
282/A XXII. GP

Eingebracht am 12.11.2003

Dieser Text ist elektronisch textinterpretiert. Abweichungen vom Original sind möglich.

Antrag

der Abgeordneten Lackner, Renate Csörgits, Erika Scharer, Beate Schasching, Heidrun Silhavy, Ing. Kaipel, Dr. Kräuter, Mag. Maier, Spindelberger
und GenossInnen

betreffend ein **Bundesgesetz, mit dem das Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz 1996 geändert wird**

Der Nationalrat wolle beschließen:

Bundesgesetz, mit dem das Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz, BGBI. Nr. 746/1996, geändert wird

Der Nationalrat hat beschlossen:

Das Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz, BGBI. Nr. 746/1996, wird wie folgt geändert:

1. § 1 Abs. 2 wird aufgehoben. Die Absatzbezeichnung „(3)“ wird zur Absatzbezeichnung „(2)“.

2. Der erste Halbsatz im § 2 Abs. 1 lautet:

„Kranken- und Kuranstalten sowie die Sozialversicherungsträger und Krankenfürsorgeanstalten (einschließlich deren eigener Kranken- und Kuranstalten),“

3. § 6 lautet:

„§ 6. Die Geltendmachung der Beihilfe nach §§ 1 und 2 hat von den in den §§ 1 und 2 genannten Rechtsträgern für jeden Monat mit Erklärung zu erfolgen. Die Erklärungen sind beim Bundesministerium für Finanzen im Wege der Länder, von Sozialversicherungsträgern im Wege des Hauptverbandes oder - soweit sie Beihilfen gemäß § 2 Abs. 2 betreffen und nicht Krankenbeforderungseinrichtungen der Länder und Gemeinden zuordenbar sind - des Österreichischen Roten Kreuzes einzureichen.“

4. § 7 wird aufgehoben.

5. In § 8 erster Satz entfällt der Ausdruck „nach § 1 Abs. 2 an die Krankenfürsorgeeinrichtungen und“ und der Ausdruck „ § 1 Abs. 3“, wird durch „§ 1 Abs. 2“ ersetzt.

6. § 8 zweiter Satz lautet:

„Die Auszahlung der Beihilfe nach § 2 Abs. 1 hat für die Sozialversicherungsträger einschließlich deren eigener Kranken- und Kuranstalten monatlich im Wege des Hauptverbandes, für die Kranken- und Kuranstalten, die Sachleistungen mit Landesfonds verrechnen, im Wege der Landesfonds, in allen anderen Fällen im Wege der Länder zu erfolgen.“

7. Folgender § 17 wird eingefügt:

„§ 17. § 1, § 2, § 6, § 7 und § 8 in der Fassung des Bundesgesetzes, BGBl. I Nr. xx/2003 treten mit 1. Jänner 2004 in Kraft. Die Zahlungen an die Sozialversicherungsträger sind nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes ab dem Jahr 1997 neu zu berechnen. Andere frühere Bestimmungen sind noch auf Sachverhalte und Abrechnungen anzuwenden, die Zeiträume vor dem 1. Jänner 1999 betreffen.“

Zuweisungsvorschlag: Gesundheitsausschuss

Begründung:

Angesichts der finanziellen Lage der sozialen Krankenversicherung ist es geboten, jene Ungerechtigkeiten, die die geltende Beihilfenregelung des GSBG zu deren Lasten enthält, zu beseitigen und insbesondere die Krankenkassen ebenso zu behandeln wie die Betreiber von Spitälern und die Ärzte. Eine Schlechterstellung der Kassen gegenüber ihren Partnern im Gesundheitswesen ist keinesfalls gerechtfertigt.

Durch die Umstellung des österreichischen Mehrwertsteuersystems auf die 6. Mehrwertsteuerrichtlinie der Europäischen Gemeinschaften und den dadurch bedingten Entfall der („echten“) Umsatzsteuerbefreiungen im öffentlichen Gesundheitswesen (Vertragsärzte der Kassen, [gemeinnützige] Spitäler, Versicherungen, Krankenfürsorgen etc.) entstanden den genannten Stellen wesentliche finanzielle Belastungen. Dafür wurde durch das GSBG ein unterschiedlicher Ausgleich vorgesehen: Krankenanstalten erhalten einen vollständigen Ausgleich („1:1“) ihrer Steuerbelastung, während Sozialversicherungsträger und Krankenfürsorgeanstalten lediglich eine pauschalierte Abgeltung erhalten und Ärzte in Erwerbsgesellschaften nach wie vor den Vorsteuerabzug geltend machen können, was in der Praxis ebenfalls auf einen 1:1-Ausgleich hinausläuft.

Derzeit ist der Pauschalbeitrag nach der Verordnung zum GSBG für die Sozialversicherung 4,3 %. Dieser Satz ist zu gering.

Die Pauschalierung war ursprünglich (1997) höher als die tatsächliche Steuerbelastung, in den letzten Jahren blieben die Pauschalbeträge aber deutlich hinter den zusätzlichen Steuerbelastungen der Sozialversicherungsträger zurück. Die finanzielle Entwicklung zeigt folgendes Bild:

Jahr	in Mio. Euro			Kostenneutraler Prozentsatz GSBG
	NAV	Beihilfe GSBG (4,3 %)	Differenz	
1997	347	361	+ 14	4,1
1998	395	381	- 14	4,5
1999	439	405	- 34	4,7
2000	457	419	- 38	4,7
2001	478	435	- 43	4,7
2002	500	451	- 49	4,8
1997-2002	2.616	2.452	- 164	(ab 1997 bis 2002) 4,6

Im gesamten Zeitraum betrug die Belastung der Sozialversicherung **164 Mio. Euro**.

Insgesamt ergibt sich somit in diesen Jahren ein Saldo von ca. 164 Mio. € zu Lasten der Sozialversicherung, was auch wesentlich die Gebarungsabgänge der Krankenkassen erklärt. Davon entfielen rund **93 %** bzw. **153 Mio. Euro** auf die Krankenversicherung.

Dieser Gebarungsabgang ist derzeit wesentlich durch eine Verordnung des Finanzministers bedingt, nicht durch das Verhalten der Krankenkassen selbst.

Für die Jahre darauf zeigt sich folgende Vorausberechnung, welche belegt, dass der Prozentsatz kein geeignetes Mittel ist, die Situation adäquat zu regeln - aus diesem Grund erhalten ja auch Krankenanstalten ihre Ansprüche nach dem GSBG nicht über einen Pauschalsatz, sondern nach konkreten Beträgen abgerechnet:

Jahr	in Mio. Euro			Kostenneutraler Prozentsatz GSBG
	NAV	Beihilfe GSBG (4,3 %)	Differenz	
2003	530	471	- 59	4,8
2004	561	491	- 70	4,9
2005	595	512	- 83	5,0
2006	630	534	- 96	5,1
2003-2006	2.316	2.008	- 308	(für 2003 bis 2006) 5,0

Abgesehen von der dadurch entstehenden Ungleichbehandlung führt die pauschalierte Abrechnung überdies zu einem unzumutbaren Verwaltungsaufwand durch Erhebungen, Akontozahlungen und Rückverrechnungen. Diese Belastung ist einer der wesentlichen Gründe für die schlechte finanzielle Situation der sozialen Krankenversicherung. Es soll daher vorgesehen werden, dass Versicherungsträger ebenso wie Krankenanstalten den Vorsteuerausfall vollständig ersetzt erhalten. Dies soll rückwirkend ab Inkrafttreten des GSBG gelten.