

Strukturreform Sozialversicherung

Ökonomische Effekte

Maria M. Hofmarcher-Holzhacker
Zuzana Molnárová

Sozialversicherung.Struktur.Reform
AK Salzburg, 10.September 2018

Das politische Trilemma der Gesundheitspolitik

Konfliktbewältigung

“Paternalismus”
Soziale Gerechtigkeit



Regulierungen



Souveränität



Autonomie

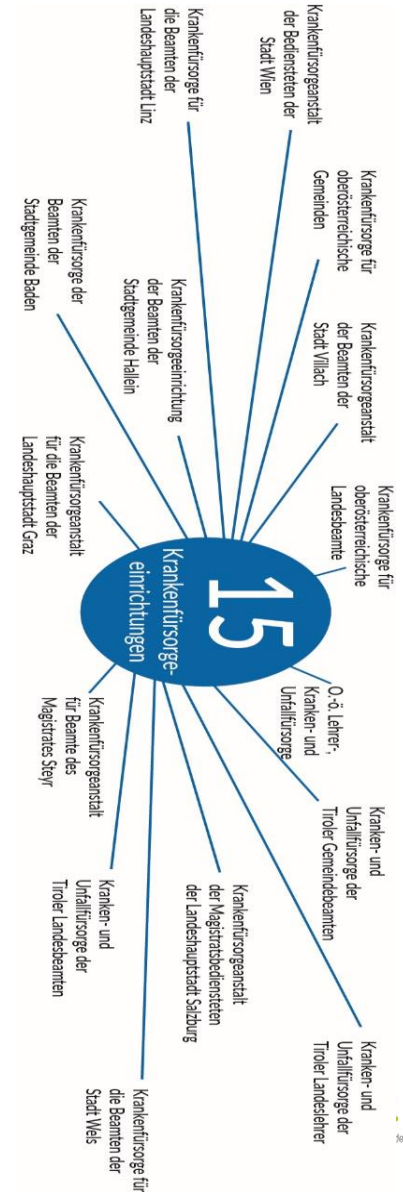
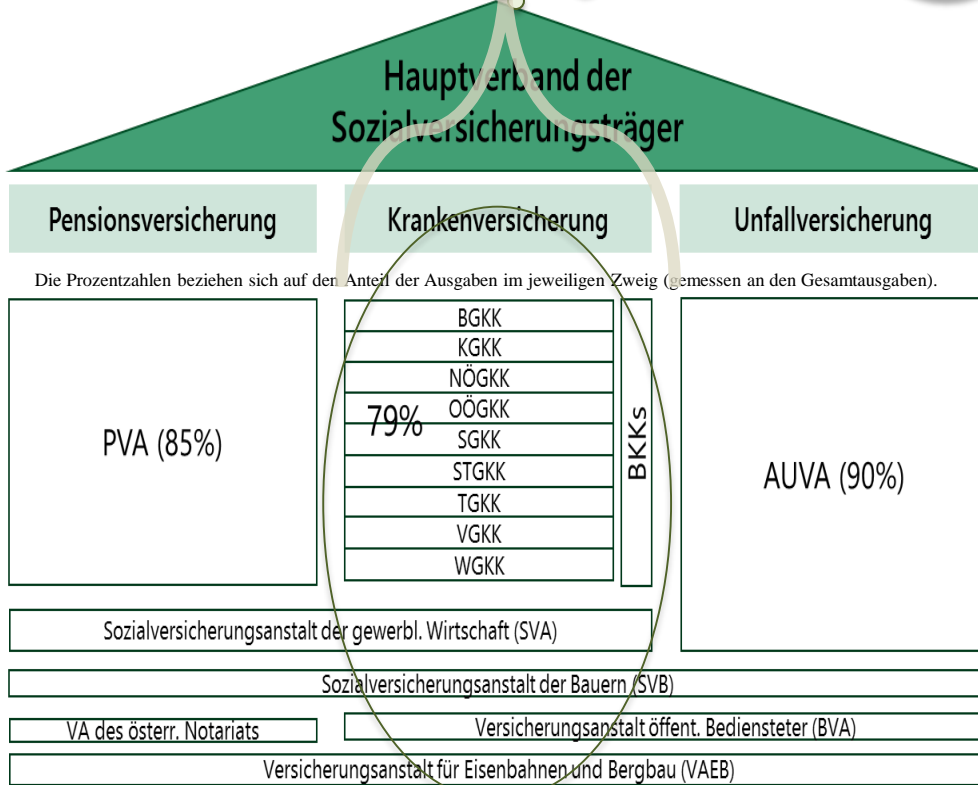
“Treuhandverhältnis”

Quelle: HS&I 2016

Sozialversicherung STATUS QUO

Vermögen der KK schwankt zwischen ca. -38 Mio. und + 800 Mio (2014)

Geschätzte 8 % aller Versicherungsverhältnisse sind mehrfach versichert, aber wo und wie bewegen sie sich?



Rund 200.000 Personen sind hier versichert, davon ca. 50% in Wien

Sozialversicherung NEU: Zentralisierung

gemäß Regierungsprogramm 2017

- 5 Sozialversicherungsträger
 - 9 GKKs mit BKK
 - SVA mit SVB
 - BVA mit VAEB
- Beseitigung von Doppel- und Mehrgleisigkeiten.
- Keine Mehrfachversicherung mehr
- Beitragseinhebung über Finanzverwaltung
- Verwaltungsrat, plus Bundesvertreter_innen
- “Gleiche Leistungen für gleiche Beiträge“
- “Wahrung länderspezifischer Versorgungsinteressen”
 - Berücksichtigung spezieller Anforderungen der unterschiedlichen Berufsgruppen und
- „Aufgabenbündelung“.

Sozialversicherung : „dezentrale Fusion“ gemäß HS&I Studie 2018

- 9 Landeskrankenversicherungsträger
 - GKK, BKK, SVA, SVB, BVA, VAEB pro Bundesland
- Sollen Effizienz- UND Versorgungsziele berücksichtigen
- Aufgaben- und Ausgabenverantwortung wahrnehmen
 - **Supranationale Ebene und Zentralstaat**
(Bund/Hauptverband), zb Standards für Ausgleichsfond, Finanzmanagement, Kostenbeteiligungen
 - **Regionale Ebene** (Bundesland/Gemeinden) , zb Abstimmung von Stellenplan, ÖSG/RSG und Pflegebedarf
 - **Die Landeskrankenkasse**, zb bezahlt ärztliche Hilfe, Leistungen der Spitalsambulanzen und Mobile und Soziale Pflegedienste aus einer Hand.

Funktionen von (Sozial-) Versicherungsgemeinschaften

- Beitragseinhebung (“Collection of funds”).
- Zusammenführung der Mittel (“Pooling”)
- Verwendung / Bezahlung (“Purchasing”)
- Steuerung („Governance“).

Einflussfaktoren auf die (De-)Zentralisierung

- (Markt-)Umfeld und Größenvorteile
- Budgetbeschränkungen und Strukturreformen
- Kooperation von Akteuren
- Marktnähe und Verantwortlichkeiten
- Fairness und Transparenz

Herausforderungen für das Gesundheitssystem der Zukunft

- **die wachsende Anzahl chronisch kranker Menschen** und die Schaffung von Möglichkeiten für alle Menschen gesund und aktiv zu altern,
- der notwendige Aus- und Aufbau der ambulanten Versorgung am „**best point of service**“
- die ausreichende **Sicherstellung personeller Ressourcen** auf allen Ebenen des Gesundheitswesens
- die bessere **Abstimmung der Versorgung** zwischen Gesundheit und Pflege.

Finanzielle Nachhaltigkeit
bei gegebenem technischen
Fortschritt und Digitalisierung

Vor- und Nachteile: Dezentralisierung versus Zentralisierung, Grundkonzept

Status Quo	Zentralisierung	Dezentralisierung
Konzept 1: Qualität der medizinischen Versorgung Zusammenführung der Mittel ("Pooling") Verwendung / Bezahlung ("Purchasing") Steuerung („Governance“)		
Konzept 2: Effizienz des Gesundheitssystems Beitragseinhebung ("Collection of funds") Zusammenführung der Mittel ("Pooling") Verwendung / Bezahlung ("Purchasing") Steuerung („Governance“)		
Konzept 3: Wichtigste Herausforderungen für das Gesundheitssystem "Best point of service" / ambulante Versorgung Ausreichende Kapazitäten / Personal Koordination der Versorgung / Gesundheit, Pflege, chronisch Kranke		

Quelle: eigene Zusammenstellung

In der Literatur gibt es wenig Konsens darüber, ob Zentralisierung von administrativen Einheiten die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems verbessert.

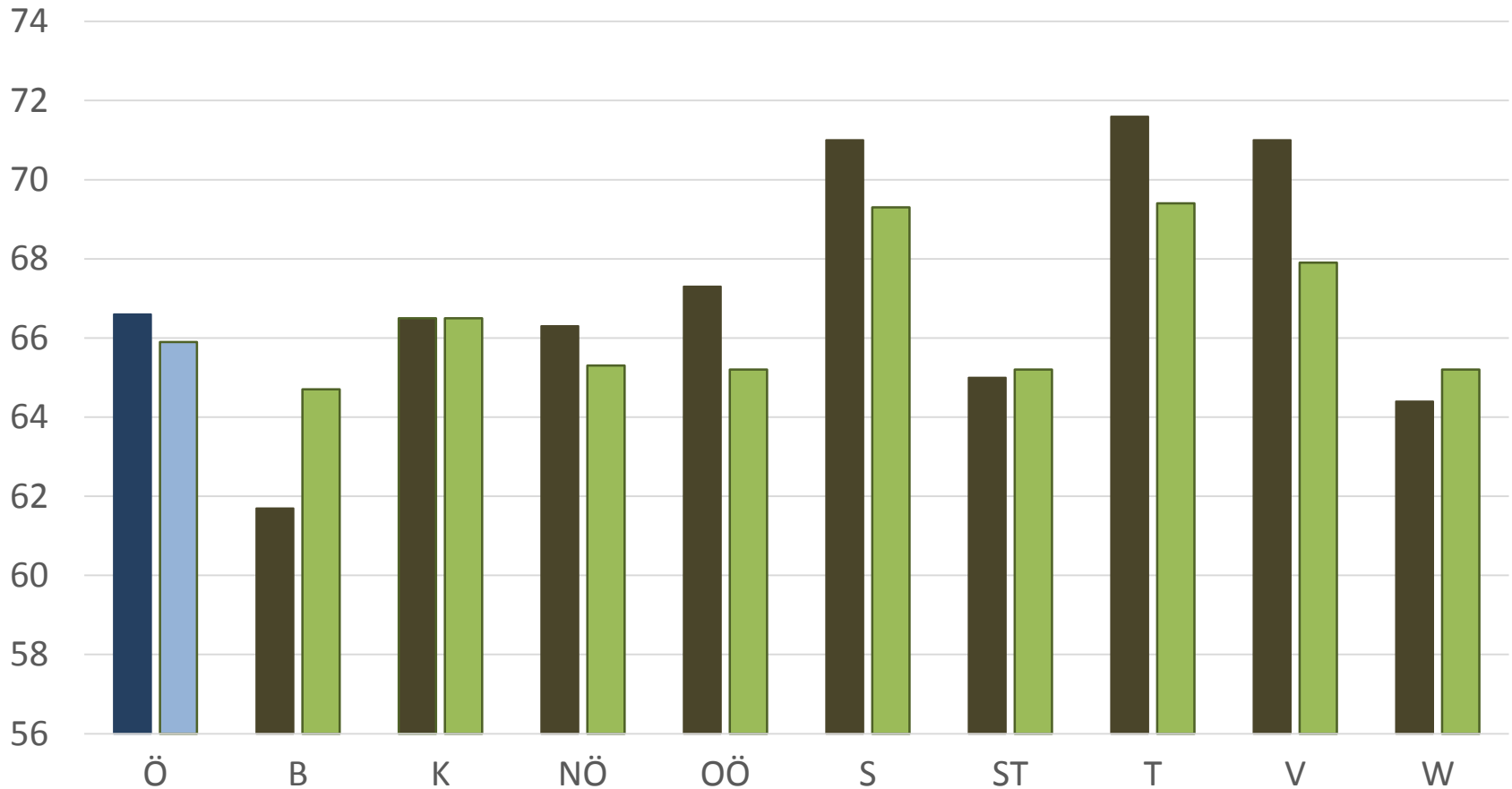
Ziele/Funktionen	Einhebung	Zusammenführung	Verwendung/Bezahlung	Steuerung
Qualität	Nicht relevant	Trade-Off zwischen Kooperation auf regionaler Ebene und gerechter Verteilung der Ressourcen auf einzelne Träger.	Unterschiedliche dezentrale Contracting-Strategien können möglicherweise zu Unterversorgung führen (z. B. Hausärzte).	In zentralisierten Systemen ist die Durchsetzung bundesweiter Ziele einfacher, kann aber auch Verantwortlichkeiten reduzieren
Effizienz	Zentrale Lösung stellt grundsätzlich ein höheres Niveau an Effizienz sicher, aber Risiken bleiben	Das wichtigste Element bei der effizienten Zuteilung von Ressourcen ist die strategische Orientierung der Versorgung am „best point of service“, was dezentral eher möglich ist	Effizienz von Purchasing wird wesentlich durch ein hohes Niveau an Transparenz und Verantwortlichkeit sichergestellt.	Rechenschaftspflicht und Mechanismen zur Selbstkontrolle könnten die Effizienz dezentraler Zahler stärken, auch wenn zentrale Systeme wahrscheinlich Ziele besser durchsetzen.
Herausforderungen				
Versorgung am „best point of service“	Eine dezentral (zentralisierte) Struktur von Krankenversicherungsträger ist voraussichtlich eher geeignete, eine kooperatives Versorgungssystem zu gestalten, um die Versorgung weiter zu entwickeln und auszubauen			
Ausreichende Kapazitäten	Eine zentralisierte Struktur der Krankenkassen kann geeigneter sein, um ausreichende (personelle) Kapazitäten im Gesundheitssektor sicherzustellen, muss aber genügend flexibel sein, um auf die regionalen Gegebenheiten zu reagieren.			
Koordination der Versorgung	Um Koordination zwischen Gesundheit und Pflege voranzutreiben, ist es wünschenswert, dass sich die Versorgung flexibel an die örtlichen Gegebenheiten anpassen kann; dabei sollten Ziele der regionalen Krankenkasse mit den Zielen des Staates in Einklang stehen und der Bund den Prozess steuern können.			

Quelle: eigene Zusammenstellung

Ein Gesundheitssystem, viele verschiedene Ergebnisse

Lebenserwartung in (sehr) guter Gesundheit, in Jahren

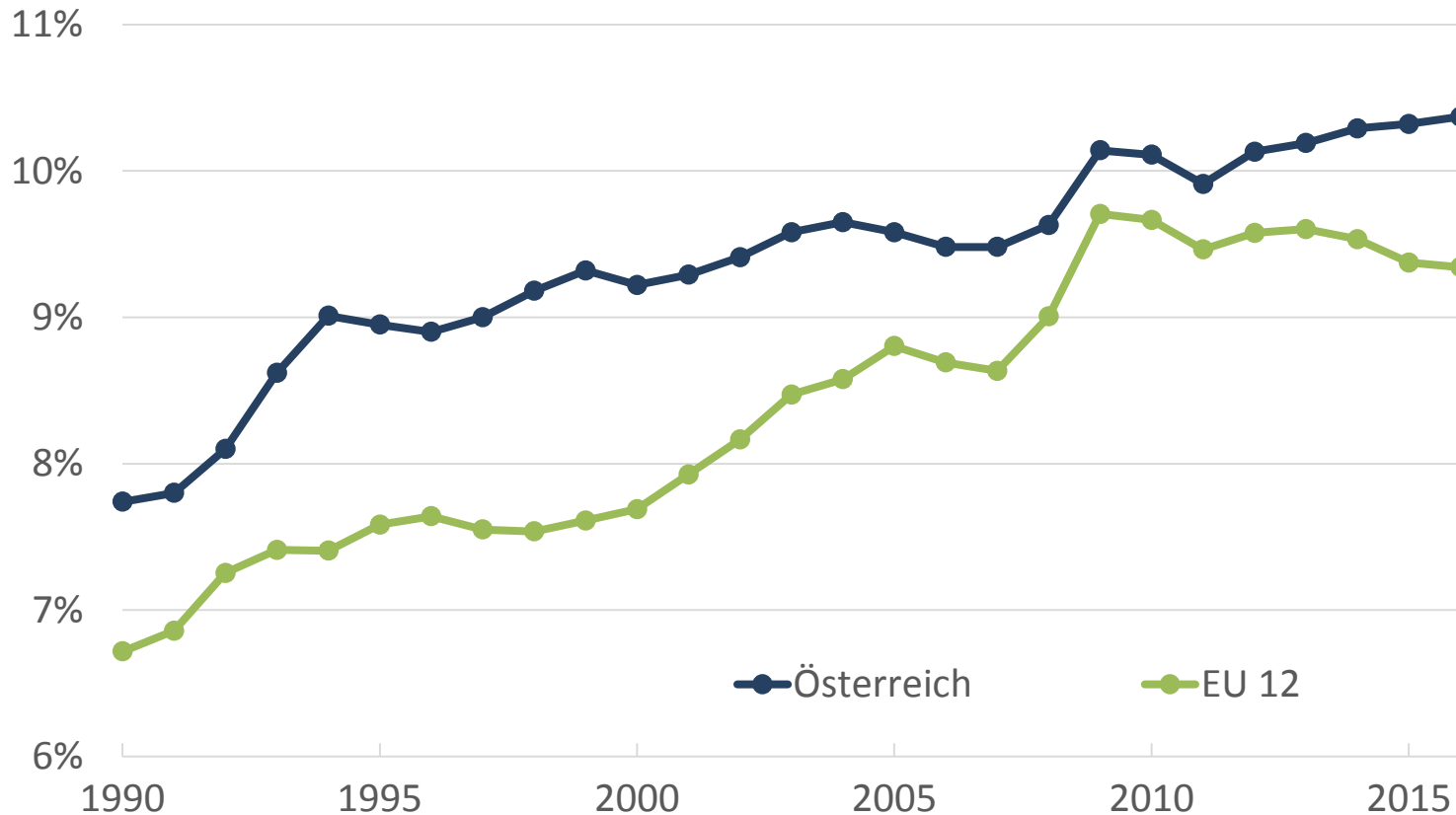
■ Frauen ■ Männer



Quelle: Statistik Austria, Klimont und Klotz (2016)

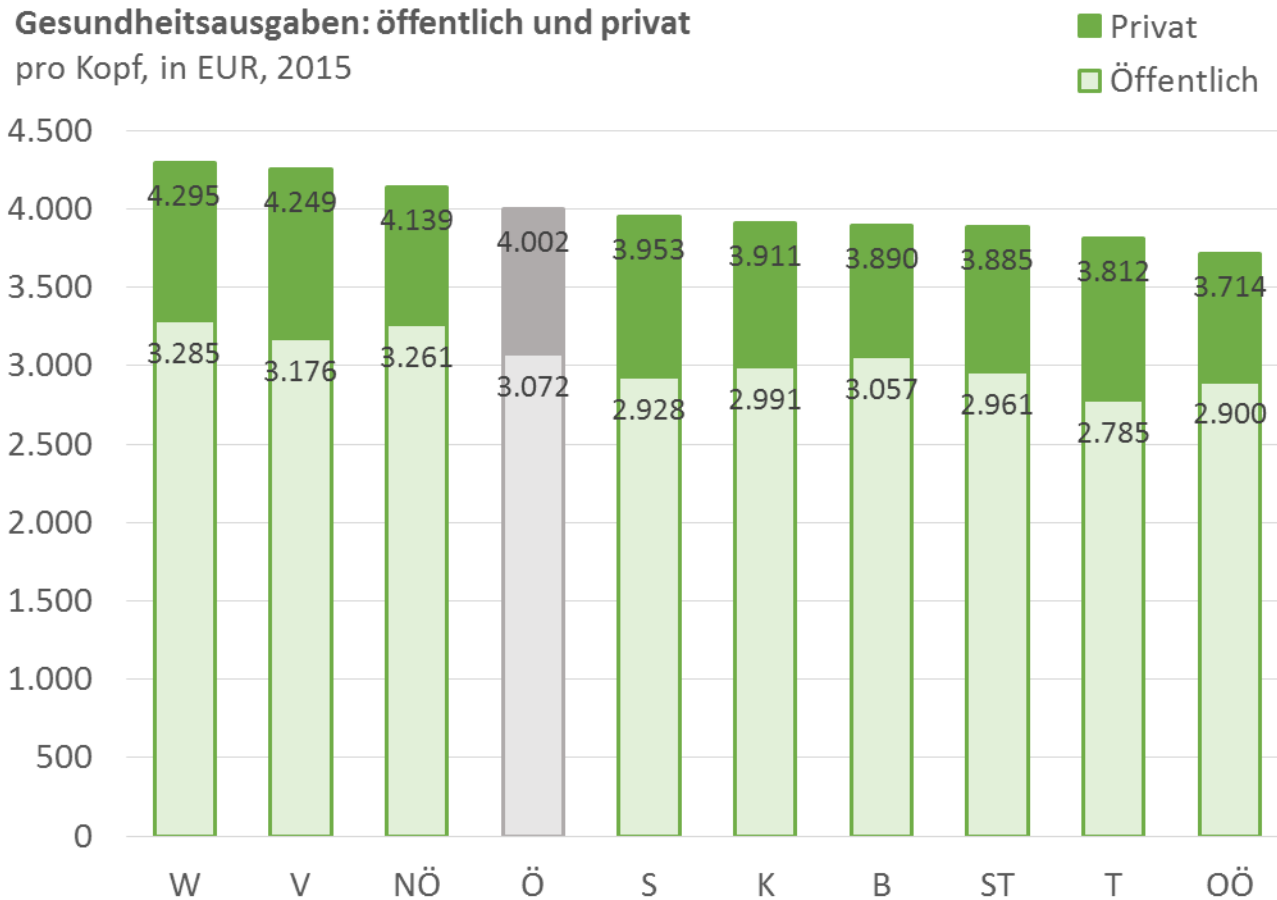
Gesundheitsausgaben wachsen in jeder Falte des Landes. Deshalb ist es wichtig, Unterschiede zwischen Bundesländern zu verstehen

Laufende Gesundheitsausgaben, in % des BIP



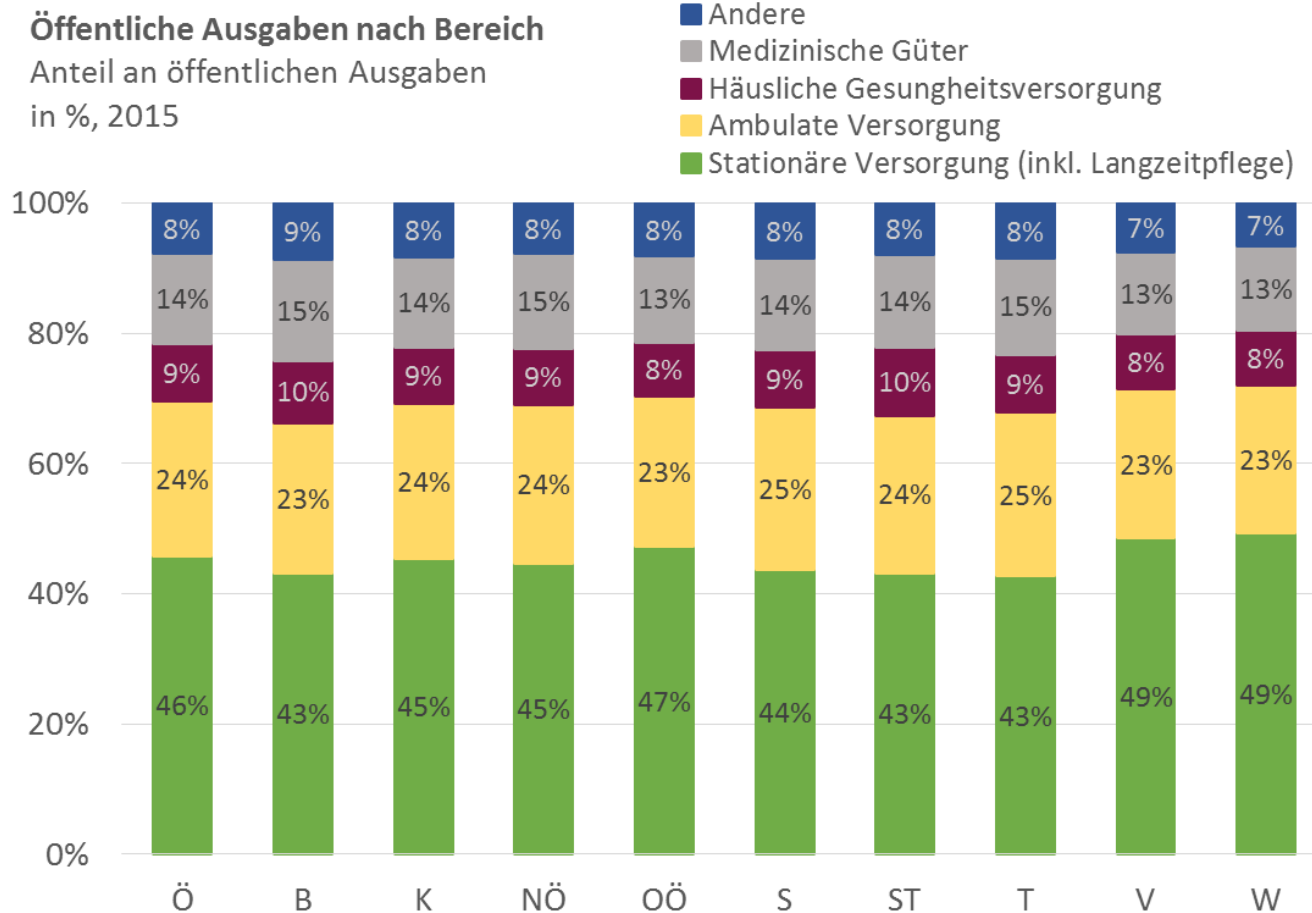
Quelle: OECD 2017

Beträchtliche Ausgabenunterschiede bestehen, auch wenn wichtige Strukturbereinigungen vorgenommen werden



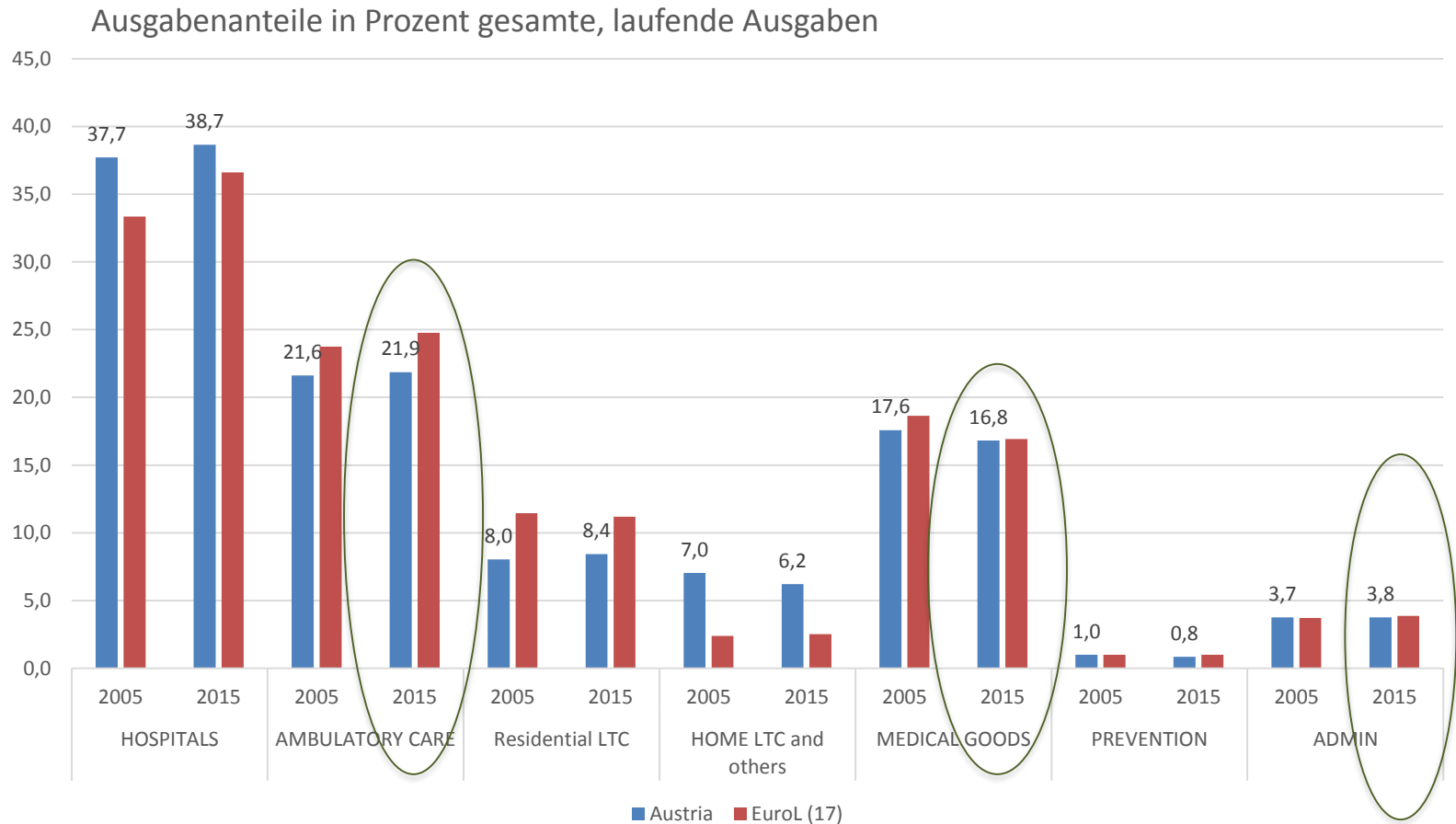
Quelle: eigene Berechnungen

Unterschiede sind ebenso in der Zusammensetzung der Gesamtkosten erkennbar



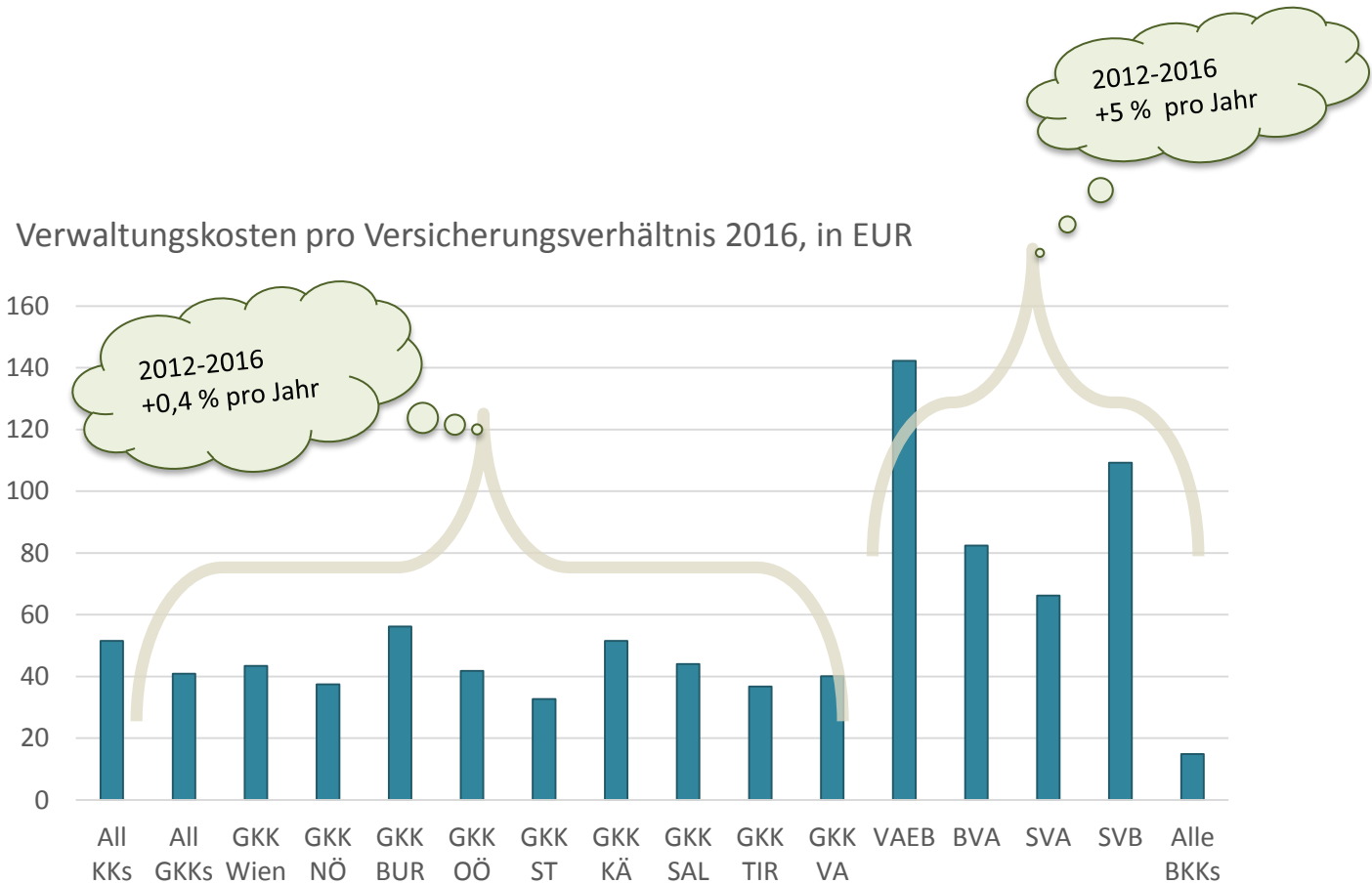
Quelle: eigene Berechnung

Wie könnte sich dezentrale Zentralisierung auf die Kosten auswirken?



Quelle: OECD 2017, eigene Darstellung

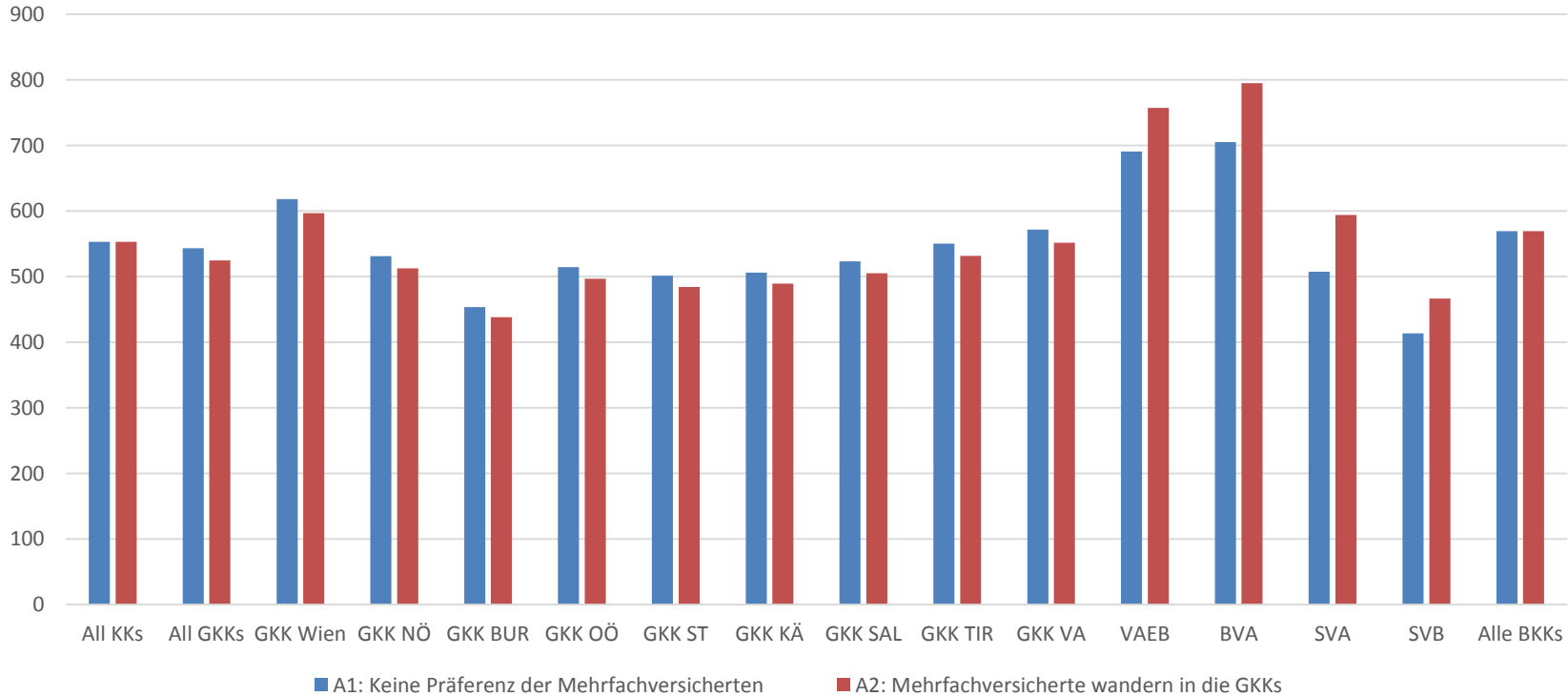
Verwaltungskosten sind in “kleinen Kassen” deutlich höher als in GKKs



Quelle: eigene Berechnung

Viel/wenig Bedarf, viel/wenig Inanspruchnahme oder geringe/hohe Preise, woher kommen die Unterschiede?

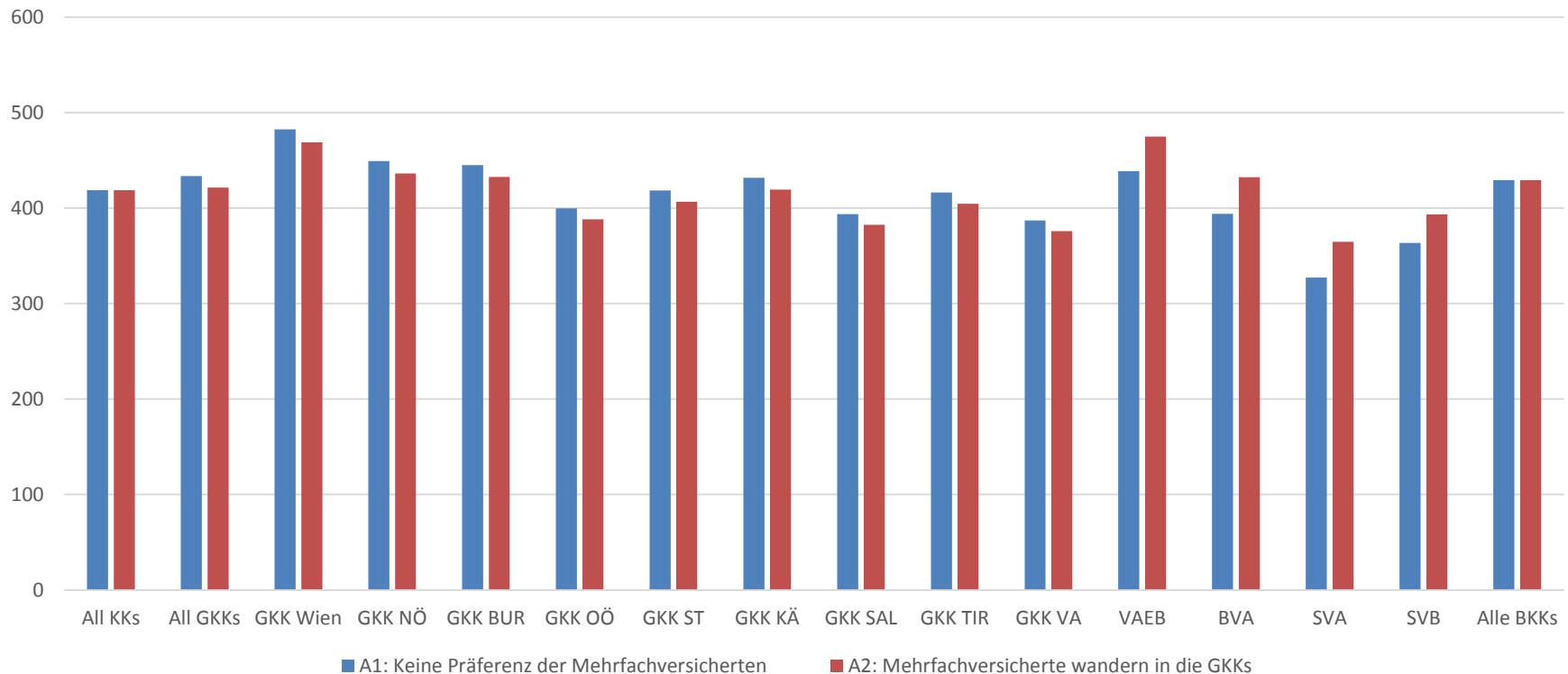
Ambulante Kosten pro versicherter Person,
bereinigt um Mehrfachversicherte, Alter und Geschlecht



Quelle: eigene Berechnung

Viel/wenig Bedarf, viel/wenig Inanspruchnahme oder geringe/hohe Preise, woher kommen die Unterschiede?

Kosten für medizinische Güter pro versicherter Person,
bereinigt um Mehrfachversicherte, Alter und Geschlecht



Quelle: eigene Berechnung

Geschätzte Effekte, wenn alle Kassen auf GKK-Niveau operieren - dezentrale Fusion

	Versicherungs- verhältnisse (VVH)	Mehrfachversichert e ¹	Gesamte Kosten (2015/2016)			Ausgewählte, geschätzte Effekte (2018): „Kleine Kassen“ operieren auf GKK-Niveau		
	in Millionen	in Prozent der VVH	in Millionen EUR			in Millionen EUR		
			Verwaltung	Ambulant	Medizinische Güter	Verwaltung	Ambulant	Medizinische Güter ²
Gebietskrankenkassen	7,00	7,1%	278	4.772	2.800			
"Kleine Kassen"	2,21	30,5%	181	1.168	813	100 bis 130	85 bis 260	bis zu 30

1) Schätzung auf Basis von Daten aus 2009

2) Negatives Risiko von zusätzlichen Kosten bis zu 120 Mio. EUR pro Jahr.

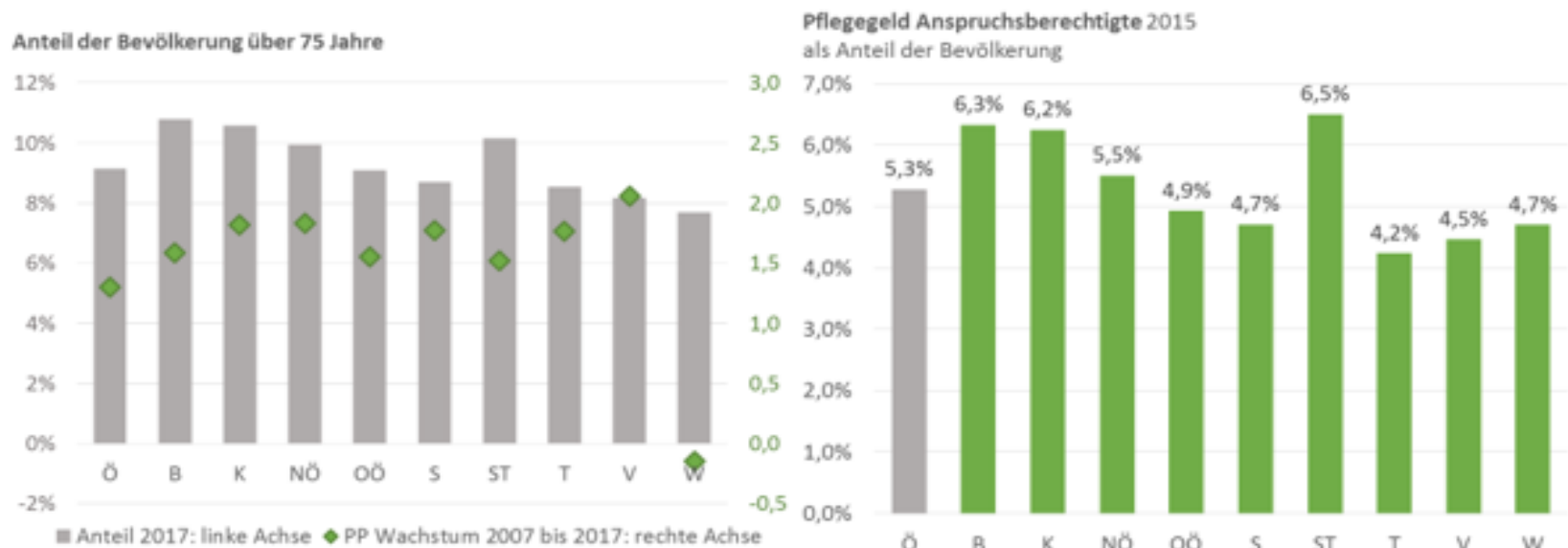
Quellen: HVSV (Finanzstatistik, Stat. Handbuch, Demographische Struktur, Mehrfachversicherte), eigene Berechnungen

- Bei Verwaltung lässt sich einsparen, auch wenn wir einen „Zuschlag“ für Mehraufwand in der Beitragseinhebung berücksichtigen.
- Kosteneinsparung bei ambulanter Versorgung abhängig vom Verhalten der „eingewanderten“ Versicherten, e.g. in eine „Landeskasse“.
- Kosteneinsparung bei Medikamenten nur, wenn die migrierten Versicherten bei geringerer Inanspruchnahme bleiben; wenn nicht, steigen die Kosten.

Für Strukturreformen gibt es immer einen historischen Kontext; Vor- und Nachteile entfalten sich erst darin

- **Herausforderung 1:** die wachsende Anzahl chronisch kranker Menschen und die Schaffung von Möglichkeiten für alle Menschen gesund und aktiv zu altern

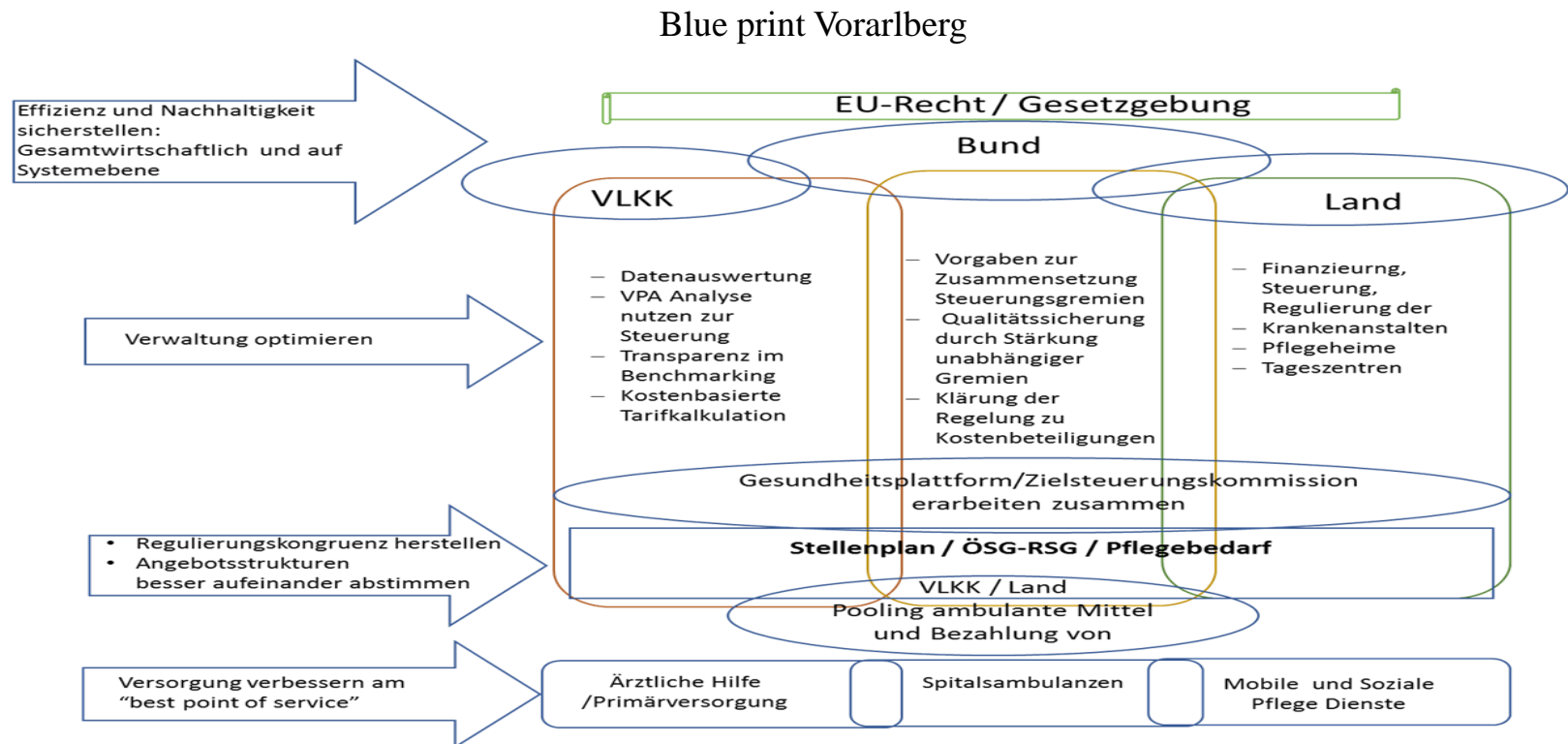
Bevölkerung über 75 und Pflegegeld Anspruchsberechtigte



Quellen: Statistik Austria Bevölkerungsstatistik, Grossmann und Schuster (2017), eigene Berechnung

Österreich soll die Zusammenführung und Verwendung der Mittel im ambulanten Bereich forcieren.

- **Herausforderung 2:** der notwendige Aus- und Aufbau der ambulanten Versorgung am „best point of service“

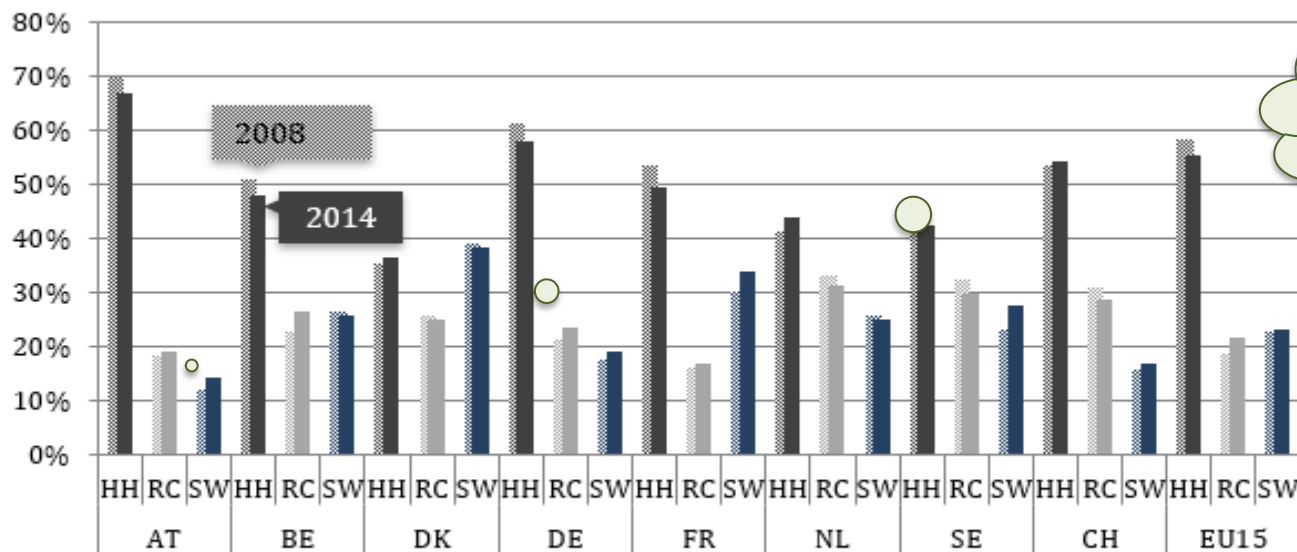


VPA: Vertragspartneranalyse, ÖSG: österreichischer Strukturplan Gesundheit, RSG: Regionaler Strukturplan Gesundheit
 Quelle: HS&I 2018, Rechnungshof Österreich 2017

Bessere Abstimmung der Versorgung zwischen Gesundheit und Pflege

- **Herausforderung 3:** die ausreichende Sicherstellung personeller Ressourcen auf allen Ebenen des Gesundheitswesens und verbesserte Arbeitsteilung

Kategorien von Personal als Anteil an den gesamten Beschäftigten im Gesundheitswesen



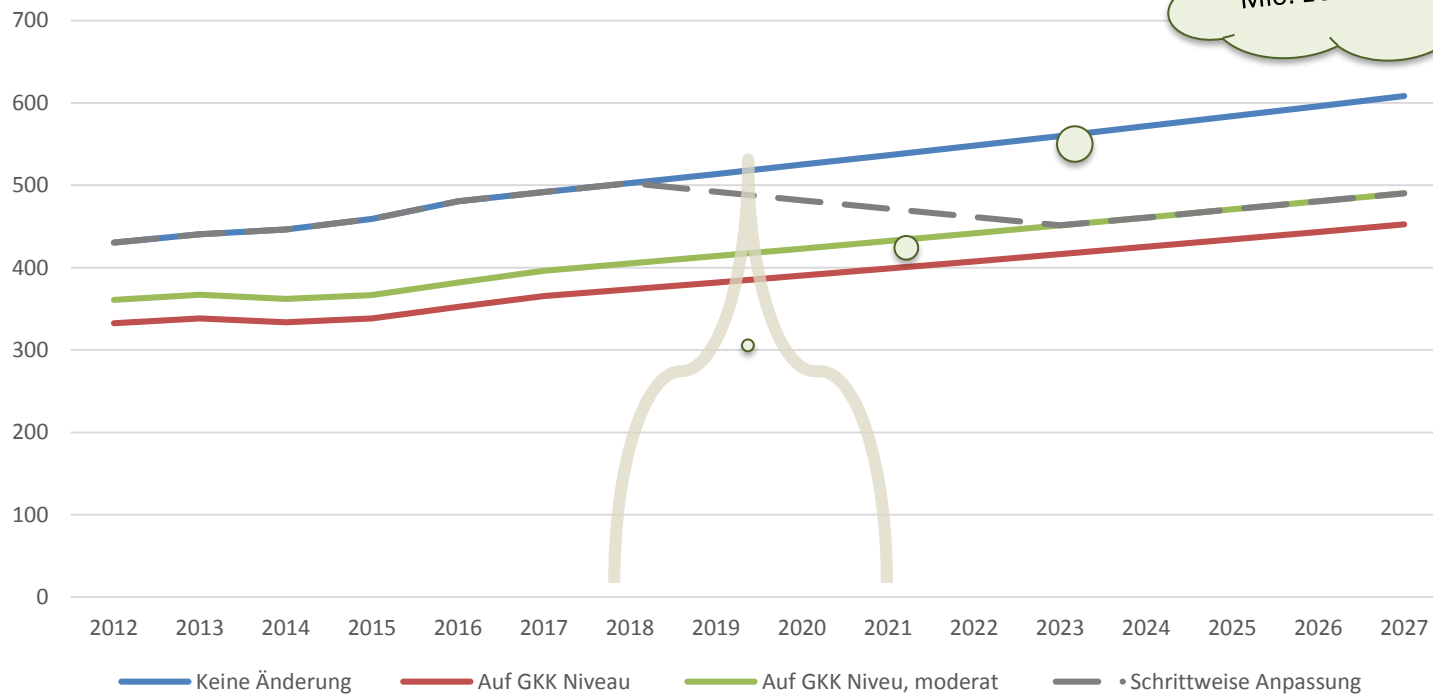
Bis 2030 +1.081
Ärzt_innen und
+22.969 Pflegekräfte
(Scheffler et al 2018)

HH: Humangesundheit, RC: Betreutes Wohnen und Pflege, SW: mobile Sozialarbeit

Quellen: Eurostat, NACE 1.0 and 2, Hofmarcher et al 2016

Finanzielle Nachhaltigkeit bei gegebenem technischen Fortschritt und Digitalisierung

Simulation: Verwaltungskosten, Mio. EUR
 Durchschnitt 2,8 % der gesamten Ausgaben



Einsparung kumuliert, geschätzte 130-530 Mio. EUR

Quellen: HVSV Finanzstatistik, Stat. Handbuch der österreichischen Sozialversicherung, Statistik Austria Bevölkerungsprognose, eigene Berechnungen

Danke für Ihre Aufmerksamkeit

Ausgewählte Literatur

- EC (2015): The 2015 Ageing Report Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060): http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2_en.pdf
- Gönenç, R., M. M. Hofmarcher and A. Wörgötter (2011), "Reforming Austria's Highly Regarded but Costly Health System", OECD Economics Department Working Papers, No. 895, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5kg51mbntk7j-en>
- Hofmarcher M.M. (2014) The Austrian health reform 2013 is promising but requires continuous political ambition, Health Policy, October 2014, Volume 118, Issue 1, Pages 8–13: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.09.001>
- Hofmarcher M. M., E. Festl, L. Tarver (2016) Health sector employment growth calls for improvements in labor productivity. Health Policy 120 (2016) 894–902. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.06.001>
- Hofmarcher, M. M., Z. Molnárová (2018): (De-)Zentralisierung in der Krankenversicherung: Kontext, Vor- und Nachteile. Studie im Auftrag der Ärztekammer und der Arbeiterkammer Vorarlberg. HS&I Projektbericht. Wien, Mai 2018.
- Hofmarcher M. M. und Molnárová Z. (forthcoming): Higher Efficiency with Fewer Health Insurance Providers in Austria: What Can We Learn from Publicly Available Data? HS&I Fast Track.
- HVSV (2017): Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2017. Wien
- Industriellenvereinigung (IV 2017): Zukunft der Sozialversicherung / Krankenversicherung Entwicklungsmöglichkeiten für Österreich; Zentrale Ansatzpunkte aus Sicht der Industriellenvereinigung.
- Parlament (2016): Anfragebeantwortung durch die Bundesministerin für Gesundheit Dr. Sabine Oberhauser, MAS zu der schriftlichen Anfrage (7013/J) der Abgeordneten Mag. Gerald Loacker, Kolleginnen und Kollegen an die Bundesministerin für Gesundheit betreffend Entwicklung der Vermögensbestände der Sozialversicherungsträger. Februar 2018 https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/AB/AB_06745/index.shtml
- Regierungsprogramm 2017 – 2022: Zusammen. Für unser Österreich.
- Rechnungshof (RH 2009/1): Positionen des Rechnungshofes zur Verwaltungsreform. Reihe 2009/1: 22. Dezember 2009. http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2009/aktuelles/Verwaltungsreform/Positionen/Pos_Verwref_II_2009.pdf
- Rechnungshof (RH 2011/3): Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen.
- Rechnungshof (RH 2015/17): Rolle des Bundes in der österreichischen Krankenanstaltenplanung.
- Rechnungshof (RH 2016/3): Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung; Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung.
- Rechnungshof Österreich (RH 2017): Tätigkeitsbericht.
- Rechnungshof (RH 2017/7): Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung.
- Rechnungshof (RH 2017/10): Mittelflüsse im Gesundheitswesen. (Reihe Bund 2017/10; Sbg 2017/1; Bgld 2017/ 2) 17. März 2017
- Scheffler, R., und Arnold, D. (2018): Projecting shortages and surpluses of doctors and nurses in the OECD: What looms ahead. Health Economics, Policy and Law, 1-17. doi:10.1017/S174413311700055X.
- WKÖ (2017): Effizienzpotenziale in der Sozialversicherung. <https://news.wko.at/news/oesterreich/Studie-c-alm-Effizienz-in-der-Sozialversicherung-15.3.2017.pdf>