

Konzept für eine Studie zu:
„Bessere Leistungen für die Menschen:
Effizienzpotentiale in der Gesundheits-
versorgung und im Bereich der
Pensionen“

Studie zu Effizienzpotentialen in der österreichischen Sozialversicherung

Inhalt

Inhalt.....	2
Einleitung.....	3
UMFASSENDE VERSORGUNG FÜR DIE MENSCHEN: Mehr Leistungen und weniger Bürokratie	4
Staatsziel „Soziale Absicherung“	4
Leistungsrecht harmonisieren.....	4
Prävention und Gesundheitsförderung.....	5
Case Management.....	6
Beitragseinhebung.....	6
Bürokratieabbau für Mehrfachversicherte	6
NORMATIVE GRUNDLAGEN: Analyse des Ist-Stands.....	6
Verfassungsfragen	6
Kompetenzverteilung des Bundesverfassungsgesetzes	6
Organisationsstruktur-Änderungen durch Verfassungs- oder einfachen Bundesgesetzgeber?	7
Kompetenzbereinigung in der Gesetzgebung im Bereich der Krankenanstalten	7
Vertragspartnerrecht modernisieren	7
FINANZIERUNG: Fragestellungen aus dem Ist-Stand	8
Finanzstromanalyse: Weg der Geldmittel; Verteilung Einnahmen, Bedarf der Versicherten und Aufgaben	8
Bekämpfung von Betrug und Irrtum (<i>fraud and error</i>)	10
Investition in neue Themenfelder	10
ZUKUNFTSFIT 2030 – die Finanzierung sicher für die Zukunft machen	11
STRUKTURANALYSE: Modernisierung vorantreiben	11
Organisation der sozialen Sicherungssysteme	11
Analyse der strategischen Verwendung der Rücklagen	12
Verwaltung: Effizienzsteigerung und Synergiepotentiale	12

Einleitung

Zentrales Ziel für die Bundesregierung ist der effiziente Einsatz von Ressourcen bei gleichzeitiger Harmonisierung des Leistungsstandards und Ausbau der Services für die Versicherten¹. Zur Verbesserung der Effizienz und der für die Menschen zur Verfügung stehenden Leistungen sollen in dieser Studie grundlegende Fragestellungen der Sozialversicherung und der damit verwandten Themenbereiche analysiert werden.

Dies umfasst auch in Zukunft eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung mit Gesundheitsleistungen, die unabhängig von Alter, Einkommen, Geschlecht, Herkunft, Religion und Gesundheitszustand in bestmöglicher Qualität sicherzustellen sind. Damit soll das Erfolgsmodell der österreichischen Sozialversicherung auch für die Zukunft abgesichert werden, wobei im Bereich des Gesundheitswesens die PatientInnen im Mittelpunkt stehen. Zu prüfen ist in diesem Zusammenhang, ob und in welchem Umfang eine Reform des Sozialversicherungssystems zur Verbesserung der Versorgungssicherheit und -qualität im Gesundheitswesen, bzw. zu einer Steigerung der Effizienz und Effektivität beitragen kann. Eine erfolgreiche Weiterentwicklung des derzeitigen Systems ist jedoch aufgrund der hohen Gesamtsystemkomplexität des Gesundheitswesens nur in Verbindung mit einem verbesserten Zusammenspiel der unterschiedlichen Akteure möglich. Eine Modernisierung und eine Steigerung der Transparenz sollte in Verbindung mit einer nachhaltigen Sicherstellung der Finanzierung, des hohen Niveaus der medizinischen Versorgung und der Leistungen der sozialen Sicherheit erreicht werden. Nachfolgende Fragestellungen sind in diesem Zusammenhang unter anderem zu prüfen:

- Effiziente und effektive Nutzung der eingesetzten Finanzmittel durch die Sozialversicherung in Verwaltung und im Leistungsbereich
- Prüfung der Reduzierung der Trägerlandschaft
- Leistungsharmonisierung auf ein einheitliches Niveau
- Vereinfachung der Beitragseinhebung (unter anderem durch Streichung von Spezialbestimmungen)
- Vereinfachung der Abwicklung von Mehrfachversicherungen
- Stärkung der Prävention und Gesundheitskompetenz
- Einführung eines flächendeckenden Case Managements
- Modernisierung des Vertragspartnerrechts und der Tarifikataloge mit den Gesundheitsdiensteanbietern

Klar ist, dass Fragen der Organisation und der Finanzierung ein Ziel haben müssen: Die Sozialversicherung ist zukunftsfit zu machen – in diesem Zusammenhang muss auch die Finanzierung für die kommenden Generationen sichergestellt werden.

¹ Unter Versicherten werden Voll- bzw. Teilversicherte nach den Sozialversicherungsgesetzen, wie auch sonstige Versorgte verstanden

UMFASSENDE VERSORGUNG FÜR DIE MENSCHEN: Mehr Leistungen und weniger Bürokratie

Die nachhaltige Absicherung des öffentlichen Gesundheitssystems, der Ausbau der Sachleistungsversorgung am Letztstand der Wissenschaft, sowie die Stärkung der Gesundheitsförderung sind zentrale Eckpunkte des gesundheitspolitischen Handelns. Zudem ist das System der solidarischen Krankenversicherung nachhaltig abzusichern und allen Menschen ein solidarischer Zugang zu umfassender, qualitativ hochstehender Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Diese Grundsätze sind den Überlegungen zu Effizienzverbesserungen im Gesundheitswesen zu Grunde zu legen.

Staatsziel „Soziale Absicherung“

Die Republik Österreich steht für ein **solidarisches System der sozialen Sicherheit, ausgehend von dem Prinzip der Pflichtversicherung**. Die Menschen können darauf vertrauen, dass die hochwertige Versorgung durch die Sozialversicherung für sie, ihre Kinder und Enkel nachhaltig gesichert bleibt. Die Selbstverwaltung als Governance-Instrument, bestehend aus VertreterInnen der ArbeitnehmerInnen und der ArbeitgeberInnen, schafft Stabilität und langfristige Planbarkeit. Daher ist die Selbstverwaltung einer der Erfolgsfaktoren für die nachhaltige soziale Absicherung der Menschen in Österreich.

Die vorangestellten Grundsätze sollen, um die Weiterentwicklung der Systeme zu fokussieren, durch ein Staatsziel gestützt werden. Die Idee der Staatsziele verfolgt eine grundsätzliche strategische Ausrichtung des österreichischen Gemeinwesens. **Staatsziele** sind als über die Legislaturperioden hinausgehende **Handlungsanleitungen** des **Gesamtstaates** zu sehen. Staatsziele definieren Querschnittsmaterien, die von allen Politikfeldern im Rahmen der jeweiligen Zuständigkeiten bearbeitet werden müssen.

Im Rahmen dieser Untersuchung soll eine **Formulierung für ein soziales Staatsziel „nachhaltige soziale Absicherung für die in Österreich lebenden Menschen“** gefunden werden. Dabei soll einerseits auf die besonderen Merkmale der bestehenden sozialen Sicherungssysteme abgestellt, andererseits internationale Best-Practice Beispiele als Vorbilder herangezogen werden. **Die Grundsätze der Selbstverwaltung und der öffentlichen sozialen Sicherungssysteme sollen abgesichert werden. Das Prinzip der Pflichtversicherung, das garantiert, dass alle Menschen, unabhängig von der individuellen ökonomischen Stärke, einen gleichen gesetzlichen Leistungsanspruch haben, soll auch in Zukunft unverändert fortbestehen.**

→ **Aufgabenstellung:** Entwicklung einer Formulierung für ein soziales Staatsziel „nachhaltige soziale Absicherung für die in Österreich lebenden Menschen“.

Leistungsrecht harmonisieren

Das Leistungsrecht ist für die Versichertengemeinschaft von zentraler Bedeutung. Unterschiede werden von den versicherten Menschen im Alltag wahrgenommen, stoßen auf Unverständnis und führen zu Systemkritik. In einem Versicherungssystem mit einer gesetzlichen Zuordnung der Versicherten zu den einzelnen Sozialversicherungsträgern hat die Harmonisierung des Leistungsrechts oberste Priorität. Dabei ist als Basis zu erheben, in welchem Ausmaß Leistungen derzeit schon über die verschiedenen Träger harmonisiert sind. Das betrifft sowohl die rechtliche

Ausgestaltung als auch den Zugang zu den Leistungen und die konkreten Leistungen selbst. In Hinblick auf die bereits bestehende Leistungskonvergenz ist ein internationaler Vergleich anzustellen.

Es gilt folgende Arten der Leistungsdifferenzierung zu prüfen:

- gesetzliche Leistungsdifferenzierung
- satzungsmäßige Leistungsdifferenzierung
- tatsächliche Leistungsdifferenzierung
- vertragspolitische Leistungsdifferenzierung

Ziel der Harmonisierung des Leistungsrechts muss es sein, allen Versicherten gleiche und umfassende Leistungen – *state of the art* – anzubieten. Dabei ist eine Verbesserung des Leistungsangebots anzustreben – ein *race to the bottom* wird abgelehnt. Ziel ist es, die Leistungen, unabhängig von der Kasse, der ein Versicherter zugeordnet ist, auf ein einheitliches Niveau zu bringen. Das betrifft insbesondere die gesetzlichen Krankenversicherungsträger, wie auch die Versorgungssysteme von Bundes- und Landesbediensteten und die Betriebskrankenkassen. Der Bereich der Rehabilitation ist miteinzubeziehen. Zudem soll eine nachhaltige Klärung der Leistungszuständigkeit im Bereich **Kur und Rehabilitation** erfolgen. Die Leistungen sollen über alle Versicherungen betrachtet steigen. Die Verhältnismäßigkeit und Finanzierbarkeit ist bei der Entwicklung der Leistungsharmonisierung im Auge zu behalten, wobei klar ist, dass die Harmonisierung der Leistungen eine Verbesserung für die Bevölkerung bringen soll. Als eines der Hauptelemente bei der Harmonisierung des Leistungsrechts soll der **Fokus auf den Ausbau der Sachleistungen** gerichtet werden. Der Mittelbedarf ist zu beziffern und in einem Stufenplan zur Implementierung dazustellen. Im Rahmen eines vorzulegenden **Umsetzungs-Prozesses (Umsetzungspakete)** wird darauf Rücksicht zu nehmen sein, inwieweit verfassungsrechtliche Gesichtspunkte, wie „Vertrauensschutz“, in eine Modellierung der Übergangsbestimmungen einzufließen hätten.

- ➔ **Aufgabenstellung:** Analyse, bis zu welchem Grad Leistungen bereits jetzt harmonisiert sind. Dabei ist auf die rechtliche Ausgestaltung als auch den Zugang zu den Leistungen und die konkreten Leistungen selbst abzustellen. Ein internationaler Vergleich ist zu ziehen.
- ➔ **Aufgabenstellung:** Erarbeitung von Vorschlägen zur Leistungsharmonisierung zwischen allen Versichertengruppen. Dabei soll eine Leistungsharmonisierung, bei der im Ergebnis das Leistungsniveau für alle Versicherten in Summe auf ein relativ höheres Niveau gehoben wird, erreicht werden. Dabei soll ein Fokus auf Sachleistungen gelegt werden. Die Grundsätze der Verhältnismäßigkeit und Finanzierbarkeit sind zu berücksichtigen.
- ➔ **Aufgabenstellung:** Zur Umsetzung soll – auch unter Bedachtnahme auf die Finanzierung – ein Vorschlag für die Implementierung der Umsetzungspakete in einem Stufenplan erarbeitet werden.
- ➔ **Aufgabenstellung:** Analyse der Leistungszuständigkeit für Kur und Rehabilitation unter Effizienz- und Qualitätsgesichtspunkten.

Prävention und Gesundheitsförderung

Österreich hat ein ausgezeichnetes kuratives Gesundheitssystem. Die Prävention und Gesundheitsförderung ist in Zukunft strategisch – auf der Grundlage der Gesundheitsreform 2013, entlang der Rahmengesundheitsziele – zu stärken. Es ist zu erheben, wie Investitionen in diesen Felder ausgestaltet sein müssen, um gute Ergebnisse erzielen zu können.

- ➔ **Aufgabenstellung:** Erarbeitung von konkreten Maßnahmen zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung für die Versicherten, aufbauend auf der Gesundheitsreform 2013, den Rahmengesundheitszielen und der Gesundheitsförderungsstrategie. Dabei ist auch auf Fragen der Gesundheitskompetenz (*health literacy*) einzugehen.

Case Management

Ein aktivierender Sozialstaat nutzt die Instrumente des Case- und Care Managements zur Stützung der Krankheitsbewältigung und zur Stärkung der Gesundheitschancen. Bestehende Instrumente wie fit to work, Case Management im Rahmen des Rehabilitations-Geldes und die betriebliche Gesundheitsförderung sollen systemisch ineinandergreifen. Dadurch sollen Frühpensionierungen vermieden werden. Dabei sind auch die Grenzen des Case Managements aufzuzeigen.

- ➔ **Aufgabenstellung:** Welche internationalen Erkenntnisse im Bereich des Case- und Care Managements sind für Österreich anwendbar und umsetzbar?

Beitragseinhebung

In den letzten Jahren wurden viele Sonderbestimmungen im Bereich der Beitragseinhebung geschaffen. Für BeitragszahlerInnen führen diese Bestimmungen im Alltag zu einer hohen Verwaltungskomplexität. Diese Komplexität ist durch die Streichung von Spezialbestimmungen zu reduzieren. Dazu ist die Beitragsgrundlagenbildung zu analysieren.

- ➔ **Aufgabenstellung:** Vorlage eines Konzepts zur Vereinfachung der Beitragseinhebung durch Streichung von Spezialbestimmungen.
- ➔ **Aufgabenstellung:** Analyse der Beitragsgrundlagenbildung unter dem Aspekt der Beitragsgerechtigkeit.

Bürokratieabbau für Mehrfachversicherte

Eine der Grundsäulen der Pflichtversicherung ist, dass für jede Art von Erwerbseinkommen Versicherungsbeiträge zu entrichten sind. An diesem Grundsatz soll festgehalten werden. In der Praxis ist die Abwicklung der Mehrfachversicherung für BeitragszahlerInnen über der Höchstbeitragsgrundlage mit nicht notwendigem Verwaltungsaufwand verbunden. In diesen Fällen gilt es daher, Entbürokratisierungsmaßnahmen zu setzen.

- ➔ **Aufgabenstellung:** Erarbeitung von Endbürokratisierungsmaßnahmen für Mehrfachversicherte im Beitragsbereich – etwa die amtswegige Rückerstattung von geleisteten Sozialversicherungsbeiträgen über der Höchstbeitragsgrundlage.

NORMATIVE GRUNDLAGEN: Analyse des Ist-Stands

Verfassungsfragen

Kompetenzverteilung des Bundesverfassungsgesetzes

Basis der Überlegungen ist die **zwischen Bund und Ländern** bestehende **Kompetenzlage** des Bundesverfassungsgesetzes (B-VG), insbesondere im Gesundheitswesen: Die Zuständigkeit der Sozialversicherung betrifft den extramuralen Bereich, verbunden mit einem großen Anteil der

Krankenanstellen-Finanzierung. Dem gegenüber steht der Versorgungsauftrag der Länder für die Krankenanstellen. Sozialversicherungsrecht ist verfassungsgesetzlich Bundessache in Gesetzgebung und Vollziehung (Art 10 B-VG). Im Bereich der Krankenanstellen liegt die Grundsatz-Gesetzgebung beim Bund, die Ausführungs-Gesetze, sowie die Vollziehung sind Landessache (Art 12 B-VG). Das bedeutet, dass die Kompetenzlage mehrfach asymmetrisch verteilt ist. Demgegenüber sind die Krankenfürsorgeanstalten der Länder dienstherrliche Einrichtungen von Gebietskörperschaften (Art. 21 B-VG).

Das **Prinzip der Selbstverwaltung** ist in der Bundesverfassung verankert. Von diesem Prinzip als funktionierende Grundlage der Sozialversicherung auf der einen Seite und den Ärztekammern, der Apothekerkammer, der Wirtschaftskammern, der Zahnärztekammern und weiterer Leistungsanbieter auf der anderen Seite ist auszugehen.

Organisationsstruktur-Änderungen durch Verfassungs- oder einfachen Bundesgesetzgeber?

Als Basis der juristischen Analyse sind vor allem die verfassungsrechtlichen Fragestellungen einer Prüfung zu unterziehen. Es ist aus rechtlicher Sicht zu klären, ob die bestehende Trägerlandschaft einfachgesetzlich oder nur mit **Verfassungsmehrheit** einer **Strukturanpassung** unterworfen werden kann.

- ➔ **Aufgabenstellung:** Gibt es eine verfassungsgesetzlich verankerte Bestandsgarantie für die nach Berufsgruppen und/oder regional und/oder bundesweit organisierten Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherungsträger und die Krankenfürsorgeanstalten?
- ➔ **Aufgabenstellung:** Gebietet die Bundesverfassung die Bildung von unterschiedlichen Versicherungsgemeinschaften (Unselbstständige, Selbstständige) oder ist dem Gesetzgeber die Strukturgestaltung der Selbstverwaltung frei überlassen?

Kompetenzbereinigung in der Gesetzgebung im Bereich der Krankenanstellen

Gesundheitsversorgung ist nicht auf die Sozialversicherungen zu beschränken, sondern wird zu einem großen Teil auch in den Krankenanstellen geleistet. Daher ist auch die verfassungsrechtliche Kompetenzverteilung in diesem Bereich zu betrachten. Die **Kompetenzverteilung im Krankenanstellenbereich** ist historisch gewachsen und komplex. Derzeit ist die Grundsatzgesetzgebung Bundessache und die Ausführungsgesetzgebung obliegt den Ländern. Dies führt im Detail zu unterschiedlichen Regelungen in den neun Bundesländern. Daher ist zu prüfen, ob es weiterhin zehn Krankenanstaltengesetze geben soll, oder ob es sowohl ökonomisch, als auch staatsrechtlich effektiver wäre, die Gesetzgebung (nicht aber die Verwaltung) beim Bund zu bündeln. Neben der juristischen Analyse ist auch eine ökonomische Bewertung einer Änderung der Kompetenzverteilung zu erstellen und das Ergebnis der Beibehaltung des Status-Quo gegenüberzustellen.

- ➔ **Aufgabenstellung:** Prüfung der verfassungsrechtlichen Möglichkeiten einer Kompetenzverschiebung im Bereich des Krankenanstellenrechts.
- ➔ **Aufgabenstellung:** Ökonomische Analyse der Effizienzpotentiale einer geänderten Kompetenzverteilung.

Vertragspartnerrecht modernisieren

Das bestehende Vertragspartnerrecht geht auf die 1950er Jahre zurück. Es determiniert die für die PatientInnen relevanten Leistungen der Gesundheitsversorgung und hat daher einen besonderen

Stellenwert. Die Verbesserungen der Leistungen durch eine österreichweite Leistungsharmonisierung sind daher eng mit einer effizienten Organisation von Gesundheitsdienstleistungen durch die Sozialversicherungen verknüpft. Das **Vertragspartnerrecht** regelt die Leistungsabgeltung von Gesundheitsdienstleistungen zwischen der sozialen Kranken-, Unfall und Pensionsversicherung und Gesundheitsdiensteanbietern. Die Gesundheitsdiensteanbieter werden auf kollektiver Ebene, in dieser Konstellation primär durch neun Landesärztekammern, die österreichische Ärztekammer, bzw. durch die Wirtschaftskammern und die Zahnärztekammer vertreten. Im bestehenden System haben die VertreterInnen der **Gesundheitsdiensteanbieter** starke **Gestaltungsrechte**, die nicht mit einer Beschaffung auf freien Markt vergleichbar sind.

Zu klären ist, wie das **Verhältnis zwischen Sozialversicherung** auf der einen Seite und **Gesundheitsdiensteanbietern** auf der anderen Seite modernisiert werden kann, beziehungsweise wie entsprechende Regelungen ausgestaltet sein müssten. Dabei sind internationale Best-Practice Beispiele heranzuziehen.

Das **Kostenoptimierungspotential** durch die **Beschaffung von Gesundheitsdienstleistungen unter flexibleren Rahmenbedingungen** ist zu erheben. Dabei ist immer auf das Leistungsniveau für die PatientInnen, auch im Zusammenhang mit der Leistungsharmonisierung auf ein relativ höheres Niveau, Bedacht zu nehmen.

- ➔ **Aufgabestellung:** Unter der Prämisse, die Versorgung der Versicherten zu verbessern, soll eine Analyse des derzeitigen Vertragspartnerrechts erstellt werden. Die Frage, ob eine flexiblere und transparente Organisation von Gesundheitsdienstleistungen Effizienzpotentiale gegenüber dem Status-Quo bietet, ist zu beantworten. Dabei ist auf international vergleichbare Best-Practice Modelle zu referenzieren. Besonders die Rolle der Systempartner für eine moderne Sachleistungsversorgung ist zu analysieren. Im Rahmen des Vertragspartnerrechts gilt es Sachleistungen zu stärken.
- ➔ **Aufgabenstellung:** Erarbeitung von Vorschlägen zur Modernisierung des Vertragspartnerrechts, um die Organisation von Gesundheitsdienstleistungen nach flexibleren und transparenten Konditionen zu ermöglichen. Dabei ist das Ziel, Gesundheitsdienstleistungen auch weiter von österreichischen Anbietern zu beziehen, zu berücksichtigen.
- ➔ **Aufgabenstellung:** Wie kann die Qualität der bezogenen Gesundheitsdienstleistungen und die transparente Weiterentwicklung im Patienteninteresse sichergestellt werden?
- ➔ **Aufgabenstellung:** Gesundheitsdienstleistungen für die Bevölkerung anzubieten ist keine Beschaffung wie jede andere. Daher ist eine Abgrenzung, in welchen Bereichen das Vergaberecht nicht zur Anwendung kommen soll – vor allem um die Versorgungssicherheit durch inländische Anbieter sicherzustellen – zu treffen.

FINANZIERUNG: Fragestellungen aus dem Ist-Stand

Finanzstromanalyse: Weg der Geldmittel; Verteilung Einnahmen, Bedarf der Versicherten und Aufgaben

Die Finanzierung des Gesundheits- und Pensionssystems ist komplex. Dabei gibt es – vor allem was den Eigendeckungsgrad aus Beiträgen der Versicherten betrifft – große Unterschiede zwischen den

Sozialversicherungsträgern. Das Delta zwischen Eigendeckung und Bedarf wird aus Steuermitteln bedeckt. Gleichzeitig ist im Krankenanstaltenbereich die Finanzierung Ländersache und die Gesetzgebung zwischen Bund und Ländern geteilt. Um durch zielgerichtete Reformen die Kostenwahrheit und Effizienz zu steigern braucht es eine gesamtstaatliche Finanzstromdarstellung von Bund, Ländern und Gemeinden, sowie Sozialversicherung und anderen Versorgungssystemen. Als Basis für die Analyse sind bestehende Aufbereitungen – etwa *reporting tools* im Rahmen der Gesundheitsreform – heranzuziehen. Zudem soll eine kritische Analyse der Unterschiede, der Wirksamkeit und des Lenkungseffekts von **Behandlungsbeiträgen**, sowie deren Gesamtbelastung erfolgen.

Des Weiteren soll eine österreichweite **Gesamtdarstellung der Finanzströme im Ruhegenuss- und Pensionsbereich auf Bundesebene** erfolgen (inklusive Bundesbeamte und Vertragsbedienstete des Bundes).

Ebenso sollen die Einnahmen im Sozialversicherungs- und Gesundheitssystem einer umfassenden Analyse unterzogen und auf potentielle Systemwidrigkeiten – vor allem Zuschüsse aus dem Steuertopf für die verschiedenen Sparten der Pensionsversicherung (Partnerleistung) in Betracht ziehend – untersucht werden.

Eine weitere Fragestellung ist, ob die **strategische Position der Sozialversicherung** im Bereich der Systemsteuerung gestärkt werden soll. So könnten Gesundheitsdienstleistungen im niedergelassenen Bereich nicht nur über Vertragsbeziehungen zugekauft werden, sondern verstärkt selbst angeboten werden. Eine ökonomische Analyse möglicher Vorteile und der potentiellen Kosteneinsparungseffekte ist zu erarbeiten. Die Vorteile einer Kombination aus *make and buy* im Bereich der eigenen Einrichtungen soll dargestellt werden.

Es ist darüber hinaus ein System der mittelfristigen verbindlichen **Investitionsplanung** der gesamten Sozialversicherung in Verwaltungs- und Gesundheitseinrichtungen, Bau- und IT-Investitionen für ambulante Versorgung samt IT-Infrastruktur zu entwickeln.

Die derzeitige Finanzierungslandschaft birgt **Schief lagen** zwischen den einzelnen Versichertengruppen und den SteuerzahlerInnen insgesamt. Es gibt nur einen **unzureichenden Risikostrukturausgleich**. Die Gebietskrankenkassen schultern besondere **Risiken der Versichertenstruktur** (z.B. Arbeitslose, Mindestsicherungsbezieher, Asylwerber usw.), die andere Träger nicht zu tragen haben. Unabhängig von der organisatorischen Ausgestaltung als bundesweiter Träger oder regionaler Träger sollen zusätzliche Risikofaktoren ausgeglichen werden (Unterschied zwischen urbaner und ruraler Risikoverteilung). Das **deutsche Modell des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs** ist ein Beispiel der risikoorientierten Finanzierung, das beleuchtet werden soll. Modelle zum Risikoausgleich, welche mit der österreichischen Systemlogik in Einklang gebracht werden können, sind zu erstellen.

Mehrfachversicherte und ihre Angehörigen sind unter Umständen mehreren Trägern zugeordnet. Beiträge fließen an mehrere Träger und die Leistungen können von Versicherten pro Versicherungsfall bei unterschiedlichen Trägern konsumiert werden (persönliche Wahlfreiheit). Daher sind die typischen unterschiedlichen Fallvarianten zu Mehrfachversicherungen (mehrere Erwerbstätigkeiten, Eltern von mitversichertem Kind, die bei verschiedenen Trägern versichert sind, usw.) zu untersuchen. Es soll ein in Österreich implementierbarer Ausgleichsmechanismus entwickelt

werden. Ein Ziel des Ausgleichsmechanismus soll die Ermöglichung der **Zusammenrechnung der Beitragsgrundlagen von Beamten und sonstigen Versicherten** sein.

- ➔ **Aufgabenstellung:** Erstellung einer gesamtheitlichen Finanzstromanalyse über alle relevanten Systeme und Gebietskörperschaften (einschließlich der dienstrechtlichen Versorgungssysteme) mit besonderem Fokus auf Fragen der Kostenwahrheit. Dabei ist auf die Eigendeckungsgrade der Träger, die unterschiedliche Höhe der Partnerleistung und die Hebesätze einzugehen.
- ➔ **Aufgabenstellung:** Analyse der Wirksamkeit von Behandlungsbeiträgen, insbesondere in Hinblick auf Lenkungseffekte und dadurch resultierende vermeidbare Folgekosten.
- ➔ **Aufgabenstellung:** Prüfung der potentiellen Vorteile einer Kombination von *make and buy* in Bezug auf Effizienz und Qualitätssteigerungen. Dabei ist insbesondere auf den Bereich der eigenen Einrichtungen einzugehen.
- ➔ **Aufgabenstellung:** Erstellung einer einheitlichen mittelfristigen Investitionsplanung durch die Träger unter Bündelung der Ressourcen.
- ➔ **Aufgabenstellung:** Analyse der Risikostruktur zwischen den Trägern und Erarbeitung eines risikobasierten Ausgleichsmechanismus und Analyse der Ungleichverteilung der Kostentragung der Träger bei Mehrfachversicherten und Erarbeitung eines Ausgleichsmechanismus.
- ➔ **Aufgabenstellung:** Analyse der Gründe für die bestehende komplette Trennung der Systeme von BeamtInnen und allen anderen Versicherten (insbesondere Beitragsgrundlagenbildung), darauf aufbauend Erarbeitung eines Vorschlags zur Beseitigung der Trennung.

Bekämpfung von Betrug und Irrtum (*fraud and error*)

Das österreichische Gesundheitssystem bietet Leistungen auf höchstem Niveau. Allerdings ist in jedem System Betrugsbekämpfung und die Eindämmung von Abrechnungsfehlern von hoher Priorität. Auf **EU-Ebene** ist ein Projekt zur Bekämpfung von *transborder fraud and error* im Gesundheitssystem aufgesetzt. Dieses Thema soll umfassender, unter Einbeziehung der österreichischen Dimension, aufgearbeitet werden. In Deutschland wird von einem Verlust durch *fraud and error* von € 7,5 bis € 12,5 Milliarden ausgegangen, das ist ein Potential von drei bis fünf Prozent der öffentlichen Gesundheitsausgaben. Auf Österreich umgelegt wären das € 0,75 bis € 1,25 Milliarden.

Die Bekämpfung von *fraud and error* ist internationaler Standard. **Starke Strukturen in Österreich** sind zu entwickeln. Es ist ein angemessenes Verhältnis zwischen dem Aufwand bei der Beitragseinbringung und der ungenügenden Kontrolle der Geldflüsse im Ausgabenbereich (Leistungsbereich) herzustellen.

- ➔ **Aufgabenstellung:** Abschätzung der durch *fraud and error* in Österreich verlorenen Mittel.
- ➔ **Aufgabenstellung:** Erarbeitung von Vorschlägen zur Bekämpfung von *fraud and error*.

Investition in neue Themenfelder

Marktveränderungen im Medikamentenbereich machen internationales Handeln und Kooperieren nötig. Systemrelevante Steuerungsfunktionen müssen in ausreichender Dimension, Qualität und Quantität sichergestellt sein (Marktbeobachtung usw.). Internationale Beispiele für Kooperationen bei Beschaffung sind auf ihre Übertragbarkeit zu prüfen.

- ➔ **Aufgabenstellung:** Internationale Analyse der Beschaffung von Medikamenten mit besonderem Fokus auf Synergiepotentiale.

ZUKUNFTSFIT 2030 – die Finanzierung sicher für die Zukunft machen

„Arbeit und Industrie 4.0“ (*crowd working*, Digitalisierung, A-Typische Erwerbskarrieren) erfordert eine den Gedanken der Solidarität verankernde **Modernisierung von Sozial-, Arbeits-, Sozialversicherungs- und Steuerrecht**. Als weiteres Phänomen ist Steuerflucht und Abgabenvermeidung ein nicht unwesentlicher Störfaktor in Bezug auf eine umfassende Finanzierung des Sozialsystems. Am sich abzeichnenden Übergang vom postindustriellen in das digitale Zeitalter ist die Mittelaufbringung eines bisher am Faktor Arbeit anknüpfenden beitragsorientierten Sozialversicherungssystems rechtzeitig grundlegend neu auszurichten.

Eine **Verbreiterung und Ergänzung der Finanzierung** soll bei gleichzeitiger Entlastung des Faktors Arbeit angedacht werden. Die Produktivität der Volkswirtschaften steigt, ohne dass das Arbeitsplatz-Angebot immer zwingend nachzieht. Deshalb soll eine Mittelaufbringung erarbeitet werden, die am Faktor der Produktivität und nicht mehr nur an den Beschäftigten ausgerichtet ist, bzw. weiters Steuerflucht hintanhaltend oder kompensieren kann.

- ➔ **Aufgabenstellung:** Erarbeitung von Modellen zur Verbeitung der Finanzierungsbasis der Sozialversicherung, insbesondere in Hinblick auf die Effekte der Digitalisierung, neuer Arbeitsformen und Versicherungskarrieren.

STRUKTURANALYSE: Modernisierung vorantreiben

Das österreichische Sozialversicherungssystem ist stabil und bietet den Menschen hervorragende Leistungen. Gleichzeitig gilt es, das System – um es für die Herausforderungen der Zukunft zu rüsten – weiterzuentwickeln und zu modernisieren. Dabei ist insbesondere die Reduktion der Trägerlandschaft zu prüfen. Hier ist vor allem die historisch gewachsene Struktur der Dreigliedrigkeit des Sozialversicherungssystems einer Analyse zu unterziehen.

Organisation der sozialen Sicherungssysteme

Neuere Sozialversicherungssysteme bestehen aus zwei Sparten, der Pensionsversicherung und der Krankenversicherung. Das bereits in der Monarchie wurzelnde österreichische System hat zusätzlich die Unfallversicherung als eigene Sparte. Daher sind die Vor- und Nachteile der Organisation in drei Sparten zu benennen und einem zweiseitigen Modell gegenüberzustellen. Sollte die Zweiseitigkeit sowohl effizienter, als auch effektiver erscheinen, ist die Verortung des bestehenden Haftungsprivilegs, das sowohl in der Pensionsversicherung, als auch der Krankenversicherung systematisch eingeordnet werden kann, zu klären. Es sind daher Vorschläge zu erarbeiten, wie das Haftungsprivileg analog der bestehenden Logik in Zukunft ausgestaltet werden kann.

Auch die Gliederung in Berufsständische und teilweise sogar durch den Dienstgeber determinierte sozialen Sicherungssysteme sind einer Analyse zu unterziehen. Die Vor- und Nachteile sind herauszuarbeiten und darzustellen. Ebenso ist die – die Mehrheit der Versicherten umfassende – regionale Gliederung zu bewerten.

- ➔ **Aufgabenstellung:** Erstellung einer Stärken/Schwächen Analyse des bestehenden Systems der drei Sparten, insbesondere in Hinblick auf Effizienz und Effektivität.
- ➔ **Aufgabestellung:** Analyse, ob die Verbindung der Sparten in einem Träger (Mischträger) eine effektive und effiziente Organisationsform darstellt.
- ➔ **Aufgabenstellung:** Wie kann bei einer Systemumstellung auf ein zweiseitiges System das bestehende Haftungsprivileg – analog der bestehenden Logik – ausgestaltet werden?
- ➔ **Aufgabenstellung:** Welche weiteren Modelle zur Ausgestaltung der Trägerlandschaft können auf Basis der vorangegangenen Analysen zur Diskussion gestellt werden. Dabei ist insbesondere zu analysieren, ob die bestehende Gliederung nach Berufen, teilweise sogar nach Dienstgebern, oder nach Regionen, eine effiziente und effektive Form der Organisation darstellt. Die maßgeblichen Bewertungskriterien sind Service für die Versicherten, wirkungsvolle Leistungserbringung und deren Organisation, finanzielle Stabilität, sowie effiziente administrative Abwicklung. Dabei sind die Kosten, Nutzen und Risiken umfassender Umstrukturierungen einzuschätzen.

Analyse der strategischen Verwendung der Rücklagen

Bestehende **Rücklagen** sollen zielgerichtet für strategisch wichtige Themen der Gesundheitsreform verwendet werden. Im Fokus stehen insbesondere die Schaffung von Infrastruktur von Primärversorgungseinrichtungen, die Modernisierung eigener Einrichtungen der Sozialversicherung, ambulanter Einrichtungen, sowie die Leistungsharmonisierung und Fragen der gemeinsamen IT.

- ➔ **Aufgabenstellung:** Erarbeitung eines Konzepts zur zielgerichteten Verwendung der Rücklagen zur Verbesserung der Leistungen für die Versicherten.

Verwaltung: Effizienzsteigerung und Synergiepotentiale

Die bestehenden Verwaltungsstrukturen sind auf ihre Effizienz zu überprüfen. Vorschläge zur Schärfung der **Managementstruktur und -prozesse** (Governance) der gesamten Sozialversicherung sind zu erarbeiten. Die Stringenz der Überarbeitung von Geschäftsprozessen vor der Neu- und Weiterentwicklung von **IT-Anwendungen** ist zu hinterfragen. Es ist zu prüfen, ob durch umfassendere straffe Führung der Sozialversicherungs-IT und die verbindliche Einbindung aller Versicherungsträger eine Effizienzsteigerung erreicht werden kann.

Einerseits sind die **Verwaltungskosten** einem **internationalen Vergleich** zu unterziehen, um ein objektives Bild zu erhalten. Andererseits zeigen rezente Studien aus Deutschland, dass in Folge von Fusionen von Krankenversicherungsträgern die Verwaltungskosten mit bis zu einem Fünftel über dem früheren Wert liegen. Die Analyse von Rürup (GKV. Verwaltungskosten und Kassengröße, 2006) weist im Verhältnis Verwaltungskosten je Versicherten und Größe der Versicherung **diseconomies of scale** aus. Dies ist einer qualitativen Analyse zu unterziehen und auf die österreichische Situation herunterzubrechen.

- ➔ **Aufgabenstellung:** Analyse der Führungsstrukturen der Verwaltung der Sozialversicherungsträger und Prüfung, ob eine Verschlankeung der Führungsstrukturen der Verwaltung sinnvoll ist und wenn ja, Erarbeitung eines Vorschlags.
- ➔ **Aufgabenstellung:** Analyse der Geschäftsprozesse in Hinblick auf die IT-Systeme.
- ➔ **Aufgabenstellung:** Internationales Benchmarking der Verwaltungskosten der österreichischen Sozialversicherungsträger.

- ➔ **Aufgabenstellung:** Evaluierung der bestehenden Erfahrungen zur optimalen Größe von Sozialversicherungsträgern, insbesondere in Hinblick auf *diseconomies of scale*.
- ➔ **Aufgabenstellung:** Evaluierung der Kosten bei einer potentiellen Reduktion der Trägerlandschaft