

Frau
Präsidentin des Nationalrates
Doris Bures
Parlament
1017 Wien

GZ: BMGF-11001/0002-I/A/5/2017

Wien, am 17. März 2017

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an meine Amtsvorgängerin gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 11423/J der Abgeordneten Gerald Loacker, Kollegin und Kollegen** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Fragen 1 bis 3, 5, 7 und 17:

- Aus welchen Gründen wurde vom ursprünglichen Ziel abgegangen, die Gesundheitsausgaben-Steigerungen bereits ab 2017 durchgehend an das mittelfristige BIP-Wachstum zu koppeln?
- Aus welchen Gründen wird als Berechnungsbasis für die Ausgabengrenzen 2017 bis 2021 nicht die aktuellste Ausgabenprognose 2016 oder der tatsächliche Wert 2016 herangezogen?
- Als Ausgangswert für die Gesundheitsausgabengrenzen im Zeitraum 2017 bis 2021 wurde die Ausgabenobergrenze aus 2016 herangezogen, die ca. 500 Mio. Euro über dem 3 Jahre erwarteten tatsächlichen Wert für 2016 liegt (siehe Zielsteuerungs-Monitoringbericht 2016/I).
 - a. Auf Basis welcher sachlichen Überlegungen wurde für den Ausgangswert 2016 auf einen veralteten Prognosewert (Ausgabengrenze 2016) zurückgegriffen?
 - b. Werden die Ausgabengrenzen nach dem Festliegen der Rechnungsabschlüsse 2016 an die tatsächlichen Ausgaben 2016 angepasst?
- Wie begründen Sie, dass die Gesundheitsausgabengrenze 2017 (3,6% bzw. 6,1%) stärker erhöht wird als dies 2016 der Fall war (siehe 15a 15.10.2013: 3,3%)?
- Für 2012-2016 wird das mittelfristige nom. BIP-Wachstum bei ca. 2,7% jährlich liegen, angenommen wurden 3,6%. Wieso wurde die deutliche Fehlprognose nicht in den aktuellen Ausgabengrenzen berücksichtigt?

- *Der Rechnungshof hat mehrfach kritisiert, dass die Zielsteuerungs-Gesundheitsausgabengrenzen zu hoch angesetzt sind und keinen echten Spandruck ausüben. Mit welchen konkreten Maßnahmen haben Sie auf diese Kritik reagiert?*

Mit der Finanzzielsteuerung der Zielsteuerung-Gesundheit soll eine gesicherte und nachhaltige Finanzierung des Gesundheitssystems durch Wahrnehmung einer gemeinsamen Finanzverantwortung sichergestellt werden. Ziel der Finanzzielsteuerung ist ein weiteres nachhaltig finanzierbares Wachstum der Gesundheitsausgaben sowie die Festlegung von Ausgabenobergrenzen, welche eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung und auch deren nachhaltige Finanzierung sicherstellen.

Werden die vorläufigen bzw. prognostizierten Wachstumsraten der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben der Jahre 2015 und 2016 betrachtet, so zeigt sich, dass diese stärker steigen als in den Jahren 2013 und 2014. Die Prognosen zeigen, dass die zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben der Länder und der Sozialversicherung im Jahr 2016 mit rund 4,6 % steigen werden und die zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben annähernd an den jeweiligen Ausgabenobergrenzen zu liegen kommen werden. Seitens der Länder wurde im Zuge der FAG-Verhandlungen darauf hingewiesen, dass insbesondere durch die am 1. Jänner 2015 in Kraft getretene Novelle zum Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG) Mehrkosten insbesondere im Personalbereich entstehen, wodurch auch die endgültigen zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben höher zu liegen kommen könnten als die prognostizierten Werte.

Im Vergleich zur bisherigen Zielsteuerungsperiode (2013 bis 2016), in welcher eine schrittweise Verringerung des Wachstums der Ausgabenobergrenzen von 4,3 % auf 3,6 % vereinbart war, wurde in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit für die kommende Periode 2017 bis 2021 eine weitere schrittweise Senkung des Wachstums der Ausgabenobergrenzen von 3,6 % auf 3,2 % festgelegt und damit die zulässige Ausgabendynamik an die prognostizierte BIP-Entwicklung entsprechend angepasst.

Die zwischen Bund und Ländern getroffenen Festlegungen zu den Ausgabenobergrenzen berücksichtigen die zu erwartende BIP-Entwicklung und gleichzeitig die aktuellen Herausforderungen (z.B. Umsetzung der KA-AZG, Ausbau der ambulanten Versorgung insbesondere im Bereich der Primärversorgung, demografische und epidemiologische Entwicklung in den nächsten Jahrzehnten). Mit diesen Festlegungen sind weiterhin eine qualitativ hochwertige, dem medizinischen Fortschritt entsprechende Versorgung der Bevölkerung und deren nachhaltige Finanzierbarkeit sichergestellt.

Eine Anpassung der Ausgabenobergrenzen während der Laufzeit dieser Zielsteuerungsperiode ist grundsätzlich nicht vorgesehen.

Fragen 4 und 20:

- Ausgabenpositionen, wie Stationäre Reha, Kuren, Krankengeld, Gebäudeabschreibungen (Investitionen) sind von Kassen eindeutig steuerbar (durch Genehmigungsverfahren, Fallmanagement, ...). Wieso wurden diese Ausgabenpositionen von den Ausgabengrenzen ausgeschlossen? (siehe 15a Z-G Art. 17 (3) 1).
- Der Rechnungshof hat kritisiert, dass von den Kassen steuerbare Leistungsausgabenpositionen nicht in die Ausgabengrenzen berücksichtigt werden. Mit welchen konkreten Maßnahmen haben Sie auf diese Kritik reagiert?

Es wurde von Bund und Ländern in Bezug auf die Zielsteuerung-Gesundheit vereinbart, Bereiche, für die die Ausgaben durch rechtliche Vorgaben determiniert sind und die daher von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht steuerbar sind, nicht in die Berechnung der Ausgabenobergrenzen miteinzubeziehen. Ebenso wurden Geldleistungen nicht miteinbezogen, um auch die Methodenkonformität mit dem „System of Health Accounts (SHA)“ sicherzustellen. Krankengeld ist eine Geldleistung der Sozialversicherung und zählt daher nicht zu den Gesundheitsausgaben nach SHA. Der Bereich Investitionen wurde bewusst ausgenommen, um notwendige strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen nicht durch Restriktionen im Investitionsbereich zu behindern und einen nicht erwünschten Investitionsstau für die Folgejahre auszuschließen.

Neben den Ausgabenobergrenzen für den Bereich der Länder und der Sozialversicherung wurde wie bereits in der ersten Zielsteuerungsperiode auch eine gesamtstaatliche Obergrenze für die öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege festgelegt. Diese umfasst mit Ausnahme von Geldleistungen auch alle oben angeführten Positionen und ist im regelmäßigen Monitoring enthalten. Damit werden außerordentliche Entwicklungen beobachtet und es können bei Bedarf entsprechende Maßnahmen von den zuständigen Institutionen gesetzt werden.

Frage 6:

- Welches jährliche nominale BIP-Wachstum nimmt das BMF zwischen 2017 und 2021 an (genauer: „durchschnittliche Entwicklung des nominellen Bruttoinlandprodukts gemäß Mittelfristprognose für das Bundesfinanzrahmengesetz“)?

Ich verweise auf die Beantwortung der an den Bundesminister für Finanzen ergangenen gleichlautenden Anfrage.

Frage 8:

- In der Zielsteuerung 2012-2016 war es erklärtes Ziel, Leistungen aus dem akut-stationären Bereich in den tagesklinischen und ambulanten Bereich zu verlagern. Trotzdem ist [die] Ausgabenquote der Kassen an den Gesundheitsausgaben (im engeren Sinn: SV + Länder) konstant bei 46,7% geblieben (siehe B-ZV 2012-2016 und Monitoringbericht I/2016).

- a. Wieso konnte die ambulante Ausgabenquote (Kassen-Ausgabenquote) nicht erhöht werden?
- b. Welche Konsequenzen werden daraus gezogen?

Mit der Verlagerung von Leistungen aus dem akutstationären in den tagesklinischen und ambulanten Bereich ist nicht zwangsläufig eine Erhöhung der Ausgabenquote der gesetzlichen Krankenkassen verbunden. So ist in den vergangenen Jahren durch Leistungsverschiebungen innerhalb des Krankenanstaltensektors der Anteil an tagesklinisch und spitalsambulant erbrachten Leistungen gestiegen.

Für den Ausbau des extramuralen Bereichs insbesondere zur Stärkung der Primärversorgung wurden in der ersten Zielsteuerungsperiode wichtige Grundlagenarbeiten (u.a. Erstellung des Konzepts für multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgungseinheiten) geleistet. Derzeit werden die rechtlichen Grundlagen geschaffen und in der aktuellen Periode soll ein entsprechender Ausbau von Primärversorgungseinheiten forciert werden.

Frage 9:

- In der 15a-Vereinbarung „Zielsteuerung-Gesundheit“ (2017-2021) wird als Ziel genannt, den akutstationären Bereich abzubauen, bei gleichzeitigem Aufbau des ambulanten Bereichs (Art. 6 (1) 2).
 - a. Wie kann dieses Ziel umgesetzt werden, wenn die zulässigen Ausgabensteigerungsgrenzen (Art. 17; 3,6%, 3,5%, 3,4%, 3,3%, 3,2%) für die Länder und SV jeweils gleich hoch angesetzt sind?
 - b. Wieso wurden die zulässigen Ausgabensteigerungen für die Kassen nicht etwas höher angesetzt als für die Länder (Spitäler), wie das von 2012-2016 bereits der Fall war?
 - c. Werden die Ausgabensteigerungsgrenzen für die SV nachträglich erhöht und die der Länder gesenkt, um das in 15a Z-G Art. 6 (1) 2 definierte Ziel („ambulant statt stationär“) erfüllen zu können?

Wie in der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit festgelegt, wird das Thema „Leistungsverschiebungen“ zwischen Ländern und Sozialversicherung im Rahmen der Erstellung des Zielsteuerungsvertrags auf Bundesebene bearbeitet.

Die Gespräche dazu finden derzeit statt, wobei dabei insbesondere auch die Auswirkungen auf die Ausgabenobergrenzen zu berücksichtigen sein werden, um dem definierten Ziel der Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs gerecht zu werden.

Fragen 10 und 18:

- Wie stark individualisiert werden die Ausgabengrenzen für die einzelnen Länder und Kassen in der Bundeszielsteuerung werden? (RH-Kritik: Berücksichtigung von Versichertenentwicklung, Altersstruktur...)
- Der Rechnungshof hat kritisiert, dass die Gesundheitsausgabengrenzen nicht auf die Altersstruktur und die Versichertenentwicklung der einzelnen Länder/Kassen eingehen. Mit welchen konkreten Maßnahmen haben Sie auf diese Kritik reagiert?

Die Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit sieht vor, dass die Verteilung der Ausgabenobergrenzen innerhalb der Länder durch die Länder und die Verteilung der Ausgabenobergrenzen innerhalb der Sozialversicherungsträger durch die Sozialversicherungsträger vorgenommen wird. Im Rahmen dieser länder- und SV-internen Verteilung können die unterschiedlichen Ausgangslagen und Entwicklungen der einzelnen Länder bzw. Krankenkassen entsprechende Berücksichtigung finden.

Frage 11:

- Für Vorarlberg wurde die Ausgangsbasis 2016 um die Überschreitung der Ausgabengrenze 2016 angehoben (15a Z-G Art. 17 (2) 6a). Wäre es nicht konsistent gewesen, die Ausgangsbasen für die anderen Länder/Kassen entsprechend abzusenken?

Aufgrund der seitens der Länder erwarteten Ausgabenentwicklung für die nächsten Jahre (insbesondere Mehrkosten im Zusammenhang mit der KA-AZG-Novelle) war eine Reduktion der Ausgangsbasen für die Länder nicht vorstellbar, sodass im Rahmen der Verhandlungen die besondere Situation von Tirol und Vorarlberg ergänzend zu berücksichtigen war.

Frage 12:

- Das BMF wollte den Ländern und Kassen ursprünglich (lt. Medienberichten) nur 2,9% jährliche Gesundheitsausgabensteigerungen zugestehen.
 - a. Ist das korrekt?
 - b. Wenn ja, auf Basis welcher sachlichen Überlegungen wurde nunmehr ein höherer Wert angesetzt?

Diese Zahl (2,9%) ist meinem Ressort als BMF-Vorschlag nicht bekannt. Hinsichtlich der relevanten Faktoren zur endgültigen Festlegung der zukünftigen Wachstumsraten der Ausgabenobergrenzen wird auf die Beantwortung zu den Fragen 1 bis 3, 5, 7 und 17 verwiesen.

Frage 13:

- Wie hat sich die Gesundheitsausgabenquote im engeren Sinne (Länder + Kassen; 15a Z-G Art. 17 (2) 4 + Art 17 (3) 4) und im weiteren Sinne (Art. 17 (1) 2 – „öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege) zwischen 2012 und 2016 entwickelt? (Ausgaben / nom. BIP)

Die bisher vorliegenden Zahlen können gesammelt dem Monitoringbericht I/2016 entnommen werden. Weiters wird darauf hingewiesen, dass die Statistik Austria jährlich im Februar die Gesundheitsausgaben nach dem „System of Health Accounts“ des zweitvorangegangenen Jahres publiziert, die auch die öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege umfassen. Die aktuelle Publikation der Statistik Austria für das Jahr 2015 ist seit 13. Februar 2017 online verfügbar (http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html).

Frage 14:

- Falls die Gesundheitsausgabenquote nicht stabilisiert werden kann: Welche Maßnahmen sind vom BMF/BMGF angedacht, um die relevanten Akteure zu einem effizienteren und effektiveren Umgang mit den vorhandenen Ressourcen zu bewegen?

Im 7. Abschnitt (Sanktionsmechanismus) der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit ist bei der Nichtereichung von Zielen vorgesehen, dass die betroffene Landes-Zielsteuerungskommission binnen 8 Wochen nach Feststellung der Nichtereichung der Ziele der Bundes-Zielsteuerungskommission einen schriftlichen Bericht vorzulegen hat, der auch jene zu setzenden Maßnahmen enthalten muss, die die Erreichung zum ehestmöglichen Zeitpunkt gewährleisten. Diese Berichte sind in weiterer Folge zu veröffentlichen.

Fragen 15 und 16:

- Wie stark erhöhen sich die jährlichen Ausgaben für Kassen und Länder durch die Aufweichung des Art. 22 (4) 1 in der 15a-Vereinbarung Z-G (Fassung 15.10.2013 – Koppelung der Ausgaben an das nom. BIP ab 2017)?
- Wie stark erhöhend wirkt die Aufweichung des Art. 22 (4) 1 in der 15a-Vereinbarung Z-G (Fassung 15.10.2013 – Koppelung der Ausgaben an das nom. BIP ab 2017) auf die Staats-Schuldenquote?

Es war Konsens zwischen den Verhandlungspartnern, dass die Logik der Festlegung der Ausgabenobergrenzen aus der ersten Zielsteuerungs-Periode konsequent fortzuschreiben ist. Das heißt, dass der Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben stufenweise soweit zu dämpfen ist, dass der jährliche Ausgabenzuwachs im Jahr 2021 einen Wert von 3,2 Prozent nicht überschreitet.

Frage 19:

- *Der Rechnungshof hat kritisiert, dass den Krankenfürsorgeanstalten keine Ausgabengrenzen auferlegt werden. Mit welchen konkreten Maßnahmen haben Sie auf diese Kritik reagiert?*

Die Ausgabenentwicklung der Krankenfürsorgeanstalten für Gesundheit sollen weiterhin im Rahmen des regelmäßigen Monitorings der gesamtstaatlichen Obergrenze für die öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege gesondert erfasst werden, sodass außerordentliche Entwicklungen in diesem Bereich zur Diskussion gestellt werden können. Für eine darüber hinausgehende stärkere Einbeziehung der KFA in die Zielsteuerung-Gesundheit gab es kein Einvernehmen mit den Ländern.

Frage 21:

- *Mit der Finalisierung der Finanzausgleichsverhandlungen wurde verkündet, dass der Bund den Ländern/Kassen via FAG zusätzliche Finanzmittel für die Spitalsfinanzierung und PHC zuschießt. Der Zielsteuerungs-Monitoringbericht (I/2016) berichtete jedoch von enormen Kostendämpfungseffekten in Höhe von 827 Mio. Euro bei den Kassen und 989 Mio. Euro bei den Ländern.*
- Mit welcher Begründung werden Ländern und Kassen zusätzliche Mittel für PHC und die Spitalsfinanzierung zugeschossen, obwohl Länder und Kassen durch die hohen Einsparungseffekte lt. B-ZV-Monitoringbericht genug eigene Finanzmittel zur Verfügungen haben müssten?*
 - Wie stellen sich die zusätzlichen Finanzmittel für PHC bzw. für Spitalsfinanzierung in ihrer Höhe und nach Jahren abgegrenzt dar?*

Einleitend wird festgehalten, dass gemäß § 24 FAG 2017 den Ländern und Gemeinden Mittel in Höhe von 300 Mio. Euro jährlich ohne konkrete Zweckwidmung zur Sicherstellung einer nachhaltigen Haushaltsführung insbesondere in den Bereichen Gesundheit, Pflege und Soziales zur Verfügung gestellt werden.

In Bezug auf die genannten bereits erreichten Ausgabendämpfungseffekte gemäß Monitoringbericht I/2016 ist weiters festzuhalten, dass diese Effekte nicht mit einer Einsparung von Finanzmitteln gleichgesetzt werden dürfen und aus diesem Grund keine zusätzlichen finanziellen Mittel zur Verfügung stehen.

Die im Rahmen des Abschlusses der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens insbesondere für den Aufbau

der Primärversorgung vorgesehenen 200 Mio. Euro sind keine zusätzlichen Mittel, sondern sind im Rahmen der Reallokation von bestehenden Finanzmitteln für diesen Bereich zweckzuwidmen. Dadurch wird ein wichtiger Impuls für den Ausbau der wohnortnahen multiprofessionellen Primärversorgung gesetzt. Insgesamt sollen in dieser Periode zumindest 75 Primärversorgungseinheiten implementiert werden. Die wesentlichen Eckpunkte für die Verwendung dieser Mittel werden noch von der Bundes-Zielsteuerungskommission festgelegt.

Dr.ⁱⁿ Pamela Rendi-Wagner, MSc

