

Erläuterungen

I. Allgemeiner Teil

Die Bundesregierung bekennt sich zu besten Gesundheitsleistungen für die österreichische Bevölkerung und einem exzellenten Gesundheitssystem. Die gesetzliche Krankenversicherung trägt entscheidend zur Sicherung einer hochwertigen Versorgung bei. Zur nachhaltigen Stärkung der Gesundheitsversorgung sollen auch bei den Krankenversicherungsträgern eingerichtete Gesundheitsreformfonds beitragen.

Durch das Budgetsanierungsmaßnahmengesetz 2025 Teil II, BGBl. I Nr. 20/2025, wurde der von Pensionen und vergleichbaren Leistungen abzuführende Krankenversicherungsbeitrag einheitlich auf 6% der Beitragsgrundlage angehoben. Durch diese Maßnahme erhöhen sich auch die Überweisungsbeträge aufgrund der Hebesätze nach § 73 ASVG, § 29 GSVG und § 26 BSVG. In § 809 Abs. 7 ASVG wurde bestimmt, dass im Gesetzesweg „bis 1. Jänner 2026 ein Fonds ohne eigene Rechtspersönlichkeit (unselbstständiger Verwaltungsfonds) mit der Bezeichnung „Gesundheitsreformfonds“ einzurichten (ist). Dem Fonds sollen jene Mittel zur Verfügung gestellt werden, um die sich die von den Pensionsversicherungsträgern zu leistenden Überweisungsbeträge durch die Erhöhung der Beitragssätze in der Krankenversicherung erhöhen.“

Die gesetzliche Umsetzung des Gesundheitsreformfonds ist Gegenstand dieser Regierungsvorlage.

Die Zuständigkeit des Bundes zur Erlassung dieses Bundesgesetzes ergibt sich aus Art. 10 Abs. 1 Z 11 B-VG („Sozialversicherungswesen“).

II. Besonderer Teil

Zu Artikel I, II und III (ASVG; GSVG; BSVG; B-KUVG; SVSG):

Jene Beträge, die von den Pensionsversicherungsträgern an die Krankenversicherungsträger für die Krankenversicherung der Pensionist/innen aufgrund von Hebesätzen überwiesen werden, sollen in den Jahren 2026 bis 2030 um die durch die Beitragssatzanhebung entstehende Erhöhung reduziert werden. Bei den Reduktionsbeträgen handelt es sich um eine Schätzung der voraussichtlichen Erhöhung aufgrund der Beitragssatzanhebung.

Beträge in gleicher Höhe werden durch die jeweiligen Pensionsversicherungsträger an den Bund zur Schaffung von Gesundheitsreformfonds bei den einzelnen Trägern der Krankenversicherung überwiesen.

Zu Artikel IV (GRFG):

Zur Finanzierung der Krankenversicherungsträger im Sinne des Regierungsprogrammes „Jetzt das Richtige tun. Für Österreich.“ sollen „Gesundheitsreformfonds“ geschaffen werden. Dazu soll jeweils bei der Österreichischen Gesundheitskasse, bei der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau und bei der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen ein unselbstständiger Verwaltungsfonds ohne eigene Rechtspersönlichkeit eingerichtet werden.

Die Fonds sollen seitens des Bundes in den Jahren 2026 bis 2030 mit jenen Mitteln dotiert werden, welche die Pensionsversicherungsträger an ihn zur Schaffung der jeweiligen Fonds zahlen.

Die Mittel des Fonds sollen den Krankenversicherungsträgern in den Jahren 2026 bis 2030 insbesondere für die Sicherstellung und Verbesserung der Qualität, der Effizienz und der Effektivität der niedergelassenen Gesundheitsversorgung, die quantitative und qualitative Verbesserung der Gesundheitsversorgung des niedergelassenen Bereichs einschließlich telemedizinischer Leistungen, die Optimierung der Patientenströme- und -wege nach dem Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“ zur Versorgung der Bevölkerung am „Best Point of Service“, die Sicherstellung eines ausreichenden niedergelassenen Leistungsangebots auch zu Tagesrandzeiten und an Wochenenden, die Stärkung altersspezifischer Gesundheitsvorsorge und Prävention, die Förderung psychischer Gesundheit sowie von Digitalisierung und Effizienzsteigerungen innerhalb der Krankenversicherungsträger, beispielsweise durch den Ausbau der Digitalisierung der Verwaltungsabläufe der Träger, zur Verfügung gestellt werden. Es wird explizit festgelegt, dass die Verwendung von Fondsmitteln auch für Maßnahmen der Krankenversicherungsträger im Einklang mit der Zielsteuerung-Gesundheit, konkretisiert im Bundes-Zielsteuerungsvertrag, möglich ist.

Sind im Jahr 2031 noch Mittel in den Fonds vorhanden, so fließen diese direkt vom Fonds an den jeweiligen Krankenversicherungsträger.

Die Ziele, zu deren Erreichung das Geld durch die Krankenversicherungsträger verwendet werden soll, sollen von der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz durch Verordnung – grundsätzlich jährlich bis 31. Oktober des Vorjahres – festgelegt werden. Dabei soll auch festgelegt werden, wie sich die Mittel auf die einzelnen Ziele verteilen. Die Mittelverwendung in den Jahren 2026 und 2027 wird in Einem bis 31. März 2026 durch Verordnung festgelegt.

Ein bestimmter Prozentsatz der je Zielvorgabe zur Verfügung stehenden Mittel soll bereits vor der Zielerreichung durch den jeweiligen Fonds ausbezahlt werden und zwar im Jahr 2026 90%, im Jahr 2027 80% und in den Jahren 2028 bis 2030 der jeweils durch Verordnung festgelegte Prozentsatz. Sofern in der jeweiligen Verordnung keine Festlegung erfolgt, sind 80% der Mittel auszuzahlen. Die verbleibenden Mittel werden nach Erreichung des Ziels durch den jeweiligen Fonds der Krankenversicherungsträger ausbezahlt. Jedes Ziel ist mit Kennzahlen zu versehen, um den Effekt der Mittelverwendung zu messen. Dazu können beispielhaft erreichte Patientinnen, durchgeführte Behandlungseinheiten oder Projekteinheiten, Änderungen von Abwicklungsprozessen, Untersuchungsprogrammen oder Datenerfassungen gehören, ebenso aber auch eröffnete Einrichtungen. Im Zuge der Erstellung des Geschäftsberichts weisen die Krankenversicherungsträger die Erreichung der vereinbarten Ziele nach und erhalten die verbleibenden Mittel im Folgejahr. Nähere Regelungen zu den organisatorischen Rahmenbedingungen (z.B. über den Auszahlungsmechanismus, die Rückzahlung nicht verbrauchter Mittel an den Fonds und die Rücklagenbildung) werden durch Verordnung getroffen.

Ein eigens eingerichteter Beirat soll jährlich bis 30. September eine Empfehlung für die Mittelverwendung im Folgejahr abgeben. Im ersten Jahr soll die Empfehlung über die Mittelverwendung in den Jahren 2026 und 2027 bis 28. Februar 2026 erlassen werden. Für die Mittelverwendung der Jahre 2028 bis 2030 hat der Beirat überdies auf Basis einer eigens durchgeführten Evaluierung der bisherigen Zielerreichung eine Empfehlung über die Höhe der vor Zielerreichung auszuzahlenden Mittel abzugeben. Der Beirat soll sich aus fünf von der Bundesregierung bestellten Mitgliedern, darunter zwei Expert/innen im Bereich des Gesundheits- und Sozialversicherungswesens, zusammensetzen. Der Beirat soll eine Geschäftsordnung beschließen, die insbesondere Bestimmungen über die Einberufung und Abhaltung von Sitzungen, die Form der Beschlussfassung und die Beiziehung der Expert/innen der Krankenversicherungsträger zu den Beratungen enthält. Vor der Abgabe der Empfehlung sind die darin enthaltenen Vorschläge der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz zu präsentieren.

Die Bundesministerin ist bei der Erlassung der Verordnung nicht an die Empfehlungen des Beirats gebunden.

Für jedes Jahr soll von jedem Krankenversicherungsträger jeweils ein Rechnungsabschluss, bestehend aus einer Erfolgsrechnung und einer Schlussbilanz zum Ende des Jahres, sowie ein Geschäftsbericht erstellt werden. Der jährliche Geschäftsbericht soll Angaben darüber enthalten, zu welchem Grad die Zielvorgaben der die Mittelverwendung im jeweiligen Jahr regelnden Verordnung nach § 3 Abs. 1 erreicht wurden.

Die Mittelverwendung in den Jahren 2026 und 2027 soll bis 30. September 2028 durch die Krankenversicherungsträger evaluiert werden. Die Evaluierung soll vor allem aufzeigen, wie die Mittel zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Gesundheitsversorgung beigetragen haben und ob durch Zielvorgaben Reformprozesse innerhalb der Versicherungsträger eingeleitet werden konnten. Die Ergebnisse der Evaluierung sollen in den Zielvorgaben der Folgejahre berücksichtigt werden.

Aus Transparenzgründen sollen die Empfehlung des Beirats, die Rechnungsabschlüsse und die Geschäftsberichte sowie die Evaluierung auf der Website des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz veröffentlicht werden.

Das Gesundheitsreformfonds-Gesetz tritt mit 1. Jänner 2026 in Kraft. Der Beirat ist binnen zwei Wochen nach dem Inkrafttreten einzurichten.

Das Gesundheitsreformfonds-Gesetz tritt mit 31. Dezember 2031 außer Kraft.