
FORUM FREIE GESELLSCHAFT

ANALYSE

„DIE UNTERSCHÄTZTE AUSDAUER PRIVATER
MEDIZINISCHER VORSORGE“

PLANWIRTSCHAFTLICHE UND MARKTWIRTSCHAFTLICHE MEDIZINISCHE
VORSORGE IM VERGLEICH

VON FREDERIC CYRUS ROEDER



FORUM FREIE GESELLSCHAFT

DER FOLGENDE ARTIKEL BESCHÄFTIGT SICH mit der Fragestellung, ob die Erbringung privater medizinischer Leistungen und die private Absicherung gegen Krankheit gegenüber planwirtschaftlichen Gesundheitssystemen im Vorteil sind und verdeutlicht anhand praktischer Beispiele, wie dezentrale und auf einem großen Maße an Freiwilligkeit basierende Ansätze der Gesundheitsversorgung bessere medizinische und ökonomische Ergebnisse erzielen.

Anhand qualitativer und quantitativer Qualitätsparameter und Erfahrungen aus verschiedenen Ländern, soll die Überlegenheit und Notwendigkeit marktwirtschaftlicher Elemente im Gesundheitssystem gezeigt werden.

Dazu werden folgende Qualitätsparameter betrachtet:

Qualitative Faktoren	Quantitative Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> • Rechtssicherheit des Patienten gegenüber dem Leistungserbringer • Wahlfreiheit des Patienten • Wohnortnahe Leistungserbringung • Effizienz der medizinischen Leistung (input-output Vergleich) • Versicherbarkeit von Krankheit • Kostentransparenz • Offenheit des Arbeitsmarktes für medizinische Berufe und für Eintritt neuer Marktakteure 	<ul style="list-style-type: none"> • Rationierung von medizinischen Leistungen (u.a. • Wartezeiten) • Qualität der stationären medizinischen Leistungserbringung • Kostenentwicklung nach Privatisierung medizinischer Leistungserbringung • Verbreitungsgrad von informellen Zahlungen/Korruption im Gesundheitswesen • Ausbildungsquoten/--Beschränkungen für medizinische Berufe

DIE VERSICHERBARKEIT VON LEISTUNGEN

Eine der Grundideen hinter der Versicherung gegen Schadensfälle oder Krankheit ist, dass man sich als Individuum gegen ein Ereignis absichert, dessen Eintrittswahrscheinlichkeit man nicht sicher kalkulieren kann und man sich auch nicht über dessen Eintrittszeitpunkt sicher sein kann. Für Versicherungsunternehmen ist es möglich die Kosten für solche Absicherungen zu kalkulieren, da diese eine (oder mehrere) Versicherungskohorten versichern und daher mit durchschnittlichen Wahrscheinlichkeiten rechnen können.

Die Anwendung von planwirtschaftlichen und zentralistischen Elementen führen meist zu (stiller) Rationierung von Leistungen im Gesundheitswesen. Rationierung kann vor allem über zwei Mechanismen erreicht werden. Dies ist zum einen die offensichtliche Rationierung, bei der medizinische Leistungen katalogisiert werden und nur Leistungen, die sich im Leistungskatalog befinden vom Gesundheitssystem erbracht werden. Dies kann auch mittels Altersgrenzen für bestimmte Leistungen erreicht werden. Die zweite Form von Rationierung ist die so genannte stille Rationierung, bei der es of-

fiziell keine Leistungseinschränkungen gibt, aber das (staatliche) Angebot an Gesundheitsleistungen knapper gehalten wird als die Nachfrage. Dadurch entstehen Wartezeiten für Patienten. Dem Patienten bleibt in Falle von Rationierung normalerweise noch die Möglichkeit diese Leistung privat nachzufragen und sie damit schneller bzw. überhaupt zu erhalten. Dabei helfen private (Zusatz-)Versicherungen, die Erschwinglichkeit solcher Leistungen für eine möglichst breite Bevölkerungsschicht sicherzustellen. Im Falle der Abwesenheit von Versicherung müssten die Patienten eine hohe Liquidität vorhalten, sich für die jeweilige Behandlung verschulden oder sie wären nicht in der Lage diese Leistung nachzufragen.

Einige Länder (Kanada allen voran) erlauben keine oder nur eine sehr eingeschränkte private Krankenversicherung und bieten (in unterschiedlichen Ausführungen je nach Provinz) steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung an, in denen der private Sektor nur eine marginale Rolle spielt. Solche Gesundheitssysteme zeichnen sich häufig durch lange Wartelisten aus. Patienten in Kanada haben in den meisten medizinischen Fällen keine Chance den Behandlungstermin früher zu erhalten, als es das planwirtschaftliche Gesundheitswesen vorsieht.

Das kanadische Fraser Institut misst seit zwei Jahrzehnten die Wartezeiten für einen umfangreichen Katalog an Leistungen in den verschiedenen kanadischen Provinzen. Für das Jahr 2009 hat Fraser ermittelt, dass die durchschnittliche Wartezeit zwischen der Diagnose durch einen Hausarzt und den Beginn der Behandlung durch einen Spezialisten vier Monate beträgt.¹ In einigen Provinzen beträgt diese Wartezeit bis zu sieben Monate.

Da private Krankenversicherungen nicht oder nur marginal erlaubt sind, müssen Patienten im Fall einer vorgezogenen Untersuchung die Behandlung aus eigener Tasche bezahlen. Die (Teil-)Kriminalisierung von privaten Versicherungen und privaten Gesundheitsleistungen ist eine fundamentale Einschränkung der Entscheidungsfreiheit von Bürgern. Ferner sorgt ein solches planwirtschaftliches System ohne eine „Opt-Out“ Funktion (oder wenigstens der Möglichkeit alternativ und redundant nachzufragen) dafür, dass nur sehr wohlhabende Patienten in der Lage sind, eine bessere Behandlung bei entweder inländischen privaten Versorgern oder im Ausland nachzufragen und ein Großteil der Bevölkerung der staatlichen Planung ausgeliefert sind.

MEHR LEISTUNG FÜR DAS GLEICHE ODER SOGAR WENIGER GELD: DIE VORTEILE PRIVATER LEISTUNGSERBRINGUNG

Neben der allgemeinen Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen, die ein grundlegendes Merkmal für die Höhe von Strukturqualität ist, lohnt es sich auch die Qualität in der Erbringung von medizinischer Leistung (Prozessqualität) und die Outputs der Behandlung/Heilung (Ergebnisqualität) zu betrachten. Um eine gute Vergleichbarkeit zwischen staatlichen und privaten medizinischen Leistungen herzustellen, bietet es sich an, ein Gesundheitssystem zu analysieren, bei dem private Leistungserbringer mit staatlichen Krankenhäusern im Wettbewerb zueinander stehen. Dies ist zum Beispiel im deut-

1 <http://www.fraserinstitute.org/research--news/display.aspx?id=13589>

schen Gesundheitswesen der Fall, da sowohl private als auch staatliche Träger Krankenhäuser betreiben und beide im staatlich finanzierten System medizinische Leistungen anbieten.²

In Deutschland gibt es eine höhere Krankenhausedichte in ländlichen Bereichen, in denen private Krankenhausbetreiber operieren im Vergleich zu Regionen in denen staatliche Krankenhausträger sich um die stationäre Versorgung von Patienten kümmern.³

Private Träger investieren deutlich mehr in neues Equipment, als staatliche Träger (mit 457 Euro eine um 64 Prozent höhere Investitionsrate pro Patient im Vergleich zu staatlichen Krankenhäusern im Jahr 2006). Somit sichern die privaten Krankenhäuser nicht nur eine moderne Behandlung, sondern senken auch ihre Betriebskosten durch effizienten Einsatz neuer Technologien.⁴ Ein weiterer positiver Punkt im Bereich Strukturqualität ist die bessere Kapazitätsplanung der privaten Krankenhausträger, die es ermöglicht Patienten um drei Prozent schneller aufzunehmen, als es staatliche Krankenhäuser können. Wartezeiten sind damit in privaten Einrichtungen geringer, als in staatlichen Krankenhäusern.⁵

Gewinnorientierte Krankenhäuser weisen auch in der Ergebnisqualität deutlich bessere Werte auf, als ihre staatlichen Konkurrenten. So vermeldet die bundesweite Agentur für Qualitätssicherung von Krankenhäusern bei staatlichen Krankenhäusern eine um neun Prozent erhöhte Quote an Qualitätsverstößen als bei privaten Krankenhäusern.⁶ Ferner haben private Häuser eine um zehn Prozent geringere Säuglingssterblichkeit im Vergleich zu ihren staatlichen Konkurrenten als positives Qualitätsmerkmal zu berichten.

Nach Betrachtung von sowohl Strukturqualität, als auch Outcomeergebnissen zwischen deutschen Krankenhäusern in staatlicher und privater Trägerschaft, die aus dem gleichen Budget der gesetzlichen Krankenversicherungen finanziert werden, lässt sich das Zwischenresümee ziehen, dass private Betreiber kürzere Wartezeiten und eine höhere Behandlungsqualität realisieren können.

KORRUPTION UND TRANSPARENZ

Planwirtschaftliche Gesundheitssysteme haben meist den Charakter entweder steuer- oder abgabenfinanziert zu sein. Ferner gibt es meist globale Budgets für Leistungserbringer (z.B. Krankenhäuser) und demnach folgt das Geld nicht der Leistung. Dies führt oft zur chronischen Unterfinanzierung solcher Systeme – es fehlt häufig an nötigen Ressourcen um Patienten ausreichend zu versorgen. Löhne für medizinisches und pflegerisches Personal sind bei Weitem zu gering und es bestehen keine formalisierten Anreize (Gewinnbeteiligung, Outcome-orientierte Bezahlung) für das Personal Leistungen zu erbringen. Solche Voraussetzungen führen oft dazu, dass in der Realität die eigentlich kostenlo-

2 Economist Intelligence Unit, Germany: Healthcare and Pharmaceuticals Report, December 2011.

3 Boris Augurzky, Andreas Beivers, Günter Neubauer, and Christoph Schwierz, Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft, RWI, 2009, S. 24.

4 Christoph Schwierz, "Expansion in Markets with Decreasing Demand – For-Profit in the German Hospital Industry," Health Economics, Vol. 20 (2011), No. 6, pp. 675–687.

5 Björn A. Kuchinke, Dirk Sauerland, and Ansgar Wübker, Determinanten der Wartezeit auf einen Behandlungstermin in deutschen Krankenhäusern: Ergebnisse einer Auswertung neuer Daten, Technische Universität Ilmenau, 2008.

6 Boris Augurzky, Andreas Beivers, Günter Neubauer, and Christoph Schwierz, Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft, RWI, 2009, S. 21.

sen staatlichen Gesundheitsleistungen nur erlangt werden können, wenn der Patient über informelle Zahlungen Anreize für das Gesundheitspersonal schafft, die nachgefragte (und auf dem Papier kostenlose) Leistung auch wirklich zu erbringen. In den meisten Ländern des ehemaligen Ostblocks, aber auch in planwirtschaftlichen Gesundheitssystemen in Südeuropa (bspw. das häufig zitierte „Fakelaki“ in Griechenland) haben sich solche Entwicklungen zum Nachteil der Patienten als Grundfunktionsweise der Gesundheitswesen manifestiert.

Ein sehr aktuelles Beispiel für die Ineffizienz und Intransparenz von Gesundheitssystemen, die de jure versuchen ohne Preismechanismus auszukommen, ist Rumänien. Im Fall Rumänien hat ein steuerfinanziertes „kostenloses“ Gesundheitssystem dazu geführt, dass die informellen Zahlungen (Bestechungsgelder), die Patienten an das medizinische und pflegerische Personal in staatlichen Krankenhäusern erbringen müssen, um auch wirklich behandelt zu werden und nicht auf ewiglange Wartelisten zu gelangen, höher sind, als offizielle Preise in rumänischen privaten Krankenhäusern. Dabei gilt es die deutlich höherwertige Behandlungsqualität der privaten Krankenhäuser zu erwähnen. So werden die Patienten in den privaten Krankenhäusern in modernen Einzelzimmern untergebracht und erhalten medizinische Versorgung auf einem sehr hohen Niveau.⁷ Das Preis--Leistungs--Verhältnis ist also bei den privaten Gesundheitsdienstleistern deutlich besser. Ein intransparentes (und informelles) Preissystem bringt den Patienten ferner in eine Situation, in der er der Willkür des medizinischen und pflegerischen Personals ausgeliefert ist. Dies entsteht dadurch, dass:

- der Patient keine Rechtssicherheit bezüglich der Leistungserbringung hat,
- der Patient sich nicht darauf verlassen kann, dass es nach der ersten, Zahlung nicht zu weiteren Schmiergeldzahlungen kommen muss, um die Behandlung fortzuführen,
- in Notfällen der Patient (zum Beispiel im Falle von Bewusstlosigkeit bei Einlieferung) nicht die höherwertige (durch Bestechung erworbene) Behandlung nachfragen kann
- und der Patient sich gegen informelle Zahlungen nicht versichern kann und daher finanziell stärker getroffen wird, als in einem formalisierten und katalogisierten Preissystem.

MEDIZINSTUDIUM UND AUSBILDUNG

Für eine gute gesundheitliche Versorgung bedarf es neben medizinischer Innovation und der Finanzierung von medizinischen Leistungen vor allem auch medizinisches und pflegerisches Personal, welches diese Leistungen erbringen kann.

Daher ist es wichtig sich neben dem Gesundheitssystem an sich, sich auch das Ausbildungssystem für medizinische und pflegerische Berufe genauer anzuschauen. In den meisten europäischen Ländern wird ein Großteil der zukünftigen Mediziner in staatlichen Hochschulen ausgebildet und aufgrund sehr hoher Auflagen zur Zulassung gibt es nur vereinzelt private Hochschulen, die zur Medizinerbildung befähigt sind. Dies führt zu einer zentralistischen Planung von Medizinerkapazitäten (man beachte den Timelag von mindestens zehn Jahren zwischen Beginn des Medizinstudiums bis zur Facharztstufe) und verhindert innovative private Lösungsansätze zur Ausbildung weiterer Mediziner. Die staatliche Festlegung der Zulassungsquoten von Medizinstudenten ähnelt Produktionsquoten in plan-

7 <http://europe--health--care.eu/romania--price--comparison--of--maternity--hospitals/#&panel1--3>

wirtschaftlichen Systemen. Trotz steigender Nachfrage an medizinischen Leistungen und den Phänomenen, dass a) Mediziner das Gesundheitssystem verlassen (und in anderen Bereichen der Wirtschaft tätig werden) und b) Mediziner in andere Länder abwandern, haben staatliche Korrekturversuche in der Medizinerbildung bisher keine signifikant positiven Ergebnisse gebracht. Eine weitgehende Liberalisierung der Medizinerbildung wäre wahrscheinlich ein deutlich wirksamerer Schritt, um die Anzahl an Ärzten in westlichen Gesundheitssystemen zu erhöhen.

MARKTEINTRITTSBARRIEREN DURCH KORPORATISTISCHES KAMMERWESEN

Vom Gesetzgeber stark regulierte (und von den momentanen Akteuren stark verteidigte) berufsständische Strukturen und ein oft gildenähnliches System, welches modern auch Selbstverwaltung genannt wird, sind weitere Hemmschuhe für Innovation in der Allokation von Ausbildungsressourcen im Gesundheitssystem.

So sind auch meist die medizinischen Fachgesellschaften zuständig für die Zulassung neuer Berufstypen bzw. können Marktinnovationen im Berufsfeld Gesundheitswesen verhindern. So wird die Erschaffung neuer Berufsfelder auf dem freien Markt erschwert obwohl einige Marktakteure und viele Experten die Notwendigkeit sehen medizinische Leistungen abzudelegieren, um die knappe und teure Ressource „Arzt“ mit höchster Effizienz einsetzen zu können.

Im deutschen Gesundheitswesen weist besonders der ambulante Sektor einen hohen Grad an Exklusion von neuen und innovativen Playern auf. Die sogenannten Kassenärztlichen Vereinigungen sind damit beauftragt die Bedarfsermittlung und Zulassung von niedergelassenen Ärzten durchzuführen.⁸ Somit können die bestehenden Anbieter ambulanter Leistungen kontrollieren, wem sie es erlauben als Konkurrent aufzutreten und wer abgewiesen wird.⁹

Der Apothekenmarkt in der Slowakei ist ein gutes Beispiel, wie durch die Reduzierung von Markteintrittsbarrieren und damit das Aktivieren von Marktmechanismen eine bessere Versorgung erreicht werden kann. Im Jahr 2006 erleichterte die slowakische Regierung den Mehr- und Fremdbesitz von Apotheken, was binnen 24 Monaten zu einem Wachstum der Anzahl an Apotheken um über 40 Prozent führte. Besonders große europäische Flächenländer, wie Deutschland oder Italien wehren sich gegen die Öffnung des Apothekenmarktes. Berufsständische Auflagen, Mehrbesitz- und Fremdbesitzverbot von Apotheken werden am Ende in diesen Ländern von den Patienten bezahlt, da Skaleneffekte nicht realisiert werden können, die Wege zur Apotheke länger sind, sowie Kettenbildung und marktberreinigende Mechanismen vom Gesetzgeber und Apothekerlobby verhindert werden.¹⁰

8 <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=917>

9 http://www.kbv.de/wir_ueber_uns/83.html

10 Szalay T, Pažitný P, Szalayová A, Frisová S, Morvay K, Petrovič M and van Ginneken E. Slovakia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2011; 13(2):116.

POSITIVBEISPIELE VON LIBERALER ORDNUNGSPOLITIK IM GESUNDHEITSWESEN: SINGAPUR UND GEORGIEN SINGAPUR

Singapur ist ein gutes Gegenbeispiel zu der These, dass die Höhe der Gesundheitskosten als Anteil am Bruttosozialprodukt positiv mit Wohlstand korreliert (sogenanntes superiores Gut), sondern, dass durch die Realisierung von einem auf Eigenverantwortung und Marktmechanismen aufgebauten Gesundheitswesen dieser Teufelskreis durchbrochen werden kann. Singapur gibt lediglich 3,9% (2009) des Bruttoinlandsprodukts für Gesundheitsausgaben auf (im selben Jahr betrug der Anteil an Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt der Schweiz 11,4 Prozent, Deutschlands 11,6 Prozent und der USA 17,4 Prozent).¹¹

Das singapurische Gesundheitssystem legt viel Wert auf die Selbstverantwortung der circa fünf Millionen Einwohner des Landes. Im Jahr 1984 wurde das singapurische Gesundheitssystem grunderneuert und damit das vorherrschende steuerfinanzierte Model (welches dem britischen Beveridge/NHS Model sehr ähnlich war) abgeschafft und die sogenannten Gesundheitssparkonten (Medisave Accounts) eingeführt. Neben den verpflichtenden Gesundheitssparkonten existiert ein staatlich angebotenes Versicherungsprogramm (Medishield), das freiwillig dazu gewählt werden kann und katastrophische medizinische Folgen versichert.

Insgesamt besteht das singapurische Gesundheitssystem aus drei Säulen:

Die erste Säule Medisave erlaubt es singapurischen Bürgern individuelle Gesundheitssparkonten zu führen, in denen sie (abhängig von ihrem Alter) zwischen 6,5 Prozent und 9 Prozent ihres Bruttolohns steuerfrei einzahlen können. Ungefähr 85 Prozent der singapurischen Bevölkerung partizipiert an diesem System. Diese Gesundheitssparkonten erwirtschaften auf dem Kapitalmarkt Rendite und können im Todesfall vererbt werden, da das Ersparte auf dem Gesundheitskonto direkt zu dem Eigentum des Sparerers gezählt wird (im Gegensatz zu herkömmlichen Krankenversicherungen, bei denen die Erben keinen Anspruch auf die gebildeten Altersrücklagen haben). Aus diesem Konto können und sollen Gesundheitsausgaben bezahlt werden. Im Jahr 2008 hatte jeder Singapurer durchschnittlich 8000 Euro auf seinem Gesundheitskonto zurückgelegt.¹²

Die zweite Säule bildet das sogenannte Medishield Programm. Es wurde 1990 eingerichtet und zeichnet sich durch eine hohe Eigenbeteiligung aus. Medishield sichert seine Versicherten gegen katastrophische Gesundheitskosten ab und wird neben der staatlichen Variante auch von gewinnorientierten Versicherungsunternehmen angeboten. Jeder Gesundheitssparkontohalter ist automatisch im Medisave System versichert und kann die Prämien durch Geld aus dem Medisavekonto bezahlen. Ferner ist es möglich aus dieser zweiten Säule freiwillig auszusteigen (fast 80 Prozent der Bevölkerung Singapurs ist allerdings auch über die zweite Säule versichert).

Bei der dritten Säule des Gesundheitssystems handelt es sich um das sogenannte Medifund Programm, welches seit 1993 existiert und damit das jüngste der drei Programme ist. Es dient als Sicherheitsnetz für Fälle, bei denen Patienten ihre Sparkonten aufgebraucht haben oder Eigenbeteiligungen nicht leisten können. Es ist dabei wichtig zu betonen, dass die Hilfe aus dem Medifund Programm auf

11 OECD Health Data 2011; WHO Global Health Expenditure Database.

12 <http://www.american.com/archive/2008/may--june--magazine--contents/the--singapore--model>

einer Fall zu Fall Basis entschieden wird und es keinen grundsätzlichen Anspruch auf Zahlungen aus diesem Topf gibt.

Das Beispiel Singapur zeigt vor allem, wie marktwirtschaftliche Anreizmechanismen und Eigenverantwortung zu einer deutlich geringeren Nachfrage an medizinischen Leistungen führen. Dem kann zudem nicht entgegnet werden, dass diese niedrigeren Gesundheitsausgaben zu Kosten der Bevölkerung gehen, da Singapur mit 82 Jahren (2011) eine der höchsten Lebenserwartungswerte der Welt hat.¹³ Auch bei der Betrachtung der Effektivität des singapurischen Gesundheitssystems lassen sich hohe Qualitätsergebnisse erkennen. Singapur hat eine der geringsten Säuglingssterblichkeitsraten weltweit und ist mit einer Rate von 0,2 Prozent um 70 Prozent niedriger, als die der Vereinigten Staaten.

GEORGIEN

Georgien befand sich in den ersten zehn Jahren nach Unabhängigkeit von der Sowjetunion in bürgerkriegsähnlichen Zuständen, litt an einer der höchsten Korruptionsraten in der Welt und wies eines der dysfunktionalsten Gesundheitssysteme auf.¹⁴

In einer tiefgreifenden Gesundheitsreform wurde in den letzten fünf Jahren ein Gesundheitssystem geschaffen, bei dem marktwirtschaftliche Elemente eine deutlich größere Rolle spielen, als in den meisten anderen Gesundheitssystem auf der Welt.

Der Staat tritt lediglich als Herausgeber von Krankenversicherungsgutscheinen für die schwache Hälfte der Bevölkerung auf. Diese Gutscheine erlauben es dem ärmsten Drittel der Bevölkerung, sowie Studenten, Kindern unter 6 Jahren und Rentnern eine Krankenversicherung (Grundleistungspaket, Basic Benefit Package) auf dem Versicherungsmarkt von einer privaten Krankenversicherung zu erwerben.

Im Gegenzug zum Rückzug des Staates aus den meisten Gebieten der Gesundheitsversorgung wurde von den Krankenversicherern verlangt sich mit um den Aufbau einer zeitgerechten medizinischen Infrastruktur zu kümmern. In den letzten zwei Jahren wurden über 100 stationäre medizinische Einrichtungen in Georgien erbaut oder runderneuert.

Für die ersten fünf Jahre nach der Reform wurden den Krankenversicherern Bezirke zugesprochen, in denen diese Versicherung die einzige berechnete für das staatlich finanzierte Programm ist. Die Regionen und Versicherungsprämien wurden durch negative Auktionen ermittelt.

Binnen eines halben Jahrzehnts wurde ein vollkommen neuartiges Gesundheitssystem erschaffen, das bereits weitreichende positive Effekte auf die Bevölkerung in Georgien hatte und dessen Effekte noch nicht konsolidiert sind.

Die Gesundheitsindikatoren, wie Kindersterblichkeit oder Lebenserwartung der Bevölkerung sind stetig angestiegen.¹⁵ Ferner sind informelle Zahlungen stark zurückgegangen und machen derzeit weniger als fünf Prozent der Gesundheitsausgaben aus (diese lagen vor zehn Jahren noch bei geschätzten 40 Prozent).

13 <http://www.singstat.gov.sg/stats/keyind.html>

14 www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/.../E93714.pdf

15 http://www.moh.gov.ge/files/01_ENG/Health_Care/Health_System/Health_System/HSPA--eng--exec.pdf

Die Liberalisierung und Deregulierung des georgischen Gesundheitssystems hat eine Vielzahl an einheimischen und internationalen Investoren angelockt, die nicht nur Kapital, sondern auch Know How in das Gesundheitssystem einfließen lassen.

Es gibt keine staatlich festgelegten Preise für medizinische Leistungen mehr und daher ergeben sich Preise durch die Entscheidungen der Marktakteure im Wettbewerb. Seit 2009 haben sich die Preise für medizinische Leistungen im Durchschnitt um 40 Prozent verringert (und dies bei einer gleichzeitig starken Modernisierung des Systems).

In nur wenigen Jahren ist eine vielfältige Landschaft an Leistungserbringern entstanden mit reinen Krankenhausbetreibern, kombinierte ambulante und stationäre Versorger und integrierte Gesundheitskonzerne, die Versicherung und Leistungserbringung anbieten (sogenannte Health Maintenance Organizations). Die Vielfalt auf dem Versorger- aber auch Versicherermarkt erlaubt neue Innovationen und eine weitere Verbesserung des georgischen Gesundheitssystems.

FAZIT

Die Analyse von verschiedenen Sektoren in Gesundheitssystemen und die Ergebnisse von Reformen hin zur Wahlfreiheit des Patienten, Eigenverantwortung und Liberalisierung von Leistungsanbietern haben gezeigt, dass Marktmechanismen und wettbewerbliche Elemente eine transparentere, günstigere und qualitativ höherwertige Gesundheitsversorgung leisten können. Ferner lässt sich feststellen, dass es oft korporatistische Elemente sind, die eine höhere Versorgerdichte, Innovationen in der Gesundheitsversorgung und niedrigere Kosten verhindern. Dies ist meist Resultat einer Klientelwirtschaft, bei der bereits existierende Marktakteure von Wettbewerb abgeschirmt werden. Es reicht also nicht allein eine Gesundheitsversorgung durch privatwirtschaftliche Akteure zu haben, sondern im Besonderen gilt es Markteintrittsbarrieren und standesrechtliche Privilegien (wie zum Beispiel das Fremdbesitzverbot) abzubauen.

Ferner sorgen planwirtschaftliche Festsetzungen von Mengen und Preisen für Diskrepanzen zwischen medizinischer Nachfrage und Angebot. Dies zieht sich wie ein roter Faden durch das ganze Gesundheitswesen beginnend von der Ausbildung bis zur Versorgung im ländlichen Raum. Staatlich festgesetzte Preise verhindern einen Preiswettbewerb um Patienten. Staatliche Lohnpolitik kann sogar dazu führen, dass sich eine starke Schattenwirtschaft im Gesundheitswesen bilden kann, die (wie oben beschrieben) Versicherungsschutz fast unmöglich macht.

Praktische Belege für die Überlegenheit von marktwirtschaftlichen Mechanismen gegenüber planwirtschaftlicher Gesundheitswirtschaft, lassen sich entweder in reformierten Teilbereichen eines Gesundheitssystems finden oder zeigen sich nach großen Reformen hin zu Liberalisierung oder Eigenverantwortung. Bei einer Gleichstellung von privaten und staatlichen Akteuren in einem Gesundheitssystem zeigen sich die Vorzüge privater Leistungserbringung und Gewinnorientierung. Ein interessanter Vorschlag wäre es daher korporatistische und andere Markteintrittsbarrieren abzubauen und Wettbewerb zwischen privaten und staatlichen Leistungserbringern und Versicherern zu ermöglichen – Dies würde zu einer ideologiefreien Lösung führen, bei der derjenige am Markt bestehen würden, der bessere Leistungen und höhere Qualität leistet.

FORUM FREIE GESELLSCHAFT (FFG) ...

... setzt sich ein für eine freie Gesellschaft, die Herrschaft des Rechts, die Unverletzlichkeit des Privateigentums, eine Kultur der Freiheit und Bürgerlichkeit, und eine politische Ordnung ein, die durch maximale Abwehrrechte des Bürgers und einen minimalinvasiven Staat gekennzeichnet ist. Die Aufgaben der Staatsvertreter bleiben auf hoheitliche Funktionen beschränkt, also den Schutz von Leib, Leben und Eigentum sowie die durch Setzung des Rechts im Fall von Konflikten. Recht wird dabei von Gesetzen unterschieden, weil ersteres aus Konventionen entsteht und letzteres Top down von Experten Gesetz wird.

Aufgabe von FFG ist es, die Erkenntnisse des klassischen Liberalismus wieder zu beleben und fortzuentwickeln. Wir sind der Auffassung, dass eine zweite Aufklärung erforderlich ist, die einer Erneuerung der geistigen Grundlagen folgt. Die Österreichische Schule, deren Stärken und Schwächen thematisiert werden, ist dabei ein Teil einer umfassenden Sozialphilosophie.

Einen Dritten Weg lehnen wir ab, da er in den Sozialismus und seine sanfteren Spielarten führt.

Copyright © 2015 Frederic Cyrus Roeder
Forum Freie Gesellschaft
Im Schlossgarten 1a
37699 Fürstenberg
info@forum-ordnungspolitik.de
www.forum-freie-gesellschaft.de
Veröffentlichungsdatum: 19. Mai 2015