

# Österreichische Sozialversicherung – Studienergebnisse und Perspektiven

Dialogforum  
AK Niederösterreich  
ÖGB Niederösterreich

22. Juni 2018

Dr. David Mum  
Mag. Jan Pazourek

# Sozialversicherung

- **Ohne Sozialversicherung kein Sozialstaat**
- Die **Krankenversicherung** gibt **8,8 Mio.** Personen Zugang zum Gesundheitswesen.
- Die **Unfallversicherung** schützt über **6 Mio.** Menschen bei Arbeits- und Wegunfällen und Berufskrankheiten.
- Die Pensionsversicherung zahlt über **2 Mio.** Menschen **Pensionen** aus.
- Fast **4 Mio.** Menschen sind **pensionsversichert.**

# Häusermann-Studie

Vereinbart im Regierungsübereinkommen 1990

Aussagen:

- Nicht Zahl der SV Träger zentral
- Notwendig ist die Schaffung übergeordneter Kompetenzen
- Ziel Mehrspartenberatung
- Isolationismus hat zu spezifischen Abläufen geführt
- Umschichtung von Verwaltungsfunktionen zugunsten Dienstleistungsfunktionen
- Unterschiedl. EDV => Vereinheitlichung bringt Kosten und keinen unmittelbaren Nutzen

## 52. ASVG Novelle

- Änderung der Entscheidungsstrukturen
- Verringerung der Anzahl der Versicherungsvertreter
- Einführung Beiräte
- Neu: Verbandskonferenz im HVB
- Richtlinienkompetent HVB §31 Abs. 5 ASVG
- Empfehlung zentraler Dienstleistungsträger als eigene Org oder Teil des HVB
- HVB Kompetenzen zur Herstellung kompatibler EDV Strukturen
- Mehrspartenbetreuung „Allspartenservice“ ab 1.7.1994
- Außenstellen

# **IHS Studie, im Auftrag der IV „Zukunft der Krankenversicherung“ 2017**

- Österreich zählt was die Gesundheitsausgaben betrifft nicht mehr zur Spitzengruppe.
- Gesamtverträge binden die SV sehr eng und räumen der Ärztekammer weitreichende Befugnisse ein
- IHS verweist auf die unterschiedliche Verteilung von Arbeitslosen, AsylwerberInnen und BMS BezieherInnen auf einzelne Träger
- Die Ausgleichssysteme in Österreich seien unsystematisch und umfassen nur einen „Bruchteil der Beitragssummen“
- Es gibt Vor- und Nachteile größerer Kassen, Evidenz ist spärlich
- Vorteile: größere Umverteilung, Investitionen können auf mehr Versicherte aufgeteilt werden
- Nachteile: mehr Hierarchien, weniger Versichertennähe, höhere Kontrollkosten

# **IHS Studie, im Auftrag der IV „Zukunft der Krankenversicherung“ 2017**

- In Systemen mit Wettbewerb konnte Risikoselektion nicht vermieden werden
- IHS ist nicht für eine freie Versicherungswahl und generelle Trägerzusammenlegungen, sondern für Benchmarking
- Deutschland und die Niederlande zeigten, dass Wettbewerb die Verwaltungskosten nicht gesenkt hat
- Wechselemöglichkeiten senken Präventionsanstrengungen, denn die Kassen, die präventieren, haben davon bei einem Wechsel des Versicherten nichts
- In Österreich fallen vermutlich wegen der Pflichtmitgliedschaft „die öffentlichen Ausgaben für Administration gering aus“
- Die Größe der KV-Träger ist in Deutschland leicht und der Schweiz gravierend unter der von Österreich
- Kassen mit Geldleistungs- statt Sachleistungsprinzip haben höheren Verwaltungsaufwand

# **IHS Studie, im Auftrag der IV „Zukunft der Krankenversicherung“ 2017**

- 3 oder 4 KV Träger für Unselbständige,  
1 KV Bundesträger für Selbständige
- Bessere Vergleichbarkeit erwirken
- Neuer Risikostrukturausgleich statt bestehender  
Ausgleichsfonds
- Parität in den Gremien
- Trennung Management von politischen Zielsetzungen
- Systematisierte einheitliche Selbstbehalte mit gewünschter  
Lenkungswirkung, sinnvoller Weg soll selbstbehaltsfrei sein
- Lohnnebenkostensenkung und Gegenfinanzierung durch  
höhere Umsatzsteuer
- Hebung Effizienzpotenziale für Lohnnebenkostensenkung

# **WKO Studie „SOZIALVERSICHERUNG JETZT NEU DENKEN!“**

## **März 2017**

**Durchgeführt von C-ALM (Berater für Asset Liability Management)**

### **Vorschläge aus der WKO Studie:**

- Selbstbehalte für alle
- Deutlich mehr Einfluss der Wirtschaftsvertreter in der Sozialversicherung der ArbeitnehmerInnen
- Ende der Kontrolle von Unterentlohnung
- Absenkung des Leistungsniveaus, Harmonisierung nach unten
- Aus für das Sachleistungsprinzip, Versicherte sollen Rechnungen selbst zahlen
- Privatisierung der Gesundheitseinrichtungen (betriebsfremde Unternehmen)
- 5 Träger Modell (PV, UV, 3 KV-Träger ArbeitnehmerInnen, öffentlicher Dienst, Selbständige und Bauern)

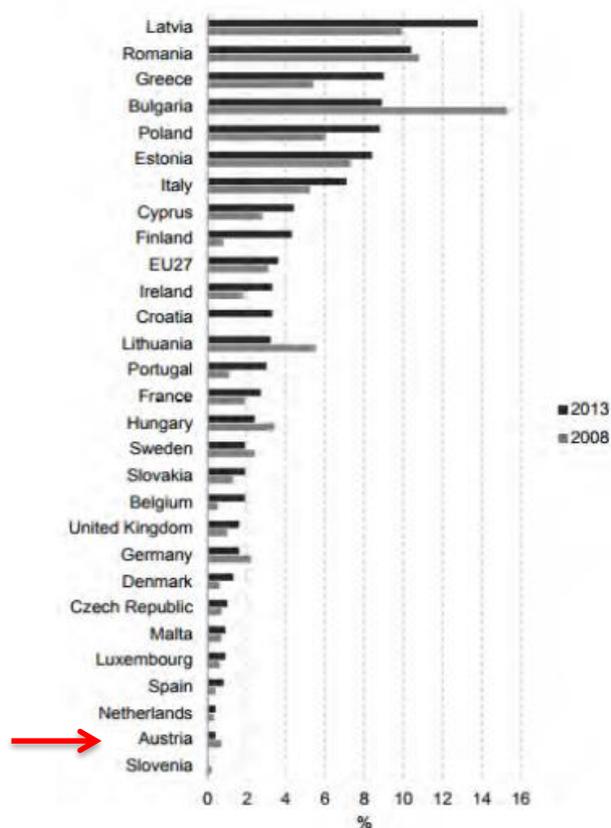
# **LSE Effizienzstudie**

# Die wichtigsten Ergebnisse im Überblick

- gutes Gesundheitssystem
- Hohe Zufriedenheit der Versicherten
- Sehr niedriger Level von ungedecktem Bedarf
- Beibehaltung Pflichtversicherung und Selbstverwaltung
- Geringe Verwaltungskosten der Krankenversicherungsträger
- Ausbau der Primärversorgung notwendig
- System ist sehr spitalslastig, bessere Abstimmung intra- und extramural
- Risikoausgleich muss ausgebaut werden
- Digitalisierung nutzen (zB elektron. Impfpfaß, Einladesystem)
- Im internat. Vergleich sehr gering ausgeprägt
- Mehr Betreuungskontinuität insb. bei chronisch Kranken

# Sehr niedriger Level an ungedecktem Bedarf

Figure 43: Share of people reporting unmet need for healthcare due to cost, travel distance and waiting time (EU(28), 2008-13)



Jede und jeder erhält die Versorgung, die sie oder er benötigt!

# Hohe Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen

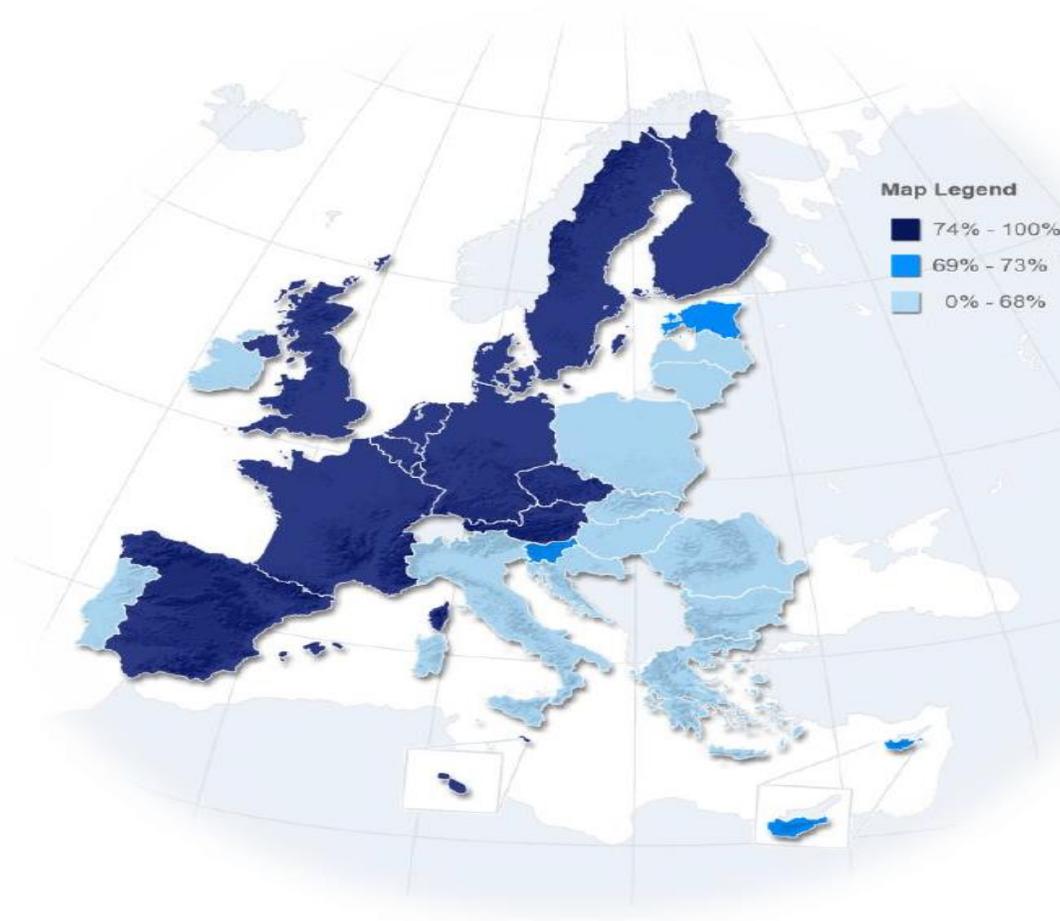
## Anteil der Bevölkerung mit hoher Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen



	BE	97%
	AT	96%
	MT	94%
	FI	94%
	NL	91%
	LU	90%
	DE	90%
	FR	88%
	DK	87%
	SE	86%
	UK	85%
	CZ	78%
	ES	77%
	SI	73%
	EE	73%
	CY	73%
	EU	71%
	LT	65%
	IE	62%
	HR	59%
	IT	56%
	PT	55%
	SK	50%
	LV	47%
	HU	47%
	PL	32%

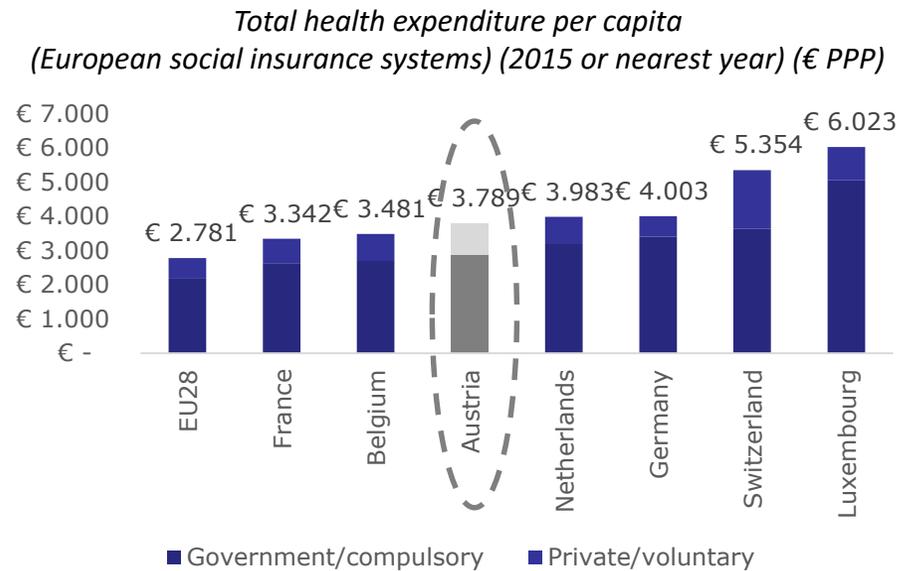
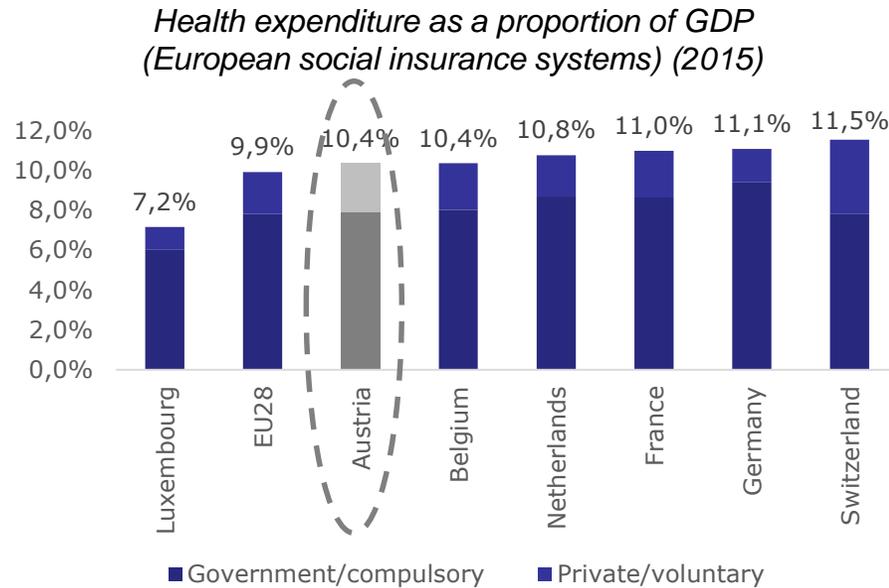
Question: QC2. How would you evaluate the overall quality of healthcare in (OUR COUNTRY)?

Answers: Total 'Good'



# Key international comparisons

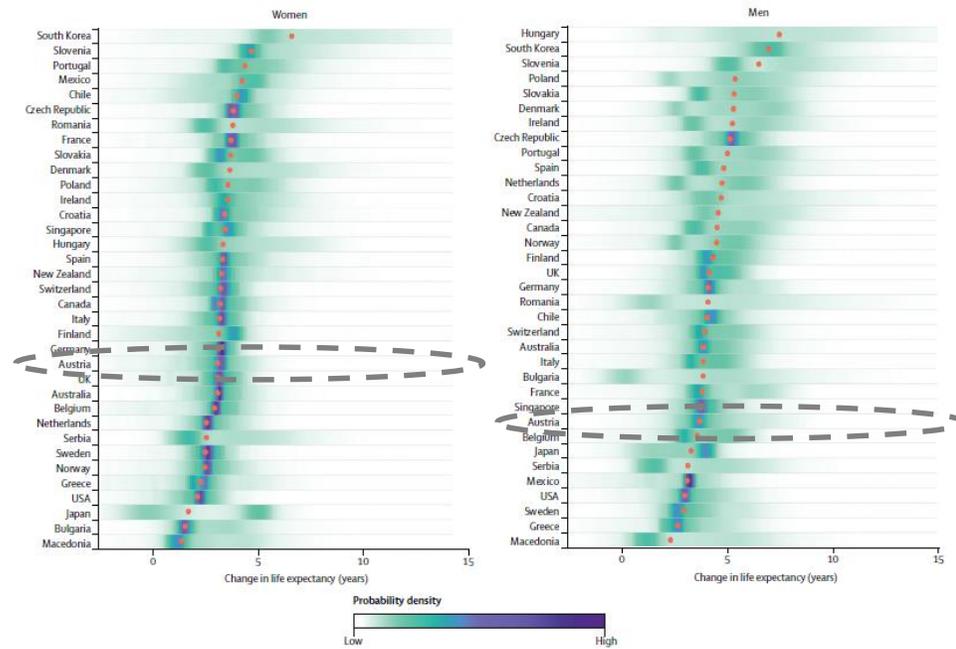
## Healthcare expenditure



*Despite high rates of hospitalisations and a disproportionate number of doctors, healthcare expenditure is not excessive in international terms.*

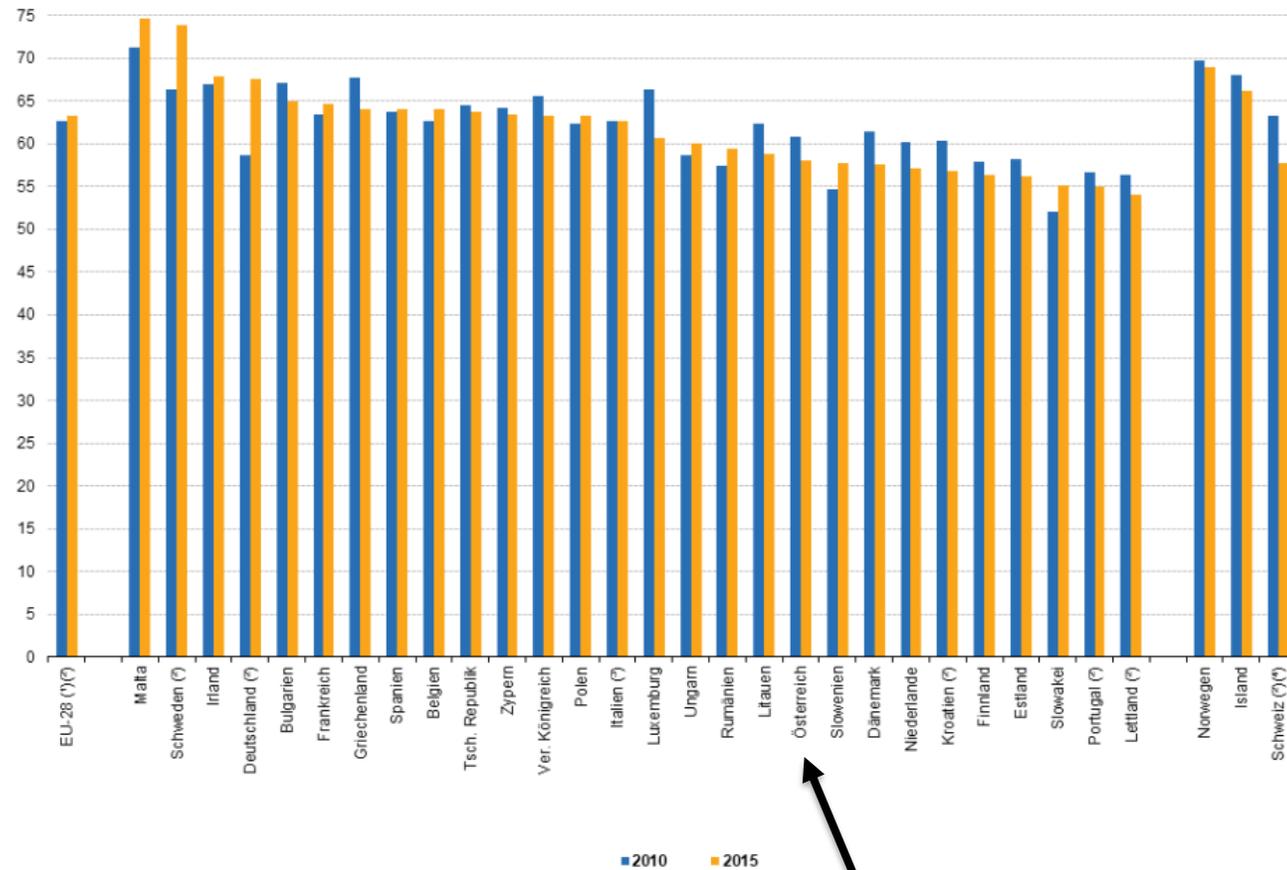
# Key international comparisons

## Health outcomes

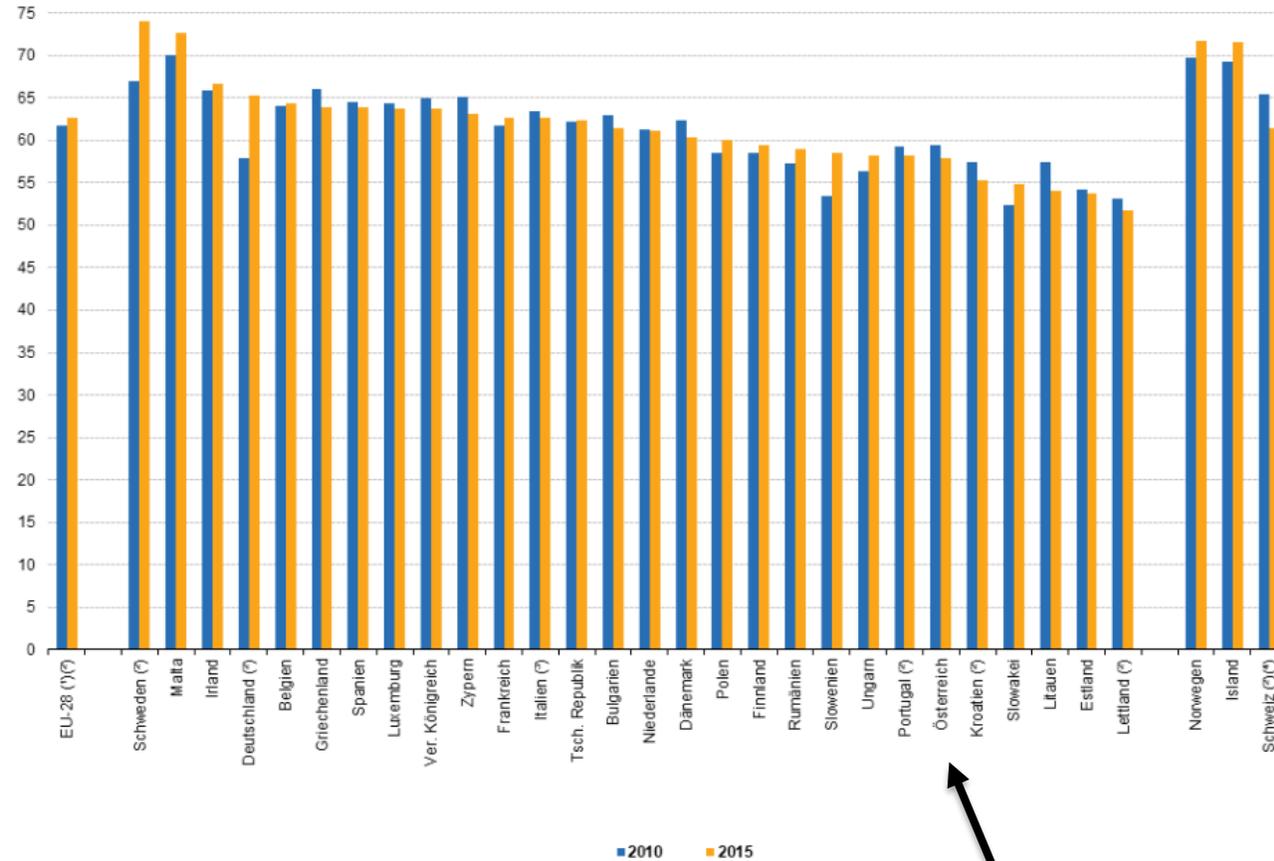


- **Kontis *et al.* (2017) found that Austria was in the bottom half of the 35 countries analysed in regard to the median projected change in life expectancy at birth from 2010 to 2030 (for both men and women)**

# Gesunde Lebensjahre bei Geburt Frauen

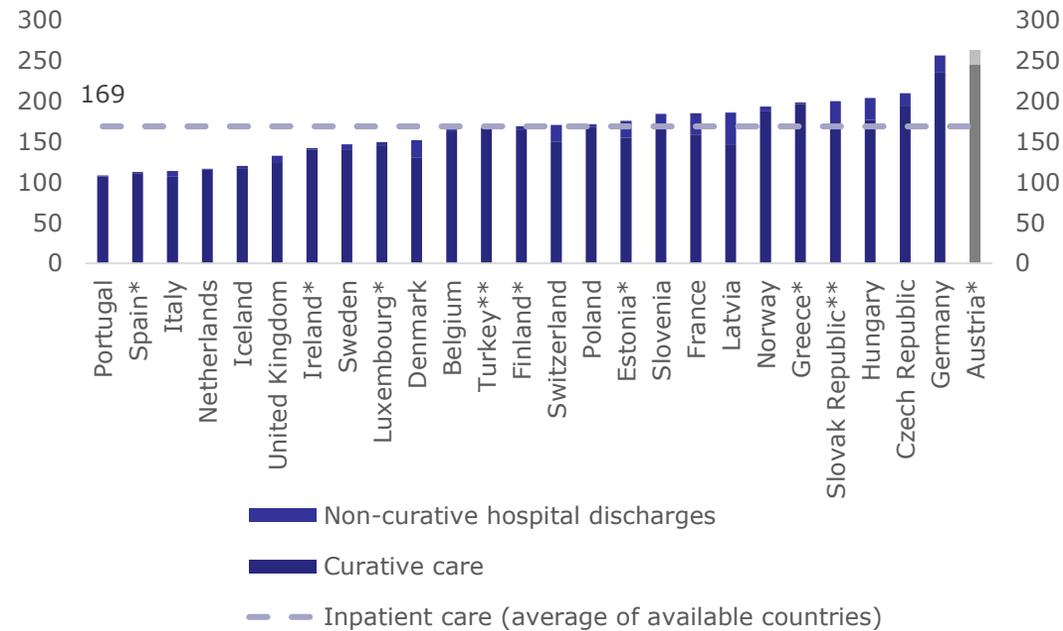


# Gesunde Lebensjahre bei Geburt Männer



# Hohe Spitallastigkeit

Number of inpatient discharges per 1,000 inhabitants  
(2014 or latest available year)



\*Excludes discharges of healthy babies born in hospital (between 3-10% of all discharges).

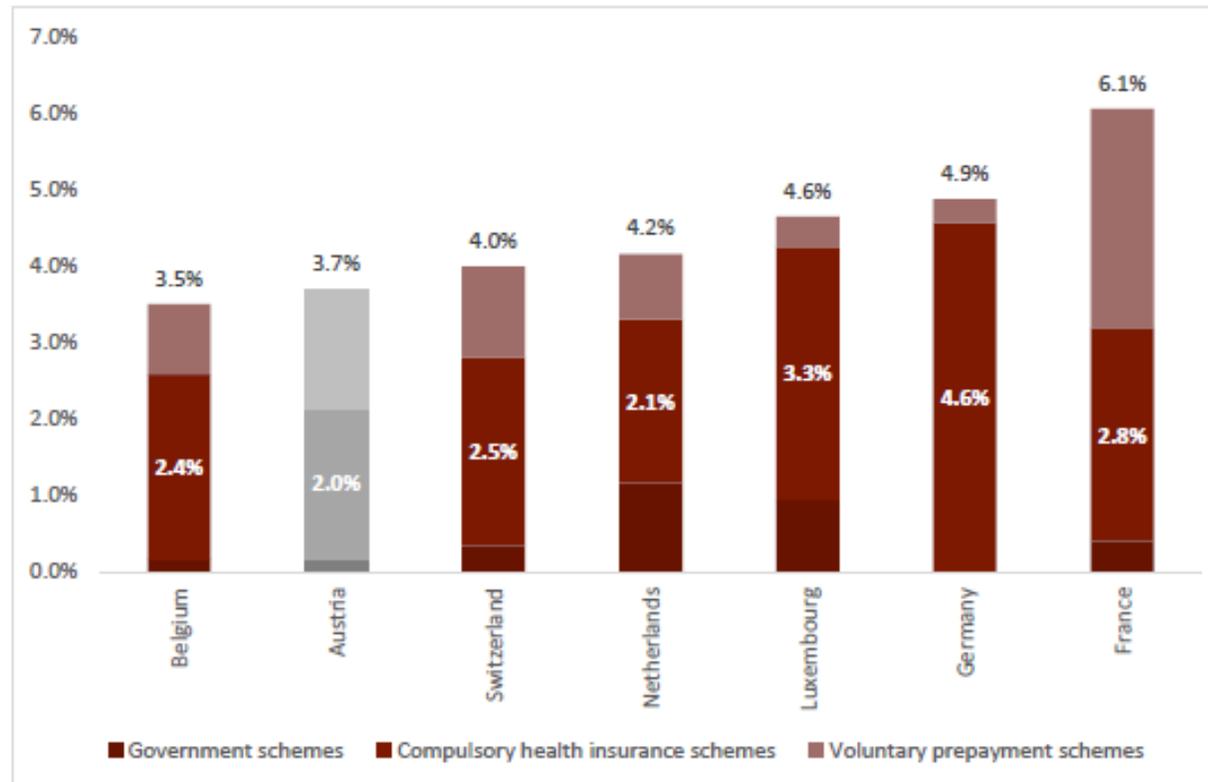
\*\*Includes same-day discharges

## Key findings

- **Höchste Anzahl an stationären Aufnahmen**
- **Ambulanzfrequenzen leicht überdurchschnittlich**

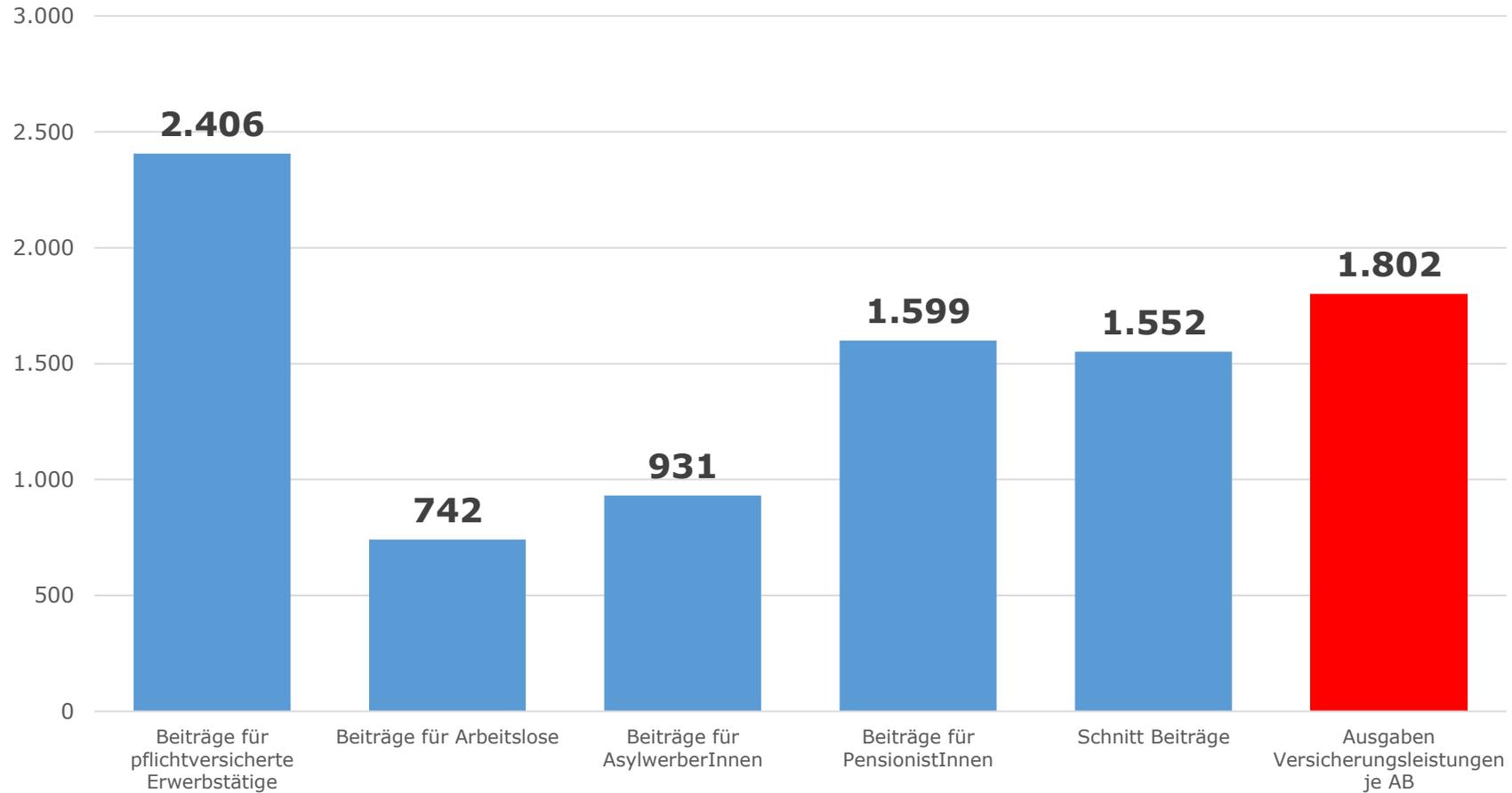
# Verwaltungskosten sind sehr niedrig!

Figure 168: Administrative costs by financing scheme, % current health expenditure (2014)\*



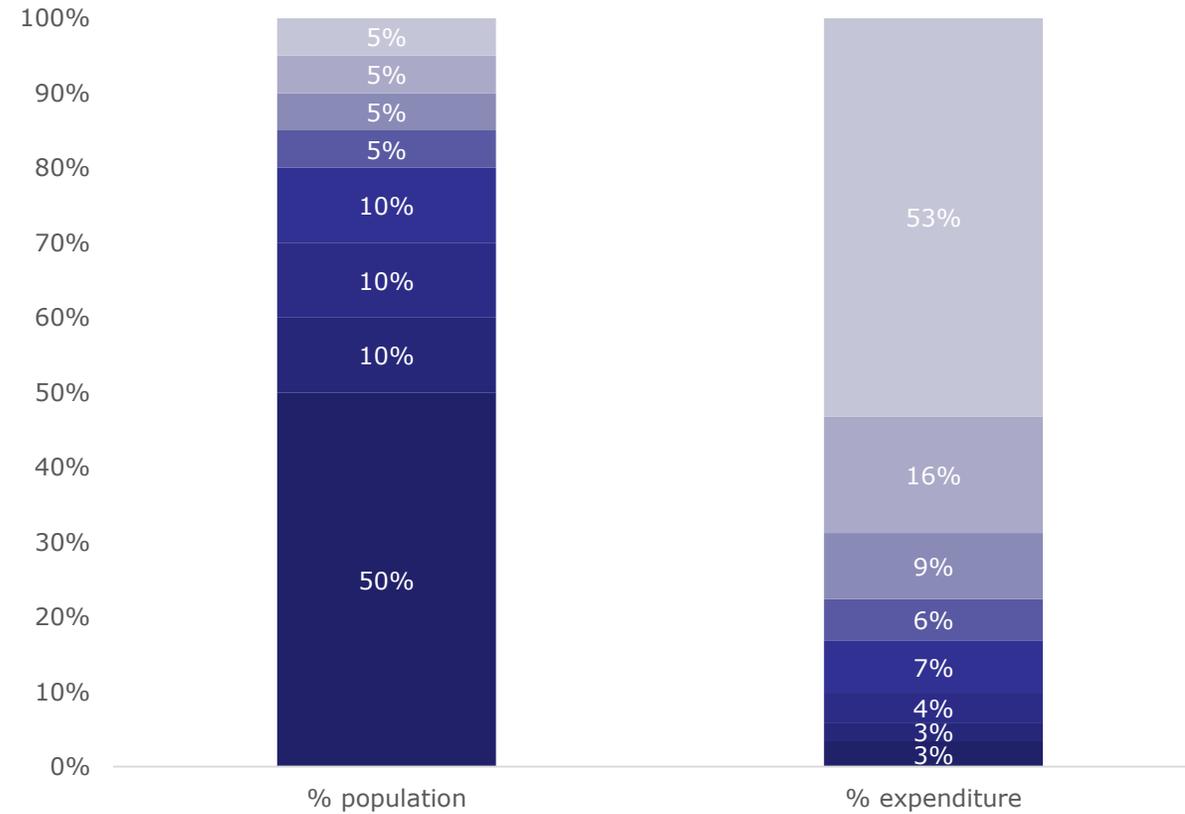
# Kaum Risikostrukturausgleich

## Beitragseinnahmen 2016 GKK's



# Selbstbehalte

*Distribution of health expenditure for the German population*



# Ausblick

## Probleme:

- ganzheitliche Steuerung
- kontinuierliche Betreuung chronisch Kranker
- bedarfsgerechte Öffnungszeiten
- gerechte Finanzierung
- Leistungsharmonisierung

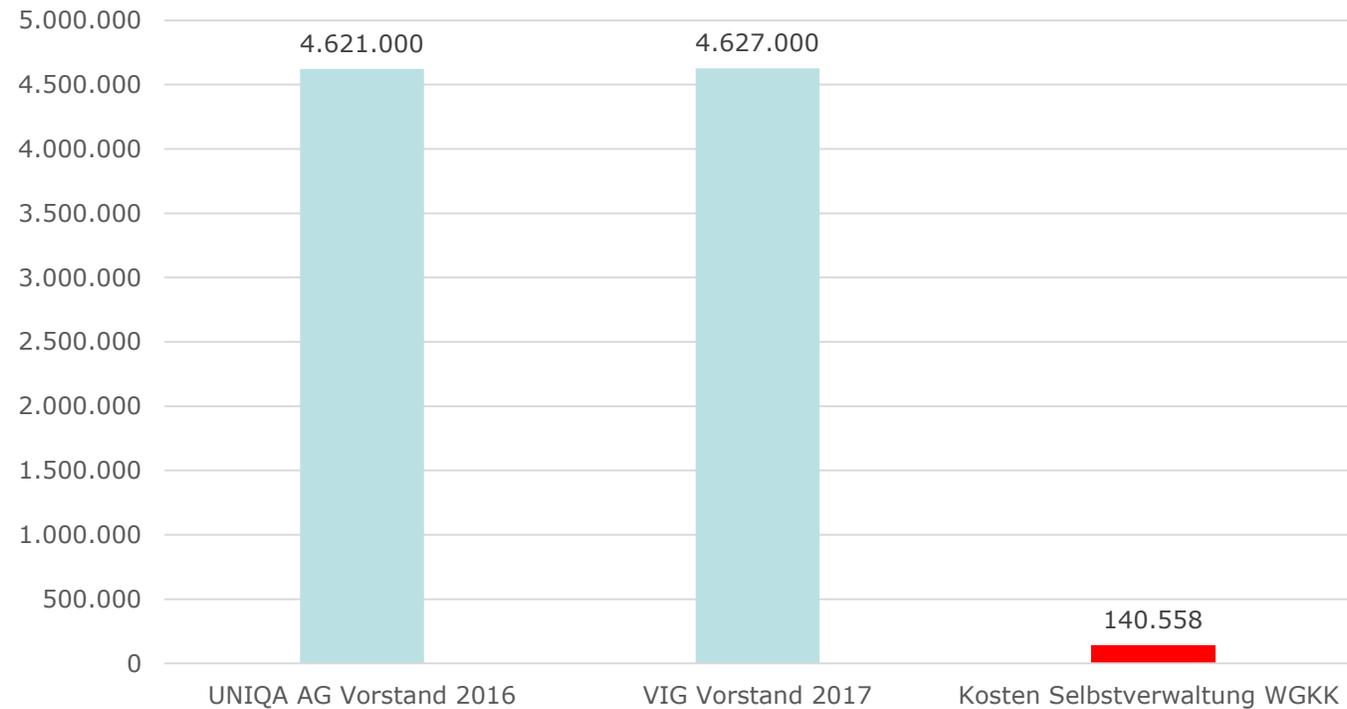
## Nichtprobleme:

- Zahlenspiele zur Anzahl der Träger
- Auflösung der AUVA um eine halbe Milliarde zu sparen

# Bewertung Reform

- Keine Umsetzung der Empfehlungen aus der LSE Studie
- Leistungsharmonisierung nur zwischen GKK's, nicht mit Selbständigen und öffentlichen Bereich
- Keine gerechte Finanzierung, kein Risikostrukturausgleich, keine vergleichbaren Versichertengemeinschaften
- Bedenkliche Aufwertung der Dienstgebervertreter => keine Verwaltung durch die Versicherten
- Artikel 120c. „Die Organe der Selbstverwaltungskörper sind aus dem Kreis ihrer Mitglieder nach demokratischen Grundsätzen zu bilden.“

# Teure Manager statt Versichertenvertreter – Selbstverwaltung viel günstiger als Vorstände

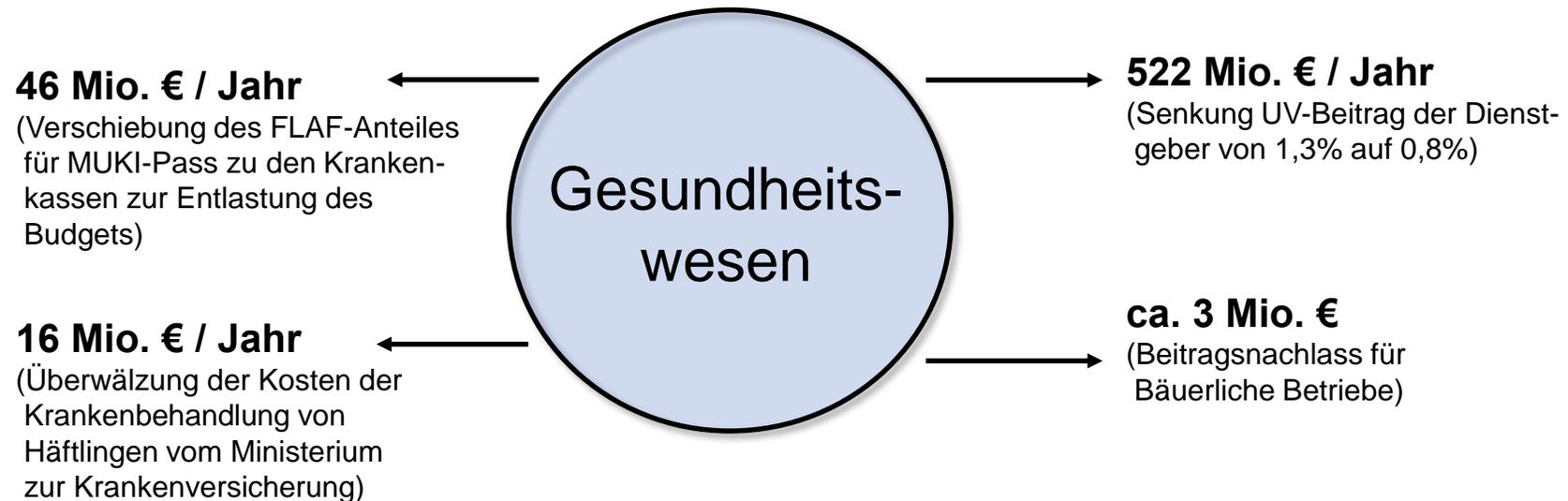


**Die vier Hauptrisiken des Regierungsprogrammes und des Ministerratsvortrages zur Sozialversicherung vom 23. Mai 2018 für den Gesundheitsbereich**

- 1. Dem öffentlichen Gesundheitswesen wird Geld entzogen**
- 2. Die Privatmedizin wird bevorzugt**
- 3. Drängende Gesundheitsfragen bleiben unbeantwortet**
- 4. Schwächung der Sozialversicherung und Zerstörung der regionalen Gebietskrankenkassen**

## Risiko 1: Dem öffentlichen Gesundheitswesen wird Geld entzogen

Zur Entlastung des Bundesbudgets ... Zur Entlastung der Arbeitgeber ...



**In der kommenden Legislaturperiode sollen dem Gesundheitswesen insgesamt ca. 3 Mrd. € entzogen werden**

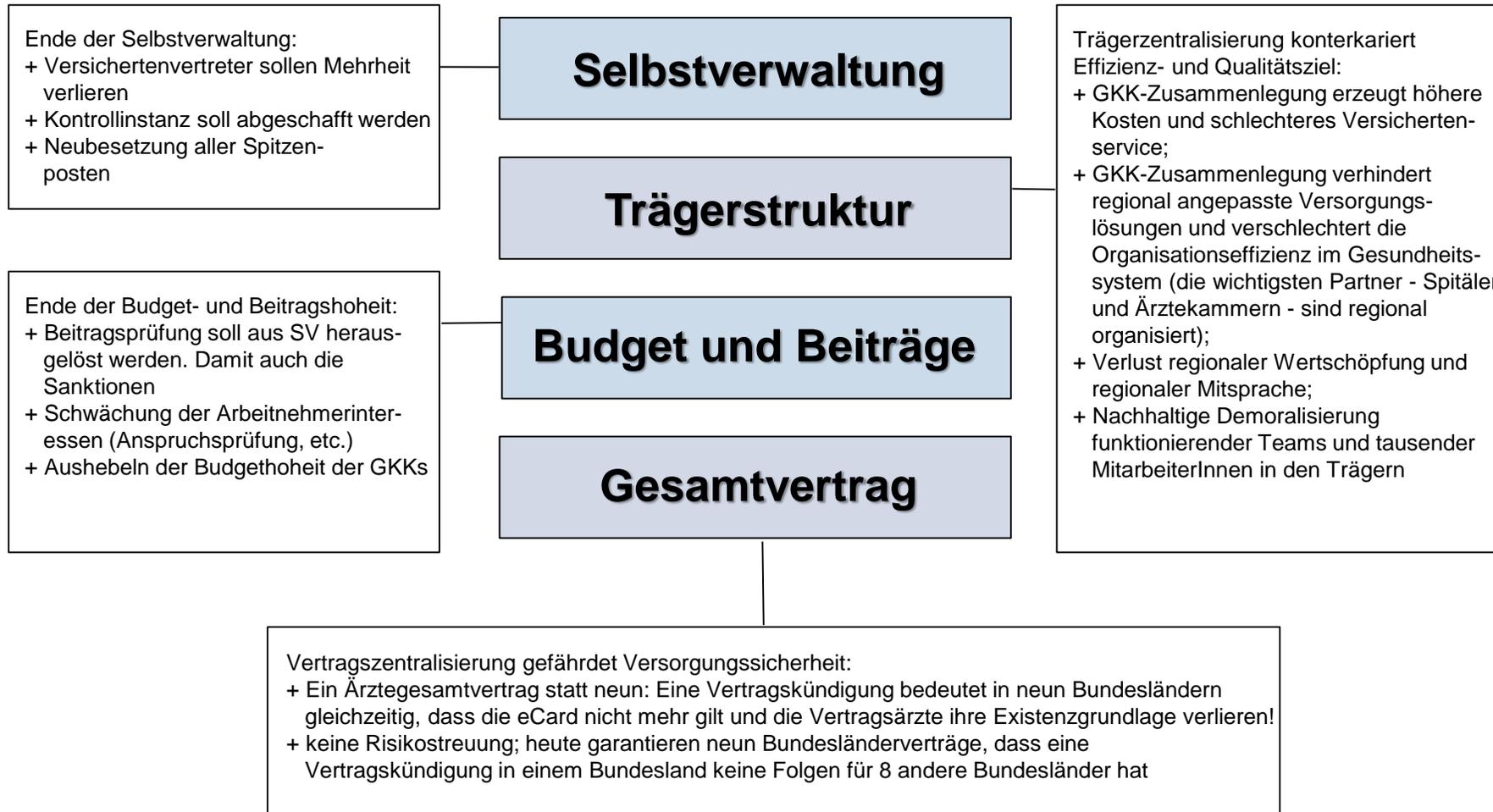
## **Risiko 2: Die Privatmedizin wird bevorzugt**

- **„Reduktion der Überregulierung für private Gesundheitsanbieter“**
- **Mehr öffentliches Geld für reine Privatkliniken („finanzielle Weiterentwicklung des PRIKRAF – Privatkrankenanstaltenfonds“)**
- **Diskussion über Privatisierung der Unfallkrankenhäuser der AUVA**
- **Keine Maßnahmen zur Eindämmung privater Geschäftemacherei (Vorreihungen bei Privatversicherung oder Privatzahlung, private Nebenbeschäftigung von Spitalsärzten etc.)**

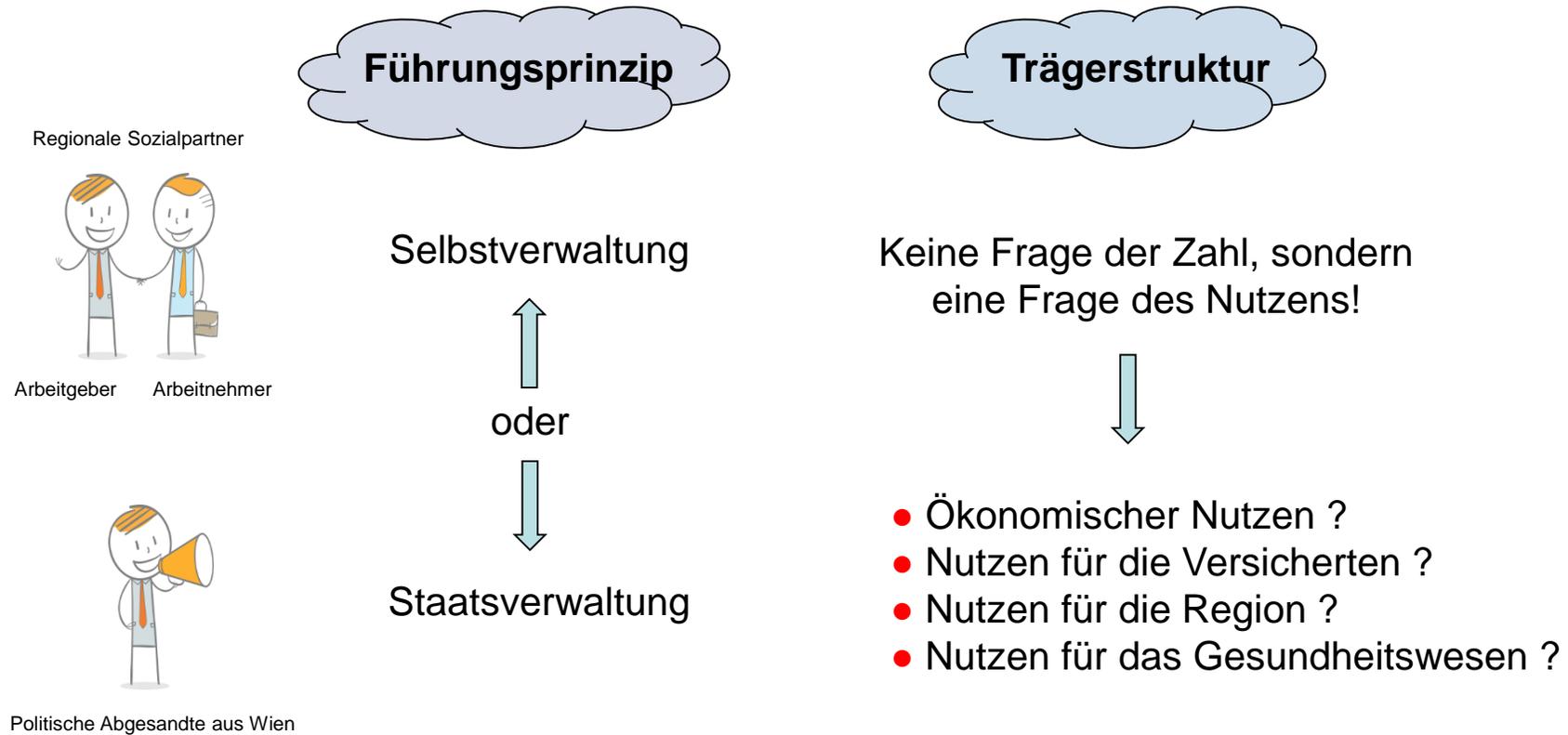
### **Risiko 3: Drängende Gesundheitsfragen bleiben unbeantwortet**

- **Abkehr vom Rauchverbot in der Gastronomie (Österreich bleibt letzter unter 34 Ländern in der „Tobacco Control Scale“)**
- **Keine Maßnahmen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit (es wird der Entfall der Evaluierung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz vorgesehen)**
- **Keine oder unkonkrete Maßnahmen zu den Themen Adipositas bei Kindern sowie zu gesunder Ernährung (Zucker etc.) und mehr Bewegung**
- **Keine Maßnahmen zur Alkoholproblematik**
- **Keine Maßnahmen zur Erhöhung der Studienplätze für Medizin**
- **(...)**

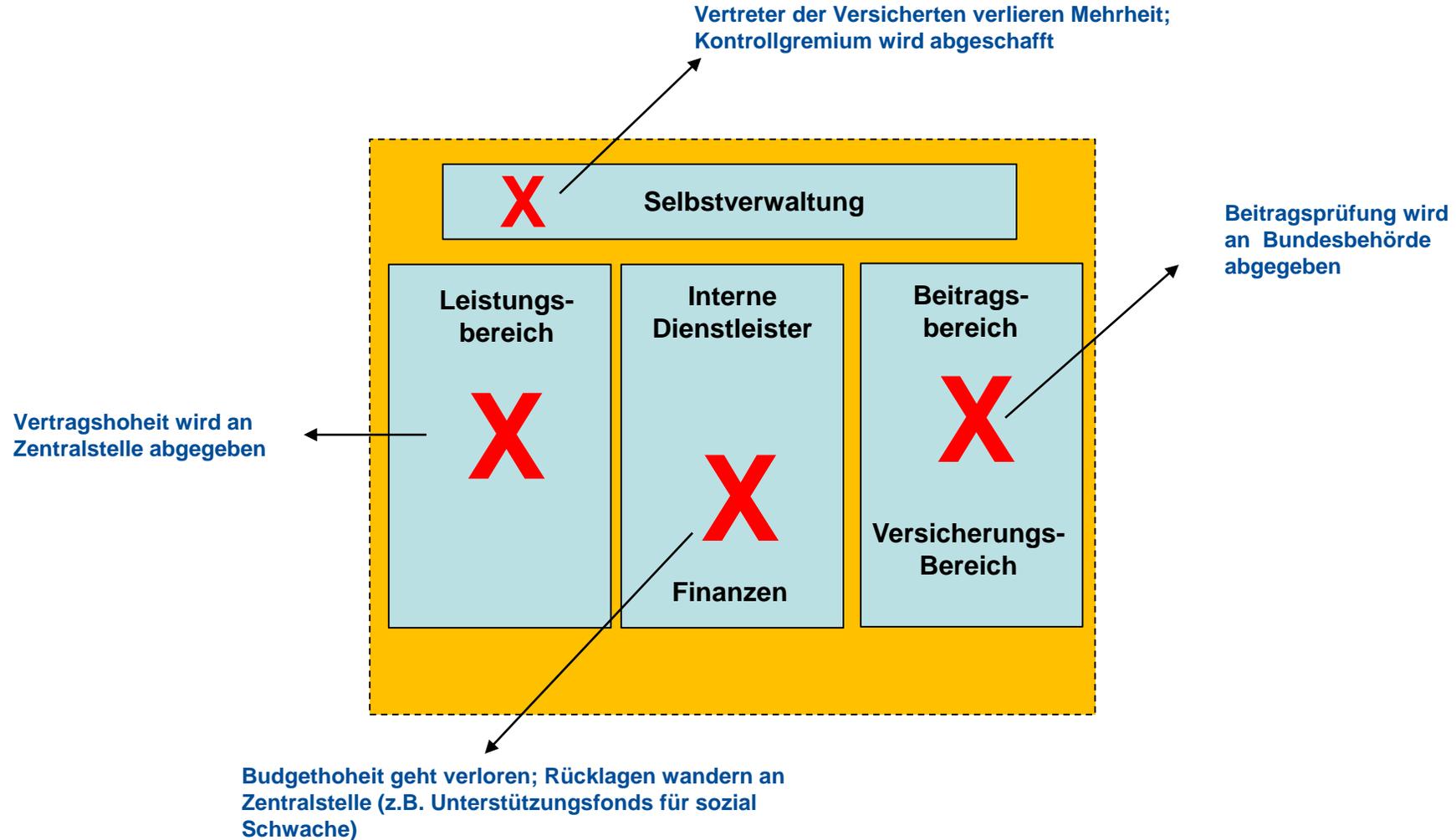
## Risiko 4: Schwächung der Sozialversicherung und Zerstörung der regionalen Gebietskrankenkassen



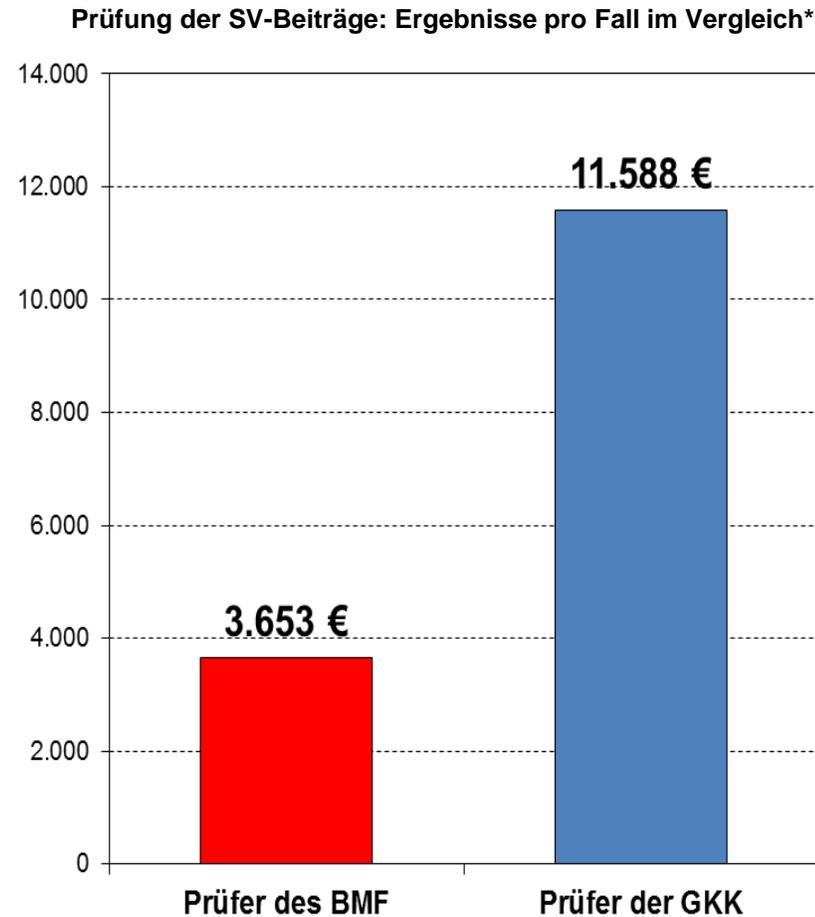
# Selbstverwaltung, Trägerstruktur



## Beispiel für die Zerstörung der NÖGKK: Es bleibt wenig über ...



## Budget und Beiträge: Herauslösung der Beitragsprüfung aus der SV



### Negative Folgen:

- Beitragsprüfung durch BMF-Prüfer deutlich ineffektiver
- Versicherte verlieren Ansprüche! („verdeckte Pensionsreform“)
- Beitragsprüfung durch SV ist wichtigste Arbeitnehmerschutzeinrichtung: Prüfung nach dem Anspruchsprinzip und nicht nach dem Zuflussprinzip (Einhaltung der Kollektivverträge etc.)
- Trennung von Einnahmen und Ausgabenverantwortung widerspricht den grundlegenden Prinzipien effizienter Verwaltung

\* GPLA-Prüfergebnis pro Fall: Durchschnitt der Jahre 2007 - 2016; Quelle: HV

# Gesamtvertrag: Vertragszentralisierung gefährdet Versorgungssicherheit

Heute: Vertragsloser Zustand bedroht Ärzte und Bevölkerung in anderen Bundesländern nicht (Risikostreuung)



Zukünftig: Wenn in Wien auf „den Knopf gedrückt“ wird gilt die eCard in ganz Österreich nicht mehr (Klumpenrisiko)

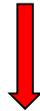


- Ein Ärztegesamtvertrag statt neun: Eine Vertragskündigung bedeutet in neun Bundesländern gleichzeitig, dass die eCard nicht mehr gilt und die Vertragsärzte ihre Existenzgrundlage verlieren!
- keine Risikostreuung; heute garantieren neun Bundesländerverträge, dass eine Vertragskündigung im Burgenland keine Folgen für 8 andere Bundesländer hat
- Enormes Risiko für Bevölkerung, Ärzte und Politik!

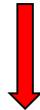
# So kann man es besser machen 1: Die richtige Frage stellen ....

**Falsch:**

„Was kann die SV tun um möglichst  
viel Geld einzusparen?“



Beitragssenkung für die Wirtschaft



Rückbau des Sozialstaates



**Richtig:**

„Was kann die SV für die Menschen  
mehr und besser machen?“



Mehr Leistung, besseres Service



## So kann man es besser machen 2: Zentral und Dezentral – Das Beste aus zwei Welten ....

