werden von OECD, Eurostat bzw. der WHO organisiert.

Durch eine EU-Durchführungsverordnung (siehe Kapitel 1.4) sind die Konzepte und Methoden des SHA 2011 Manuals verpflichtend in allen Mitgliedsländern anzuwenden. Beanstandungen zur Umsetzung der Gesundheitsausgabenrechnung haben daher nicht mehr Empfehlungscharakter, sondern unterliegen europäischer Rechtsnorm.

2.3 Publikation (Zugänglichkeit)

2.3.1 Vorläufige Ergebnisse

Vorläufige Ergebnisse zu den öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben werden im Juni jedes Jahres für das vorangegangene Jahr und zu den öffentlichen laufenden Gesundheitsausgaben für Fondskrankenanstalten im September jedes Jahres für das vorangegangene Jahr auf der Homepage der Statistik Austria publiziert.²⁰ Im Februar jedes Jahres wird die Zeitreihe der Gesundheitsausgaben nach SHA bzw. die detaillierten SHA-Tabellen und die öffentlichen laufenden Gesundheitsausgaben für Fondskrankenanstalten für das zweitvorangegangene Jahr auf der Homepage der Statistik Austria publiziert.²⁰

Die Übermittlung der Daten via Joint Health Accounts Questionnaire der OECD, Eurostat und WHO erfolgt Ende März bzw. Mitte Juni (Schnellschätzung). Diese Ergebnisse werden von der OECD jeweils Ende Juni/Anfang Juli publiziert. Eurostat publiziert die Daten länderweise in Abhängigkeit des Validierungsprozesses im Sommer bzw. Herbst, die WHO ca. Anfang Dezember.

Zur Güte der Schnellschätzung (vorläufige Ergebnisse im Juni) kann angemerkt werden, dass die für das Berichtsjahr 2017 publizierten Ergebnisse der Schnellschätzung um 0,9% geringer waren als die im Februar 2019 publizierte Summe der laufenden Gesundheitsausgaben für das Berichtsjahr 2017.

²⁰ http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html

2.3.2 Endgültige Ergebnisse

Die publizierten Daten werden in der Regel in den nächsten beiden Folgejahren noch laufenden Revisionen unterzogen (siehe Kapitel 2.3.3). Die endgültigen Daten liegen somit in der Regel 38 Monate nach Ablauf des Berichtsjahres vor.

2.3.3 Revisionen

Unter einer Revision versteht man die Überarbeitung der bisherigen Ergebnisse unter Einbezug neuer Daten, neuer Statistiken und/oder neuer Methoden in das Rechenwerk. Grundsätzlich wird zwischen „laufenden“ Revisionen (z.B. aufgrund neuer oder aktualisierter Datenquellen bzw. verbesserter Schätzmethode), die sich auf kleinere Korrekturen einzelner Jahre beziehen, und umfassenderen bzw. „großen“ Revisionen unterschieden. Letztere bedeuten die grundlegende Überarbeitung der SHA-Tabellen bzw. Zeitreihen für längere Zeiträume.

Laufende (jährliche) Revisionen gibt es grundsätzlich bei jedem Veröffentlichungstermin, vor allem, weil vorläufige durch endgültige Daten ersetzt werden. Diese werden jährlich durchgeführt (für nähere Informationen siehe [Standard-Dokumentation der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen VGR-Jahresrechnung](#), Kapitel 2.3.1). Dabei werden in der Regel die Gesundheitsausgaben für die zwei, dem erstmalig publizierten Jahr, vorangegangenen Berechnungsjahre revidiert. Es werden somit neue SHA-Daten für drei Jahre präsentiert.

Im Falle einer großen Revision erfolgt jedoch eine neuerliche Überarbeitung. Gründe für umfassende Revisionen können zum Beispiel sein, dass:

- neue Konzepte, Definitionen, Klassifikationen und ähnliches in das Rechenwerk eingeführt werden,
- neue, bislang nicht verwendete bzw. nicht verfügbare statistische Berechnungsgrundlagen eingebaut werden,
- neue Berechnungsmethoden angewendet werden,
- die Darstellung modernisiert und gegebenenfalls neue Begriffe eingeführt werden,
- die internationale Vergleichbarkeit erhöht werden soll.

Große Revisionen werden nicht laufend durchgeführt, sondern nur wenn neue Konzepte und Methoden zu implementieren sind oder eine Revision in den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen eine Revision in der Gesundheitsausgabenrechnung nach SHA mit sich zieht.

2.3.4 Publikationsmedien

Die Ergebnisse der Gesundheitsausgaben nach System of Health Accounts für Österreich werden in folgenden Medien veröffentlicht:

- [Webseite der Statistik Austria](#)
Die Zeitreihe der Gesundheitsausgaben sowie die SHA-Tabellen HCxHF, HCxHP, HPxHF, HCxHPxHF, die Schnellschätzung der öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben und die Ausgabenaufstellung der Fondskrankenanstalten stehen zum Download zur Verfügung.
- [Jahrbuch der Gesundheitsstatistik](#)
Das Jahrbuch der Gesundheitsstatistik steht ebenfalls auf der Homepage der Statistik Austria zur Verfügung.
- [Statistisches Jahrbuch Österreichs](#)
Internationale und nationale Daten zum Thema Gesundheit finden sich auf der Homepage der Statistik Austria.
- [Webseite des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz](#)
Hier findet sich eine Zusammenfassung der aktuellen Gesundheitsausgaben nach SHA.

- [OECD](#)
Internationale Ergebnisse und Vergleiche werden auf der Homepage der OECD über die Datenbank „Health Statistics“ laufend aktualisiert und als Printausgabe veröffentlicht.
Die Publikation „Health at a Glance“ beinhaltet u.a. die SHA Gesundheitsausgaben.
- [Eurostat](#)
Die Gesundheitsausgaben nach SHA sind über die Eurostat-Datenbank abrufbar.
- [WHO](#)
Die World Health Statistics ist auf der Homepage der WHO abrufbar.

2.3.5 Behandlung vertraulicher Daten

Im Zuge der Erstellung der Gesundheitsausgabentabellen fließen Detaildaten von juristischen Personen mit ein, welche in der Folge zu den SHA-Kategorien zusammengefasst werden. Auf Publikationsebene sind die Daten aufgrund des Aggregierungsgrades der Klassifikationen bzw. durch die einschlägigen rechtlichen Rahmenbedingungen nicht als vertraulich einzustufen.

3. Qualität

3.1 Relevanz

Die Relevanz einer Statistik erfasst, inwieweit der Informationsgehalt den Bedürfnissen der Nutzerinnen und Nutzer entspricht.

Als Hauptnutzer kann das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz als Auftraggeber angesehen werden. Dieses verwendet die Daten als Input für politische Entscheidungen. In diesem Zusammenhang sei auch auf die seit 2013 unter dem Titel [„Zielsteuerung Gesundheit“](#) laufende Gesundheitsreform hingewiesen, welche die österreichische Gesundheitsausgabenrechnung nach SHA zum Zwecke eines Kosten-Controllings nutzt. Auf internationaler Ebene werden die Daten von der OECD, Eurostat und der WHO verwendet, um Analysen über die Ausgaben für Gesundheit in unterschiedlichen Staaten durchzuführen. Des Weiteren nutzen verschiedene Institute und Forschungseinrichtungen die Ergebnisse der Gesundheitsausgabenrechnung nach SHA für wissenschaftliche Studien. Seit dem Jahr 2015 sind alle EU-Mitgliedsländer per EU-Durchführungsverordnung verpflichtet Gesundheitsausgabendaten auf Basis des System of Health Accounts (SHA 2011) an Eurostat zu melden.

3.2 Genauigkeit

Genauigkeit ist ein typisches Maß für die Ergebnisqualität eines statistischen Produkts. Sie definiert sich durch den "Fehler" - die absolute Abweichung des Schätzwertes vom wahren Wert. Im Kontext einer Primärstatistik lässt sich zwischen stichprobenbedingten Effekten (klassischer Stichprobenfehler und design- und methodenbedingte Fehler) und nicht-stichprobenbedingten Effekten (Abdeckungs- und Aufarbeitungsfehler, Antwortausfälle) unterscheiden.

Nun sind diese Kriterien auf Makro-Statistiken oder so genannte "synthetische Statistiken" nicht direkt anwendbar. Zwar kann die Qualität vorgelagerter Statistiken beurteilt werden, die eigentliche Rechnung aber nur bedingt, da es kein allgemein anerkanntes, durchgängiges und systematisches Verfahren gibt, um hier Genauigkeit oder Qualität zu messen. Es lassen sich aber doch zumindest einige Anforderungen und Kriterien formulieren, die für eine Qualitätseinschätzung relevant sind (vgl. auch Kapitel 2.2.4).

3.2.1 Qualität der verwendeten Datenquellen

Generell kann gesagt werden, dass die Qualität der Ergebnisse der VGR und der Gebarungsstatistik einen großen Einfluss auf die Qualität der Ergebnisse der Gesundheitsausgaben haben.

Wie bereits zuvor beschrieben, kann im Bereich der öffentlichen Ausgaben von einer sehr hohen Qualität der Datenquellen ausgegangen werden. Speziell bei den Ausgaben des Bundes, der Länder, der Gemeinden und der Sozialversicherung stellen Rechnungsabschlüsse die Datengrundlage dar. Diese unterliegen externen Überprüfungen, wie etwa durch den Rechnungshof.

Die privaten Gesundheitsausgaben werden aus einer Vielzahl von unterschiedlichen Datenquellen berechnet. Zahlen über die privaten Gesundheitsausgaben, die aus dem Datenbestand der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen übernommen werden, unterliegen den in diesem Bereich üblichen Qualitätskriterien. Art und Durchführung von Qualitätsprüfungen im Rahmen der VGR sind der Standard-Dokumentation [Standard-Dokumentation der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen VGR-Jahresrechnung](#) (siehe Kapitel 3) sowie dem [Methodeninventar zu den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen in Österreich](#) (siehe Kapitel 6 und 7) zu entnehmen.

Methoden und Berechnungen der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (inklusive der auf der Gebarungsstatistik beruhende VGR-Sektor Staat) werden des Weiteren periodisch von internationalen Institutionen (z.B. Eurostat, Europäischer Rechnungshof) einer eingehenden Prüfung unterzogen. Um die privaten Gesundheitsausgaben vollständig abbilden zu können, wurden insbesondere im Bereich Langzeitpflege Datenrecherchen und darauf aufbauende Schätzungen zur Berechnung der Gesundheitsausgaben durchgeführt. Die Qualität dieser Ergebnisse ist schwer zu beurteilen, da Referenzwerte nicht verfügbar sind.

3.2.2 Abdeckung (Unter-/Übererfassung)

Der Abdeckungsgrad bzw. die Vollständigkeit kann für die Gesundheitsausgabenrechnung nach SHA insgesamt als hoch betrachtet werden.

Einige Teilrechnungen im Bereich der Langzeitpflege beruhen auf annahmengestützten Schätzungen, da weder Statistiken noch Rechenwerke als Datenbasis vorliegen. Über- oder Untererfassungen sind in diesem Bereich aufgrund der schwierigen Abgrenzung der Gesundheitsausgaben für Pflege- und Sozialleistungen durchaus möglich, diese Abweichungen können aber als geringfügig eingeschätzt werden.

Beim Finanzierungssystem private Organisationen ohne Erwerbszweck (POoE) werden die Einheiten des Unternehmensregisters für statistische Zwecke (URS) gemäß ihrer hauptsächlichen Aktivität als SHA-relevant eingestuft bzw. HC- und HP-Kategorien zugeordnet. Insbesondere bei privaten Organisationen ohne Erwerbszweck, die neben gesundheits-relevanten Aktivitäten in geringerem Umfang auch weitere, meist dem Sozialsektor zuzuordnende, Aktivitäten entfalten, kann es hier zu Übererfassungen kommen, da ihre gesundheits-relevanten Konsumausgaben nicht isoliert werden können. Andererseits werden Einheiten, deren primäre Aktivitäten nicht dem Gesundheitssystem zuzuordnen sind, die aber in geringerem Umfang Gesundheitsleistungen bereitstellen, gar nicht in die Berechnung miteinbezogen.

3.2.3 Erfassungsfehler

Wie bereits in Kapitel 2.1.4.4 erwähnt, ist die Anwendung des Inländerkonzepts – die Inklusion der gesundheitsbezogenen Importe und die Exklusion der gesundheitsbezogenen Exporte – bei den privaten Gesundheitsausgaben zumeist nicht möglich. Der Außenhandel mit Dienstleistungen und Gütern wird in der VGR als Aggregat erfasst und kann derzeit nicht näher auf einzelne Konsumbereiche (zum Beispiel Gesundheitsgüter) aufgeteilt werden.

Abweichungen von der periodengerechten Verbuchung (siehe Kapitel 2.1.4.3) sind bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben insoweit möglich, als manche Gebietskörperschaften nach wie vor eine Einzahlungs- und Auszahlungsrechnungsführung (Kameralistik) aufweisen und die Umstellung auf das doppelte Rechnungswesen noch nicht überall vollständig vollzogen ist. Somit ist die Inklusion von periodenfremden Zahlungen nicht auszuschließen.

3.2.4 Modellbedingte Effekte

Die Berechnung der öffentlichen laufenden Gesundheitsausgaben für Fondskrankenanstalten (siehe auch Kapitel 2.1.4.5) erfolgt zum Teil anhand der Rechnungsabschlüsse der Landesgesundheitsfonds. Die Summe der SHA-relevanten Ausgaben für die Fondskrankenanstalten wird den Finanzierungssystemen der Gebietskörperschaften (Bund, Land, Gemeinde) und Sozialversicherungsträgern anhand der Landesgesundheitsfonds-Einnahmenstruktur zugeordnet. Das heißt, der SHA-relevante Ausgabenanteil eines Finanzierungssystem, z.B. des Bundes, hängt vom Anteil der von diesem Finanzierungssystem in den Gesundheitsfonds eingespeisten Mittel ab.

Die Trennung von Langzeitpflegeausgaben in eine soziale und gesundheitliche Komponente (siehe Kapitel 2.1.4.1) erfolgt mit Hilfe von verschiedenen Kriterien bzw. Indikatoren.

- Für die Berechnung der **privaten stationären Langzeitpflegeausgaben** werden etwa Informationen zum Verhältnis von „Pflegeplätzen“ zu „Wohnplätzen“ gesammelt, wobei die SHA-relevanten Gesundheitsausgaben der Langzeitpflege durch den Pflegeplatzanteil bestimmt werden.
- Auch die **Investitionsausgaben für die stationäre Langzeitpflege** werden aufgrund des Pflegeplatzanteils in den jeweiligen Heimen errechnet.
- Bei den **öffentlichen stationären Langzeitpflegeausgaben** wird nach Institutionen unterschieden. Mittel für Pflegeheime gehen in die Gesundheitsausgabenrechnung ein, während Gelder für sonstige Betreuungseinrichtungen (z.B. Altenwohnheime, Betreutes Wohnen) zur Gänze exkludiert werden.
- SHA-relevante Ausgaben für die **24-Stunden Betreuung** werden mittels der, mit den Pflegestufen assoziierten, Pflegeintensität (in Aufwandsstunden) der Klientinnen und Klienten geschätzt.
- **Hauskrankenpflege** gilt als Gesundheitsleistung, wenn sie entweder durch Angehörige des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals oder durch Pflegehilfen erbracht werden. Ausgaben für Heim- und Haushaltshilfen werden als nicht SHA-relevant definiert, da per Annahme pflegerische und persönliche Betreuungsdienste (ADL) bei diesen Berufsgruppen nicht die dominanten Tätigkeiten darstellen.
- **Pflegegeld** und die Mittel für die **Pflegekarenz** gehen vollständig in die Rechnung ein, da sie nur als Proxy (siehe Seite 37) für die unbezahlte Haushaltsarbeit herangezogen werden.

3.3 Aktualität und Rechtzeitigkeit

Die Ergebnisse werden auf der Homepage von Statistik Austria publiziert sowie dem BMASGK, der OECD, Eurostat und der WHO fristgerecht bereitgestellt. Bei der Aktualität kann festgehalten werden, dass die detaillierten Ergebnisse zu den Gesundheitsausgaben nach SHA jeweils 14 Monate nach Ablauf des Berichtjahres veröffentlicht werden. Dies ist dadurch begründet, dass auf diese Weise ein hoher Grad an Vollständigkeit der Daten gewährleistet werden kann. Aggregierte Daten zu den öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben liegen bereits 6 Monate nach Ablauf des Berichtsjahres vor. Daten zu den öffentlichen Gesundheitsausgaben für Fondskrankenanstalten stehen 9 Monate nach Ablauf des Berichtjahres zur Verfügung.

3.4 Vergleichbarkeit

Die Konzepte und Definitionen sind in den SHA Manuals (SHA 1.0 und SHA 2011) festgeschrieben. Das revidierte SHA 2011 Manual weicht in mehrerer Hinsicht von seinem Vorgänger ab. Wichtigste konzeptionelle Veränderung ist sicherlich die Anpassung der Dimension Finanzierung. Während die Finanzierungsquelle (source of financing) und damit die institutionellen Einheiten (financing agents) bei SHA 1.0 im Vordergrund standen, sind im neuen Manual unter Finanzierungssystemen abgegrenzte Bündel an Regeln zu verstehen, die mit Hilfe verschiedener Kombinationen von Kriterien näher bestimmt werden können. Darüber hinaus kam es zu Schärfungen der Definitionen einzelner Kategorien oder zur Überführung von vormaligen Unterkategorien zu eigenen Kategorien, etc.

Die Auswirkungen dieser Umstellungen auf die österreichischen Gesundheitsausgaben nach SHA sind jedoch der Höhe nach gering, die Vergleichbarkeit der Daten ist von einer Berechnungsmethode zur anderen weitestgehend gewährleistet. Aufgrund einer Ausweitung der Definition kam es im Bereich Prävention und bei den Investitionen zu einem marginalen Anstieg, der für das Jahr 2013 in Summe weniger als 0,2% der gesamten Gesundheitsausgaben ausmachte. Demgegenüber stehen Umschichtungen der Gesundheitsausgaben zwischen einzelnen Kategorien, die insbesondere auf höherer Detailebene durchaus zu Ausgabenverschiebungen geführt haben.

3.4.1 Zeitliche Vergleichbarkeit

Detaillierte Daten der SHA-Tabellen stehen ab dem Jahr 2004 zur Verfügung. Die Hauptaggregate der Zeitreihe wurden nach dem SHA-Konzept rückgerechnet und stehen ab dem Jahr 1990 zur Verfügung. Die Jahre 1990 bis 2003 sind nach dem SHA 1.0 Manual berechnet. Alle Daten ab dem Jahr 2004 unterliegen den Konzepten und Definitionen des SHA 2011 Manuals.

3.4.2 Internationale Vergleichbarkeit

Die internationale Vergleichbarkeit sollte aufgrund der einheitlichen Konzepte und Definitionen nach SHA weitgehend gegeben sein. Eine Gesundheitsausgabenrechnung nach SHA wird mittlerweile in allen EU- und OECD-Ländern sowie weiteren Staaten durchgeführt. Mit dem Jahr 2016 haben alle EU-Mitgliedsländer verpflichtend Gesundheitsausgabendaten, den Methoden des SHA 2011 Manuals entsprechend, an Eurostat zu melden (siehe Kapitel 1.4). Stetige Verbesserungen für die internationale Vergleichbarkeit sind durch die inzwischen mehrjährige Erfahrung mit SHA in vielen Ländern sowie durch den regelmäßigen Austausch sowohl zwischen den Ländern als auch mit den internationalen Organisationen OECD, Eurostat und WHO gegeben. In der jüngeren Vergangenheit wurde spezielles Augenmerk auf festgestellte Problemfelder in puncto Datenlage und internationaler Vergleichbarkeit gelegt. Dies umfasst insbesondere die Bereiche Prävention und Langzeitpflege sowie das Finanzierungssystem Selbstzahlungen der privaten Haushalte. Eine weitere diesbezügliche Konvergenz der einzelnen nationalen Gesundheitsausgabenrechnungen ist anzustreben.

3.5 Kohärenz

Die Kohärenz einer Statistik erfasst, inwieweit ihre Ergebnisse bzw. Konzepte mit anderen statistischen Produkten vergleichbar sind oder in Beziehung gesetzt werden können.

Neben den Gesundheitsausgaben nach SHA werden in der Statistik Austria noch in anderen Statistiken Gesundheitsausgaben ermittelt. Dies geschieht einerseits bei den Staatsausgaben gemäß VGR nach COFOG und andererseits bei den Sozialausgaben im Rahmen des Europäischen Systems der Integrierten Sozialschutzstatistik (ESSOSS). Aufgrund der Komplexität und vielfältiger konzeptueller Unterschiede gibt es keine standardisierte Überleitung zu den beiden Systemen in Österreich.

4. Ausblick

Mit der EU-Durchführungsverordnung zur verpflichtenden Datenmeldung gemäß SHA 2011 Manual wurde die Vereinheitlichung der Gesundheitsausgabenrechnungen innerhalb Europas weiter vorangetrieben. Da die derzeit geltende Verordnung (EU) 2015/359 eine sogenannte "sunset-clause" enthält und eine verpflichtende Meldung der SHA-Daten an Eurostat nur bis zum Berichtsjahr 2020 vorsieht, wird auf europäischer Ebene über eine Novellierung der Verordnung diskutiert. Ziel ist eine weitere Verbesserung der internationalen Vergleichbarkeit der SHA-Daten, aber auch neue Inhalte der zu novellierenden europäischen Rechtsgrundlagen stehen zur Diskussion.

Inwieweit die österreichische Gesundheitsausgabenrechnung, neben den verpflichtend zu liefernden Tabellen gemäß Verordnung, um neue „Module“ erweitert wird, hängt sowohl vom zukünftigen Informationsbedarf des heimischen Gesundheitswesens als auch von den Entwicklungen auf europäischer Ebene ab.

Glossar

ADL – Activities of Daily Living ist ein oft gebräuchliches Konzept im Gesundheits- und Pflegewesen und fasst alle ständigen Tätigkeiten eines Menschen zur Selbstpflege zusammen. Hierzu zählen etwa Körperpflege, Anziehen, Essen.

ESSOSS – Das Europäische System der Integrierten Sozialschutzstatistik beruht seit 1996 auf einer einheitlichen Methodologie. ESSOSS bildet einen harmonisierten Rahmen, der es ermöglicht, nationale Daten über die Ausgaben des Sozialschutzes sowie deren Finanzierung anhand von gemeinsamen einheitlichen Kriterien in vergleichbarer Weise EU-weit darzustellen.

ESVG – Das Europäische System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen ist rechtlich verbindlich (EU-Verordnung) und eine spezifisch auf europäische Verhältnisse zugeschnittene Variante des System of National Accounts (SNA). Dabei werden die Ergebnisse einerseits nach Wirtschaftsbereichen und andererseits nach institutionellen Sektoren dargestellt. Derzeit gültige Version ist das ESVG 2010.

GSBG – Verordnung des Bundesministers für Finanzen zu den Beihilfen- und Ausgleichsprozentsätzen, die im Rahmen des Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetzes (GSBG 1996) angewendet werden. Nach dem Wegfall der Vorsteuerabzugsberechtigung aufgrund des Beitritts Österreich zur EU wurden die GSBG-Mittel eingeführt, wodurch für die nun nicht mehr abzugsfähige Vorsteuer auf ärztliche und pflegerische Tätigkeiten ein Ausgleich in der Form von Beihilfen geschaffen wurde.

IADL – Instrumental Activities of Daily Living umfasst, über ADL hinausgehende, Tätigkeiten der selbstständigen Haushaltsführung (Kochen, Einkaufen, etc.).

LGF – Die Landesgesundheitsfonds dienen zur Planung, Steuerung und Finanzierung der Landeskrankenanstalten auf Landesebene. Diese sind gemäß Art. 15a des Bundesverfassungsgesetzes geregelt.

LKF – Das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung für die Abrechnung der stationären Spitalskosten ist in Österreich seit dem Jahr 1997 im Einsatz. Aufgrund der für alle Patientinnen und Patienten verpflichtend eingeführten Leistungs- und Diagnosedokumentation konnte die vorher geltende pauschale Tagsatzfinanzierung durch die leistungsorientierte Abgeltung ersetzt werden. Das LKF-System wurde 2017 auch auf den spitalsambulanten Bereich ausgeweitet und ist dort ab 2019 verpflichtend anzuwenden.

PRIKRAF – Der Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds dient der Leistungsabgeltung von Privatkrankenanstalten, welche eine Leistungspflicht gegenüber den sozialen Krankenversicherungen innehaben.

Service Charge – Die Service Charge beschreibt das Dienstleistungsentgelt für Versicherungen, welche sich aus den Positionen der bezahlten Versicherungsprämien plus Kapitalerträge der Versicherer abzüglich (geglätteter) Versicherungsauszahlungen zusammensetzt [siehe ESVG 16.51]. Dies beinhaltet daher auch etwaige Unternehmensgewinne.

SHA – System of Health Accounts ist ein System von international vergleichbaren Gesundheitskonten. Konzepte und Methoden für die Erfassung von Gesundheitsausgaben werden derzeit durch das revidierte SHA Manual (SHA 2011) festgelegt und von allen OECD-Ländern bzw. allen Ländern der Europäischen Union angewandt.

VGR – Die Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen dienen dazu, das wirtschaftliche Geschehen eines Landes nach international vergleichbaren Normen systematisch, detailliert und quantitativ bewertet in Geldeinheiten abzubilden. Dabei werden sowohl die Struktur einer Volkswirtschaft als auch verschiedene Teilaspekte sowie Entwicklungen im Zeitablauf beschrieben.

Abkürzungsverzeichnis

ADL	Activities of Daily Living
AGES	Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMLV	Bundesministerium für Landesverteidigung
BMVRDJ	Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
COFOG	Classification of the Functions of Government
COICOP	Classification of Individual Consumption by Purpose
ESSOSS	Europäisches System der Integrierten Sozialschutzstatistik
ESVG	Europäisches System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen
Eurostat	Statistisches Amt der Europäischen Union
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GSBG	Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
ICHA	International Classification of Health Accounts
ICHA-FA	ICHA Classification of financing agents (Finanziers)
ICHA-FP	ICHA Classification of factors of health care provision (Produktionsfaktoren im Gesundheitswesen)
ICHA-FS	ICHA Classification of types of revenues of health financing schemes (Mittelherkunft für Finanzierungssysteme)
ICHA-HC	ICHA Classification of Health Care Functions (Gesundheitsleistung und -güter)
ICHA-HF	ICHA Classification of Financing Schemes (Finanzierungssysteme)
ICHA-HK	ICHA Classification of Gross Capital Formation (Bruttoinvestitionen)
ICHA-HP	ICHA Classification of Health Care Providers (Leistungserbringer)
KAV	Krankenanstaltenverbund (Wien)
LGF	Landesgesundheitsfonds
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
MUKIPA	Mutter-Kind-Pass
OECD	Organisation for Economic Co-Operation and Development
ÖCPA	Österreichische Systematik der Güter (International Standard Classification of Products by Activity)
ÖISCO	Österreichische Berufsklassifikation (International Standard Classification of Occupations)
ÖNACE	Österreichische Systematik der Wirtschaftstätigkeiten (Nomenclature statistique des activités économiques dans la Communauté européenne)
POoE	Private Organisationen ohne Erwerbszweck
PRIKRAF	Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds
SHA	System of Health Accounts
SNA	System of National Accounts
SV	Sozialversicherungsträger
VGR	Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen
VVO	Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs
WHO	World Health Organisation

SHA-Klassifikation (SHA 2011)

HC – Gesundheitsleistungen und -güter

HC.1 Leistungen der kurativen Gesundheitsversorgung

HC.1.1 Stationäre kurative Gesundheitsversorgung

HC.1.2 Tagesfälle der kurativen Gesundheitsversorgung

HC.1.3 Ambulante kurative Gesundheitsversorgung

HC.1.3.1 Allgemeine ambulante Gesundheitsversorgung

HC.1.3.2 Ambulante zahnärztliche Gesundheitsversorgung

HC.1.3.3 Spezialisierte ambulante Gesundheitsversorgung

HC.1.3.9 Sonstige ambulante kurative Gesundheitsversorgung

HC.1.4 Häusliche kurative Gesundheitsversorgung

HC.2 Leistungen der rehabilitativen Gesundheitsversorgung

HC.2.1 Stationäre rehabilitative Gesundheitsversorgung

HC.2.2 Tagesfälle der rehabilitativen Gesundheitsversorgung

HC.2.3 Ambulante rehabilitative Gesundheitsversorgung

HC.2.4 Häusliche rehabilitative Gesundheitsversorgung

HC.3 Langzeitpflege

HC.3.1 Stationäre Langzeitpflege

HC.3.2 Tagesfälle der Langzeitpflege

HC.3.3 Ambulante Langzeitpflege

HC.3.4 Häusliche Langzeitpflege

HC.4 Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung

HC.4.1 Klinische Labore

HC.4.2 Bildgebende Diagnoseverfahren

HC.4.3 Patiententransporte

HC.5 Medizinische Güter

HC.5.1 Arzneimittel und sonstige medizinische Verbrauchsgüter

HC.5.1.1 Verschriebene Arzneimittel

HC.5.1.2 Rezeptfreie Arzneimittel

HC.5.1.3 Sonstige medizinische Verbrauchsgüter

HC.5.2 Therapeutische Hilfsmittel und andere medizinische Güter

HC.5.2.1 Brillen und sonstige Sehhilfen

HC.5.2.2 Hörhilfen

HC.5.2.3 Orthopädische und prothetische Hilfsmittel

HC.5.2.9 Sonstige medizinische Güter

HC.6 Prävention

HC.6.1 Information, Bildung und Beratung

HC.6.2 Immunisierungsprogramme

HC.6.3 Früherkennungsprogramme

HC.6.4 Programme zur Überwachung des Gesundheitszustandes

HC.6.5 Epidemiologische Überwachung, Risiko- und Krankheitskontrollprogramme

- HC.6.6 Katastrophenvorbereitung und Notfallprogramme
- HC.7 Verwaltung der Gesundheitsversorgung und Gesundheitssystemfinanzierung
 - HC.7.1 Verwaltung der Gesundheitsversorgung
 - HC.7.2 Verwaltung der Gesundheitssystemfinanzierung
- HC.9 Übrige Gesundheitsversorgung (nicht anderweitig genannt)

HP – Leistungserbringer

- HP.1 Krankenhäuser
 - HP.1.1 Allgemeinkrankenhäuser
 - HP.1.2 Psychiatrische Kliniken und Suchtkliniken
 - HP.1.3 Spezialkliniken (außer psychiatrischen Kliniken und Suchtkliniken)
- HP.2 Einrichtungen der Langzeitpflege
 - HP.2.1 Pflegeheime
 - HP.2.2 Einrichtungen für psychisch Erkrankte und Suchtkranke
 - HP.2.9 Sonstige Einrichtungen der Langzeitpflege
- HP.3 Ambulante Einrichtungen
 - HP.3.1 Arztpraxen
 - HP.3.1.1 Praxen von Allgemeinärzten
 - HP.3.1.2 Praxen von psychiatrischen Fachärzten
 - HP.3.1.3 Praxen von Fachärzten (außer psychiatrischen Fachärzten)
 - HP.3.2 Zahnarztpraxen
 - HP.3.3 Praxen von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe
 - HP.3.4 Ambulante Zentren der Gesundheitsversorgung
 - HP.3.4.1 Familienplanungseinrichtungen
 - HP.3.4.2 Ambulante Einrichtungen für psychisch Kranke und Suchtkranke
 - HP.3.4.3 Unabhängige ambulante Operationseinrichtungen
 - HP.3.4.4 Dialyseeinrichtungen
 - HP.3.4.9 Sonstige ambulante Einrichtungen
 - HP.3.5 Erbringer häuslicher Gesundheitsleistungen
- HP.4 Erbringer von Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung
 - HP.4.1 Ambulanz und Rettungsdienste
 - HP.4.2 Medizinische und diagnostische Labore
 - HP.4.9 Sonstige Erbringer von Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung
- HP.5 Einzelhandel und sonstige Anbieter medizinischer Güter
 - HP.5.1 Apotheken
 - HP.5.2 Einzelhandel und sonstige Anbieter von medizinischen Gütern und Geräten
 - HP.5.9 Sonstige Anbieter von pharmazeutischen und medizinischen Gütern
- HP.6 Einrichtungen für präventive Gesundheitsversorgung
- HP.7 Einheiten der Verwaltung der Gesundheitsversorgung und Gesundheitssystemfinanzierung
 - HP.7.1 Staatseinheiten
 - HP.7.2 Einheiten der Sozialversicherung
 - HP.7.3 Einheiten der privaten Krankenversicherungen

- HP.7.9 Sonstige Einheiten
- HP.8 Sonstige Wirtschaftszweige (übrige Wirtschaft)
 - HP.8.1 Private Haushalte als Erbringer häuslicher Gesundheitsleistungen
 - HP.8.2 Sonstige Wirtschaftszweige als sekundäre Produzenten von Gesundheitsleistungen
 - HP.8.9 Sonstige Wirtschaftszweige (nicht anderweitig genannt)
- HP.9 Übrige Welt

HF – Finanzierungssystem

- HF.1 Finanzierungssystem Staat und verpflichtende Beitragssysteme der Gesundheitsfinanzierung
 - HF.1.1 Finanzierungssystem Staat
 - HF.1.1.1 Finanzierungssystem Bund
 - HF.1.1.2 Finanzierungssystem Land/Region/Gemeinde
 - HF.1.2 Verpflichtende Beitragssysteme: Krankenversicherungssysteme
 - HF.1.2.1 Finanzierungssystem Sozialversicherungsträger
 - HF.1.2.2 Verpflichtende private Krankenversicherungssysteme
 - HF.1.3 Verpflichtendes individuelles Gesundheitskonto
- HF.2 Freiwillige Systeme der Gesundheitsfinanzierung
 - HF.2.1 Freiwillige Krankenversicherungssysteme
 - HF.2.1.1 Primäre Krankenversicherungssysteme
 - HF.2.1.2 Ergänzungs-/Zusatzkrankenversicherungssysteme
 - HF.2.2 Finanzierungssystem Private Organisationen ohne Erwerbszweck
 - HF.2.3 Finanzierungssystem Unternehmen
- HF.3 Selbstzahlungen der privaten Haushalte
 - HF.3.1 Selbstzahlungen ohne Selbstbehalte
 - HF.3.2 Selbstbehalte (Kostenteilung mit Dritten)
 - HF.3.2.1 Selbstbehalte bei Finanzierungssystem Staat und verpflichtenden Beitragssystemen der Gesundheitsfinanzierung
 - HF.3.2.2 Selbstbehalte bei freiwilliger Krankenversicherung
- HF.4 Finanzierungssystem übrige Welt
 - HF.4.1 Verpflichtendes Finanzierungssystem (Ausland)
 - HF.4.2 Freiwilliges privates Finanzierungssystem (Ausland)

Hinweis auf ergänzende Dokumentationen/Publikationen

- [Funktionsweise österreichisches LKF-System](#)
- [Homepage des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz](#)
- [Homepage der OECD – Bereich Gesundheitsausgaben](#)
- [Methodeninventar zu den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen in Österreich](#)
- [SHA 2011 Manual](#)
- [SHA Manual Version 1.0](#)
- [Standard-Dokumentation Gebarungsstatistik](#)
- [Standard-Dokumentation Input-Output-Statistik](#)
- [Standard-Dokumentation Sektor Staat – Jahresrechnung \(VGR\)](#)
- [Standard-Dokumentation Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen VGR - Jahresrechnung](#)