

Kassenfinanzierung und Finanzierung aus einer Hand

1. Grundfunktionen eines Gesundheitswesens

- ▶ Vermeidung von Krankheit („präventives System“)
- ▶ Versorgung bei Krankheit („Versorgungssystem“)

Versorgungssystem:

effektiv
effizient
sichere Finanzierung

Pflichtversicherung
Bedarfsadäquanz state of the art
solidarische Finanzierung

2. Finanzierung des Gesundheitssystems

externe Finanzierung

komplementär:
neue
Finanzierungs-
quellen

► Ziel
Mehreinnahmen
(Vermögenssteuern,
Anhebung der HBGL etc)

substitutiv:
„Umbasierung“

► Ziel: Entlastung
des Faktors Arbeit
(Wertschöpfungs-
abgab etc)

interne Finanzierung

Effektivitätspotenziale
Wirtschaftlichkeitsreserven
organisatorische Effizienz
(„Finanzierung aus einer
Hand“)

3. Verhältnis von externer zu interner Finanzierung

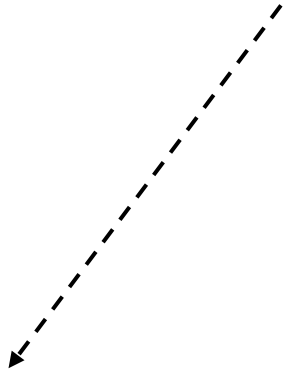
- Vorrang - Nachrang oder Parallelität
- intern vor extern („Politik des Aushungerns“, siehe auch Art 120a bis c B-VG)
- Performance-Wettbewerb nicht ausreichend (Kassenwettbewerb?)
- daher: „Anstoß“ durch Politik, setzt aber weitere Unterstützung voraus

4. Wirtschaftlichkeit

Megathemen

Integrierte Versorgung
Vertragspartner
Heilmittelwesen
Spitalswesen
Organisation

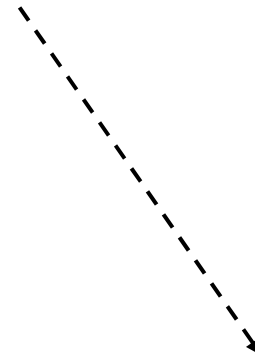
5. Spektrum organisatorischer Effizienz



Reform der
Selbstverwaltung
bis hin zum
Bundeskranken-
kassenmodell mit
Landesstellen



Kassen-
wahlrecht



„Finanzierung aus
einer Hand“

6. Finanzierung aus einer Hand: Merkmale

- ▶ „Pooling“ der Einnahmen in einer Hand: Bund, Länder, Gesundheitsfonds, SV?
- ▶ Trennung von Nachfrager und Leistungserbringer (Provider/purchaser-Split)
- ▶ Nachfragefunktionen: quantitative und qualitative Steuerung

Frage: Staat (Bund/Länder) oder SV?

7. Finanzierung aus einer Hand durch die SV: Modell und Auswirkungen

- ▶ Nachfrage (Steuerung) geht von der SV aus
- ▶ entscheidet, ob und welche Leistungen von welchen Leistungsanbietern in den Vertrag genommen werden („selective contracting“)
- ▶ Wettbewerb unter Leistungsanbietern
- ▶ Auswirkungen: Transparenz, Qualität, Effizienz
⇒ höhere Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems

Frage: Kassen und/oder HV?

8. Derzeitige Situation

im niedergelassenen
Bereich

- SV erhält Beiträge
- Einzel- und Gesamtverträge
- Stellenpläne: SV und ÄK

im stationären
Bereich

- Investitionen: Spitalsträger
- Bundesrahmen- bzw Regionalplanung
- Betriebskosten: SV und Spitalsträger - duale Finanzierung (Pauschalbetrag, Abgangsdeckung)
- interne Mittelverteilung: nach LKF!

9. Wirkungsanalyse der derzeitigen Situation

- ▶ im stationären Bereich hat SV trotz Kofinanzierung keinen Einfluss auf Planung/Investitionen (Kontrahierungszwang mit fondsfinanzierten gemeinnützigen Spitälern); „Kirchturmpolitik“ bzw parteipolitische Interessen bei regionaler Spitalsplanung
- ▶ im niedergelassenen Bereich ist Einfluss durch Vertragsgestaltung größer (aber: Gesamtverträge)
- ▶ Negative Verlagerungseffekte (zB präoperative Untersuchungen, Verschiebung von Leistungen in Spitäler)
- ▶ siehe: Änderungen durch laufende Art 15a-Vereinbarung in Richtung **Abstimmung** zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung!

10. Probleme der Finanzierung aus einer Hand

Politisch:

Widerstände der
Länder und Ärzte

Kassen (eigene Einrichtungen)

Europarechtliche Dimension: private Anbieter!

ökonomisch:

Transaktionskosten (Wettbewerb)

Problem: Planungskonkurrenz

Problem: Spitalsfinanzierung –
Pooling, Normkosten?

daher:

Mehr als nur eine Rahmenplanung durch Bund (umfassende Leistungsangebotsplanung)
und/oder

implementierende Planung durch **Abstimmung**
zwischen SV und Ländern in Gesundheitsplattformen (ist Abstimmung
ergebnislos: Entscheidung durch unabhängige
staatliche Kommission!)

11. externe Finanzierung

- ▶ Situation heute: Gebarungsabgänge der GKK, kaum Rücklagen (Ausnahme: Sonderversicherungsträger), hohe Verschuldung (Ende 2008: 1,3 Mrd €)
- ▶ Ursachen: Beitragserosion; überproportional steigende Heilmittelausgaben, politische Maßnahmen
- ▶ Bundesregierung (Beschlüsse von Sillian): ua Kassenstrukturfonds_ für 2010 bzw Forderungsverzicht 2010 bis 2012 (**Budgetbegleitgesetz 2009**)

12. Alternativen zu den Lösungsansätzen der Bundesregierung

- ▶ **1. Schritt:** sofortige Entschuldung
- ▶ **2. Schritt:** statt „Bittsteller“ u.a. klare Regelungen über
 - Abgeltung versicherungsfremder Leistungen in der KV (zB Wochengeld, Krankengeld in AIV, Abgeltung der Aufwendungen für Rezeptgebührenobergrenze
 - Hebesätze in der KV der PensionistInnen
 - Ersatz für die Zuführung von rund 83 Mio Euro jährlich an Bundesgesundheitsagentur seit 2001

13. Komplementäre bzw substitutive Steuerfinanzierung des Gesundheitswesens

- ▶ Verbreiterung der Beitragsgrundlage (durch Einbeziehung aller Einkunftsarten in die BGL (siehe „Beitragserosion“))
- ▶ Anhebung der HöchstBGL
- ▶ Effektuierung der vermögenszuwachsbezogene Besteuerung
- ▶ Vermögensbesteuerung: Erbschafts-, Schenkungs- und Vermögenssteuer
- ▶ höhere Verbrauchssteuern (zB Mineralölsteuer)

„Entlastung“ von Lohnnebenkosten:

- Wertschöpfungsabgabe
- Abschaffung der Nichtabsetzbarkeit des KV-Beitrags von Lst

14. Sanierungspaket des HV

- Gebarungsvorschau ohne bzw mit Sanierungspaket (2010 bis 2013: 2,4 Mrd Euro vs 2,632 Mrd Euro)
- **gilt aber nur, wenn alle Maßnahmen umgesetzt werden können bzw die einzelnen Positionen nicht überschätzt sind**
- Text oft unklar und widersprüchlich (Kompromiss), Konkretisierung auf legislatischer Ebene könnte Kontroversen hervorrufen!
- Vertrag zu Lasten Dritter (Pharmawirtschaft, Apothekeh, Grpßhandel, andere Vertragspartner)!
- **sozialpolitische Stoßrichtung zu unterstützen!**