

Sachdokumentation:

Signatur: DS 2577

Permalink: www.sachdokumentation.ch/bestand/ds/2577



Nutzungsbestimmungen

Dieses elektronische Dokument wird vom Schweizerischen Sozialarchiv zur Verfügung gestellt. Es kann in der angebotenen Form für den Eigengebrauch reproduziert und genutzt werden (private Verwendung, inkl. Lehre und Forschung). Für das Einhalten der urheberrechtlichen Bestimmungen ist der/die Nutzer/in verantwortlich. Jede Verwendung muss mit einem Quellennachweis versehen sein.

Zitierweise für graue Literatur

Elektronische Broschüren und Flugschriften (DS) aus den Dossiers der Sachdokumentation des Sozialarchivs werden gemäss den üblichen Zitierrichtlinien für wissenschaftliche Literatur wenn möglich einzeln zitiert. Es ist jedoch sinnvoll, die verwendeten thematischen Dossiers ebenfalls zu zitieren. Anzugeben sind demnach die Signatur des einzelnen Dokuments sowie das zugehörige Dossier.

Die Mär vom Marktversagen im Gesundheitswesen



MARC FOURADOULAS * • Mai 2020

Zusammenfassung

- Seit den 1960er Jahren legitimieren neoklassische Ökonomen mit dem Hinweis auf ein angebliches Marktversagen die Regulierung und Kollektivierung des Gesundheitssektors. Dabei wird von einem idealtypischen Marktmodell ausgegangen, für welches gewisse Bedingungen bestehen müssen, damit es optimal und effizient funktioniert. Hierzu gehören das Bestehen vollkommener Information, homogene Güter, Konsumenten-Souveränität, Fehlen von Externalitäten und kostenloser Marktzugang.
- Entgegen der neoklassischen Annahme sind Märkte nie perfekt, sondern befinden sich in einem Prozess des Strebens nach einem Optimum. Ein Gleichgewicht ist eine Momentaufnahme, der Markt hingegen ein Prozess. Die Frage lautet daher: Ist das Fehlen eines Marktes, also ein staatlich organisiertes Gesundheitswesen, besser als ein Markt mit Ungewissheiten?
- Der weitgehende Verzicht auf Marktmechanismen mit Preisbildung als Informations- und Allokationssignale führt unweigerlich zu Fehlanreizen, rigiden Strukturen und Bürokratisierung. Anstelle der spontanen Ordnung des Marktes entsteht ein chaotisches Geflecht unklarer Ansprüche und Gegenleistungen. Regulierungsspiralen, Lobbying und ausufernde Kosten sind die klassischen Folgen. Darauf folgen zentralistische Steuerungsversuche, welche schliesslich zu willkürlicher Rationierung führen.
- Bei Gesundheitsleistungen handelt es sich um eine heterogene Menge komplett unterschiedlicher Güter und Leistungen, die in unterschiedlicher Menge, Qualität und Kombination erhältlich sind. Anstatt sich mit Regulierung und Zugangsgerechtigkeit zu diesem imaginären Konstrukt der «Gesundheit» zu befassen, sollte das Augenmerk auf die spezifischen Leistungen und Bedürfnisse gelegt werden. Voneinander völlig verschiedene Leistungen wie z.B. Ohrenspülung, Nierentransplantation und Psychotherapie haben nichts gemeinsam, das einer kollektivistischen Regulierung und Finanzierung bedarf.

* Der Autor, Dr. med., ist Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH und Psychosomatik SAPPm. Er betreibt eine eigene Praxis in Zürich.

Im Angesicht von Krankheit und Leid versagen angeblich die Märkte für Gesundheitsleistungen. Unter dem Begriff «Marktversagen» legitimieren neoklassische Ökonomen seit den 1960er Jahren die Regulierung und Kollektivierung dieses Sektors. Ebenso bildet diese Annahme des angeblichen Marktversagens die Basis der gesundheitsökonomischen Fachdisziplin und Grundlage der Entwicklung, Beibehaltung und Regulierung von nationalen Gesundheitssystemen. Neben weit verbreiteten ethischen Grundsätzen wie der Zugangsgerechtigkeit oder dem Solidargemeinschaftsprinzip gehört sie zur Basislegitimation für kollektivistische staatliche Eingriffe.

Das auf der Gegenseite drohende Staatsversagen soll durch gesundheitspolitische Interventionen abgewendet werden. Gesundheitsökonomische Modelle und Forschungsergebnisse (Versorgungsforschung, Kosten-Nutzen-Studien) sollen diesen Interventionen als Basis dienen. Als sogenannte «Sozial-Ingenieure» erheben Gesundheitsökonominnen gemeinsam mit Politikern so einen technokratischen Anspruch auf das daraus entstandene Massensystem und den dazugehörigen System-Diskurs. Die Folgen sind weitreichend. Durch den daraus abgeleiteten Versicherungszwang, die Preiskontrollen und die Drittfinanzierung sämtlicher Leistungen wird der gesamte Sektor schliesslich in eine bürokratische Wirtschaftsform übergeführt.

Was ist das Gesundheitswesen?

Gesundheitssysteme sind dynamisch, ihre Entwicklung unvorhersehbar und ihre Komplexität sowohl unüberschaubar als auch unbeherrschbar. Der weitgehende Verzicht auf Marktmechanismen mit Preisbildung als Informations- und Allokationssignale führt unweigerlich zu Fehlanreizen, rigiden Strukturen und Bürokratisierung. Anstelle der spontanen Ordnung des Marktes entsteht ein chaotisches Geflecht unklarer Ansprüche und Gegenleistungen. Regulierungsspiralen, Lobbying und ausufernde Kosten sind die klassischen Folgen. Darauf folgen zentralistische Steuerungsversuche, welche schliesslich zu willkürlicher Rationierung führen.

Die gesundheitsökonomische Beforschung dieser stark regulierten Branche zuhause der Politik lässt dabei grossen Spielraum für Interessenpolitik und nimmt im Sinne der Steuerungsversuche unweigerlich planwirtschaftliche Züge an. Die Rolle des Marktes wird dabei je nach System in residueller Form eines regulierten Wettbewerbs beibehalten. Dieser orientiert sich aber nicht an der Zahlungsbereitschaft der Patienten, sondern an Diagnosen (DRGs) und Zeit-/Leistungsstarifen, welche über Drittfinanzierer, d.h. durch das Kollektiv, finanziert werden müssen. Bei wachsender Anbieterzahl sind Mengenausweitung und Orientierung an lukrativen Tarifen die unausweichlichen Folgen dieses verzerrten Wettbewerbs.

Systemdiskussionen in der Sackgasse

Die durch die Anspruchsgruppen geführten Diskussionen zur Systemrettung enden in der Regel unergiebig. Weder Ärzte, Versicherer, noch Bevölkerung haben ein Interesse, freiwillig von ihren Ansprüchen abzuweichen. Was alles unter Leistun-

gen des Gesundheitswesens verstanden wird, bleibt leider meist unklar. Der Krankheitsbegriff selbst wird höchst selten klar definiert. Auch die Medizin mit ihrem biopsychosozialen Krankheitsverständnis trägt leider wenig zur Klärung dieser Frage bei, da es in der Anwendung vage bleibt und auf eine ökonomische Dimension verzichtet.

Trotzdem wird in politischen Diskussionen von einer scharfen Abgrenzung zwischen gesund und krank ausgegangen. Liegt eine Diagnose vor, so legitimiert diese eine sogenannte wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Behandlung. Die Diskussion ist dabei geprägt von einem Alles-oder-Nichts-Denken mit der Diagnose als klarem Wegweiser. An Beispielen führen Ökonomen gerne einfache reparative Eingriffe wie elektive Operationen (Hysterektomie, Katarakt-OP), seltene Krankheiten («Orphan Disease») und zu hohe Medikamentenpreise ins Feld. Public Health Experten verweisen auf grobe metrische Daten wie Sterblichkeit und Zufriedenheitsumfragen, um das Massensystem zu bemessen und zu legitimieren.

Leider geht so die Sicht auf die eigentlichen Probleme verloren: Nämlich eine Anspruchshaltung auf etwas, das nicht fassbar ist und eine Medizin, die alles andere als eine exakte Wissenschaft ist.

Was sind Gesundheitsleistungen?

Bei Gesundheitsleistungen handelt es sich um eine heterogene Menge komplett unterschiedlicher Güter und Leistungen, die in unterschiedlicher Menge, Qualität und Kombination erhältlich sind. Es ist keine homogene Einheit, niemand konsumiert Gesundheitsleistungen per se.

Demgegenüber steht eine ebenso grosse Vielfalt an Anbietern, die als einzige Gemeinsamkeit ein Zertifikat einer staatlichen Hochschule und Berufsorganisation (Bsp. FMH) aufweisen, welches sie zur kollektiven Verrechnung befugt. Mediziner selbst sind alles andere als einheitlich. Man braucht sich hierfür nur die wachsende Bandbreite an Fachdisziplinen, Subdisziplinen und Schwerpunkte-Zertifikaten anzuschauen. Was ein «Arzt» ist, wurde im Vorfeld durch den ärztlichen Stand in Form von Ausbildungs-, und Lizenzmonopolen bestimmt und ist nicht Folge von Marktprozessen. Der ärztliche Fachjargon und Monopolanspruch verwehren dem Laien dabei weiter den Blick auf die tatsächlichen Hintergründe und Gegebenheiten dieser Leistungen. Die Diskussion findet also bereits auf einem künstlichen Fundament der ärztlichen Gilde statt und verunmöglicht dadurch das Erahnen von Marktalternativen.

Anstatt sich also mit Regulierung und Zugangsgerechtigkeit zu diesem imaginären Konstrukt zu befassen, sollte das Augenmerk auf die spezifischen Leistungen und Bedürfnisse gelegt werden. Haben denn so verschiedene Leistungen wie z.B. Ohrenspülung, Nierentransplantation und Psychotherapie wirklich etwas gemeinsam, das einer kollektivistischen Regulierung und Finanzierung bedarf? Eine Verallgemeinerung dieser höchst diversen Leistungen unter dem Deckmantel des «Marktversagens» ist dabei wenig hilfreich. Schliesslich hat jeder Entscheid zwischen Nachfrager und

Anbieter ihren eigenen «Trade-off» und damit ihre eigene «gesundheitsökonomische» Ausgangslage.

Die Doktrin des «Marktversagens»

In Bezug auf Gesundheitsleistungen («medical care») beschrieb der amerikanische Ökonom Kenneth Arrow 1963 erstmals diese Thematik.¹ Er war selbst ein Vertreter und Mitbegründer der sogenannten Wohlfahrtsökonomik und Gleichgewichtstheorie. Hierbei wird von einem idealtypischen Marktmodell ausgegangen, für welches gewisse Bedingungen bestehen müssen, damit es optimal und effizient funktioniert. Hierzu gehören das Bestehen vollkommener Information für alle entscheidungsrelevanten Informationen (Qualität und Preis), homogene Güter, Konsumenten-Souveränität, Fehlen von Externalitäten, kostenloser Marktzugang und andere.

Liegen diese Bedingungen vor, so herrscht auf dem Markt vollkommener Wettbewerb, bei dem Angebot und Nachfrage übereinstimmen und ein Wettbewerbsgleichgewicht besteht. Es handelt sich um eine Modelltheorie, die auf mathematischen Ableitungen beruht und keinen Raum für den dynamischen, ungewissen und letztlich unternehmerischen Marktprozess lässt. Sind diese Bedingung nicht vorhanden, besteht ein «Marktversagen», was angeblich zum wohlfahrtstaatlichen Eingriff legitimiert.

Gemäss Arrow und der gesundheitsökonomischen Theorie sind die Bedingungen des idealen Marktes für Gesundheitsleistungen und Krankenversicherung nicht gegeben. Zu gross sind Ungewissheiten, Informationsasymmetrien und Angebotsregulierung. Einige dieser spezifischen Charakteristika seien hier zum besseren Verständnis aufgeführt:

- Ungewissheit in Bezug auf:
 - Einsetzen einer Krankheit (durch Zufall bestimmt) und Wirksamkeit einer Therapie
 - Qualität der Diagnose
 - Notwendigkeit der Inanspruchnahme ärztlicher Leistung
 - Höhe der Kosten
 - Krankheitsfolgen mit Beeinträchtigung der persönlichen Integrität des Betroffenen und potentieller Verlust seiner Entscheidungssouveränität und Einkommenschancen
- Informationsasymmetrie
 - Wissens- und Erfahrungsvorsprung des Arztes
- Erwartetes Verhalten des Arztes
 - «Principal-Agent»-Verhältnis: der Arzt berät den Patienten und hat damit Einfluss auf die Nachfrage
 - Abkehr von Eigeninteresse und Profitmotiv, hin zur kollektiven Orientierung

¹ https://web.stanford.edu/~jay/health_class/Readings/Lecture01/arrow.pdf

- Behandlung anhand objektiver Parameter
- Vertrauens- und Beziehungselement, kein Vortest der Leistung möglich
- Angebotsregulierung
 - Lizenzierung durch Hochschulen und Berufsverbände
 - Eine liberale Antwort: Vom Modell zur Realität

Modelle sind immer abstrakte Vereinfachungen der Realität. Wissenschaftlich mag dies legitim sein. Der Nutzen für die reale Welt ist hingegen die relevantere Frage. Das Gleichgewichtsmodell basiert auf mathematischen Gleichungen und stellt die Komplexitäten menschlichen Verhaltens und der umweltbedingten Zwänge nicht in Rechnung. Ebenso wird dem Unternehmer als Akteur zur Überwindung dieser Hindernisse keine Rolle zugeschrieben.

In der Realität sind Märkte nie perfekt, sondern befinden sich in einem Prozess des Strebens nach einem Optimum. Ein Gleichgewicht ist eine Momentaufnahme, der Markt hingegen ein Prozess. Die Frage lautet daher eher: Ist das Fehlen eines Marktes, also ein staatlich organisiertes Gesundheitswesen, besser als ein Markt mit Ungewissheiten? Eine Alles-oder-Nichts Antwort in Bezug auf die Marktfähigkeit sämtlicher Gesundheitsleistungen ist kaum hilfreich. Korrekt erkannt wird hingegen die hohe Angebotsregulierung, jedoch ohne diese zu hinterfragen. Im Gegenteil, sie wird als legitime Grundlage von Asymmetrien angesehen.

Ungewissheiten und Informationsasymmetrien

Grundsätzlich stellen Ungewissheiten und Informationsasymmetrien gerade Voraussetzungen für Märkte dar. Sowohl Anwälte, Finanz- oder Berufsberater operieren mit Ungewissheiten und Informationsasymmetrien. Der Kunde wendet sich aus Mangel an Wissen und Erfahrung an sie. Im Falle von vollkommener Information und Gewissheit wären sie, als auch der Arzt, überflüssig. Um den Machtmissbrauch durch das Kompetenzgefälle zu verhindern, behelfen sich private Märkte in dieser Situation durch Instrumente wie das Einholen von Zweitmeinungen, Informationen von Konsumentenschutzorganisationen und Rating-Agenturen oder durch das Offerieren von Garantien. Bei Vertrauensberufen nimmt weiter die Reputation eine zentrale Stellung ein.

Ungewissheiten werden erst zum Problem, wenn sie hohe, sogenannte katastrophische Kosten nach sich ziehen. Für das Individuum lassen sich solche Katastrophen nicht voraussagen, in einem grossen Pool lassen sie sich statistisch vorhersagen, was die Basis von Versicherungen darstellt. Für moderate Krankheitsfälle lassen sich heutzutage Diagnostik und Therapie-Kosten leicht vergleichen.

Was würde wirklich gegen die private Behandlung von Eisenmangel, Wundbehandlung, Warzen oder Erkältungen sprechen? Die Diagnostik von Infekten oder Eisenmangel ist standardisiert. Trotz Ungewissheiten spricht nichts gegen einen Preiswettbewerb. Der Arzt kann hier beraten und dies mag besonders initial sinnvoll sein. Bei sich wiederholenden Zuständen spricht nichts gegen einen eigenverantwortlichen Umgang mit privaten Diagnostik-Angeboten. Die Einbettung in ein drittfinanziertes

Gesundheitssystem mit ausschliesslicher Abwicklung durch hochspezialisierte Fachkräfte – die ärztliche Ausbildung dauert in der Schweiz mindestens 12 Jahre – verteuert und kompliziert solche einfachen Behandlungen massiv.

In Bezug auf die ärztliche Tätigkeit hat Arrow wesentliche Elemente der angewandten Medizin treffend beschrieben. Doch ähnlich wie bereits die Idee eines perfekten Marktes neigt die Argumentation zu einem Alles-oder-Nichts-Denken. In anderen Worten besteht für jede Form der ärztlichen Beratung ein derartiges Gefälle von Wissen, Können und Vulnerabilität, dass der Patient stets ausgeliefert scheint. Er ist also immer unmündig, nie urteilsfähig und stets krankheitsbedingt gefährdet. Er ist scheinbar nicht in der Lage, sich Wissen und Erfahrung zu erwerben und selbständig zu entscheiden. Doch natürlich ist Entscheidungssouveränität nicht immer unmöglich, sondern kann erarbeitet werden. Auf der anderen Seite wird dem Arzt eine standardisierte ärztliche Kompetenz zugeschrieben. Doch in Wirklichkeit gibt es auch hier keine Konstante. Die Behandlungsstile können, abgesehen von akuten Situationen, sehr verschieden sein. Die Vielfalt ärztlicher Spezialisierungen ist ein Beleg hierfür. Ebenso ist die Abkehr vom Profitmotiv eine idealtypische Vorstellung, die in der Realität nicht haltbar ist.

Auch sind Krankheiten nicht immer reine Zufälle. Ein Grossteil chronischer Krankheiten ist auf ungünstige Verhaltensweisen zurückzuführen. Rund 80 Prozent der direkten Gesundheitskosten werden von nichtübertragbaren Krankheiten («NCD», Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebs, Atemwegs- und muskuloskelettale Erkrankungen) verursacht.² Schätzungen gehen davon aus, dass mehr als die Hälfte der NCD mit einem gesunden Lebensstil vermieden oder zumindest verzögert werden könnten. Chronisch Kranke tragen also einen Teil zu ihrer Erkrankung bei. Sie sind nicht nur Opfer eines Zufalls.

Der «Trade-Off» ist dabei immer ein individueller, z.B. Lebensstiländerung oder kassenfinanziertes Medikament? Nichts spricht hier gegen eine Entscheidungssouveränität. Im Gegenteil, sie sollte zum Nutzen des Patienten erarbeitet werden. Schliesslich ist er der Experte seiner Wahrnehmung und Verhaltensweisen und hat hier den Asymmetrie-Vorsprung. Überdies existieren Fälle von Krankheitsopportunismus bzw. «Krankheitsgewinn», in welchen sich Menschen mit Krankheiten identifizieren und Verantwortlichkeiten vermeiden. In solchen Fällen wirken Behandlungen sogar krankheitsfördernd.

Die Merkmale der eingeschränkten Souveränität gelten vorwiegend für akute Krankheiten und schwere psychische Erkrankungen mit hoher Dringlichkeit. In der gesundheitsökonomischen Argumentation wird vom Extremfall ausgegangen und auf sämtliche Gesundheitsleistungen extrapoliert. Patienten erhalten so tatsächlich den Eindruck, nicht Herr ihrer Gesundheit werden zu können. Dies ist tragisch, denn idealerweise entscheidet sich der Patient für den Behandlungsstil des Arztes und arbeitet

² <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/ncd-strategie/faktenblatt-ncd.pdf.download.pdf/faktenblatt-ncd.pdf>

mit diesem gemeinsam in einem Prozess an einer Behandlung, in der sich Asymmetrien angleichen und dadurch entweder eine Hilfe zur Selbsthilfe («Coping») darstellt oder auf Fürsorge beruht («Care»). Seine Kostenbeteiligung fördert seine Mitarbeit.

Das Verhalten des Arztes

Die Problematik der Ungewissheit in Bezug auf Einsetzen von Krankheiten und Effektivität von Therapien ist eine Realität. Die eingeschränkte Entscheidungssouveränität und persönliche Vulnerabilität kennzeichnen den Patienten als solchen. Der Umgang damit ist ein Wesensmerkmal des ärztlichen Berufsbildes. So berät der Arzt den Patienten in dessen Interesse («Principal-Agent»-Verhältnis) und hält sich in seinem eigenen Interesse an eine berufsspezifische ärztliche Ethik. Sie ist es ja gerade, die ihn von einem Verkäufer unterscheidet und einen Machtmissbrauch verhindern soll.

Die staatliche Lizensierung des Arztberufes hat eine solche Abgrenzung aber überflüssig gemacht. Das Vertrauen entsteht nicht mehr durch ethisches und damit auch ökonomisch angemessenes Handeln, sondern durch das bestandene Staatsexamen und spätere FMH-Zertifikat. Das staatlich subventionierte Zertifikat sorgt also für die Reputation. Die staatlich und berufsständisch vorgeschriebene exzessive Ausbildungsdauer erzeugt beim Patienten den Anschein einer unerreichbaren Kompetenz.

Durch den Wegfall von Preisdifferenzierung entkoppelt sich das Preis-Leistungs-Verhältnis. Losgelöst von der Zahlungsbereitschaft der Patienten entwickelt sich der Qualitätswettbewerb unweigerlich in Richtung Hochspezialisierung. Je mehr Weiterbildungszertifikate, umso höher die ausgewiesene Qualität. Das Gefälle zwischen Arzt und Patient verschärft sich weiter. Für den Patienten ist die Bedeutung von Zertifikaten allerdings unklar und das Zertifikatswesen selbst bleibt ihm, als auch manchem Arzt, undurchschaubar.

Da der Arzt als Vertrauensperson um die Wichtigkeit seiner Reputation bedacht ist, hat er in einem freiheitlichen System kaum Anreize, seine Macht zu missbrauchen. Wird er aber von der Zahlungsbereitschaft des Patienten abgeschirmt und durch hohe Eintrittsbarrieren und Lizenzzwang zum Monopolisten, ist ihm der Patient tatsächlich ausgeliefert. Übt er vorwiegend kassenfinanzierte technische Leistungen aus, so ist ihm der Patient als auch die Gesellschaft ausgeliefert. Der Machtmissbrauch ist perfekt.

Das Staatsexamen wurde so zur einmaligen Eintrittsbarriere zur ärztlichen Monopolstellung und zum Prestige. Die Verlockung von ärztlichem Prestige, Monopolstellung und Einkommensgarantie bildet sich durch die stetig ansteigende Anzahl Ärzte ab. Es ist nicht mehr der Verdienst gegenüber den Kranken. Nein, durch Preis- und Leistungsregulierung wurde ärztliches Handeln von barmherziger Leistung abgeschirmt. Der Anspruch auf Besitzstandswahrung blieb. Obwohl der technische Fortschritt Ungewissheiten reduziert, z.B. in Form von genaueren Diagnosetechniken, blieben technische Untersuchungen weiter in ärztlicher Hand. Inwiefern nun ein Arzt,

der nur technische Untersuchungen betreibt, weiterhin ein Arzt ist, wurde nie hinterfragt.

Fazit

Die Idee des Marktversagens entstammt einer hoch abstrakten, modellhaften Vorstellung von Wirtschaft. Durch die darin enthaltenen Annahmen wird die Marktfähigkeit sämtlicher Gesundheitsleistungen in der Praxis abgestritten. Zwischen Modell und realer Welt besteht folglich eine zu grosse Diskrepanz. Doch ist diese Diskrepanz nicht eher ein Problem des wissenschaftlichen Modells als der realen Welt?

Losgelöst von Modelldenken und ärztlicher Besitzstandswahrung geht es also um die zeitlose Frage, welche Leistungen wie marktgängig sind und wo Formen der sozialen Fürsorge zum Tragen kommen sollten. Dabei spielen nebst der Diagnose insbesondere auch die Verantwortungsfähigkeit, Urteilsfähigkeit und Mündigkeit des Patienten eine Rolle. Diese Beurteilung wäre schliesslich eine zentrale Aufgabe der Ärzte. Aus praxeologischer Sichtweise ist Gesundheit ein erstrebenswertes Ziel und ein steter Lernprozess. Das Festhalten an einer künstlich erzeugten, staatlich subventionierten Asymmetrie und Rollengefällen zementiert Abhängigkeiten und kapitalisiert diese auf höchst ungünstige Weise.

Eine abschliessende Beantwortung der Frage nach der Marktgängigkeit ist leider nicht möglich. Vielmehr stellen wir fest, dass das neoklassische Marktmodell für die Realität wenig hilfreich ist und eine Bürokratisierung sämtlicher Gesundheitsleistungen die ursprüngliche Absicht der Zugangsgerechtigkeit ins Gegenteil kehrt. Die Angst vor dem Markt führt so zu einem trägen Massensystem, das sich immer weniger dem bedürftigen Kranken und Beitragszahler anpassen kann. Wenn schliesslich Krankenkassenprämien für junge Familien zur Schuldenfalle werden³, kehrt sich ihre ursprüngliche Absicht um, denn auch Sorgen machen krank.

³ https://www.srf.ch/news/wirtschaft/boom-bei-konsumkrediten-geldverleiher-haben-konjunktur?xing_share=news



LIBERALES INSTITUT

Impressum

Liberales Institut
Hochstrasse 38
8044 Zürich, Schweiz
Tel.: +41 (0)44 364 16 66
institut@libinst.ch

Bei diesem Paper handelt es sich um einen Beitrag, der im Buch «Zu teuer! Warum wir für unser Gesundheitswesen zu viel bezahlen» (2019, Edition Liberales Institut) erscheinen ist.

Alle Publikationen des Liberalen Instituts finden Sie auf www.libinst.ch.

Disclaimer

Das Liberale Institut vertritt keine Institutspositionen. Alle Veröffentlichungen und Verlautbarungen des Instituts sind Beiträge zu Aufklärung und Diskussion. Sie spiegeln die Meinungen der Autoren wider und entsprechen nicht notwendigerweise den Auffassungen des Stiftungsrates, des Akademischen Beirates oder der Institutsleitung.

Die Publikation darf mit Quellenangabe zitiert werden.
Copyright 2020, Liberales Institut.