

DAS FAIRE UND EFFIZIENTE GESUNDHEITSSYSTEM

Antragsteller: Julian Unterweger, Christian Bitschnau

Beschlossen durch: XV. Bundeskongress, Wien

Beschlossen am: 30. Oktober 2016

Im Rahmen einer kompletten Reform des Gesundheitssystems fordern die JUNOS – Junge liberale NEOS die sofortige Zusammenlegung der derzeit bestehenden, 22 verschiedenen gesetzlichen Sozialversicherungsträger zu einer gesetzlichen Krankenversicherung. Durch diesen Schritt soll ein faires System mit einheitlichem Leistungskatalog gewährleistet werden. Darüber hinaus soll die Ausgestaltung dieser gesetzlichen Gesundheitsversorgung, angelehnt an internationale Best-Practice-Beispiele, grundlegend verändert werden.

WAS MOMENTAN FALSCH LÄUFT

Das derzeitige Gesundheitssystem baut auf gesetzlichen Krankenversicherungen auf, die eine lebenslange Versorgung mit allen medizinischen Möglichkeiten für jeden Einzelnen versprechen. Diese Errungenschaft aus dem 19. Jahrhundert ist mit der heutigen Gesundheitsversorgung nicht mehr vereinbar. Der ursprüngliche Gedanke den Versicherten gegen schwere Unfälle und Krankheiten abzusichern, die ihn finanziell überfordern würden, ist heutzutage vollkommen überholt. Die Krankenversicherungen sind keine Versicherungen mehr, sondern das Finanzierungsmodell für eine ausufernde Gesundheitswirtschaft. Die Leistungen reichen vom simplen Ausschlag oder einer Schnittwunde bis hin zu Vorsorge-Kuren und Zahnprophylaxe. Diese – sehr wünschenswerten – Maßnahmen werden von der Gemeinschaft bezahlt, obwohl hier weder eine finanzielle Überforderung oder gar eine schwere Krankheit vorliegt. Für alle diese Ausgaben müssten die Personen jedoch selbst entscheiden, ob sie sie konsumieren möchten, und wenn ja, zu welchem Preis.

„WELCHES PLUS AN LEBENSQUALITÄT IST MIR WIE VIEL WERT?“

Das Hauptproblem an der von der Gemeinschaft bezahlten Rundum-Versorgung entsteht durch die Entkoppelung der bezogenen Leistungen von den dadurch entstehenden Kosten. Die Patienten konsumieren deutlich mehr, als sie es tun würden, wenn sie für die durch sie verursachten Kosten direkt aufkommen müssten. Diese Entkoppelung ermöglicht der Gesundheitswirtschaft, insbesondere der Pharmaindustrie, für ihre Medikamente deutlich überzogene Preise zu verlangen. Hier existiert kein Markt, der den Preis regelt, und kein Abnehmer, der sich für die Preise interessiert.

Die Gesundheitsausgaben in Österreich betragen 2014 bereits 11 % des BIP. In Anbetracht der fortschreitenden technischen Entwicklung, die eine immer weiterwachsende Zahl an teuren 2 Behandlungsmöglichkeiten mit sich bringt und zu weiter steigenden Kosten und damit Versicherungsbeiträgen führen wird, ist die derzeitige demographische Entwicklung der

Bevölkerung nur noch der letzte Todesstoß für ein veraltetes System. Es ist Zeit für eine Rückbesinnung auf die eigentliche Aufgabe der Krankenkassen als Versicherung gegen schwere, unerwartete Krankheiten. Und vor allem ist es Zeit für ein modernes, wirtschaftliches Gesundheitssystem, bei dem der Patient selbst ein Interesse an geringen Kosten entwickelt.

EIN DREITEILIGES ÖFFENTLICHES SYSTEM ALS GRUNDPFEILER DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Die staatliche Krankenversicherung besinnt sich auf ihre ursprüngliche Aufgabe und kommt für die Kosten im Gesundheitsbereich auf, ohne aber eine ausufernde Gesundheitswirtschaft zu begünstigen. Dieses öffentliche System besteht aus einer Grundversorgung mit eigenverantwortlichen Gesundheitssparkonten sowie Direktleistungen der Kasse, einer verpflichtenden Hochrisikoversicherung und einem Sozialfonds.

GRUNDVERSORGUNG MIT GESUNDHEITSSPARKONTEN ZUR STEIGERUNG DER PATIENTENSOUVERÄNITÄT, GENERATIONENGERECHTIGKEIT UND KOSTENDÄMPFUNG

Zu den Aufgaben dieser staatlichen Krankenkasse sollen sowohl medizinische Grundversorgung, Prävention als auch Pflege zählen. In einem Leistungskatalog wird genau geregelt, welche Leistungen dabei zur Gänze von der Krankenversicherung übernommen werden, welche vom persönlichen Gesundheitssparkonto beglichen werden müssen, für welche ein Selbstbehalt fällig ist, oder ob möglicherweise sozial gestaffelte Zuschüsse gewährt werden.

Durch die monatliche Einzahlung eines fixen Anteils des Krankenversicherungsbeitrages auf ein durch die Krankenversicherung verwaltetes Gesundheitssparkonto, soll ein Kapitalstock aufgebaut werden, der im Krankheitsfall zur Deckung spezifischer Kosten im Gesundheitsbereich herangezogen werden sollte. Dadurch soll zum einen die Patientensouveränität und das Kostenbewusstsein der Bevölkerung gesteigert werden, da der Patient in einem gewissen Rahmen selbst entscheiden kann, welche Leistungen er zu welchem Preis bei welchem Arzt erwirbt, und zum Anderen fördert dieses System die Generationengerechtigkeit, da die erwerbstätige Bevölkerung für ihre Gesundheitsversorgung im Alter spart, anstatt sich auf unsichere Steuerzahlungen künftiger Generationen verlassen zu müssen. Dadurch, dass aber nach wie vor nur bestimmte Leistungen, die in einem eigens dafür erarbeiteten Leistungskatalog festgelegt sind, bis zu einer maximal festgelegten Höhe von diesem Konto bezahlt werden dürfen, kommt es zur Vermeidung eines „moral hazard“, d.h. aufgrund einer höheren Kostenbewusstheit der Bevölkerung ändert sich ihr Nachfrageverhalten, unnötige kostspielige Behandlungen werden vermieden bzw. müssen die Kosten dafür selbst getragen werden.

HOCHRISIKOVERSICHERUNG ALS ABSICHERUNG BEI ERNSTHAFTEN CHRONISCHEN ERKRANKUNGEN UND UNVORHERSEHBAR LANGEN KRANKENHAUSAUFENTHALTEN

Durch das Auftreten von chronischen Erkrankungen oder unvorhersehbaren langen Krankenhausaufenthalten nach Unfällen, können die Kosten der Behandlung schnell das auf den Gesundheitssparkonten akkumulierte Guthaben übersteigen. Um in solchen Härtefällen auch abgesichert zu sein, soll eine zusätzliche verpflichtende Hochrisikoversicherung mit altersabhängigen jährlichen Beiträgen angeboten werden, die die anfallenden Kosten in solchen

Fällen deckt. Diese Beiträge können ebenfalls vom Gesundheitssparkonto beglichen werden. Alternativ zur staatlichen Hochrisikoversicherung können aber auch Privatversicherungen genutzt werden um sich so beispielsweise für eine höhere Versicherungssumme, geringere Selbstbehalte oder auch gehobeneren Leistungsansprüche (Klasse-Betten, etc.) zu entscheiden.

SOZIALFOND ZUR DEFINITIVEN SICHERSTELLUNG NOTWENDIGER MEDIZINISCHER BEHANDLUNGEN

In besonderen Fällen kann es vorkommen, dass medizinischen Kosten weder vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst werden noch in der Hochrisikoversicherung abgedeckt sind und sowohl das zur Verfügung stehende Budget auf Gesundheitssparkonten übersteigen als auch von privaten Mitteln nicht beglichen werden können. Aus diesem Grund wird ein Sozialfond im Rahmen der gesetzlichen Sozialversicherung eingerichtet, wodurch selbst in solchen Fällen eine adäquate unbedingt notwendige medizinische Grundversorgung sichergestellt werden kann.