

Dr. Hans Jörg Schelling
Bundesminister für Finanzen



Frau Präsidentin
des Nationalrates
Doris Bures
Parlament
1017 Wien

Wien, am 17. März 2017
GZ. BMF-310205/0003-I/4/2017

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Auf die schriftliche parlamentarische Anfrage Nr. 11424/J vom 18. Jänner 2017 der Abgeordneten Gerald Loacker, Kolleginnen und Kollegen beehre ich mich Folgendes mitzuteilen:

Zu 1.:

Es handelt sich um eine partnerschaftlich vereinbarte Zielsteuerung; die Vertreter von Bund, Ländern und Sozialversicherung haben sich in monatelang dauernden Verhandlungen schlussendlich wie folgt geeinigt:

- Ausgangswert 2016 und Wachstumsrate von 2017 3,6 %, 2018 3,5 %, 2019 3,4 %, 2020 3,3 % und 2021 3,2 % als Obergrenze;
- Von den Ländern argumentierte Mehraufwendungen wie unter anderem auf Grund des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes (KA-AZG) werden damit berücksichtigt;
- Für das Land Tirol, in welchem das KA-AZG erst später wirksam wird, und für Vorarlberg wird eine Sonderregelung in Art. 17 Abs. 2 Z 6a und 6b der 15a-Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit getroffen.

Zu 2. und 3.:

Die tatsächlichen Werte für 2016 liegen auf Grund der Rechnungsabschlüsse erst zeitverzögert (im 2. Halbjahr 2017) vor. Die FAG-Verhandlungen wurden aber bereits Mitte 2015 gestartet. Auf Grund der Zielsteuerungslogik (die Ausgaben wurden nach wie vor gesteuert) sowie der Unsicherheit von Prognosen bzw. Abschätzungen einigten sich die drei Partner einvernehmlich auf den bereits definierten Wert der Ausgabenobergrenze für 2016, obwohl das Bundesministerium für Finanzen anfangs als Ausgangswert die IST-Werte präferiert hatte.

Eine (vorzeitige) Einigung war u.a. auch für eine Planungssicherheit notwendig.

Zu 4. und 20.:

Die Berechnung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben verfolgt eine ähnliche Methodik wie das System of Health Accounts (SHA). Die Zielsteuerung verfolgt Ausgaben, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Patientenversorgung stehen (laufende Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege). Investitionen unterliegen in der Regel hohen Fluktuationen, Ersatzinvestitionen sind zudem nur schwer vorhersehbar. Darüber hinaus war es nicht Ziel einen Investitionsstopp im Gesundheitswesen herbeizuführen. In den Landesbudgets werden Investitionen (einschl. Krankenanstalten-Neubauten) gesondert budgetiert.

Nichtsdestotrotz werden Investitionen als gesonderte Größen beobachtet, ebenso wie gesundheitsbezogene Ausgaben der Unfall- und Pensionsversicherung. Die stationäre Reha wurde ausgenommen, weil die PV-Träger einen nötigen Ausbau der Reha beschlossen hatten. Kuren zählen nicht zu den Gesundheitsausgaben i.e.S. Das Krankengeld ist eine Leistung der Sozialversicherung (SV).

Zu 5.:

Die „alte“ 15a-Vereinbarung hatte als Ziel die Ausgabenzuwächse bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben schrittweise bis 2016 auf 3,6 % zu senken. Dieser Prozentsatz war einvernehmlich zwischen den drei Partnern für 2017 beschlossen worden. Weiters wurden damit auch die Mehrkosten für die Länder durch die KA-AZG-Novelle sowie die demografische Entwicklung berücksichtigt.

Die angesprochenen 3,3 % im Jahr 2016 sind im Bundesministerium für Finanzen nicht nachvollziehbar. Die 6,1 % beziehen sich auf den Sprung der tatsächlichen Ausgaben gem. Monitoring und der paktierten Ausgabenobergrenze (AOG) 2017, dabei werden die Mehrausgaben aufgrund der KA-AZG-Novelle nicht berücksichtigt.

Gemäß der Logik der Erstellung der AOG mittels erlaubter Wachstumsrate (WTR) ergibt sich eine Obergrenze, die nicht korrigiert wird, wenn in einem Jahr die WTR über oder unter der erlaubten Grenze liegt. Angesichts von Fluktuationen in den jährlichen WTR sowie Zeitverzögerungen bei der Erfassung der tatsächlichen Ausgaben wäre eine ad-hoc-Anpassung der Ausgabenobergrenzen unpraktikabel. Somit ergibt sich bei niedrigeren WTR als paktiert eine größere Differenz zwischen tatsächlichen Gesundheitsausgaben (GHA) und AOG.

Zu 6.:

Bei der Erstellung des BFRG 2017-2020 wurden folgende Wachstumsraten für das nominelle BIP angenommen:

2017:	+3,2 %
2018:	+3,1 %
2019:	+3,1 %
2020:	+3,1 %

Grundlage waren die Mittelfristprognosen vom WIFO der jeweils aktuellen Fassung.

Zu 7.:

Durch die Maßnahmen der Gesundheitsreform 2013-2016 konnte eine Dämpfung der Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben erreicht werden. Der entsprechende Wachstumstrend lag vor der ersten Zielsteuerungsperiode bei 5,2 %.

Die Treffsicherheit von Konjunkturprognosen ist a priori über einen Zeitraum von vier Jahren nicht schätzbar und kann daher auch nicht in die Berechnung der Ausgabenobergrenze einfließen. Hinzu kommt, dass eine rückwirkende Änderung von Obergrenzen für

Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben nicht mit der notwendigen Planungssicherheit im Gesundheitswesen vereinbar ist.

Zu 8.:

Erklärtes Ziel der ersten und auch der zweiten Zielsteuerungsperiode ist die Entlastung des akutstationären Bereichs bei gleichzeitigem Ausbau des ambulanten Bereichs. Gemeint ist damit aber nur zum Teil eine Verlagerung in den extramuralen (KV-finanzierten) Bereich.

Die Verlagerung von Leistungen aus dem akutstationären Bereich hin zu spitalsambulanten und tagesklinischen Strukturen wurde erfolgreich in den Jahren 2013-2016 intensiviert. Gleichzeitig konnten die durchschnittlichen Verweildauern reduziert werden. Zur Verlagerung von Leistungen in den niedergelassenen Bereich fanden in der ersten Zielsteuerungsperiode vor allem konzeptionelle und legistische Vorarbeiten statt (z.B. PHC-Konzept). Aufgrund der Miteinbeziehung vieler Interessensgruppen mit unterschiedlichen Interessenslagen sowie vereinzelt politischem Widerstand konnte in einigen Bereichen der Zeitplan nicht eingehalten werden. Insbesondere die zweite Zielsteuerungsperiode widmet sich dem Ausbau der niedergelassenen Primärversorgung, setzt hierbei konkrete Ziele (mind. 75 Primärversorgungseinheiten zusätzlich) und sieht 200 Mio. Euro zweckgewidmet für dieses Vorhaben vor.

Es ist nicht zielführend, die Erfüllung dieses Ziels mit der Ausgabenquote der Kassen an den Gesundheitsausgaben zu quantifizieren. Auch die Kassen sind im Rahmen der Zielsteuerung zu einer Reduktion der Gesundheitsausgabensteigerung angehalten.

Zu 9a.:

Das gegenständliche Ziel ist nur ein Ziel von vielen bzw. eine Maßnahme von vielen. Nach dem Prinzip „Geld folgt Leistung“ kommt es zum Ausgleich zwischen den Ländern und der SV.

Die konkrete Auswirkung der geplanten Projekte auf die in Anspruch genommenen Versorgungsformen sowie die daraus resultierenden Auswirkungen auf den Finanzbedarf können noch nicht genau bestimmt werden. Darüber hinaus kann der Anteil der Länder und der SV an der Finanzierung des Gesundheitssystems nicht nur vom Spektrum des Versorgungsangebots betrachtet werden, sondern muss auch die Finanzierungsquellen

berücksichtigen, die sich nicht zwangsweise im Gleichschritt mit den in Anspruch genommenen Versorgungsformen entwickeln. Sofern eine Verschiebung der Leistungserbringung vom stationären zum ambulanten Sektor zu relevanten Verschiebungen des Finanzierungsanteils der Gesundheitsversorgung führt, wird das im Rahmen der nächsten Finanzausgleichsverhandlungen zu berücksichtigen sein.

Zu 9b.:

Die zulässigen Ausgabensteigerungen sind für beide Sektoren ambitioniert und wurden unter Berücksichtigung der Gebarungsvorschau der KV-Träger erstellt.

Zu 9c.:

Ambulant ist nicht ausschließlich mit niedergelassener Versorgung gleichzusetzen und meint u.a. Versorgungsformen, die keine Nächtigung in Spitälern nach sich zieht (Spitalsambulanzen, Tagesklinik, Null-Tages-Aufenthalte).

Der Ausbau der niedergelassenen Primärversorgung kompensiert zudem teilweise die Vielzahl an anstehenden Pensionierungen von Allgemeinmedizinerinnen.

Zudem ist durch die effizientere und effektivere Behandlung in Primärversorgungseinheiten mit geringeren Folgekosten zu rechnen.

Zu 10. und 18.:

Die Verteilung der Ausgabenobergrenzen innerhalb der Länder ist durch die Länder vorzunehmen und im Zielsteuerungsvertrag und in den jeweiligen vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen zu dokumentieren (vgl. Art. 17 Abs. 2 5. Zielsteuerung-Gesundheit).

Die Verteilung der Ausgabenobergrenzen innerhalb der Sozialversicherungsträger sowie die länderweise Zuordnung der Ausgabenobergrenzen sind durch die Sozialversicherungsträger vorzunehmen und im Zielsteuerungsvertrag und in den jeweiligen vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen zu dokumentieren (vgl. Art. 17 Abs. 3 5. Zielsteuerung-Gesundheit).

Zu 11.:

Vorarlberg hat auf Grund der Nähe zu Deutschland und der Schweiz das Problem, dass es den Ärzten höhere Gehälter zahlen muss, damit diese nicht in die Nachbarländer „abwandern“.

Zu 12a.:

Im Verlauf der Verhandlungen wurden verschiedene Varianten diskutiert, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten auch von unterschiedlichen Prognosen des BIP-Wachstums beeinflusst wurden. Seitens des Bundesministeriums für Finanzen wurde dabei insbesondere auf die Einhaltung der Maxime, dass die Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben nicht über der BIP-Wachstumsrate liegen soll, Wert gelegt.

Zu 12b.:

Die beschlossenen Prozentsätze stellen einen Kompromiss dar, der sich aus der Berücksichtigung von vielen Sachargumenten ergeben hat. Insbesondere bildet die Ausgabenobergrenze eine Lösung zwischen der Notwendigkeit, Budgetrestriktionen einzuhalten und einer Dynamik der Wachstumsraten von Gesundheitsausgaben, die sich nicht zwangsläufig am BIP orientieren, wie beispielsweise Trends in Morbidität, Verfügbarkeit neuer medizinischer Verfahren, demographischer Wandel etc. Eine längere Frist in der Heranführung der Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben an das BIP-Wachstum ist notwendig, um das Niveau und die Qualität der Gesundheitsversorgung dabei möglichst nicht zu gefährden. Es war erklärtes Ziel der Verhandlungspartner, Ausgabendämpfungen durch Effizienz- und Effektivitätsgewinne herbeizuführen und nicht durch restriktive Sparmaßnahmen zulasten der Versorgungsqualität.

Zu 13.:

Diesbezüglich wird auf den Monitoringbericht bzw. die SHA-Daten der Statistik Austria verwiesen:

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

http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsreform/Zielsteuerung_Gesundheit_Monitoringberichte.

Zu 14.:

Finanzielle Sanktionen für das Nicht-Erreichen von Finanzzielen sind in der Vereinbarung zwischen dem Bund, den Ländern und den Gemeinden über einen Österreichischen Stabilitätspakt 2012, BGBl. I Nr. 30/2013 vorgesehen.

Zu 15.:

Basierend auf der Annahme, dass das BIP-Wachstum in der Periode 2017–2021 3,2 % p.a. beträgt und die Gesundheitsausgaben (GHA) von 2017 bis 2020 mit 3,6; 3,5; 3,4; 3,3; und 3,2 % wachsen, führt das zu einem Anstieg des Anteils der öffentlichen GHA am BIP in Höhe von einem Prozent des Anteils also z.B. von 7,9 auf $7,9 * 1,01 = 7,979$ (Zahlen für die öffentlichen GHA in % des BIP nach SHA liegen für das Jahr 2016 noch nicht vor).

Zu 16.:

Diese Frage kann detailliert nur im Rahmen eines gesamtwirtschaftlichen Modells beantwortet werden.

Zu 17.:

Es handelt sich hier im Grunde um eine partnerschaftliche Einigung. Auf Grund der Mehrkosten für die Länder durch die KA-AZG-Novelle sowie die demografische Entwicklung erscheinen die Ausgabenobergrenzen gerechtfertigt und durchaus ambitioniert.

Zu 19.:

Es handelt sich auch hier um eine partnerschaftliche Einigung. Die Krankenfürsorgeanstalten (KFA) haben gute Rechnungsabschlüsse. Ihre Ausgaben werden als gesonderte Größen im Zielsteuerung Gesundheit-Monitoring erfasst.

Zu 21a.:

Für PHC werden keine zusätzlichen Mittel zugeschossen; es werden 200 Mio. Euro zweckgewidmet. Zur Sicherstellung einer nachhaltigen Haushaltsführung insbesondere in den Bereichen Gesundheit, Pflege und Soziales gewährt der Bund den Ländern und Gemeinden eine Finanzaufweisung in Höhe von 300 Millionen Euro jährlich (s. § 24 Finanzausgleichsgesetz 2017; eine Aufteilung ist hier nicht ersichtlich).

Ausgabendämpfungseffekte sind zudem nicht mit Ersparnissen gleichzusetzen, die etwa als Rücklagen abgebildet werden könnten. Es handelt sich hierbei um die Differenz eines prognostizierten Pfades und den tatsächlich angefallenen Ausgaben, die nach wie vor teilweise durch Abgangsfinanzierungen ausgeglichen werden müssen.

Die in Art. 32 der 15a Vereinbarung erwähnte Mittelreallokation bringt keine neuen Mittel ins System ein sondern führt zu einer Umlenkung von bestehenden Mitteln für ausgewiesene überregionale Vorhaben (Humangenetik, Zentren für Seltene Erkrankungen, TEWEB).

Zu 21b.:

Die Vertragspartner sind überein gekommen, finanzielle Mittel zur Finanzierung von sektorenübergreifenden Vorhaben zweckzuwidmen, die auf eine Stärkung der ambulanten Versorgung, insbesondere den Aufbau der Primärversorgung, die primär in die Zuständigkeit der Sozialversicherung fällt, sowie den Aufbau von multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten in der ambulanten Fachversorgung, abstellen. Es wird angestrebt, über die Laufzeit dieser Vereinbarung bis 2020 für diese Zwecke insgesamt 200 Millionen Euro zweckzuwidmen und damit mind. 75 Primärversorgungseinheiten zu finanzieren.

Für die Spitalsfinanzierung sind keine zusätzlichen Mittel vorgesehen. Im Zusammenhang mit dem Ausbau der Primärversorgung verpflichten sich die Länder, Mittel zur Kofinanzierung von in dem Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) gemeinsam festgelegten Vorhaben gem. 15a Vereinbarung Art. 31 Abs. 1 nachhaltig sicherzustellen. Mehraufwendungen für Leistungen, die in die Zuständigkeit der Länder fallen, werden jedenfalls durch die Länder bedeckt.

Der Bundesminister:
Dr. Schelling
(elektronisch gefertigt)

