

Alois Guger, Markus Marterbauer, Ewald Walterskirchen

Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens

Die Finanzierung des öffentlichen Gesundheitssystems beruht in Österreich überwiegend auf Beiträgen von der Lohn- und Gehaltssumme. Weil der Anteil der Lohneinkommen am BIP längerfristig sinkt, während die Gesundheitsausgaben steigen, werden zunehmend alternative Finanzierungsmöglichkeiten in Betracht gezogen: eine Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage, eine Ausweitung der Beitragsgrundlage auf die Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, eine Umbasierung der Arbeitgeberbeiträge zur Krankenversicherung auf eine Wertschöpfungsabgabe oder eine verstärkte Finanzierung aus Steuereinnahmen. Je nach potentiellen Einnahmen würden diese Alternativen bei Aufkommensneutralität eine unterschiedlich starke Senkung der Krankenversicherungsbeiträge erlauben.

Dieser Beitrag beruht auf einer ausführlicheren Forschungsarbeit des WIFO: Alois Guger, Markus Marterbauer, Ewald Walterskirchen, Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens (Juli 2006, 67 Seiten, 30,00 €, Download 24,00 €, http://publikationen.wifo.ac.at/pls/wifosite/wifosite.wifo_search.get_abstract_type?p_language=1&pubid=26794) • Begutachtung: Karl Aiginger, Thomas Url • Wissenschaftliche Assistenz: Eva Latschka, Martha Steiner, Roswitha Übl • E-Mail-Adressen: Alois.Guger@wifo.ac.at, Markus.Marterbauer@wifo.ac.at, Ewald.Walterskirchen@wifo.ac.at

Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung steigen längerfristig schwächer als die Gesundheitsausgaben. In den letzten 25 Jahren wuchsen die öffentlichen Gesundheitsausgaben etwas stärker als das BIP: Ihr Anteil am BIP lag 1980 bei 5,2% und 2002 bei 5,4%¹⁾. Wegen des Rückgangs der Lohnquote und der Spreizung der Lohneinkommen seit den frühen neunziger Jahren bleiben die Beitragseinnahmen dagegen hinter der Entwicklung des BIP bzw. der Ausgaben zurück.

Die gesundheitspolitische Diskussion befasst sich bislang vorrangig mit der Effizienz der öffentlichen Gesundheitsvorsorge und der Ausgabenentwicklung. Die – gleichwohl zentrale – Frage nach der Effizienz des Angebotes darf aber nicht übersehen, dass die Gesundheitsversorgung zu einem großen Teil persönliche Dienstleistungen umfasst und diese der "Kostenkrankheit" im Sinne von W. Baumol²⁾ unterliegen, und dass die Kostensteigerungen durch die demographische Alterung und den raschen technologischen Fortschritt in der Medizin die Effizienzsteigerung kaum kompensieren dürften.

Die vorliegende Arbeit analysiert die Finanzierung der öffentlichen Gesundheitsversorgung in Österreich und diskutiert alternative und ergänzende Instrumente der Mittelaufbringung. Aus methodischen Gründen wird zur Auslotung des Spielraums für neue Möglichkeiten der Finanzierung Aufkommensneutralität im Basisjahr (2003) angenommen.

Besonderes Augenmerk gilt einerseits den Verteilungswirkungen und der längerfristigen Ergiebigkeit alternativer Möglichkeiten der Gesundheitsfinanzierung und andererseits einer Verringerung der hohen Abgabenbelastung des Faktors Arbeit in der Finanzierung der Sozialsysteme. Neben einer Reform der Beitragsfinanzierung durch Verbreiterung der Beitragsgrundlage werden eine Umbasierung der Arbeitgeberbeiträge auf die gesamte Wertschöpfung und eine Ausweitung der Steuerfinanzierung zur Diskussion gestellt und quantitativ geschätzt.

¹⁾ OECD Health Data, 3rd Edition, Paris, 2003. Die jüngste Neuberechnung der OECD (Health Data, Paris, Juni 2006) weist ein höheres Niveau, aber eine ähnliche Entwicklung aus: 1995 6,7%, 2004 6,8% (zur Problematik der Messung der Gesundheitsausgaben vgl. Streissler, 2004, S. 14f).

²⁾ Die Produktivität steigt im Dienstleistungssektor schwächer als in den produzierenden Wirtschaftsbereichen, sodass Dienstleistungen relativ teurer werden.

Einleitung und Zielsetzung

Beitragsfinanzierung des Gesundheitswesens

Die Finanzierungsstruktur des Gesundheitswesens

In Österreich sind rund 70% der Gesundheitsausgaben öffentlich finanziert; davon stammen zwei Drittel aus Krankenversicherungsbeiträgen und ein Drittel aus den Haushalten der Gebietskörperschaften.

Der Anteil an Steuerfinanzierung ist im internationalen Vergleich gering. Alle Gebietskörperschaften tragen dazu bei; die Mittel stammen teilweise aus den Umsatzsteuereinnahmen, zum größten Teil aber aus dem allgemeinen Steueraufkommen und fließen fast ausschließlich in die Spitalsfinanzierung (Schmadlbauer, 2005, S. 93f).

Neben den im weiteren Sinn öffentlichen Finanzquellen – Sozialversicherung und Haushalte der Gebietskörperschaften – tätigen die privaten Haushalte Ausgaben für Gesundheit (private Zahlungen und Selbstbehalte). Dieser Anteil der privaten Gesundheitsaufwendungen steigt seit Mitte der achtziger Jahre kontinuierlich (1985 24%, 1995 25,7%, 2004 29% (OECD-Durchschnitt 27%). Insgesamt wurden aus öffentlichen und privaten Finanzquellen 2004 nach den Daten von Statistik Austria und OECD 22,8 Mrd. € oder 9,6% des BIP für Gesundheit ausgegeben (OECD, Health Data, Paris, Juni 2006).

In Österreich bilden die Beiträge zur sozialen Krankenversicherung die wichtigste Finanzierungs Komponente des Gesundheitswesens. Die Beitragsleistung aller Versicherten erhöhte sich seit Mitte der neunziger Jahre von 7,1 Mrd. € (1995) auf 8,8 Mrd. € im Jahr 2003 (+24,3%). Die Beiträge der Unselbständigen nahmen in diesem Zeitraum um rund 21% zu, etwa mit der gleichen Rate wie die Bruttobezüge laut Lohnsteuerstatistik (+21½%), obwohl die Beitragssätze im Zuge der Angleichung der Beiträge für Arbeiter und Angestellte leicht gesenkt wurden: 1995 betragen die Beitragssätze (einschließlich Arbeitgeberbeiträge) für Arbeiter 7,9% und für Angestellte 6,8%, im Jahr 2003 7,6% bzw. 6,8%. Seit 2004 sind die Gesamtbeitragssätze für Arbeiter und Angestellte mit 7,5% vereinheitlicht, für Beamte lautet der Beitragssatz 7,3%.

Allerdings wurde in diesem Zeitraum die Höchstbeitragsgrundlage überproportional angehoben: Die Pro-Kopf-Einkommen stiegen um 14,1%, die Höchstbeitragsgrundlage aber um 22,1%. 2003 bezogen daher laut Lohnsteuerstatistik um fast 4% weniger Personen als 1995 Einkommen über der Höchstbeitragsgrundlage, obwohl die Beschäftigtenzahl insgesamt um 6½% höher war. Pro Kopf entwickelten sich die Einkommen der Unselbständigen über der Höchstbeitragsgrundlage deutlich dynamischer als die übrigen Lohnneinkommen: Sie nahmen von 1995 bis 2003 um 23,2% zu, der beitragsfreie Teil dieser Einkommen über der Höchstbeitragsgrundlage um 25,1%, während die Pro-Kopf-Einkommen unter der Höchstbeitragsgrundlage in diesem Zeitraum um nur 14% wuchsen.

Von 1995 bis 2003 sank die Lohnquote um fast 4 Prozentpunkte von 73,4% auf 69,5%. Nur die überproportionale Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage verhinderte eine starke Erosion der Beitragsbasis.

Übersicht 1: Entwicklung der Lohnneinkommen und der Höchstbeitragsgrundlage

Alle Unselbständigen

	Fälle	Bruttobezüge Insgesamt	Pro Kopf
		Veränderung 1995/2003 in %	
Einkommen bis zur Höchstbeitragsgrundlage	+ 7,7	+ 22,8	+ 14,0
Einkommen über der Höchstbeitragsgrundlage	- 3,9	+ 18,4	+ 23,2
Beitragsfreies Einkommen		+ 20,3	+ 25,1
Insgesamt	+ 6,5	+ 21,5	+ 14,1
Höchstbeitragsgrundlage			+ 22,1

Q: Statistik Austria, Lohnsteuerstatistik; WIFO-Berechnungen.

Alternative Modelle der Beitragsfinanzierung

Die Finanzierung der Sozialsysteme erfolgt in Österreich überwiegend durch Beiträge auf die Erwerbseinkommen: für Unselbständige auf Bruttolöhne und -gehälter, für Selbständige auf den steuerbaren Gewinn. Auf Kapital- und Vermögenseinkünfte werden dagegen keine Sozialversicherungsbeiträge eingehoben, obwohl ihnen

immer größere Bedeutung zukommt und ihr Anteil am Volkseinkommen rasch ansteigt.

Aus dieser Änderung in der funktionellen Verteilung ergeben sich sowohl Finanzierungs- als auch Effizienz- und Fairnessprobleme:

- Da der Anteil der Leistungseinkommen am Volkseinkommen zugunsten der Vermögenseinkünfte sinkt, wird die lohnbezogene Finanzierungsbasis der Sozialsysteme ausgehöhlt.
- Wegen der Dynamik der Vermögenseinkommen würde deren Einbeziehung in die Beitragsgrundlage der Krankenversicherung eine Verringerung der Belastung der Leistungseinkommen erlauben. Die Folge wäre eine Dämpfung des "tax-wedge" – höhere Nettoeinkommen für Unselbständige und niedrigere Lohnnebenkosten für Arbeitgeber – und damit tendenziell eine Ausweitung des Arbeitskräfteangebotes und der Arbeitskräftenachfrage. Aufgrund der Belastung der Vermögenserträge würde dagegen die Sparbereitschaft eher sinken – eine Entwicklung, die angesichts der anhaltenden Konsumschwäche auch positive makroökonomische Wirkungen hätte.
- Im Sinne der Gleichbehandlung aller Einkunftsarten und angesichts der zunehmenden Bedeutung von Erbschaften, verbunden mit steigender Vermögenskonzentration, sprechen die Grundsätze der Finanzierung nach der Leistungsfähigkeit und der Fairness in der Besteuerung für eine Ausdehnung der Beitragsgrundlage auf möglichst alle Einkunftsarten³).

Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden verschiedene Varianten einer Ausweitung der Beitragsgrundlage für die Krankenversicherung simuliert: Anhebung bzw. Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage, Einbeziehung anderer Einkunftsarten (Kapitalerträge, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung). Ausgehend von der Annahme der Aufkommensneutralität wird das jeweilige Mehraufkommen alternativ auf eine generelle Senkung der Beitragssätze und auf einen Absetz- bzw. Freibetrag umgerechnet.

Die Krankenversicherungsbeiträge der Unselbständigen – Arbeiter, Angestellte und Beamte – betragen 2003 einschließlich der Arbeitgeberbeiträge und der Zusatzbeiträge rund 5,6 Mrd. €. Die Hälfte davon entfällt auf den Arbeitnehmerbeitrag; er wird zusammen mit den anderen Arbeitnehmerbeiträgen zur Sozialversicherung in der Lohnsteuerstatistik ausgewiesen.

Wie alle Sozialversicherungsbeiträge werden die Krankenversicherungsbeiträge bis zur Höchstbeitragsgrundlage als fixer Prozentsatz der Erwerbseinkommen eingehoben (ausgenommen sind Einkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze). Da nur Einkommen bis zur Höchstbeitragsgrundlage erfasst werden, wirken die Sozialversicherungsbeiträge verteilungspolitisch regressiv, d. h. die relative Beitragsbelastung der Einkommen über der Höchstbeitragsgrundlage ist niedriger als die der Einkommen unter dieser Grenze.

Auf Basis der Lohnsteuerstatistik 2003 bezog das untere Einkommensterzil der Unselbständigen 8% der Löhne und Gehälter und entrichtete 8,1% der Beiträge, auf das mittlere Terzil entfielen 29% der Bruttobezüge und 32,7% der Beitragsleistungen, auf das obere Terzil 63% des Einkommens und 59,2% der Beiträge. Damit lag der effektive Beitragssatz für den Arbeitnehmeranteil für niedrige Einkommen bei 3,2%⁴), für mittlere bei 3,5% und für hohe Einkommen bei 2,9%.

Umfang und Verteilung der Kranken- versicherungsbeiträge der Unselbständigen

³) Angesichts der niedrigen Vermögensbesteuerung in Österreich (0,6% des BIP, EU 15 1,9%) und einer (proportionalen) Kapitalertragsbesteuerung mit erbschaftssteuerbefreiender Wirkung würde sich damit die Standortqualität kaum signifikant verschlechtern.

⁴) Da in der Lohnsteuerstatistik auch die Einkommen der geringfügig Beschäftigten erfasst sind, die keine Sozialversicherungsbeiträge entrichten, wird im unteren Drittel eine niedrigere effektive Beitragsbelastung ausgewiesen als im mittleren.

Übersicht 2: Verteilung der Bruttobezüge und der Krankenversicherungsbeiträge der Unselbständigen

	Bruttobezüge	Krankenversicherungsbeiträge	
	Anteile in %	In % der Bruttobezüge	
1. Einkommensterzil	8,0	8,1	3,2
2. Einkommensterzil	29,0	32,7	3,5
3. Einkommensterzil	63,0	59,2	2,9
Insgesamt	100,0	100,0	3,1

Q: Statistik Austria, Lohnsteuerstatistik; WIFO-Berechnungen für die aktuelle Höchstbeitragsgrundlage.

Im Durchschnitt betrug die effektive Beitragsbelastung bis zur Höchstbeitragsgrundlage 2003 3,4%, für die Einkommen darüber 2,4%. Etwa 10% der Unselbständigen bezogen 2003 ein Einkommen über der Höchstbeitragsgrundlage.

Methodische Anmerkungen

Die Schätzung der Auswirkungen von Änderungen der Beitragsgrundlage oder der Beitragssätze beruht für Lohneinkommen auf der Lohnsteuerstatistik 2003 und für Nichtlohneinkommen auf der Einkommensteuerstatistik 2002 sowie den aktuellen Beitragssätzen (Rechtslage 2005). In einem Experiment wird zuerst schrittweise die Höchstbeitragsgrundlage angehoben und dann die Beitragsgrundlage um die Vermögenseinkommen erweitert. Für die einzelnen Maßnahmen wird schließlich die Kompensation durch eine aufkommensneutrale Senkung der Beitragssätze oder Einführung eines Absetz- bzw. Freibetrags geschätzt.

Die Experimente erfolgen unter der Annahme, dass keine Verhaltensänderungen oder Substitutionsprozesse eintreten – etwa dass die Beitragspflichtigen nicht auf eine Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage mit einer Einschränkung ihres Arbeitsangebotes oder einer Ausweitung der Schwarzarbeit reagieren oder durch Änderung des Rechtsverhältnisses (Gesellschaftsgründung und Gewinnausschüttung statt Entlohnung) der Beitragspflicht ausweichen, wie dies im Gefolge von Änderungen im Abgabenrecht immer wieder zu beobachten ist. Die Schätzungen erfolgen also unter Ceteris-paribus-Annahmen und sind entsprechend vorsichtig zu interpretieren.

Anhebung oder Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage für Unselbständige

Zur Ausweitung der Beitragsbasis wird die Höchstbeitragsgrundlage schrittweise um 25% und 50% angehoben und schließlich aufgehoben. Die Beitragseinnahmen (auf Basis der Lohnsteuerstatistik 2003) steigen in der Folge wie in Übersicht 3 gezeigt. Die Schätzungen wurden für Arbeiter, Angestellte und Beamte getrennt durchgeführt, weil sie in sehr unterschiedlichem Maß von einer Anhebung betroffen sind: Nur 0,8% der Arbeiter, aber 16,5% der Angestellten und 26,9% der Beamten beziehen Einkommen über der Höchstbeitragsgrundlage.

Eine Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage um 25% bedeutet auf der Einkommensbasis 2003 unter der Ceteris-paribus-Annahme, dass kein Ausweichverhalten auftritt, mit den Beitragssätzen von 2005 (ASVG-Beschäftigte 7,5%, Beamte 7,3%) eine Zunahme des Beitragsaufkommens um rund 220 Mio. €. Im Jahr 2003 hätte damit die monatliche Höchstbeitragsgrundlage 4.200 € statt 3.360 € betragen, 2006 4.688 € statt 3.750 €.

Unter den gewählten Annahmen würde eine Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage um 50% (2003: 5.040 €, 2005: 5.625 €) das Beitragsaufkommen der unselbständig Erwerbstätigen (2003) um 330 Mio. € erhöhen. Für die Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage ergibt sich ein Mehraufkommen von 560 Mio. € (Übersicht 3).

Durch das Steuersystem werden diese Effekte sowohl für den öffentlichen Sektor insgesamt als auch für die Versicherten abgeschwächt, da gleichzeitig das Steueraufkommen zurückgehen würde: Auf Seiten der Versicherten sind die Krankenversicherungsbeiträge Werbungskosten und vermindern die Bemessungsgrundlage und damit die Einkommensteuerleistung. Auch auf Arbeitgeberseite schlagen sich die höheren Beiträge in höheren Kosten und damit in niedrigeren Ertragsteuern nieder. Unter Berücksichtigung des Steuerausfalls dürfte das zusätzliche Beitragsaufkommen für

alle öffentlichen Haushalte netto um rund ein Drittel niedriger sein als oben geschätzt.

Die Anhebung oder Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage trifft nur Einkommen über der Höchstbeitragsgrundlage und verringert damit die regressive Verteilungswirkung der Sozialabgaben. Auch dieser Umverteilungseffekt wird durch das Steuersystem abgeschwächt, da sich ein Teil der Beitragszunahme in einer Dämpfung der Steuerleistung niederschlägt.

Übersicht 3: Auswirkungen einer An- oder Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage auf die Krankenversicherungsbeiträge

	ASVG-Versicherte			Beamte	Insgesamt
	Arbeiter	Angestellte	Insgesamt ¹⁾		
Beitragsaufkommen in 1.000 €					
Aktuelle Höchstbeitragsgrundlage	1.281.732	2.410.543	3.692.276	715.688	4.407.964
Veränderung des Beitragsaufkommens in 1.000 €					
Höchstbeitragsgrundlage +25%	+ 4.576	+ 165.869	+ 170.445	+ 50.369	+ 220.814
Höchstbeitragsgrundlage +50%	+ 4.811	+ 260.869	+ 265.680	+ 63.834	+ 329.514
Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage	+ 5.006	+ 467.517	+ 472.523	+ 90.864	+ 563.387

Q: Statistik Austria, Lohnsteuerstatistik (Sonderauswertung); WIFO-Berechnungen. Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge der Unselbständigen. – ¹⁾ Ganzjährig beschäftigte Vollzeitbeschäftigte.

Versicherte, die Einkommen über der Höchstbeitragsgrundlage beziehen, erleiden durch diese Beitragserhöhungen Nettoeinkommenseinbußen: Für ein Monatseinkommen von 4.000 €, das um rund 10% über der aktuellen Höchstbeitragsgrundlage liegt, sinkt der Nettobetrag in allen drei Varianten um 8,6 € (–0,3%), für einen BruttoBezug von 4.538 € (25% über der Höchstbeitragsgrundlage) um 21 € (–0,7%). Für ein Einkommen von 7.000 € (fast das Doppelte der Höchstbeitragsgrundlage) sinkt das monatliche Nettoeinkommen durch eine Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage um 25% um 19 € (–0,5%), durch eine Anhebung um 50% um 38,3 € (–0,9%) und im Falle der Abschaffung um 71 € oder 1,7%. Parallel dazu steigen die Arbeitskosten für Beschäftigte, deren BruttoBezug über der Höchstbeitragsgrundlage liegt (Übersicht 4).

Auswirkungen auf die individuellen Nettoeinkommen

Übersicht 4: Auswirkungen einer Anhebung oder Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage auf individuelle Nettoeinkommen

Rechtslage 2005

Bruttobezug ¹⁾ In €	Nettobezug In €	In % des Bruttobezugs	Veränderung des Nettobezugs		Lohnkosten ²⁾ In €	Veränderung in %
			In €	In %		
Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage um 50%						
3.630 ³⁾	2.240	61,7	± 0,0	± 0,0	4.425	± 0,0
4.000	2.460	61,5	– 8,6	– 0,3	4.809	+ 0,3
4.538 ⁴⁾	2.780	61,3	– 21,0	– 0,7	5.367	+ 0,6
5.445 ⁵⁾	3.295	60,5	– 38,3	– 1,1	6.308	+ 1,1
7.000	4.170	59,6	– 38,3	– 0,9	7.863	+ 0,9
Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage						
3.630 ³⁾	2.240	61,7	± 0,0	± 0,0	4.425	± 0,0
4.000	2.460	61,5	– 8,6	– 0,3	4.809	+ 0,3
4.538 ⁴⁾	2.780	61,3	– 21,0	– 0,7	5.367	+ 0,6
5.445 ⁵⁾	3.295	60,5	– 38,3	– 1,1	6.308	+ 1,1
7.000	4.137	59,1	– 71,1	– 1,7	7.921	+ 1,6

Q: Bundesministerium für Finanzen, WIFO-Berechnungen. – ¹⁾ Monatsbezüge pro Kopf (14-mal pro Jahr). – ²⁾ Bruttobezüge plus Arbeitgeberbeitrag zur Sozialversicherung. – ³⁾ Aktuelle Höchstbeitragsgrundlage. – ⁴⁾ Höchstbeitragsgrundlage +25%. – ⁵⁾ Höchstbeitragsgrundlage +50%.

Soll das Beitragsaufkommen unverändert bleiben, die Umstellung der Finanzierung also aufkommensneutral erfolgen, so stehen diese erhöhten Beitragseinnahmen für eine Beitragssenkung oder die Einführung eines Absetz- bzw. Freibetrags zur Verfü-

Aufkommensneutrale Beitragssenkung

gung. Diese Beitragssenkung sollte im unteren Einkommenssegment sowohl angebots- als auch nachfrageseitig die Arbeitsmarktlage verbessern und eventuelle negative Folgen für Personen mit Einkommen über der Höchstbeitragsgrundlage mildern.

Eine Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage um 25% würde insgesamt bei einem einheitlichen Beitragssatz für alle Unselbständigen eine Senkung des durchschnittlichen Beitragssatzes von derzeit 7,5% auf 7,1% erlauben, bei einer Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage um 50% könnte der Beitragssatz auf 7,0% sinken und bei einer Aufhebung auf 6,7% (Übersicht 5).

Übersicht 5: Kompensation einer Anhebung oder Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage durch Beitragssenkung oder Einführung eines Absetzbzw. Freibetrags

	ASVG-Versicherte			Beamte	Ins- gesamt	Absetz- betrag	Frei- betrag
	Arbeiter	Ange- stellte	Ins- gesamt ¹⁾				
	Beitragssätze in %				In €		
Aktuelle Höchstbeitragsgrundlage	7,5	7,5	7,5	7,3	7,5		
	Aufkommensneutrale Beitragssätze in %						
Höchstbeitragsgrundlage +25%	7,5	7,0	7,2	6,8	7,1	60	800
Höchstbeitragsgrundlage +50%	7,5	6,8	7,0	6,7	7,0	90	1.200
Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage	7,5	6,3	6,6	6,5	6,7	150	2.000

Q: Statistik Austria, Lohnsteuerstatistik (Sonderauswertung); WIFO-Berechnungen. Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge der Unselbständigen. – ¹⁾ Ganzjährig beschäftigte Vollzeitbeschäftigte.

Soll das Einkommen jeweils für Arbeiter, Angestellte und Beamte unverändert bleiben, so könnte der Beitragssatz für Arbeiter auch bei einer Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage nicht gesenkt werden. Die Sätze für Angestellte und Beamte könnten dagegen bei einer Erhöhung um 25% um ½ Prozentpunkt auf 7,0% bzw. 6,8% herabgesetzt werden. Eine Anhebung um 50% würde für Angestellte einen aufkommensneutralen Beitragssatz von 6,8% und für Beamte von 6,7% erlauben, eine Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage für Angestellte eine weitere Verringerung um ½ Prozentpunkt auf 6,3% und für Beamte auf 6,5%.

Eine solidarische Finanzierung würde aber einen Ausgleich zwischen den sozialen Gruppen – Arbeitern mit höherem Krankheitsrisiko, aber niedrigerem Einkommen einerseits sowie Angestellten und Beamten mit niedrigerem gesundheitlichem Risiko, aber höherem Einkommen andererseits – erfordern.

Übersicht 6: Kompensation einer Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage für Arbeitgeber und Arbeitnehmer

Bruttobezug ¹⁾ In €	Status-quo 2005		Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage			
	Nettolohn € pro Monat	Lohnkosten € pro Monat	Senkung des Beitragssatzes um jeweils 0,4 Prozentpunkte	Einführung eines Absetz-oder Freibetrags von jeweils 75 € pro Jahr	Nettolohn Veränderung gegenüber dem Status-quo in %	Lohnkosten
1.200	965	1.463	+ 0,3	– 0,3	+ 0,4	– 0,4
1.500	1.122	1.829	+ 0,4	– 0,3	+ 0,3	– 0,3
1.800	1.285	2.194	+ 0,4	– 0,3	+ 0,3	– 0,2
2.000	1.394	2.438	+ 0,4	– 0,3	+ 0,3	– 0,2
2.500	1.665	3.048	+ 0,4	– 0,3	+ 0,2	– 0,2
3.000	1.921	3.657	+ 0,4	– 0,3	+ 0,2	– 0,1
3.630	2.240	4.425	+ 0,4	– 0,3	+ 0,1	– 0,1
4.000	2.469	4.795	+ 0,1	+ 0,0	– 0,2	+ 0,2
4.538	2.801	5.333	– 0,3	+ 0,3	– 0,6	+ 0,5
5.445	3.333	6.240	– 0,8	+ 0,7	– 1,1	+ 1,0
7.000	4.208	7.795	– 1,3	+ 1,3	– 1,6	+ 1,6

Q: Bundesministerium für Finanzen, WIFO-Berechnungen. – ¹⁾ Monatsbezüge pro Kopf (14-mal pro Jahr).

Die Kompensation einer Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage sowohl auf Arbeitgeber- als auch auf Arbeitnehmerseite durch eine Beitragssatzsenkung ergäbe für Arbeitskräfte mit Einkommen bis zur Höchstbeitragsgrundlage um 0,4% höhere Nettoeinkommen und um 0,3% niedrigere Lohnkosten. Auch für Einkommen, die die Höchstbeitragsgrundlage um nicht mehr als 10% übersteigen, nehmen die Nettoeinkommen zu, für höhere Bezüge sinken die Nettoeinkommen und steigen die Lohnkosten; für einen Bruttobezug von 4.538 € (um 25% über der Höchstbeitragsgrundlage) betragen die Vergleichszahlen -0,3% und +0,3%, für einen Bezug von 5.445 € -0,8% bzw. +0,7%.

Für über 80% der Unselbständigen bilden die Sozialversicherungsabgaben den größten Abzugsposten vom Bruttoeinkommen; auch für die Arbeitgeber fallen die relativen Kosten der Sozialabgaben für geringqualifizierte Arbeitskräfte mit niedrigen Bezügen besonders ins Gewicht. Um die Beschäftigungschancen Geringqualifizierter zu verbessern, wird daher immer wieder eine Minderung der Lohnnebenkostenbelastung für dieses Beschäftigungssegment gefordert. Da für niedrige Einkommen keine Lohnsteuer anfällt, könnte dies etwa durch einen Absetz- oder Freibetrag erreicht werden.

Ein Absetzbetrag wird von der errechneten Beitragssumme abgezogen. Im Fall der Krankenversicherungsbeiträge, deren Satz mit der Höhe des Einkommens nicht variiert, sondern bis zur Höchstbeitragsgrundlage konstant bleibt, hätte ein Freibetrag, der Einkommen bis zu einer Grenze betragsfrei stellt, denselben Effekt.

Wird das durch die Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage um 25% zusätzlich erzielte Beitragsaufkommen in einen Absetz- oder Freibetrag (für Unselbständige und Arbeitgeber) umgelegt, so könnte für die 3,2 Mio. unselbständig Beschäftigten (2003)⁵⁾ ceteris paribus ein Absetzbetrag von 60 € pro Jahr von der Beitragsleistung gewährt werden oder 800 € des Jahreseinkommens oberhalb der Geringfügigkeitsgrenze (also trotz Versicherungsschutzes) könnten in der Krankenversicherung beitragsfrei gestellt werden. Bei einer Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage um 50% ergäbe sich ein jährlicher Absetzbetrag von 90 € bzw. ein beitragsfreies Einkommen von 1.200 €. Eine Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage würde die Einführung eines Absetzbeitrags von 150 € bzw. eines Freibetrags von 2.000 € pro Jahr erlauben, ohne das Beitragsaufkommen zu verringern.

Diese Absetz- oder Freibetragslösung als Kompensation für die Anhebung oder Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage brächte eine etwas stärkere relative Entlastung der niedrigsten Einkommen als die aufkommensneutrale Beitragssatzsenkung.

Von der Höchstbeitragsgrundlage gehen wie erwähnt regressive Verteilungswirkungen aus. Die effektive Belastung durch die Krankenversicherungsbeiträge liegt für das untere Drittel der Einkommensbezieher bei 3,2%, für das mittlere bei 3,5% und für das obere Drittel bei 2,9% (Übersicht 2).

Mit der Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage um 25% wird dieser regressive Effekt gemildert, mit einer Anhebung um 50% beseitigt. Nach Aufhebung der Obergrenze für die Beitragspflicht würden die Krankenversicherungsbeiträge eindeutig progressiv wirken, die effektive Beitragsbelastung würde 2,9% im unteren, 3,2% im mittleren und 3,2% im oberen Drittel betragen (Übersicht 7).

Die Kompensation der Erhöhung des Beitragsaufkommens durch einen Absetz- oder Freibetrag hat eine größere Umverteilungswirkung als die generelle Beitragssenkung: Der effektive Beitragssatz würde im unteren Drittel 1,9%, im mittleren 3,2% und im oberen 3,3% betragen.

Aufkommensneutraler Absetz- oder Grundfreibetrag

Wirkung auf die Einkommensverteilung

⁵⁾ Außerdem für rund 400.000 Arbeitslose, Personen mit Bezug von Karenz- oder Kinderbetreuungsgeld und freiwillig Versicherte.

Übersicht 7: Verteilungswirkungen einer Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage und aufkommensneutralen Kompensation auf die Krankenversicherungsbeiträge der Unselbständigen

	Status-quo Beitragsatz 7,5%		Beitragsaufkommen Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage Senkung des Beitragssatzes auf 6,7%			
	Anteile in %	In % der Brutto- bezüge	Anteile in %	In % der Brutto- bezüge	Einführung eines Absetzbetrags von 140 € bzw. Freibetrags von 2.000 €	
					Anteile in %	In % der Brutto- bezüge
1. Terzil	8,1	3,2	7,4	2,9	4,8	1,9
2. Terzil	32,7	3,5	29,7	3,2	29,3	3,2
3. Terzil	39,2	2,9	62,9	3,2	65,9	3,3
Insgesamt	100,0		100,0		100,0	

Q: Statistik Austria, Lohnsteuerstatistik; WIFO-Berechnungen.

Steuerliche Absetzbarkeit der Krankenversicherungsbeiträge

Die Krankenversicherungsbeiträge werden – wie alle Sozialabgaben in Österreich – als Werbungsausgaben (§ 16 EStG) in der Einkommensteuer berücksichtigt und vermindern die steuerliche Bemessungsgrundlage. Während aber Leistungen aus der Pensionsversicherung der Einkommensteuer unterliegen, bleibt der größte Teil der Leistungen der Krankenversicherung (Sachleistungen) steuerfrei, nur das Krankengeld unterliegt der Besteuerung. Diese Regelung verstärkt die durch die Höchstbeitragsgrundlage bewirkte regressive Wirkung der Krankenversicherungsbeiträge und widerspricht dem Prinzip der Finanzierung nach der Leistungsfähigkeit. Wegen der Steuerprogression sinkt die effektive durchschnittliche Beitragsbelastung mit steigendem Einkommen, da der Staat indirekt über die zugleich sinkende Einkommensteuerlast überproportional zur Finanzierung des Gesundheitssystems beiträgt. Bis zu einem Bruttobezug von gut 1.000 € (14-mal pro Jahr) fällt keine Lohnsteuer an, weil der Grenzsteuersatz bei Null liegt. Aus der Absetzbarkeit der Sozialabgaben ergibt sich daher keine Steuerminderung, und die Unselbständigen zahlen vom laufenden Bezug einen Krankenversicherungsbeitrag von 3,75% oder 37,5 €. Für einen Monatsbezug von 3.630 € (Höchstbeitragsgrundlage) liegt der Grenzsteuersatz bei 38,2% und der monatliche Krankenversicherungsbeitrag bei 136 €; daraus ergeben sich eine Steuerminderung von 52 € und ein effektiver Beitragssatz von 2,3%.

Sowohl aus steuersystematischer als auch aus verteilungspolitischer Sicht wäre, um die Beitragsleistung in der sozialen Krankenversicherung stärker an der Leistungsfähigkeit der Versicherten zu orientieren, auch die Beseitigung der steuerlichen Absetzbarkeit der Krankenversicherungsbeiträge in Reformüberlegungen einzubeziehen.

Die Berücksichtigung der Krankenversicherungsbeiträge als Werbungskosten verursacht für die öffentlichen Haushalte einen Einnahmehausfall allein an Lohnsteuer von rund 800 Mio. €. Würde dieses zusätzliche Lohnsteueraufkommen in die Krankenversicherung fließen, d. h. die steuerliche Absetzbarkeit der Beiträge abgeschafft, so könnte der Satz für den Arbeitnehmerbeitrag – ceteris paribus, also ohne Änderung der Höchstbeitragsgrundlage – um rund 1,1 Prozentpunkte (auf 2,65%) gesenkt werden. Mit der Beseitigung der Absetzbarkeit der Beiträge müsste im Gegenzug die monetäre Leistung aus der Krankenversicherung, das Krankengeld, steuerfrei gestellt werden, im Jahr 2003 wären damit den öffentlichen Haushalten 21 Mio. € an Lohnsteuereinnahmen entgangen. Die Verteilung der Beitragsbelastung nach Einkommenschichten würde sich nicht ändern, die Progression der Lohnsteuer würde aber steiler.

Anhebung oder Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage für Selbständigeneinkünfte

Im Jahr 2003 betrug das gesamte Beitragsaufkommen der Selbständigen laut Beitragsstatistik des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger rund 520 Mio. € (einschließlich des anteiligen Zusatzbeitrags). Die Effekte einer Anhebung oder Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage für Selbständigeneinkünfte wurden hier aber auf Basis der Einkommensteuerstatistik geschätzt. Das so berechnete zusätzliche Beitragsaufkommen könnte eher überhöht sein, weil nicht alle steuerpflichtigen Einkünfte aus Gewerbebetrieb der Beitragspflicht unterliegen. Aller-

dings sind von einer Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage auch die Nebeneinkünfte betroffen, die aus Datengründen hier nicht berücksichtigt werden können.

Auf Basis der Einkommensteuerstatistik 2002 ergeben sich als Folge einer Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage für die schon bisher beitragspflichtigen Selbständigeinkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, aus Gewerbebetrieb und aus selbständiger Tätigkeit um 25% ceteris paribus Mehreinnahmen von rund 45 Mio. €, bei einer Anhebung um 50% von rund 80 Mio. € und bei ihrer Aufhebung von rund 350 Mio. € (Übersicht 8).

Betriebe ohne Gewinne oder mit Verlusten entrichten die Krankenversicherungsbeiträge auf Basis der Mindestbeitragsgrundlage. Deshalb ist die Beitragsbelastung im unteren und mittleren Einkommensbereich relativ hoch: Rund 90% der Gewerbebetriebe beziehen rund ein Viertel des zu versteuernden Einkommens, entrichten aber 70% der Beiträge, während 10% der Betriebe mit dem höchsten Einkommen drei Viertel der Einkünfte beziehen, aber nur 30% der Beiträge tragen.

Übersicht 8: Auswirkungen einer Anhebung oder Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage auf die Krankenversicherungsbeiträge für Selbständigeinkommen

Basis 2002

	Land- und Forstwirtschaft	Selbständige Tätigkeit	Gewerbe- betriebe	Summe
	Veränderung des Beitragsaufkommens in Mio. €			
Höchstbeitragsgrundlage +25%	+ 0,7	+ 23,0	+ 21,7	+ 45,4
Höchstbeitragsgrundlage +50%	+ 1,2	+ 42,2	+ 37,8	+ 81,2
Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage	+ 6,7	+ 191,8	+ 152,8	+ 351,3
Beitragssatz einschließlich Zusatzbeitrag in %	6,4	9,1	9,1	

Q: Statistik Austria, Einkommensteuerstatistik 2002.

In der Sozialversicherung der Bauern entspricht dagegen das Beitragsaufkommen weitgehend der Einkommensverteilung: Die untere Hälfte der Einkommensbezieher erhält knapp ein Viertel der Einkommen und zahlt gut ein Viertel der Beiträge, auf die 10% mit den höchsten Einkommen entfallen knapp 30% der zu versteuernden Einkommen und 30% der Krankenversicherungsbeiträge. Ausschlaggebend dafür dürfte die Dominanz der Pauschalierung in der Bestimmung der landwirtschaftlichen Einkommen sein.

In den Ländern Bismarckscher Tradition wie Österreich und Deutschland wird der Sozialschutz überwiegend im Rahmen der Sozialversicherung über Beiträge auf Erwerbseinkommen finanziert. Die Erwerbseinkommen entwickelten sich in den letzten 25 Jahren schwächer als die Vermögenseinkommen.

Unter den neuen ökonomischen Rahmenbedingungen einer stärker globalisierten Produktion stehen heute die Erwerbseinkommen unter größerem internationalen Wettbewerbsdruck, während den Vermögenseinkommen – sowohl volkswirtschaftlich als auch in der Zusammensetzung der Haushaltseinkommen – immer größere Bedeutung zukommt. Angesichts der zunehmenden Bedeutung von Zusatzpensionen in der Altersversorgung wären auch diese in die Bemessungsgrundlage der Krankenversicherung einzubeziehen – auch die Pensionsleistung aus der Sozialversicherung ist ja beitragspflichtig. Vor diesem Hintergrund wird in diesem Abschnitt untersucht, wieweit die Ausweitung der Beitragsgrundlage für die Gesundheitsfinanzierung zur Entlastung der Erwerbseinkommen und zur stärkeren Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit der Versicherten beitragen kann.

Dabei kann nicht einfach die Beitragsgrundlage um die Vermögenseinkünfte erweitert werden. Wegen der Höchstbeitragsgrundlage für Erwerbseinkommen wären davon nur Versicherte mit geringerem Einkommen betroffen: Die Beitragsgrundlage würde bis zur Höchstbeitragsgrenze mit den übrigen Einkommen aufgefüllt. Mit einer Verbreiterung der Beitragsgrundlage müsste deshalb auch die Höchstbeitragsgrundlage angehoben, auf jede Einkunftsart getrennt angewandt oder aufgehoben werden.

**Ausweitung der
Beitragspflicht auf
weitere Einkunftsarten**

In Deutschland wird unter diesem Aspekt ein Zweisäulenmodell der Gesundheitsfinanzierung diskutiert: Danach würden in der ersten Säule die Erwerbseinkommen wie bisher mit der bestehenden Höchstbeitragsgrundlage berücksichtigt. In der zweiten Säule sollen dann je nach Modell entweder nur die Kapitalerträge oder auch die Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung als Bemessungsgrundlage dienen⁶⁾.

Für die praktische Umsetzung sind verschiedene Modellvarianten denkbar. Der vorliegende Beitrag beschränkt sich auf die Schätzung der Ergiebigkeit und der Verteilungswirkungen einer Lösung, die für kapitalertragsteuerpflichtige Einkünfte eine allgemeine Abgabe im Umfang des ASVG-Beitragsatzes und eine Beitragspflicht auf veranlagte Einkünfte aus Kapitalvermögen sowie aus Vermietung und Verpachtung bis zur Höchstbeitragsgrundlage der Erwerbseinkommen vorsieht (Übersicht 9). Vor allem für die kapitalertragsteuerpflichtigen Zinserträge ergeben sich so nennenswerte Beträge⁷⁾.

Eine eigene Höchstbeitragsgrundlage für die veranlagten Vermögenseinkünfte in gleicher Höhe wie jene für die Erwerbseinkommen – in Anlehnung an das in Deutschland diskutierte Zweisäulenmodell – brächte ceteris paribus auf Basis der Einkommensteuerstatistik für veranlagte Kapitalvermögen nur rund 6½ Mio. € und für Vermietung und Verpachtung 83 Mio. € an Beiträgen. Die Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage würde sich in nur geringen Zusatzeinnahmen niederschlagen, die Aufhebung in einer Steigerung um 19 Mio. €.

Übersicht 9: Auswirkungen einer Anhebung oder Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage auf die Krankenversicherungsbeiträge aus Vermögenserträgen

	Veranlagtes Kapitalvermögen	Vermietung und Verpachtung	KEST-pflichtige Zinserträge ¹⁾	Summe
	Mio. €			
Potentielles Beitragsaufkommen im Status-quo	6,6	82,8	565,2	654,6
Veränderung des Beitragsaufkommens in Mio. €				
Einführung eines Freibetrags				
1.000 € pro Jahr			-180 bis -210	
2.000 € pro Jahr			-200 bis -240	
Höchstbeitragsgrundlage +25%	+ 0,4	+ 2,7		+ 3,1
Höchstbeitragsgrundlage +50%	+ 0,6	+ 4,6		+ 5,3
Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage	+ 4,5	+ 14,8		+ 19,2
Beitragsatz einschließlich Zusatzbeitrag in %	7,5	7,5	7,5	

Q: Statistik Austria, Einkommensteuerstatistik 2002. – 1) Aufgrund des Aufkommens an Kapitalertragsteuer im Jahr 2005 (1.884 Mio. €) ergeben sich Zins- bzw. Dividendenerträge von 7.536 Mio. € als Bemessungsgrundlage.

Neben dem relativ geringen Beitragsaufkommen sind die Verteilungseffekte eher problematisch. In der Kategorie "Vermietung und Verpachtung" weisen laut Einkommensteuerstatistik etwa ein Fünftel der Fälle Verluste aus. Rund 80% der Fälle (einschließlich Verlust- und Nullfälle) beziehen 10% des zu versteuernden Einkommens aus Vermietung und Verpachtung und würden (ohne Mindestbeitragsgrundlage) 30% des Beitragsaufkommens zahlen, während auf das oberste Fünftel mit rund 90% des zu versteuernden Einkommens aufgrund der Höchstbeitragsgrundlage nur rund 70% der Beitragsleistung entfielen. Ähnlich konzentriert sind die veranlagten Einkünfte aus Kapitalvermögen: Die unteren 90% der Fälle beziehen gut 15% der Einkünfte und hätten fast 30% der Beiträge zu entrichten, während auf die obersten 10% rund 84% der Bezüge und 70% der Beiträge entfielen.

⁶⁾ Zur Diskussion in Deutschland vgl. Krämer (2004), Stapf-Finé (2004), Lauterbach (2005), Lauterbach et al. (2005).

⁷⁾ Auf eventuelle rechtliche Probleme, die sich durch die verfassungsrechtliche Anbindung des Kapitalertragsteuersatzes an den höchsten Grenzsteuersatz im EStG ergeben könnten, wird hier nicht eingegangen.

Die an der Quelle besteuerten Zins- und Dividendeneinkünfte betragen 2004 7,5 Mrd. €. Würde darauf ein Krankenversicherungsbeitrag bzw. eine Gesundheitsabgabe von 7,5% eingehoben, brächte das ceteris paribus rund 565 Mio. € an Einnahmen für das Gesundheitswesen.

Sollen niedrige Zinseinkünfte – etwa durch einen Freibetrag – von der Beitragspflicht ausgenommen werden, so ergäbe sich je nach der Zahl der Sparer und deren durchschnittlichen Zinserträgen ein entsprechend niedrigeres Beitragsaufkommen. Da über die Verteilung der Finanzvermögen nur sehr rudimentäre Informationen zur Verfügung stehen, können die Auswirkungen der Einführung eines Freibetrags auf das Beitragsaufkommen nur sehr grob geschätzt werden: Bei einem Freibetrag von 1.000 € wären bei einem Durchschnittzinssatz von 2% (2005) Zinserträge aus Einlagen bis 50.000 € pro Person und Jahr beitragsfrei. Ende 2004 bestanden in Österreich 23,7 Mio. Spareinlagenkonten von Inländern, davon fast 23,4 Mio. mit Einlagen von weniger als 50.000 € aus. Auf diese entfielen knapp 100 Mrd. € an Spareinlagen (4.300 € je Sparkonto). Bei einem Zinssatz von 2% fallen dafür 2 Mrd. € an Zinserträgen an, die zum größten Teil unter der Freibetragsgrenze blieben. Daraus ergäbe sich ein Beitragsausfall von 150 Mio. €. Nimmt man weiter an, dass die übrigen 300.000 Anleger die Freibetragsgrenze voll ausnützen, dann würde die Beitragsgrundlage um 300 Mio. € und das Beitragsaufkommen um weitere rund 23 Mio. € verringert. Dazu kämen Anleger mit Erträgen aus Anleihen und Aktien, die den Freibetrag noch nicht durch Spareinlagen ausgeschöpft haben, sodass bei einem Freibetrag von 1.000 € und einem durchschnittlichen Zinssatz von 2% in Summe 180 Mio. € an Beitragsleistungen ausfallen würden; bei einem Zinssatz von 2,5% wären es 210 Mio. €. Wegen der starken Konzentration der Finanzvermögen würde ein Freibetrag von 2.000 € die Beitragseinnahmen um nur 20 bis 30 Mio. € zusätzlich verringern.

Über die Verteilung der nicht veranlagten Zinseinkünfte stehen nur sehr grobe Schätzungen aus der Mitte der achtziger Jahre zur Verfügung. Mooslechner (1987, S. 422f) etwa kommt zum Schluss, dass der unteren Hälfte der Einkommensbezieher rund 20% und der oberen rund 80% – bzw. dem unteren Drittel rund 10%, dem mittleren rund 22% und dem oberen Drittel rund 68% – der Zinseinkommen zufließen dürften. Krankenversicherungsbeiträge auf die Zinserträge würden nicht nur einen substantiellen Beitrag zur Finanzierung des Gesundheitssystems leisten, sondern hätten auch signifikant progressive Umverteilungseffekte, die durch eine kompensatorische Senkung der Beiträge auf Erwerbseinkommen zusätzlich verstärkt würden.

Angesichts der bestehenden Quellenbesteuerung wäre ein Finanzierungsbeitrag aus Zinseinkünften am einfachsten ohne Höchstbeitragsgrundlage und ohne Freibetrag – als "Gesundheitsabgabe" – zu administrieren. Außerdem stellt sich bei einer Abgabe die Frage des Versicherungsschutzes nicht: Ein Krankenversicherungsbeitrag auf Zinserträge würde bereits mit geringen Beträgen Versicherungsschutz begründen.

In diesem Abschnitt werden die Möglichkeiten geprüft, die Finanzierung der Gesundheitsausgaben durch eine Umbasierung der Arbeitgeberbeiträge zur Krankenversicherung von einer lohn- auf eine wertschöpfungsbezogene Bemessungsgrundlage auf eine breitere, sicherere und beschäftigungsfreundlichere Basis zu stellen. Es geht dabei nur um die Umstellung eines kleinen Teils der Arbeitgeberbeiträge.

Wertschöpfungsbezogene Abgaben – die es bisher in der EU nur in Italien gibt – könnten sowohl die Spreizung zwischen Bruttoentgelten und Nettoverdiensten verringern als auch die Lohnnebenkosten senken und das Wegrationalisieren von Arbeitsplätzen bremsen. In einer Zeit, in der die hohe Arbeitslosenquote auch in Österreich von einem temporären zu einem dauerhaften Problem wurde, gewinnen solche Überlegungen zunehmend an Bedeutung. Durch eine Wertschöpfungsabgabe wird der stark belastete Faktor Arbeit billiger, der Faktor Kapital dagegen teurer – ohne dass sich bei aufkommensneutraler Gestaltung kurzfristig die Beitragszahlungen aller Unternehmen ändern würden. Allerdings verlagern sich die Abgaben von arbeitsintensiven zu kapitalintensiven Betrieben.

**Wertschöpfung als
Bemessungsgrundlage
für die Arbeitgeber-
beiträge zur Kranken-
versicherung**

**Hohe Abgaben-
belastung des Faktors
Arbeit in Österreich**

**Aufkommensneutrale
Wertschöpfungsabgabe**

Eine Umbasierung der Arbeitgeberbeiträge zur Krankenversicherung auf die Wertschöpfung hätte bei Aufkommensneutralität eine deutliche Verringerung des Beitragssatzes und eine Senkung der Lohnnebenkosten zur Folge. Verschiedene Varianten einer solchen Wertschöpfungsabgabe sind vorstellbar: Als Grundlage kann die Wertschöpfung laut subtraktiver Methode (Umsätze minus Vorleistungen) herangezogen werden, oder die Wertschöpfung wird additiv aus Löhnen und Gehältern, Gewinnen, Fremdkapitalzinsen, Abschreibungen usw. errechnet.

Übersicht 10: "Administrierbare" additive Berechnung der Wertschöpfung

2003

	Mrd. €	Anteile in %
Private Lohnsumme	80,8	52,1
Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitgeber	18,2	11,7
Steuerrechtliche Gewinne der Kapitalgesellschaften ¹⁾	7,8	5,0
Steuerrechtliche Gewinne der Selbständigen ²⁾	11,0	7,1
Aufwandszinsen	5,9	3,8
Mieten, Pachten	1,0	0,6
Abschreibungen	30,4	19,6
"Administrierbar" berechnete private Bruttowertschöpfung	155,2	100,0

Q: Statistik Austria, WIFO. – ¹⁾ Schätzung aufgrund der letztverfügbaren Körperschaftsteuerstatistik. – ²⁾ Schätzung aufgrund der letztverfügbaren Umsatzsteuerstatistik.

Die subtraktive Methode – Umsatz minus Vorleistungen laut Umsatzsteuerstatistik – erscheint jedoch zur Berechnung der Wertschöpfungsbasis fraglich, weil diese Abgabe einer zweiten Umsatzsteuer gleichkommen würde, die nach EU-Gemeinschaftsrecht nicht zulässig ist und somit vor dem EuGH angefochten werden könnte⁸⁾. Berechnet nach der additiven Methode (Lohn- und Gehaltssumme plus andere Wertschöpfungskomponenten wie Gewinne, Abschreibungen, Fremdkapitalzinsen usw.) unterscheidet sich diese Steuerbasis von einer Umsatzsteuer beträchtlich, sie ähnelt eher einer Besteuerung aller Einkommenskomponenten.

Übersicht 11: "Administrierbare" subtraktive Berechnung der Wertschöpfung

2003

	Mrd. €
Umsätze minus Vorleistungen ¹⁾	94,8
Volkswirtschaftliche Abschreibungen ²⁾	30,4
Wertschöpfung Geld- und Kreditwesen, Privatversicherungen	10,7
"Administrierbar" berechnete private Bruttowertschöpfung	135,9

Q: Statistik Austria, WIFO. – ¹⁾ Laut Umsatzsteuerstatistik, ohne Finanzsektor, ohne Staat. – ²⁾ Ohne Abschreibungen des Staates.

Die Einführung einer Wertschöpfungsabgabe impliziert die Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage für Löhne und Gehälter sowie die Einbeziehung zusätzlicher Wertschöpfungskomponenten.

Die Wertschöpfung der Betriebe (laut VGR) ist fast dreimal so hoch wie die heutige Bemessungsbasis – die Lohn- und Gehaltssumme bis zur Höchstbeitragsgrundlage. Theoretisch würde also ein Steuersatz für die Wertschöpfungsabgabe von 1,3% genügen, um die gleichen Einnahmen zu erzielen wie über einen Arbeitgeberbeitrag von 3,65% der Beitragsgrundlage⁹⁾. Dies ist jedoch unrealistisch, da eine Erfassung

⁸⁾ Wegen einer so konstruierten Wertschöpfungsabgabe ist derzeit beim EuGH ein Verfahren gegen Italien anhängig.

⁹⁾ In dieser Berechnung wurde die Wertschöpfung aller Wirtschaftsbereiche laut Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnung um die des öffentlichen Sektors vermindert – soweit diese auf Leistungen von Beamten beruht, die eine eigene Krankenversicherung haben. Nach der Lohnsteuerstatistik entfallen rund zwei Drittel des öffentlichen Personalaufwands auf Beamtengehälter und ein Drittel auf Gehälter der Vertragsbediensteten. Dementsprechend wurde in der vorliegenden Berechnung nur ein Drittel der Wertschöpfung des öffentlichen Sektors berücksichtigt.

von 100% der Wertschöpfung laut VGR als Bemessungsbasis keinesfalls "administrierbar" ist, sondern je nach Definition nur 70% bis 80% (Walterskirchen – Breuss – Schebeck, 1996). Insbesondere besteht ein großer Unterschied zwischen den Betriebsüberschüssen laut VGR und den steuerrechtlichen Gewinnen der Unternehmen, die als einzelwirtschaftliche Grundlage herangezogen werden müssen.

Die Wertschöpfung als Bemessungsbasis wird vor allem aus zwei Gründen angegriffen: weil sie erstens die Abschreibungen und zweitens die Gewinne der Selbständigen mit einbezieht. Die Belastung der Abschreibungen wird als "Maschinensteuer" kritisiert, Investitionen – die Grundlage des Wirtschaftswachstums – würden damit im Nachhinein besteuert und das Kalkül früherer Investitionen verändert. Dies bildet einen negativen Anreiz für künftige Investitionen und konterkariert die Politik der Investitionsförderung. Um diesem Argument entgegenzutreten, könnte die Nettowertschöpfung, d. h. abzüglich Abschreibungen, als Basis verwendet werden.

Ein weiteres Problem der Wertschöpfungsabgabe liegt darin, dass Selbständige doppelt belastet werden: Zum einen zahlen sie von den Betriebsüberschüssen ihren Beitrag zur eigenen Krankenversicherung, zum anderen entrichten sie für die Belegschaft eine Abgabe von der gesamten Wertschöpfung, die unter Umständen größtenteils durch die eigene Arbeitskraft der Selbständigen und Mithelfenden entsteht. Kleinbetriebe und Selbständige werden also durch eine Wertschöpfungsabgabe gegenüber Großbetrieben und Branchen mit geringem Selbständigenanteil benachteiligt – wenn man nicht ihre spezielle Versicherungssituation berücksichtigt¹⁰). Die regionale Wertschöpfungsabgabe in Italien etwa sieht einen Pauschalabzug vor, der nach der Produktionshöhe gestaffelt ist. Um eine Benachteiligung der Kleinbetriebe auszugleichen, könnte auch die Beitragsgrundlage für die Sozialversicherung der Selbständigen von den Gewinnen abgezogen werden. In Österreich ist diese Beitragsgrundlage jedoch etwa gleich hoch wie die steuerrechtlichen Gewinne (minus Verluste), da in der Sozialversicherung eine Mindestbeitragsgrundlage gilt. Diese Methode käme also in Summe einer Ausschaltung der Gewinne der Selbständigen aus der Bemessung der Wertschöpfung gleich. Als weitere Alternative bietet sich eine Vereinheitlichung der Krankenversicherung von Unselbständigen und Selbständigen an, sodass durch die Wertschöpfungsabgabe auch der (hypothetische) Arbeitgeberbeitrag der Selbständigen zur Krankenversicherung abgedeckt wäre.

Übersicht 12: Aufkommensneutrale Alternativen zum Arbeitgeberbeitrag in der Krankenversicherung

Aufkommensneutraler Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung

3,65% der privaten Lohn- und Gehaltssumme (bis zu Höchstbeitragsgrundlage)
3,2% der privaten Lohn- und Gehaltssumme (unbegrenzt)

Additive Methode

1,6% der "administrierbar" berechneten privaten Bruttowertschöpfung
2,6% einer "eingeschränkten" privaten Wertschöpfung:
Private Lohn- und Gehaltssumme
+ steuerrechtliche Gewinne der Kapitalgesellschaften
+ Fremdkapitalzinsen

Subtraktive Methode

1,8% der "administrierbar" berechneten privaten Bruttowertschöpfung (Umsätze minus Vorleistungen)

Q: WIFO.

Wie hoch ist nun der aufkommensneutrale Beitragssatz einer Wertschöpfungsabgabe? Der Beitragssatz aufgrund einer "administrierbar" ermittelten Wertschöpfung beträgt 1,6% – weniger als die Hälfte des heutigen Beitragssatzes in Prozent der Lohn-

¹⁰ In einer früheren Studie zur Wertschöpfungsabgabe (Walterskirchen – Breuss – Schebeck, 1996) wies das WIFO bereits darauf hin, dass eine Umbasierung von Lohn- auf wertschöpfungsbezogene Abgaben nicht nur – wie beabsichtigt – die kapitalintensiven Branchen, sondern auch die Branchen mit hohem Selbständigenanteil stark treffen würde. Einige Branchen (insbesondere die Landwirtschaft) würden deshalb durch die Umstellung beträchtlich belastet.

und Gehaltssumme (knapp 3,65%) und etwa die Hälfte des Beitragssatzes bei Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage (3,2%). Unter der Annahme, dass die Bemessungsgrundlage auf die Lohn- und Gehaltssumme, die Gewinne der Kapitalgesellschaften sowie Fremdkapitalzinsen beschränkt wird, beträgt der aufkommensneutrale Beitragssatz 2,6%. Längerfristige Substitutionseffekte, die durch die Umbasierung entstehen, sind dabei nicht berücksichtigt.

Sollte trotz der Problematik einer Verletzung von EU-Recht eine subtraktive Berechnung der Wertschöpfung angewandt werden, so würde der Beitragssatz 1,8% der "administrierbar" erfassten Bruttowertschöpfung (ohne den Sektor Staat) betragen.

Ein Problem der Wertschöpfungsabgabe liegt wie erwähnt darin, dass die betrieblichen Daten (Abschreibungen, Fremdkapitalzinsen usw.) relativ weit von den volkswirtschaftlichen Größen abweichen. Es ist deshalb schwierig zu bestimmen, wie hoch eine Wertschöpfungsabgabe genau sein muss, um das Ziel der Aufkommensneutralität zu erreichen. Die wahrscheinlich beträchtliche Fehlbeiträge oder Überschüsse nach Einführung einer Wertschöpfungsabgabe würden gegebenenfalls eine Anpassung der Beitragssätze erfordern.

Der deutliche Rückgang der Lohnquote schränkt die Ergiebigkeit der Sozialversicherungsbeiträge beträchtlich ein. Gemessen an der privaten Wertschöpfung machte die private Lohn- und Gehaltssumme Ende der siebziger Jahre 51% aus, heute sind es nur noch rund 43%.

Die Einführung einer Wertschöpfungsabgabe wurde in den siebziger Jahren von Sozialminister Alfred Dallinger gefordert. Wäre im Jahr 1978 eine Wertschöpfungsabgabe anstelle des Arbeitgeberbeitrags zur Krankenversicherung eingeführt worden, dann würde die Krankenversicherung heute (2003) – bei konstanten Beitragssätzen – über fast 290 Mio. € (+15%) mehr an Mitteln aus Arbeitgeberbeiträgen verfügen als im gegenwärtigen lohnbezogenen System. Diese Zahlen beziehen sich auf eine Abgabe auf die Nettowertschöpfung (ohne Abschreibungen) laut VGR. Aufgrund der steuerrechtlichen Gewinne statt des VGR-Betriebsüberschusses als Beitragsbasis wären um rund 10% höhere Mittel verfügbar. Gleichzeitig wäre allerdings auch die Abgabenbelastung höher.

Die Ergiebigkeit einer Wertschöpfungsabgabe ist also – bei gegebenem Beitragssatz – längerfristig signifikant höher als jene einer lohnbezogenen Abgabe. Aufgrund der weiterhin zu erwartenden relativ hohen Arbeitslosenquote ist auch in Zukunft mit einem anhaltenden Rückgang der Lohnquote zu rechnen.

Übersicht 13: Entwicklung der hypothetischen Einnahmen aus einer wertschöpfungsbezogenen Abgabe zur Finanzierung des Gesundheitssystems

	Auf der Basis der Lohn- und Gehaltssumme	Auf der Basis der Nettowertschöpfung ¹⁾	Differenz	
	Beitragsaufkommen in Mio. €		Mio. €	In %
1978	600			
1995	1.471	1.637	+ 167	+ 11
2003	1.857	2.144	+ 287	+ 15

Mit konstantem Beitragssatz von 1978. – 1) Wertschöpfung minus Abschreibungen.

Hypothetische Mehreinnahmen einer Wertschöpfungsabgabe seit 25 Jahren

Nach Branchen unterschiedliche Auswirkungen

Eine aufkommensneutrale Umstellung auf eine Wertschöpfungsabgabe belastet kapitalintensive Branchen mit hoher Wertschöpfung pro Kopf der Beschäftigten sowie Wirtschaftsbereiche mit einem hohen Selbständigenanteil stärker. Jene Branchen, die eine niedrige Wertschöpfung pro Kopf der Beschäftigten und einen geringen Selbständigenanteil aufweisen, werden entlastet.

Von einer solchen Umstellung besonders benachteiligt wäre die Landwirtschaft, wenn diese nicht auf die besondere Situation der Selbständigen (Doppelbelastung) und damit der Kleinbetriebe Rücksicht nimmt. Die Beiträge der Landwirtschaft würden um fast 400% (12% der Lohnsumme) angehoben. Für die Sachgüterproduktion würde sich insgesamt wenig ändern, da die Belastung durch die höhere Produktivität und Arbeitsintensität durch den dämpfenden Effekt des geringen Selbständi-

genanteils ausgeglichen wird. Auch für die Bauwirtschaft und den Reiseverkehr ergäben sich insgesamt nur geringe Änderungen. Entlastet würden die meisten Dienstleistungsbereiche, da sie eine hohe Arbeitsintensität aufweisen: Handel, Verkehr, öffentlicher Dienst und sonstige Dienstleistungen.

Übersicht 14: Umbasierung der Arbeitgeberbeiträge zur Krankenversicherung von der Lohn- und Gehaltssumme auf die Wertschöpfung

Nach Wirtschaftsbereichen, 2002

	Beitragsaufkommen auf der Basis von			Differenz in % der Lohn- und Gehaltssumme	Produktivität Wertschöpfung je Beschäftigten in €	Selbständige Anteile an den Erwerbstätigen in %	
	Lohn- und Gehaltssumme	Nettowertschöpfung ¹⁾	Differenz				
	Mio. €	Mio. €	In %				
Land- und Forstwirtschaft	9,6	47,2	+ 37,7	+ 393,6	+ 12,1	8.732	94,4
Bergbau	9,2	8,3	- 0,9	- 10,2	- 0,3	98.095	1,9
Sachgütererzeugung	574,6	555,8	- 18,8	- 3,3	- 0,1	63.456	3,4
Energie- und Wasserversorgung	49,7	43,2	- 6,5	- 13,1	- 0,4	126.994	1,2
Bauwesen	211,0	211,3	+ 0,3	+ 0,1	+ 0,0	56.373	5,5
Handel	412,8	342,9	- 69,8	- 16,9	- 0,5	41.722	10,1
Beherbergungs- und Gaststättenwesen	122,7	123,6	+ 0,9	+ 0,7	+ 0,0	35.018	18,6
Verkehr und Nachrichtenübermittlung	212,5	158,1	- 54,4	- 25,6	- 0,8	60.626	4,0
Kredit- und Versicherungswesen	143,1	183,3	+ 40,3	+ 28,1	+ 0,9	107.703	2,3
Realitätenwesen, unternehmensbezogene Dienstleistungen	208,5	383,5	+ 174,9	+ 83,9	+ 2,6	106.066	11,6
Öffentlicher Dienst ²⁾	210,5	148,3	- 62,2	- 29,6	- 0,9	39.029	8,1
Sonstige Dienstleistungen	135,7	94,4	- 41,4	- 30,5	- 0,9	40.417	11,6
Summe	2.300,0	2.300,0	± 0,0	± 0,0	± 0,0	51.743	21,1

Q: Statistik Austria, WIFO-Berechnungen. – ¹⁾ Wertschöpfung ohne Abschreibungen. – ²⁾ Nur Vertragsbedienstete.

Innerhalb der Sachgüterproduktion würde die Mineralölverarbeitung wegen ihrer außerordentlich hohen Kapitalintensität weit überdurchschnittlich belastet (+388%, fast 12% der Lohnsumme). In schwächerem Ausmaß gilt dies auch für die Tabakverarbeitung und die Papierindustrie. Entlastet würden u. a. die Nachrichtentechnik, der Maschinenbau sowie die Bekleidungsindustrie.

Auch nach Berechnungen der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Oberösterreich (Gall, 2004) aufgrund von Bilanzdaten bewirkte die Einführung einer Wertschöpfungsabgabe eine starke Umverteilung der Abgaben nach Branchen. Am meisten würden demnach der Mineralölhandel, Bergbau, Papierindustrie und Nachrichtenübertragung verlieren. Wegen der großen Verschiebungen nach Branchen plädiert die Studie der Arbeiterkammer für eine vorsichtige Einstiegsvariante einer Wertschöpfungsabgabe.

Der Vorteil einer Umbasierung der Arbeitgeberbeiträge zur Krankenversicherung von der Lohn- und Gehaltssumme auf die Wertschöpfung liegt zunächst in der breiteren Beitragsgrundlage. Bei gleichem Aufkommen kann der Beitragssatz von 3,65% der Lohn- und Gehaltssumme (bis zur Höchstbeitragsgrundlage) auf 1,6% bis 2,6% der Wertschöpfung (je nach Abgrenzung) gesenkt werden: Wenn alle Wertschöpfungskomponenten einbezogen werden, liegt der aufkommensneutrale Beitragssatz bei etwa 1,6%, sollte die Bemessungsbasis auf Löhne und Gehälter, steuerrechtliche Gewinne der Kapitalgesellschaften und Nettoaufwandszinsen beschränkt werden, dann beträgt er 2,6%. Berechnet man die Wertschöpfung subtraktiv (Umsatz minus Vorleistungen), dann beträgt der aufkommensneutrale Beitragssatz etwa 1,8% einer "administrierbar" ermittelten Wertschöpfung¹¹⁾.

Eine Wertschöpfungsabgabe entspricht besser der Leistungsfähigkeit eines Unternehmens, eine lohnbezogene Abgabe ist dagegen näher am Versicherungsprinzip. Steuern und Abgaben, die auf der Lohn- und Gehaltssumme basieren, belasten arbeitsintensive Betriebe überproportional und sie begünstigen kapitalintensive Unternehmen. Auch forschungsintensive Betriebe dürften durch eine Wertschöpfungsabgabe etwas weniger belastet werden als durch lohnbezogene Abgaben.

¹¹⁾ Diese Variante widerspricht wie erwähnt dem EU-Recht, weil sie einer zweiten Umsatzsteuer gleichkäme.

Vor- und Nachteile einer Wertschöpfungsabgabe

Bei gleichem Aufkommen ist nach gängiger Auffassung eine Wertschöpfungsabgabe beschäftigungsfreundlicher als eine lohnbezogene Abgabe. Die Belastung des Faktors Arbeit ist in Österreich im internationalen Vergleich besonders groß. Eine Wertschöpfungsabgabe könnte ein Instrument sein, um sie zu dämpfen. Die hohen Abgaben auf den Faktor Arbeit gehen zumindest teilweise darauf zurück, dass die Lohnsumme eine besonders einfach verfügbare Basisgröße ist. Die "ungewollte" Verzerrung im Abgabensystem könnte durch Umbasierung von einer lohn- auf eine wertschöpfungsbezogene Abgabe verringert werden. Der Faktor Kapital würde dabei stärker belastet. Die Abgabenbelastung des Unternehmenssektors bliebe durch die Umbasierung auf die Wertschöpfung kurzfristig unverändert, sie würde sich jedoch von arbeits- zu kapitalintensiven Betrieben verschieben. Das Risiko einer "Kapitalflucht" sollte angesichts der relativ niedrigen Beitragssätze und der im internationalen Vergleich weiterhin geringen Kapitalbesteuerung nicht überschätzt werden. Einer potentiellen Abwanderung kapitalintensiver Betriebe steht ein Zuwachs an arbeitsintensiven Betrieben gegenüber.

Da eine Wertschöpfungsabgabe eine Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage impliziert, verteuert sie Hochlohnarbeitsplätze und verbilligt die Niedriglohnbeschäftigung. Dieser Nebeneffekt erscheint durchaus erwünscht, denn die Arbeitslosigkeit konzentriert sich heute stark auf die weniger Qualifizierten.

Die Einführung einer Wertschöpfungsabgabe würde überdies eine solidere Finanzierungsbasis begründen, denn der Anteil der Löhne und Gehälter am Volkseinkommen sinkt seit Jahrzehnten. Diese Tendenz dürfte anhalten, weil auch für die kommenden Jahre eine relativ hohe Arbeitslosigkeit zu erwarten ist. Ein Angebotsüberhang auf dem Arbeitsmarkt engt den Lohnspielraum der Gewerkschaften ein, so dass die Realloohnerhöhungen hinter den Produktivitätssteigerungen zurückbleiben (Marterbauer – Walterskirchen, 2002). Wäre die Wertschöpfungsabgabe vor 25 Jahren eingeführt worden, so stünden der Gesundheitsfinanzierung – bei jeweils unveränderten Beitragssätzen – heute rund 11% bis 16% mehr Mittel zur Verfügung (je nach Definition).

Die emotionsgeladene Diskussion um die Wertschöpfungsabgabe ist vor allem durch den Begriff "Maschinensteuer" belastet. Die Ausklammerung der Abschreibungen aus der additiven Berechnung der Wertschöpfung – d. h. die Verwendung der Nettowertschöpfung als Basis – würde diesem Argument die Spitze nehmen.

Der Nachteil der Wertschöpfungsabgabe liegt zunächst in der komplizierteren Berechnungsmethode. Die notwendigen Informationen über die Wertschöpfung stehen nicht monatlich zur Verfügung (wie die Lohn- und Gehaltssumme), sondern erst im Nachhinein jährlich. Ähnlich wie für die Einkommensteuer wären also eine Vorauszahlung und eine jährliche Veranlagung vorzusehen.

Weiters können die Beitragseinnahmen nach einer Umstellung nur relativ grob geschätzt werden. Die Daten, die für die bilanzierenden Unternehmen verfügbar sind, weichen zum Teil stark von den VGR-Daten ab, die hier – mit Ausnahme der Gewinne – der Berechnung eines aufkommensneutralen Beitragssatzes zugrunde liegen. Nach einer Umstellung ist deshalb mit beträchtlichen Fehlbeträgen oder Überschüssen zu rechnen, die durch eine Adjustierung des Beitragssatzes auszugleichen wären.

Eine offene Frage ist die Veranlagung von Selbständigen ohne oder mit wenigen Beschäftigten (insbesondere in der Landwirtschaft). Sie würden durch eine Wertschöpfungsabgabe wesentlich stärker belastet als durch die lohnbezogenen Krankenversicherungsbeiträge, weil die gesamte Wertschöpfung großteils von ihnen selbst erbracht wird. Darin läge ein negativer Anreiz zur Einstellung zusätzlicher Arbeitskräfte.

Eine Umstellung von lohnbezogenen Arbeitgeberbeiträgen auf eine Wertschöpfungsabgabe würde einige Branchen erheblich belasten: insbesondere die Landwirtschaft, Branchen mit kleinbetrieblicher Struktur sowie Wohnungswirtschaft und Mineralölverarbeitung. Die Verschiebung der Abgabenbelastung von arbeits- zu kapitalintensiven Betrieben ist ein erwünschter Effekt der Wertschöpfungsabgabe. Die starke Belastung von Kleinbetrieben mit einem hohen Beitrag von Selbständigen

und Mithelfenden zur Wertschöpfung muss jedoch als unerwünscht bezeichnet werden. Für die Landwirtschaft (mit einem Selbständigenanteil von 95%) würde die Umbasierung die Arbeitgeberbeiträge zur Krankenversicherung verfünffachen. Wenn eine generelle Mieterhöhung im Zuge einer Umbasierung vermieden werden soll, dann erscheint auch die Belastung der Wohnungswirtschaft wegen der hohen Abschreibungen problematisch. Die Verwendung der Nettowertschöpfung (ohne Abschreibungen) als Bemessungsbasis würde dieses Problem abschwächen.

Im öffentlichen Sektor wird die Wertschöpfung zum Teil durch Vertragsbedienstete (ASVG-Versicherte) und zum Teil durch Beamte mit eigener Versicherung erbracht. Der Personalaufwand lässt sich diesen beiden Gruppen zuordnen, die Wertschöpfung nicht oder zumindest nicht exakt. Am einfachsten wäre es deshalb, den gesamten öffentlichen Sektor in eine Wertschöpfungsabgabe einzubeziehen. Das hätte freilich zur Folge, dass der öffentliche Sektor deutlich begünstigt würde, da hier die Wertschöpfung – im Gegensatz zum privaten Sektor – nur wenig höher ist als der Personalaufwand.

Wie bei jeder Umbasierung besteht überdies das Risiko, dass kapitalintensive Betriebe die Belastung (zumindest im Inland) rasch auf die Preise überwälzen, während arbeitsintensive Betriebe die Entlastung nur zögernd in Preissenkungen im Inland weitergeben werden.

International ist eine Wertschöpfungsabgabe äußerst selten. Innerhalb der EU wird sie nur in Italien eingehoben (IRAP), und gegen diese Abgabe läuft derzeit ein Anfechtungsverfahren beim EuGH. Ein Grund für diese geringe Verbreitung ist wohl, dass die Wertschöpfungsabgabe an der Entstehungsseite des Bruttoinlandsproduktes (Produktionsangebot) ansetzt. Steuern und Abgaben werden in der Regel auf Einkommen und Verbrauch (Inlandsnachfrage) erhoben.

Die Finanzierung von Gesundheitsausgaben erfolgt in der Mehrzahl der Industrieländer über ein gemischtes System aus Sozialversicherungsbeiträgen, Steuern und Gebühren. In Deutschland, Frankreich und den Niederlanden etwa dominieren Sozialversicherungsbeiträge als Finanzierungsquelle mit 70% bis 80% der Gesundheitsausgaben. Auch in Österreich überwiegt der Anteil der Sozialversicherungsbeiträge merklich. Dagegen ist das Gesundheitssystem in Großbritannien, Schweden, Finnland, Dänemark, aber auch in einigen südeuropäischen Ländern (Italien, Spanien, Portugal) durch einen hohen Anteil der Steuerfinanzierung gekennzeichnet (60% und 80% der Gesundheitsausgaben; *Mossialos – Dixon, 2002, S. 11*).

Als allgemeine Vorteile der Finanzierung über Steuern gegenüber jener über Sozialversicherungsbeiträge werden die weniger hohe Belastung des Faktors Arbeit (mit positiven Effekten auf das Arbeitskräfteangebot und die Arbeitskräftenachfrage) und stärkere Verteilungswirkungen angeführt (*Mossialos – Dixon, 2002*). Hingegen können Transparenz und Akzeptanz der Finanzierung (vor allem über direkte Steuern) gering sein, weil der unmittelbare Zusammenhang zwischen allgemeinen Steuereinnahmen und Gesundheitsausgaben nicht offensichtlich ist.

In jenen Ländern, in denen Steuerfinanzierung überwiegt, ist die Bemessungsgrundlage für die zur Finanzierung sehr unterschiedlich. Das National Health Service in Großbritannien wird über direkte Einkommensteuern finanziert. Auch in Schweden ist die direkte Einkommensbesteuerung (auf lokaler Ebene) die Hauptquelle der Gesundheitsfinanzierung. In Frankreich und Italien werden zur Deckung der Gesundheitskosten neben Sozialversicherungsbeiträgen auch zweckgebundene direkte Steuern eingehoben. Indirekte Steuern spielen in einer Reihe von Ländern eine Rolle, häufig mit Zweckbindung des Steueraufkommens für Gesundheitsausgaben (etwa im Fall der Tabaksteuer in Großbritannien, Belgien, Österreich).

Auch in Österreich spielt die Steuerfinanzierung des Gesundheitssystems eine Rolle. Einerseits decken die Bundesländer und Gemeinden die Aufwendungen vor allem für Krankenanstalten aus den allgemeinen Steuermitteln (u. a. Ertragsanteile), andererseits fließen etwa 500 Mio. € aus dem Aufkommen der Umsatzsteuer in die Gesundheitsfinanzierung der Länder, Gemeinden und der Bundesgesundheitsagentur.

Steuerfinanzierung des Gesundheitssystems

Grundsätzliche Überlegungen und internationaler Vergleich

Eine Finanzierung des Gesundheitssystems aus dem allgemeinen Steueraufkommen kann mit sich bringen, dass jährlich neu über die Mittel verhandelt werden muss, die dem Gesundheitssystem zur Verfügung stehen. Dies beeinträchtigt die längerfristige Planbarkeit. Die Finanzierung des Gesundheitssystems könnte unter Druck geraten, wenn die Steuereinnahmen konjunkturbedingt oder aufgrund von Steuersenkungen zurückgehen, wie etwa in Großbritannien in den achtziger und frühen neunziger Jahren. Deshalb werden oft zweckgebundene Steuern zur Gesundheitsfinanzierung bevorzugt. Dies kann sowohl direkte als auch indirekte Steuern betreffen. Der Vorteil dieser spezifischen "Gesundheitssteuern" besteht in der größeren Akzeptanz der Besteuerung, weil der Verwendungszweck offensichtlich ist. Die Finanzierung des Gesundheitssystems ist somit transparent. Der Nachteil der Zweckbindung besteht in der Verringerung der Flexibilität der öffentlichen Haushalte.

Die Verteilungswirkungen unterschiedlicher Finanzierungsformen hängen von der konkreten Ausgestaltung des Systems ab. Ein hoher Gebührenanteil an der Finanzierung des Gesundheitssystems belastet die unteren Einkommenschichten relativ stärker als die oberen. Sozialversicherungsbeiträge haben im Prinzip proportionale Verteilungswirkungen; im Fall von Beitragshöchstgrenzen wirken sie jedoch regressiv. Indirekte Steuern wirken generell regressiv. Hingegen kann eine Finanzierung über direkte Steuern sogar progressiv wirken. Allerdings zeigt ein internationaler Vergleich, dass in jenen Ländern, deren Gesundheitssystem aus Steuermitteln finanziert wird, meist wenig progressive Formen verwendet werden.

Eine Steuerfinanzierung des Gesundheitssystems könnte aus ökonomischer Sicht zudem mit verschiedenen Argumenten gerechtfertigt werden:

- In der Krankenversicherung werden auch "versicherungsfremde" Leistungen erbracht (z. B. Mitversicherung); für diese wäre eine Steuerfinanzierung besser geeignet als eine Beitragsfinanzierung.
- Für den Verbrauch von Gütern mit "demeritorischen" Eigenschaften (Tabak, Alkohol, Treibstoffe), der negative externe Effekte mit sich bringt, könnten über eine Besteuerung Lenkungseffekte erzielt werden, die den Zielen des Gesundheitssystems entsprechen.
- Die Besteuerung dieser Güter würde auch dem Verursacherprinzip entsprechen.

Die Tabaksteuer ist eine gemischt wert- und mengenabhängige Steuer. Sie brachte im Jahr 2004 ein Aufkommen von 1,318 Mrd. €. Mit 1. Jänner 2005 wurde die Tabaksteuer zum Zweck der Gesundheitsfinanzierung merklich erhöht. Gemessen am Einkommen wirkt die Tabaksteuer stark regressiv: Im unteren Einkommensdrittel werden 2,3% des Einkommens für Tabakkonsum aufgewandt, im mittleren 1,6% und im oberen 1%.

Steuern auf alkoholische Getränke sind mengenabhängig. Bedeutung hat vor allem die Biersteuer, sie erbrachte im Jahr 2004 202 Mio. €. Gemessen am Einkommen belastet der Konsum von alkoholischen Getränken die Bezieher niedriger Einkommen (unteres Terzil) mit 1,4%, im mittleren Terzil mit 1,1% und im oberen mit 1,0%. Der Bierkonsum ist mit 0,6% des Einkommens im unteren, 0,5% im mittleren und 0,3% im oberen Einkommensdrittel über die Haushalte verteilt. Steuern auf alkoholische Getränke wirken daher regressiv. Eine Besteuerung von Wein hätte merklich progressivere Verteilungswirkungen als eine Biersteuer, die Haushalte würden aufgrund des unterschiedlichen Konsumverhaltens nahezu proportional belastet.

Die Mineralölsteuer ist eine Mengensteuer und die aufkommenstärkste spezielle Verbrauchsteuer (2004 3,594 Mrd. €). Seit 1990 wuchs der Anteil des Mineralölsteueraufkommens am BIP von 1% auf 1,5%. Gegenüber anderen Verkehrsabgaben, wie der motorbezogenen Versicherungssteuer oder der Autobahnvignette, hat die Mineralölsteuer den Vorteil, dass sie nicht den Besitz des Fahrzeugs, sondern die umweltverschmutzende Verwendung belastet. In ihren Verteilungswirkungen erweist sich die Mineralölsteuer als weniger regressiv als andere spezielle Verbrauchsteuern, weil besserverdienende Haushalte im Durchschnitt mehr Kilometer als Bezieher niedrigerer Einkommen mit Autos fahren, die einen überdurchschnittlichen Treibstoffverbrauch aufweisen.

Aufkommen und Verteilungswirkungen indirekter Steuern

Das untere Drittel der Haushalte gibt 3,4% des Einkommens für Treibstoffe und 1,1% für flüssige Brennstoffe, das mittlere Drittel 3,9% bzw. 0,8% und das obere Drittel 2,9% bzw. 0,7% aus.

Die Umsatzsteuer ist die aufkommensstärkste Steuer im österreichischen Steuersystem (Einnahmen des Staates im Jahr 2004 18,155 Mrd. €). In den letzten Jahren entwickelte sich das Aufkommen allerdings sehr uneinheitlich. Die Aufkommenselastizität bezogen auf das nominelle BIP sank deutlich unter 1, selbst wenn man diskretionäre Umstellungen berücksichtigt (Wegfall der echten Befreiung im Gesundheits- und Sozialbereich, Ablösung der Einfuhrumsatzsteuer durch die Erwerbsteuer; Lehner, 2002).

Einkommens- und vermögensabhängige Steuern tragen wesentlich zur Finanzierung des Staatshaushaltes bei. Die aufkommensstärkste einkommensabhängige Steuer ist die Lohnsteuer. Sie brachte im Jahr 2004 Einnahmen von 17,119 Mrd. €.

Die Lohn- und Einkommensteuer hat deutlich progressive Verteilungswirkungen, die oberen Einkommenschichten werden stärker belastet als die unteren. Laut Lohn- und Einkommensteuerstatistik für 2001 zahlen die Angehörigen des unteren Einkommensdrittels praktisch keine Lohn- und Einkommensteuer (0,8% des zu versteuernden Einkommens), obwohl sie 7% der Einkommen beziehen. Im mittleren Terzil beträgt die Belastung 8% des zu versteuernden Einkommens, im oberen 22,8%.

Aufkommen und Verteilungswirkungen direkter Steuern

Übersicht 15: Verteilungswirkungen der Lohn- und Einkommensteuer 2001

	Steuerpflichtige Einkommen In %	Steueraufkommen	Durchschnittlicher Steuersatz In %
1. Terzil	7,1	0,3	0,8
2. Terzil	25,9	11,9	8,0
3. Terzil	67,0	87,8	22,8

Q: Statistik Austria, Integrierte Statistik der Lohn- und Einkommensteuer 2001, Wien, 2004; WIFO-Berechnungen.

Die Körperschaftsteuer erbrachte im Jahr 2004 4,470 Mrd. €. Das Aufkommen schwankt sehr stark, weil einerseits die Gewinne eine hohe Volatilität im Konjunkturverlauf aufweisen und andererseits diskretionäre Veränderungen eine große Rolle spielen. Dazu zählen nicht nur Veränderungen des Steuersatzes (z. B. im Jahr 2005) oder der Bemessungsgrundlage (Abschaffung des Investitionsfreibetrags 2001, Einführung einer Investitionszuwachsprämie 2002 usw.), sondern etwa auch die Einbeziehung der Nationalbank in die Körperschaftsteuerpflicht (1992). Der Körperschaftsteuertarif ist proportional, die Aufkommenselastizität gegenüber dem nominellen BIP dürfte bei etwa 1 liegen.

Eine stärkere Finanzierung des Gesundheitswesens über die Einnahmen aus indirekten Steuern entspricht einem internationalen Trend und könnte – vor allem im Bereich der speziellen Verbrauchsteuern – auch mit Transparenz und Akzeptanz motiviert werden, weil sie bei wesentlichen Verursachern der Kosten des Gesundheitssystems anknüpft. Direkte Steuern spielen vor allem in Großbritannien und Schweden eine zentrale Rolle in der Finanzierung des Gesundheitssystems. Für eine Finanzierung über direkte Steuern sprechen insbesondere die progressiven Verteilungswirkungen und das starke Wachstum des Aufkommens.

Die speziellen Verbrauchsteuern (dazu zählen Mineralölsteuer, Tabaksteuer und Steuern auf alkoholische Getränke) erbrachten im Jahr 2004 Einnahmen von 5,260 Mrd. €. Bei einer Erhöhung des Aufkommens um ein Viertel (1,3 Mrd. €) könnte der Beitragssatz in der Krankenversicherung im Durchschnitt um 1¼ Prozentpunkte gesenkt werden. Dabei ist allerdings nicht berücksichtigt, dass Steuererhöhungen Substitutionsreaktionen oder Direktimporte auslösen.

In Österreich wird zwar eine Biersteuer, aber keine Weinsteuern eingehoben. Dies wird oft damit argumentiert, dass auch andere weinproduzierende Länder (Italien, Frankreich) den Weinkonsum nicht besteuern. Ähnlich der Tabaksteuer könnte allerdings auf EU-Ebene ein System der Mindestbesteuerung vorgesehen werden. Die Erträge könnten der Finanzierung des Gesundheitssystems gewidmet werden.

Erhöhung des Steuer- anteils an der Finanze- rung des Gesund- heitssystems

Spezielle Verbrauchsteuern

Längerfristig erscheint problematisch, dass das Aufkommen der genannten speziellen Verbrauchsteuern in Relation zum BIP nur sehr langsam wächst, denn diese Steuern sind mengenabhängig und die Nachfrage steigt – mit Ausnahme jener nach Mineralölprodukten – relativ langsam. Die Aufkommenselastizität der spezifischen Verbrauchsteuern betrug in den letzten fünfzehn Jahren mehr als 1, allerdings nur aufgrund laufender diskretionärer Steuererhöhungen. Ein Rückgang der Nachfrage wäre sogar erwünscht, wenn mit der höheren Besteuerung von gesundheitsgefährdenden Produkte auch Lenkungseffekte verbunden sind. Spezielle Verbrauchsteuern auf demeritorische Güter eignen sich deshalb kaum für die langfristigen Verbesserung der Finanzierung des Gesundheitssystems.

Umsatzsteuer

Eine Erhöhung der Umsatzsteuersätze um 1 Prozentpunkt von 10% auf 11% bzw. 20% auf 21% würde das Steueraufkommen um etwa 900 Mio. € pro Jahr erhöhen. Ausweichreaktionen wären denkbar, dürften aber kein gesamtwirtschaftlich bedeutendes Ausmaß erreichen. Der Beitragssatz zur Krankenversicherung könnte infolge der Erhöhung der Umsatzsteuersätze insgesamt im Durchschnitt um etwa 1 Prozentpunkt von 7,5% auf 6,5% gesenkt werden.

Lohn- und Einkommensteuer

Die Lohn- und Einkommensteuern erbrachten im Jahr 2004 Einnahmen von 19,937 Mrd. €. Eine Steigerung der durchschnittlichen Steuerbelastung um 1 Prozentpunkt würde das Aufkommen um 1,2 Mrd. € pro Jahr erhöhen. Der Beitragssatz der Krankenversicherung könnte damit insgesamt im Durchschnitt um etwa 1¼ Prozentpunkte von 7,5% auf 6,3% verringert werden.

Verteilungswirkungen

Die Verteilungswirkungen einer verstärkten Finanzierung des Gesundheitssystems über die Einnahmen aus indirekten Steuern sind aus folgenden Gründen als regressiv zu bezeichnen:

- Angehörige der unteren Einkommensschichten wenden ihr gesamtes Einkommen für den Konsum auf, während Besserverdienende einen wesentlichen Teil des Einkommens sparen und somit relativ weniger Verbrauchsabgaben zahlen.
- Verbrauchsteuern weisen einen einheitlichen Tarif in Bezug auf den Wert oder die Menge der Güter und Dienstleistungen auf und nehmen damit keine Rücksicht auf die individuelle Leistungsfähigkeit. Selbst die Aufspaltung der Umsatzsteuer in einen Normalsatz und einen ermäßigten Satz bringt eine proportionale Tarifstruktur mit sich.

Auch die Beiträge zur Krankenversicherung wirken aufgrund des proportionalen Beitragssatzes und der Höchstbeitragsgrundlage regressiv, allerdings schwächer als die Belastung mit indirekten Steuern. Einzig die Mineralölsteuer auf Treibstoffe und eine mögliche Weinsteuern hätten ähnliche Verteilungseffekte.

Übersicht 16: Abgabenbelastung nach Einkommensgruppen

2000

	1. Terzil	2. Terzil	3. Terzil
	In % der verfügbaren Einkommen		
Tabaksteuer	2,3	1,6	1,0
Alkoholsteuer	1,4	1,1	1,0
Auf Bier	0,6	0,5	0,3
Auf Wein	0,4	0,3	0,3
Mineralölsteuer	4,6	4,7	3,6
Auf Treibstoffe, Schmiermittel	3,4	3,9	2,9
Auf flüssige Brennstoffe	1,1	0,8	0,7
Umsatzsteuer	17,8	15,7	13,2
	In % der abgabenpflichtigen Einkommen		
Beiträge zur Krankenversicherung	3,2	3,5	2,9
Lohn- und Einkommensteuer	0,8	8,0	22,8

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; Statistik Austria, Konsumerhebung 1999/2000; WIFO-Berechnungen.

Die Finanzierung des Gesundheitssystems über Lohn- und Einkommensteuern hätte deutlich progressive Verteilungswirkungen.

Für eine Beurteilung der Zweckmäßigkeit eines Ersatzes (von Teilen) der Krankenversicherungsbeiträge durch andere Finanzierungsquellen ist neben den Verteilungswirkungen auch die mittelfristige Aufkommensdynamik von Bedeutung. Seit 1995 nimmt das Aufkommen an indirekten Steuern (Umsatzsteuereinnahmen 1995/2003 +26%) stärker zu als die Krankenversicherungsbeiträge (1995/2003 etwa +24%). Die Einnahmen an Mineralölsteuer wuchsen merklich rascher (+45%). Auch andere spezielle Verbrauchsteuern verzeichnen ein relativ starkes Aufkommenswachstum (Alkoholsteuer +114%, Tabaksteuer +49%, Biersteuer +29%). Allerdings ist dies primär auf laufende diskretionäre Anhebungen der Steuersätze zurückzuführen. Ohne diese diskretionären Maßnahmen wäre die Aufkommensdynamik hinter jener der Krankenversicherungsbeiträge zurückgeblieben.

Das Aufkommen an Krankenversicherungsbeiträgen ist bestimmt durch die Pro-Kopf-Löhne, die Zahl der Beschäftigten, die Pensionen und die Höchstbeitragsgrundlage. Anfang der neunziger Jahre und 2004 wurden zudem die Beitragssätze merklich erhöht. Die Höchstbeitragsgrundlage stieg seit Anfang der neunziger Jahre rascher als die Lohn- und Gehaltssumme. Deshalb beträgt die Aufkommenselastizität der Krankenversicherungsbeiträge in Bezug auf die Lohn- und Gehaltssumme etwa 1. Aufgrund des Rückgangs des Lohnanteils am Volkseinkommen schätzt das WIFO die Aufkommenselastizität in Bezug auf das nominelle BIP mittelfristig auf 0,94.

Das Aufkommen an Lohn- und Einkommensteuern (1995/2003 +50%) wächst deutlich rascher als jenes der Krankenversicherungsbeiträge.

Die Finanzierung des öffentlichen Gesundheitssystems aus Beiträgen, die an der Lohn- und Gehaltssumme bemessen werden, hat in Österreich besonderes Gewicht. Auch deshalb ist in Österreich die Abgabenbelastung des Faktors Arbeit sehr groß. Die Finanzierung des Gesundheitssystems steht vor einem nachhaltigen Finanzierungsengpass, weil die Lohnquote langfristig sinkt und zugleich die Gesundheitskosten steigen.

Die vorliegende Arbeit untersucht, ausgehend von der Annahme der Aufkommensneutralität, neue Möglichkeiten der Finanzierung des Gesundheitssystems: eine Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage und die Ausweitung der Beitragspflicht auf alle Einkunftsarten.

Unter der Voraussetzung, dass die Betroffenen ihr Verhalten nicht ändern und der erhöhten Belastung nicht ausweichen, brächte eine Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage für alle unselbständig Beschäftigten um 25% jährliche Mehreinnahmen von rund 220 Mio. €, eine Anhebung um 50% Mehreinnahmen von rund 330 Mio. €. Die Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage würde 560 Mio. € an zusätzlichen Beiträgen bringen und die derzeit regressive Verteilungswirkung der Krankenversicherungsbeiträge ausgleichen. Allerdings wäre vor allem wegen der Absetzbarkeit der Beitragsleistungen als Werbungskosten mit einem Einnahmenausfall in der Einkommensteuer von einem Drittel dieser Beträge zu rechnen.

Soll das Beitragsaufkommen unverändert bleiben, so erlaubt eine Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage um 25% eine Senkung des Beitragssatzes um 0,4 Prozentpunkte (je 0,2 Prozentpunkte für Unselbständige und Arbeitgeber). Bei einer Aufhebung der Höchstbeitragsgrenze könnte der Beitragssatz um 0,8 Prozentpunkte von 7,5% auf 6,7% gesenkt oder ein Freibetrag von jährlich 2.000 € bzw. ein Absetzbetrag von 150 € eingeführt werden. Dadurch würden niedrige Einkommen (bis zur Höchstbeitragsgrundlage) je nach Form der Kompensation netto um rund ¼% bis ½% steigen und deren Lohnkosten im gleichen Ausmaß entlastet.

Die Berücksichtigung der Krankenversicherungsbeiträge als Werbungskosten dämpft die Progressionswirkung der Einkommensteuer und bewirkt einen Einnahmenausfall allein an Einkommensteuer von rund 800 Mio. € pro Jahr. Würde die Absetzbarkeit der Krankenversicherungsbeiträge aufgehoben und dieses zusätzliche Lohnsteueraufkommen an die Krankenversicherung fließen, dann könnte der Arbeitnehmerbei-

Aufkommensentwicklung

Zusammenfassung

trag – ceteris paribus, also ohne Verhaltensänderung und ohne Änderung der Höchstbeitragsgrundlage – um 1,1 Prozentpunkte gesenkt oder ein Absetzbetrag von 220 € pro Jahr eingeführt werden.

Im Bereich der Selbständigen würde durch eine Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage das Beitragsaufkommen um 350 Mio. € steigen.

Angesichts des anhaltenden Rückgangs der Lohnquote seit 25 Jahren und des starken Bedeutungsgewinns der Vermögenserträge wird immer häufiger die Berücksichtigung der Vermögenseinkommen in der Finanzierung der Sozialsysteme diskutiert. Nach den vorliegenden Schätzungen bräuchte eine Ausweitung der Beitragsgrundlage auf die Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung bei einem Beitragssatz von 7,5% rund 80 Mio. € an Beitragseinnahmen. Deutlich höher wäre das Aufkommen eines gleich hohen Beitrags auf die kapitalertragsteuerpflichtigen Zins- und Dividendenerträge: Ohne Höchstbeitragsgrundlage wäre mit einem Beitragsaufkommen von 565 Mio. € zu rechnen. Niedrige Zinseinkünfte könnten durch einen Freibetrag von der Beitragspflicht ausgenommen werden; ein Freibetrag von 1.000 € dürfte das Beitragsaufkommen um rund 200 Mio. € verringern.

Die Finanzierungsbasis würde auch die Einführung einer Wertschöpfungsabgabe, also eine Umbasierung der Arbeitgeberbeiträge zur Krankenversicherung von der Lohn- und Gehaltssumme auf die Wertschöpfung. Bei gleichem Aufkommen könnte der Beitragssatz von 3,65% der Lohn- und Gehaltssumme (bis zur Höchstbeitragsgrundlage) auf 1,6% bis 2,6% der Wertschöpfung (je nach Abgrenzung) gesenkt werden. Wenn alle Wertschöpfungskomponenten (brutto, also einschließlich Abschreibungen) einbezogen werden, liegt der Beitragssatz bei etwa 1,6%. Sollte die Bemessungsbasis auf Löhne und Gehälter, steuerrechtliche Gewinne der Kapitalgesellschaften und Nettoaufwandszinsen beschränkt werden, dann läge der aufkommensneutrale Beitragssatz einer Wertschöpfungsabgabe bei 2,6%.

Eine Wertschöpfungsabgabe entspricht besser der Leistungsfähigkeit eines Unternehmens, eine lohnbezogene Abgabe ist dagegen näher am Versicherungsprinzip. Steuern und Abgaben, die auf der Lohn- und Gehaltssumme basieren, belasten arbeitsintensive Betriebe überproportional und begünstigen kapitalintensive Unternehmen.

Eine Wertschöpfungsabgabe vermittelt überdies eine solidere Finanzierungsbasis, weil der Anteil der Löhne und Gehälter am Volkseinkommen seit Jahrzehnten rückläufig ist. Wäre die Wertschöpfungsabgabe (als Abgabe von der Nettowertschöpfung ohne Abschreibungen) vor 25 Jahren eingeführt worden, dann stünden der Gesundheitsfinanzierung – bei jeweils unveränderten Beitragssätzen – heute fast 290 Mio. € oder 15% mehr an Finanzmitteln aus Arbeitgeberbeiträgen zur Verfügung.

Vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen könnte auch eine Ausweitung des Anteils der Steuern an der gesamten Finanzierung des Gesundheitssystems erwogen werden. In Österreich spielt der Steueranteil nur in der Spitalsfinanzierung eine nennenswerte Rolle, während der Steuerfinanzierung in vielen EU-Ländern größere Bedeutung zukommt. Vor allem in Großbritannien und Schweden wird das Gesundheitssystem über direkte Steuern finanziert; in vielen Ländern ist das Aufkommen an (speziellen) indirekten Steuern der Finanzierung des Gesundheitssystems gewidmet.

Eine merkliche Anhebung von indirekten Steuern würde eine deutliche Verringerung des Beitragssatzes zur Krankenversicherung ermöglichen. Eine Erhöhung des Aufkommens der speziellen Verbrauchsteuern (Mineralölsteuer, Tabaksteuer, Steuern auf alkoholische Getränke) um ein Viertel würde – unter der Annahme, dass keine Substitutionsmaßnahmen gesetzt werden – eine Verringerung des Beitragssatzes in der Krankenversicherung um 1¼ Prozentpunkte erlauben. Eine Anhebung der Sätze der Umsatzsteuer um 1 Prozentpunkt ermöglicht eine Verringerung des Beitragssatzes um 1 Prozentpunkt.

Die Verteilungswirkungen einer stärkeren Finanzierung des Gesundheitssystems über indirekte Steuern wären aber wie die der Krankenversicherungsbeiträge deutlich regressiv. Vor allem unter diesem Gesichtspunkt wäre deshalb ein stärkerer Beitrag von direkten Steuern zur Finanzierung des Gesundheitswesens zu diskutieren. Die Ver-

teilungswirkungen wären merklich progressiv, die Elastizität des Aufkommens in Bezug auf das BIP wäre höher als jene der Krankenversicherungsbeiträge und der indirekten Steuern (ohne diskretionäre Erhöhungen).

In Österreich machen die direkten Steuern einen im internationalen Vergleich geringen Teil des gesamten Abgabenaufkommens aus. Eine Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung würde diesen Anteil weiter senken. Eine Erhöhung der Lohn- und Einkommensteuer – etwa durch die Aufhebung der Absetzbarkeit der Krankenversicherungsbeiträge – wäre eine alternative Möglichkeit zur Finanzierung des Gesundheitssystems. Um Finanzierungsgrundlagen des Gesundheitssystems längerfristig zu gewährleisten, müsste ein Teil des Aufkommens an Lohn- und Einkommensteuer zweckgebunden werden, etwa in Form einer Zuweisung an die Sozialversicherung im Wege des Finanzausgleichs. Ein teilweiser Übergang zur Finanzierung des Gesundheitssystems durch Einnahmen aus der Lohn- und Einkommensteuer hätte merklich progressive Verteilungswirkungen und würde Einkommen bis knapp unter 3.000 € pro Monat entlasten sowie aufgrund der höheren Aufkommenselastizität auch die langfristige Stabilität der Finanzierung verbessern.

Breyer, F., "Einkommensbezogene versus pauschale GKV-Beiträge – eine Begriffsklärung", DIW-Diskussionspapier, 2003, (330).

Engelen-Kefer, U. (Hrsg.), Reformoption Bürgerversicherung, VSA-Verlag, Hamburg, 2004.

European Observatory on Health Care Systems, Gesundheitssysteme im Wandel. Österreich, Brüssel, 2001

Evans, R., "Financing Health Care: Taxation and the Alternatives", in Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J. (Hrsg.), Funding Health Care: Options for Europe, Brüssel, 2002.

Gall, F., "Einzelwirtschaftliche Bemessungsgrundlagen einer Wertschöpfungsabgabe", WISO, 2004, (1), S. 91-197.

Guger, A. (Koord.), Umverteilung durch öffentliche Haushalte in Österreich, WIFO, Wien, 1986.

Hofmarcher, M. M., Riedel, M., Röhring, G., "IHS-Health System Watch", Beilage zu Soziale Sicherheit, 2005, (1), S. 1-12.

Krämer, R., "Beitragssatzsenkungspotentiale und solidarische Gestaltungsvarianten einer Bürgerversicherung", in Engelen-Kefer (2004), S. 110-125.

Lauterbach, K. W., "Gesundheitsprämie versus Bürgerversicherung", Soziale Sicherheit, 2005, (6), S. 190-194.

Lauterbach, K. W., Gerber, A., Lungen, M., Stollenwerk, B., Klever-Deichert, G., "Bürgerversicherung und Gesundheit", in Strengmann-Kuhn, W., Das Prinzip Bürgerversicherung. Die Zukunft im Sozialstaat, Wiesbaden, 2005, S. 67-82.

Lehner, G., Längerfristige Entwicklung der Steuern und Abgaben in Österreich, WIFO, Wien, 2002.

Leiter, A., Theurl, E., "Soziale Krankenversicherung und Einkommensteuer: Empirische Tarifanalyse einer komplexen Beziehung", Wirtschaft und Gesellschaft, 2004, (3).

Marterbauer, M., Walterskirchen, E., Bestimmungsgründe der Lohnquote und der realen Lohnstückkosten, WIFO, Wien, 2002.

Meinhardt, V., Zwiener, R., Gesamtwirtschaftliche Wirkungen einer Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen in der Sozialversicherung, DIW, Berlin, 2005.

Mooslechner, P., "An wen fließen die Zinszahlungen für die österreichische Staatsschuld?", in Guger (1986), S. 409-427.

Mossialos, E., Dixon, A., "Funding Health Care: An Introduction", in Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J. (Hrsg.), Funding Health Care: Options for Europe, Brüssel, 2002.

OECD, Economic Surveys. Sweden, Paris, Juni 2005.

Riksförsäkringsverket, The Scope and Financing of Social Insurance in Sweden 2002-2005, Stockholm, 2004.

Schmadlbauer, H., Wertschöpfungsabgabe: Sinnvolle Ergänzung oder Alternative zur Finanzierung der Krankenversicherung, Wien, 2003.

Schmadlbauer, H., "Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens – Eine Problemanalyse", WISO, 2005, (2), S. 85-107.

Sitte, "Die Wertschöpfungsabgabe als Option zukünftiger Finanzierung der sozialen Sicherung", Deutsche Rentenversicherung, 1999, (10-11).

Stapf-Finé, H., "Bürgerversicherung oder Kopfpauschale?", Soziale Sicherheit, 2004, (11), S. 377-385.

Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik, Wien, 2004.

Steuerreformkommission, Bericht an den Bundesminister für Finanzen Rudolf Edlinger, Kap. 1.3, Wien, 1998.

Streissler, A., "Das österreichische Gesundheitswesen. Eine ökonomische Analyse aus interessenpolitischer Sicht", Materialien zu Wirtschaft und Gesellschaft, 2. Auflage, 2004, (89).

Literaturhinweise

Walterskirchen, E., Breuss, F., Schebeck, F., Umbasierung der Beiträge zum Familienlastenausgleichsfonds, WIFO, Wien, 1996.

Wüger, M., Der private Konsum als Indikator der Verteilung, WIFO, Wien, 1998.

Financing the Public Health System – Summary

Austria's public health system is predominantly financed by payroll-based contributions. The study examines the effects of alternative financing sources. Raising the ceiling on insurable earnings by 25 percent would yield an additional € 220 million per year, which on balance would allow reducing the contribution by 0.4 percentage points. Extending the contribution base to rental incomes subject to a rate of 7.5 percent would generate some € 80 million. Changing the employers' health insurance contribution to a value-added regime would allow reducing the contribution rate of 3.6 percent of the payroll (up to the ceiling) to 1.6 to 2.6 percent of the value added (depending on the definition). Raising the special taxes on consumption (levied on mineral oil, tobacco, alcohol, etc.) by a quarter would permit cutting the health insurance contribution by 1.25 percentage points.