

# Gesundheitssystementwicklung in den MOE-Ländern

Zwischen sozialen Rechten und Marktallokation<sup>1</sup>

August Österle, László Gulácsi, Michaela Pechová

## Abstract

Die Gesundheitssystementwicklung in den mittel- und osteuropäischen Ländern ab den 1990er Jahren wurde vielfach als »Back to Bismarck« beschrieben. Auch wenn das Sozialversicherungsmodell einen wichtigen Orientierungspunkt darstellte, so zeigen sich in der konkreten Ausgestaltung und Entwicklung der vergangenen 20 Jahre doch beträchtliche Unterschiede. Ausgehend von einem Überblick zur Gesundheitssystementwicklung im mittel- und osteuropäischen Raum werden in dem Beitrag die jüngsten Entwicklungstrends einer genaueren Analyse unterzogen. Eine Erläuterung der Reformentwicklungen und Reformdebatten in Ungarn und in der Slowakei zeigen im Spannungsfeld von sozialen Rechten und Marktallokation zunehmend polarisierende Orientierungen statt notwendiger Strukturmaßnahmen und Konsolidierungsphasen.

## Einleitung

Bei einer Beschreibung der europäischen Gesundheitssystemmodelle des 20. Jahrhunderts wird in der Regel nach dem Bismarck-Modell der sozialen Krankenversicherung, dem Beveridge Modell des Nationalen Gesundheitsdienstes und dem Semashko-Modell, dem staatlichen Gesundheitsdienst sowjetischer Prägung, unterschieden. In Österreich weist das soziale Krankenversicherungssystem eine fast durchgehende Geschichte von 120 Jahren auf und prägt die Gesundheitssystementwicklung bis heute. Im Unterschied dazu wurden die Organisationsmodelle in den mittel- und osteuropäischen Nachbarländern (MOE-Länder) in dieser Zeit mehrfach grundlegend umgestaltet. Die letzte große Transformationswelle in den 1990er Jahren wurde vielfach mit »Back to Bismarck« charakterisiert. Und Reformentwicklungen der vergangenen 20 Jahre sind auch durch eine Orientierung am Sozialversicherungsmodell charakterisiert. Gleichzeitig zeigen sich aber in der konkreten Ausgestaltung und Entwicklung beträchtliche Unterschiede. Ausgehend von einem historischen Überblick zur Gesundheitssystementwicklung im MOE-Raum werden in diesem Beitrag die jüngsten Trends und die dahinter stehenden Kräfte einer genaueren Analyse unterzogen. Beispielhaft werden die Entwicklungen und Debatten in Ungarn und in der Slowakei diskutiert. Diese sind durch ein Spannungsfeld geprägt, das sich aus den Bemühungen zur Sicherung eines umfassenden und qualitativ hochwertigen Zugangs zu Gesundheitsleistungen einerseits und der häufig prioritären Orientierung an ökonomischen Struktur- und Wachstumszielen andererseits ergibt.

## Zur Geschichte der Gesundheitssystementwicklung in den MOE-Ländern

Die Einführung sozialer Versicherungssysteme in den 1880er Jahren wird vielfach als Ursprung der europäischen Wohlfahrtsstaaten gesehen. In Österreich wurde die soziale Krankenversicherung im Jahr 1888 (mit Gültigkeit ab 1. 8. 1889) als zweiter Zweig der Sozialversicherung etabliert. Damit wurde erstmals eine Versicherungspflicht etabliert (auch wenn anfangs nur für einen Teil der Arbeiterschaft), es wurden Versicherungskassen geschaffen, die ihre Aufgaben im Rahmen der Selbstverwaltung mit Aufsicht durch den Staat ausführten, und es wurde ein Beitragssystem eingeführt, das Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge kombiniert. (vgl. Tálos 1981; Alber 1982.) Auch in den früheren Teilländern der österreichisch-ungarischen Monarchie wurden bereits Ende des 19. Jahrhunderts soziale Krankenversicherungssysteme eingeführt und in den darauf folgenden Jahren weiterentwickelt. Das Modell der sozialen Krankenversicherung blieb auch nach den völlig veränderten politischen Konstellationen nach dem ersten Weltkrieg in den MOE-Ländern bestimmender Orientierungspunkt in der Gesundheitssystementwicklung. Die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts war durch die weitere Ausdehnung des Personenkreises und des Leistungsspektrums geprägt. Die organisatorische Detailstruktur hat sich in den einzelnen Ländern aber zusehends unterschiedlich entwickelt. (vgl. van der Beek 2002)

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts orientierten sich zahlreiche westeuropäische Länder in der Gesundheitssystementwicklung an den im Beveridge Report 1942 geforderten Prinzipien. Danach soll die Absicherung bestimmter sozialer Risiken als Bürgerrecht etabliert werden. Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen soll nicht von der Einkommenssituation, dem beruflichen Hintergrund der betroffenen Personen oder einer Beitragszahlung abhängig sein, sondern allen Bürgern eines Landes zugänglich gemacht werden. Entsprechende Entwicklungen fanden sich in Großbritannien und den nordeuropäischen Ländern, in späteren Dekaden auch in Italien oder Spanien. In den MOE-Ländern wurde nach 1945 mit der Etablierung kommunistischer Systeme schrittweise das sowjetische Gesundheitssystemmodell eingeführt. Die Bezeichnung dieses Gesundheitssystemmodells als Semashko-Modell geht auf den früheren russischen Arzt und Politiker A. Semashko zurück. Neben dem Ziel der Gesundheitssicherung und der zentralen Bedeutung von Gesundheitsvorsorge und Gesundheitserziehung, orientierte sich das Modell am Prinzip der Staatlichkeit, wonach einzig der Staat für die Finanzierung und Bereitstellung von Gesundheitsleistungen zuständig ist, sowie am Prinzip der Planmäßigkeit, das neben der zentralen Planung auch die Abstimmung mit dem volkswirtschaftlichen Gesamtplan vorsieht (George/Manning 1980). In der konkreten Ausgestaltung der Gesundheitssysteme zeigten sich trotzdem wesentliche Unterschiede zwischen den kommunistischen Ländern, was auf unterschiedliche historische Bezüge, vor allem aber auch auf die ökonomische Gesamtsituation zurückzuführen war. (Mihályi 2005) So bestanden etwa in der damaligen DDR, in Polen, der Tschechoslowakei oder in Ungarn Sozialversicherungseinrichtungen. Allerdings entsprachen diese Einrichtungen nicht oder nur teilweise den traditionellen Charakteristika von Sozialversicherungssystemen. Die Einrichtungen hatten verschiedene administrative Aufgaben wahrzunehmen und waren in einigen Ländern auch mit der Aufbringung finanzieller Mittel beauftragt. Letztlich aber unterstanden diese Einrichtungen direkt den entsprechenden Ministerien und waren auch unmittelbar in den staatlichen Haushalt

integriert. Auch im Hinblick auf den Leistungszugang orientierten sich die Systeme – grundsätzlich – am Einbezug der gesamten Bevölkerung. (vgl. van der Beek 2002)

Die erste Phase des Semashko-Modells in den MOE-Ländern war auch durch gesundheitspolitische Erfolge charakterisiert. So zeigten sich im Gesundheitszustand der Bevölkerung positive Entwicklungen, was vor allem auch Ergebnis der Ausrichtung der Gesundheitspolitik auf die Verhinderung übertragbarer Erkrankungen bzw. allgemein der Betonung von Gesundheitsvorsorge und Gesundheitserziehung war. Aber schon in den 1960er Jahren haben organisatorische Probleme gekoppelt mit den ökonomischen Rahmenbedingungen Probleme in der Qualität der Versorgung mehr und mehr deutlich gemacht. Die Fokussierung auf die Krankenhausinfrastruktur hat zu hohen personellen und räumlichen Kapazitäten in diesem Bereich geführt, während die allgemeinmedizinische Versorgung im niedergelassenen Bereich zurückgedrängt wurde. In den 1980er Jahren wiesen die MOE-Länder im Vergleich zu den westeuropäischen Ländern eine um etwa vier Jahre geringere Lebenserwartung und eine doppelt so hohe Kindersterblichkeit auf, was neben Mängeln im Gesundheitssystem vor allem auch Ergebnis problematischer Gesundheitsbedingungen war. Gleichzeitig war die Ärzte- und Pflegepersonaldichte in West- und in Osteuropa auf vergleichbarem Niveau. Und schließlich konnten auch die zentralen Gerechtigkeitsvorstellungen, wonach sich die Versorgung mit Gesundheitsleistungen nur nach dem gesundheitlichen Bedarf richten sollte, nicht verwirklicht werden. Unterschiede im Zugang zu Gesundheitsleistungen ergaben sich auf Grund massiver regionaler Defizite oder der Bevorzugung bestimmter Bevölkerungsgruppen. (vgl. Gaál 2004; Hlavačka/Wágner/Riesberg 2004; van der Beek 2002)

Mit den politischen und ökonomischen Transformationsprozessen ab dem Ende der 1980er Jahre wurden in den ehemals unter sowjetischem Einfluss stehenden MOE-Ländern auch die Sozialsysteme grundlegend reformiert. Einzelne Länder wie Polen, die Tschechoslowakei oder Ungarn haben aber schon vor dem politischen Umbruch Gesundheitsreformen initiiert. Bis Mitte der 1990er Jahre wurden dann in einer ersten Welle in den Nachbarländern Österreichs und in den baltischen Staaten Sozialversicherungssysteme neu eingeführt. In der 2. Hälfte der 1990er Jahre folgten diesem Schritt auch Bulgarien, Polen und Rumänien. Begleitet wurde die Einführung der Sozialversicherungsmodelle in den meisten dieser Länder von konkreten Schritten (oder zumindest der Forderung) nach Dezentralisierung bzw. Regionalisierung der Systeme. Außerdem setzten sich Reformdebatten vor allem mit der im Semashko-Modell betonten Fokussierung auf Krankenhausversorgung und den damit einhergehenden Überkapazitäten in diesem Bereich auseinander. (vgl. Kornai/Eggleston 2001) In den folgenden Kapiteln werden die Reformentwicklungen der Transformationsperiode in der Slowakei und in Ungarn noch etwas näher beleuchtet.

Die Gründe für die (Wieder)Einführung von Sozialversicherungssystemen in den MOE-Ländern sind vielfältig und variieren in ihrer relativen Bedeutung von Land zu Land. Die MOE-Länder hatten eine historische Erfahrung mit dem sozialen Krankenversicherungssystem und die jüngere Erfahrung mit dem staatlichen Semashko-Modell sowjetischer Prägung. Ein soziales Versicherungssystem erwies sich als Modell, das eine schrittweise Transformation erlaubte. Es konnten die ökonomisch problematischen Rahmenbedingungen berücksichtigt werden, es konnten aber auch vielfach weit auseinanderstrebende Vorstellungen des neuen Gesellschaftsmodells verwirklicht werden. Das Sozialversicherungsmodell erlaubte Kompromisse zwi-

schen jenen, die liberale Marktwirtschaftspositionen vertraten und jenen, die das Prinzip der umfassenden Gesundheitsversorgung für alle in den Mittelpunkt ihrer Gesundheitssystemkonzeption stellten. Die neuen Sozialversicherungssysteme wurden in der Regel als selbstverwaltete Einrichtungen etabliert, wobei einzelne Länder wie etwa Ungarn schon vor dem politischen Umbruch entsprechende Initiativen setzten. Im Rahmen der neu entwickelten Systeme kam es in vielen Ländern rasch zu einer Privatisierung der ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich wie auch der Versorgung mit Apothekenleistungen. Schließlich spiegelt die Orientierung am Sozialversicherungsmodell auch einen europäischen Trend wider, nachdem sozialpolitische Systeme ab den 1980er Jahren wieder vermehrt an der Erwerbstätigkeit bzw. an der Erwerbssphäre anknüpfen. (Marée/Groenewegen 1997; Kornai/Eggleston 2001)

### **Slowakei: Das privatwirtschaftliche Vorreitermodell**

Nach der politischen Wende im Jahr 1989 gab es in der damaligen Tschechoslowakischen Republik ein klares Bekenntnis zur Einführung eines sozialen Versicherungssystems. Neben der Einführung des Versicherungssystems nennt das Gesundheitsreformdokument aus dem Jahr 1990 vor allem die (Teil)Privatisierung bislang staatlicher Leistungsersteller, die Dezentralisierung des Systems, die Einführung ökonomischer Anreizmechanismen zwischen den verschiedenen Akteuren und die Stärkung der Gesundheitsberufe als zentrale Ziele. Diese wurden auch von den nachfolgenden Regierungen mit unterschiedlichen Gewichtsetzungen weiterverfolgt. 1993 wurde mit der Verfassung der slowakischen Republik ein Recht auf freien und universellen Gesundheitsschutz etabliert. Im selben Jahr wurde die Sozialversicherung eingeführt, die allerdings erst ab 1994 in größerer Unabhängigkeit von den staatlichen Organen agieren konnte und ab 1995 in ein pluralistisches Versicherungssystem weiterentwickelt wurde. Die Entwicklungen Mitte der 1990er Jahre waren durch die Privatisierung von Apotheken, Kuranstalten und ärztlichen Leistungen im niedergelassenen Bereich geprägt. Gleichzeitig rückten auch Kostendämpfungsüberlegungen in den Mittelpunkt der Debatten. Eine stärkere Dezentralisierung des Systems setzte erst ab 2002 ein, als Städte und Regionen umfassendere Regulierungskompetenz erhielten und Spitäler und andere stationäre Einrichtungen übernahmen, die bislang im direkten Einflussbereich des Gesundheitsministeriums lagen. (Nemec/Lawson 2005; Hlavačka/Wagner/Riesberg 2004; Lawson/Nemec 2003)

Mit dem Jahr 2002 wurde dann unter dem damaligen Gesundheitsminister Rulf Zajac ein radikales Reformprogramm eingeleitet. Als bestimmende Ziele des Reformpaketes wurden die Orientierung des Gesundheitssystems an den Bedürfnissen der Bevölkerung, die Steigerung der Effizienz, die Sicherstellung der Finanzierbarkeit und die Stärkung der individuellen Verantwortung genannt. Die zentrale Rolle des Staates und der Sozialversicherungsträger sollte reduziert werden. Dafür sollten marktwirtschaftliche Anreize genutzt und die Verantwortlichkeit der PatientInnen gestärkt werden. (Nemec/Lawson 2005) Bereits im Jahre 2002 und 2003 wurden Reformschritte gesetzt bzw. ältere Reforminitiativen aufgegriffen. Es wurden Selbstbeteiligungen eingeführt, und zwar in der Höhe von 20,00 SK (knapp 60 Cent)<sup>2</sup> für Arztbesuche und für Rezepte, 50 SK (etwa 1,45 €) für jeden Krankenhaustag. Im Hinblick auf die durchschnittliche Einkommenskraft der Bevölkerung sind diese

Beiträge auf westeuropäischem Niveau oder sogar darüber. Die große Ungleichheit in den Einkommen in der Slowakei führt aber für Bevölkerungsgruppen mit unterdurchschnittlichen Einkommen zu einer massiven finanziellen Belastung. Weiters wurde die Vertragsorientierung in den Beziehungen zwischen Versicherungsträgern und Leistungsersteller verstärkt. Mit sechs Gesetzesakten wurde 2004 dann die eigentliche Systemumstellung eingeleitet. Die Sozialversicherungsgesellschaften wurden alle in Aktiengesellschaften umgewandelt (wobei die zwei größten nach wie vor in öffentlichem Besitz stehen). Außerdem sind private Versicherungsanbieter als Aktiengesellschaften neu in diesem Bereich eingestiegen. Im Grundversorgungsbereich agieren neben den zwei in öffentlichem Besitz stehenden Aktiengesellschaften derzeit vier weitere Versicherungsträger (*Apollo, Union, Dôvera, European*), wobei die beiden letztgenannten erst seit Beginn des Jahres 2007 aktiv sind. Aufgabe eines neu geschaffenen Institutes ist die Überwachung dieser neuen Versicherungsträger, insbesondere die Sicherstellung der Leistungspakete und die Sicherung der Zahlungsfähigkeit. Im Bereich der Versorgung im niedergelassenen Bereich bzw. im Apothekenbereich wurde das Leistungsangebot schon Mitte der 1990er Jahre überwiegend privat organisiert. Im Unterschied dazu wurden entsprechende Pläne zur Umwandlung von Krankenanstalten in gewinnorientierte Unternehmen bis heute nicht realisiert. Diese sind überwiegend in lokalem bzw. regionalem öffentlichem Eigentum.

Kostendämpfungseffekte erwartete sich das Reformpaket schließlich vor allem durch die Schaffung von Verhandlungsbeziehungen zwischen Versicherungsträgern und Leistungserstellern. Versicherungsträger, die Leistungen im Basisversorgungsbereich anbieten, sind danach verpflichtet einen Mindeststandard an Versorgungsleistungen zu bieten, sie sind aber nicht verpflichtet mit allen Einrichtungen solche Verträge einzugehen. Damit soll ein Anreiz geschaffen werden, Überkapazitäten im Bereich der stationären Versorgung und der Versorgung mit Fachärzten abzubauen. Weitere Kostendämpfungseffekte sollten dadurch erzielt werden, dass die öffentliche Verantwortung auf ein Solidaritätspaket beschränkt wird. Im Rahmen des Solidaritätspakets besteht Versicherungspflicht, wobei die Individuen Versicherungsträger frei wählen können. Die Versicherungsbeiträge betragen 4% für Arbeitnehmer und 10% für Arbeitgeber. Für Personen, die sich die Versicherungsbeiträge nicht leisten können, werden die Beiträge vom Staat übernommen. Diese wurden mit 4% des durchschnittlichen Monatseinkommens festgelegt. Über ein definiertes Solidaritätspaket hinausgehende Leistungen sollten nach dem Reformvorschlag entweder mit substantiellen Selbstbeteiligungen verbunden oder überhaupt privat zu bezahlen sein. Auch dieses Reformpaket wurde bis zum Regierungswechsel allerdings erst in Ansätzen umgesetzt.

Die radikale Umorientierung im slowakischen Gesundheitswesen hat zu massiver Opposition im Land geführt und wurde auch eines der bestimmenden Themen des Wahlkampfes im Frühjahr 2006. Nach dem Regierungswechsel wurden die Reformen gestoppt und in Einzelbereichen auch rückgängig gemacht. So wurden die Selbstbeteiligungen für Arztbesuche wieder abgeschafft. Die Selbstbeteiligungen im Arzneimittelbereich wurden beibehalten, dafür wurde aber die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel von 19% auf 10% reduziert. Der staatliche Beitrag für jene Personen, die sich die Versicherungsbeiträge nicht leisten können, wurde von 4% auf 5% erhöht (vorerst allerdings nur für Jänner bis April 2007). Weitere Maßnahmen wurden ange-

kündigt, bisher aber nicht eingeleitet und vielfach auch noch nicht konkretisiert. So ist etwa vorgesehen, die zwei größten Krankenversicherungsträger wieder in öffentlich-rechtliche Einrichtungen überzuführen.

### **Ungarn: Auf dem Weg zum pluralistischen Wettbewerbsmodell?**

Die Transformation des Gesundheitssystems hat in Ungarn schon in der zweiten Hälfte der 1980er Jahre eingesetzt. Ein Reformsekretariat hat sich damals intensiv mit internationalen Erfahrungen auseinandergesetzt. Als Ergebnis wurde im Jahr 1988 ein vom staatlichen Budget getrennt organisierter Gesundheitsversicherungsfonds eingeführt, in welchem in der Folge die Finanzierung von Gesundheitsleistungen organisiert wurde. Weiters wurden ab 1988/1989 die Möglichkeiten für private Leistungserbringer ausgebaut. Und schließlich wurde schon ab 1987 ein am DRG-Modell orientiertes Krankenhausfinanzierungssystem eingeführt, womit Ungarn europaweit eine – wenn auch damals wenig beachtete – Vorreiterrolle einnahm. Auf Grund dieser Entwicklungen und auf Grund personeller Kontinuitäten gingen die politischen Umbrüche 1989 nicht mit unmittelbaren massiven Änderungen im Gesundheitswesen einher, vielmehr wurde das Gesundheitsreformprogramm fortgesetzt und intensiviert. Die erste Hälfte der 1990er Jahre war dabei durch Dezentralisierung und die Einführung von Vertragsbeziehungen zwischen den Akteuren charakterisiert. Einrichtungen des Gesundheitswesens wurden vom staatlichen Eigentum an die Lokalregierungen transferiert. Außerdem wurde 1993 die Selbstverwaltung des Gesundheitsversicherungsfonds eingeführt. (Gaál 2004)

Ein verlangsamtes Wachstum, steigende Inflation und ein wachsendes Budgetdefizit hat Mitte der 1990er Jahre unter der neuen Regierungskoalition von Sozialdemokraten und Freien Demokraten zum ersten Stabilisierungspaket geführt, das gerade auch im Gesundheitswesen zu massiven Einschnitten führte. Das Langfristziel war es überhaupt, universelle Sozialleistungen abzuschaffen. Das unter dem Namen Bokros-Paket bekannt gewordene Reformprogramm (benannt nach dem damaligen Finanzminister) hat Ausgabenkürzungen durch den Ausschluss zahnmedizinischer Leistungen aus dem Leistungspaket (was später wieder rückgängig gemacht wurde), das Streichen finanzieller Förderungen für Kuraufenthalte und die Einführung von Selbsthalten für Patiententransporte erreicht. Außerdem wurde das erste große Programm zur Reduktion der Spitalsbetten umgesetzt. Die Definition von Mindeststandards für Gesundheitseinrichtungen sollte die Qualität verbessern, gleichzeitig aber auch die Schließung jener Einrichtungen erleichtern die diese Standards nicht erfüllen. Schließlich wurde der Abschluss freiwilliger Versicherungen steuerlich gefördert. Die zweite Welle der Kostendämpfungsstrategie konzentrierte sich 1996/97 auf die Einnahmenseite. Die Arbeitgeberbeiträge wurden herabgesetzt, dafür wurde eine neue zweckgewidmete Steuer eingeführt. (Gaál 2004) Außerdem wurde der Einfluss der Regierung auf den Gesundheitsversicherungsfonds intensiviert, indem die Selbstverwaltungsrechte eingeschränkt und dann von der Folgeregierung überhaupt abgeschafft wurden. Mit der Abschaffung der Selbstverwaltung wurde im ungarischen Modell ein wesentliches Charakteristikum von Sozialversicherungssystemen ausgeschaltet. Im Hinblick darauf, dass nur ein einziger Sozialversicherungsträger besteht, in diesen die gesamte Bevölkerung eingebunden ist und der Selbstverwaltungsstatus abgeschafft wurde, wird vielfach

argumentiert, dass das ungarische Gesundheitssystem nicht wirklich dem traditionellen Sozialversicherungstypus zugeordnet werden kann. (Mihaly 2005) Die Einschränkung und schließlich die Abschaffung der Selbstverwaltung ist aber vor allem auch im Zusammenhang mit einem grundsätzlichen Wandel der Sozialpolitik in Ungarn zu sehen. Mit diesem und weiteren Schritten wurde die Kontroll- und die Gestaltungsmacht zunehmend beim Amt des Regierungschefs bzw. beim Finanzministerium konzentriert. Die Dominanz dieser Akteure ist ein wesentlicher Bestimmungsfaktor dafür, dass Gesundheits- und Sozialpolitik sich zunehmend nach finanzpolitischen und nicht nach sozialpolitischen Logiken und Notwendigkeiten richtet. (Phillips u. a. 2006)

Im Vergleich zu anderen MOE-Ländern ist Ungarn in der Folgeperiode von gedämpften wirtschaftlichen Entwicklungen und einer hohen Verschuldung des Staatshaushaltes geprägt. Das Verschuldungsniveau des Gesundheitsversicherungsfonds lag 2005 beispielsweise bei etwa 30% der Einnahmen des Fonds. All dies hat ab 2006 zu neuen intensiven Reformdebatten, vor allem im Hinblick auf Ausgabenkürzungspotentiale, geführt. Im März 2007 wurde ein mehrfach vorgeschlagenes Programm zum Abbau von Bettenkapazitäten im Spitalsbereich beschlossen. Danach soll die Akutbettenzahl um etwa 16.000 Betten reduziert werden, wobei knapp die Hälfte der Betten in Langzeitbetten umgewandelt, die andere Hälfte der Betten tatsächlich aufgelöst werden soll. Um dieses Ziel zu erreichen wurde auch die Schließung einiger Krankenhäuser bereits beschlossen. Ein zweiter wesentlicher Schwerpunkt der Kostendämpfungsstrategie betrifft den pharmazeutischen Bereich. Unter anderem ist der Apothekenmarkt seit Februar 2007 liberalisiert. Außerdem wurde im selben Monat eine Rezeptgebühr in der Höhe von 300,00 HUF (etwa 1,20 €) für jene Arzneimittel eingeführt, die bislang zur Gänze vergütet wurden. Bei anderen Arzneimitteln wurde die Vergütungsrate reduziert. Schließlich wird über die Festlegung neuer Referenzpreise und die Verpflichtung der Ärzte das jeweils billigste Medizinprodukt einer Kategorie zu verschreiben, ein Kostendämpfungspotential erwartet. Einnahmenseitig wurden im Februar 2007 auch neue Selbstbeteiligungen für Behandlungen im niedergelassenen Bereich sowie in Krankenanstalten eingeführt. Für Krankenhausaufenthalte ist jetzt täglich, aber für maximal 20 Tage pro Jahr 600 HUF (etwa 1,40 €) zu bezahlen. Im niedergelassenen Bereich beträgt die Besuchsgebühr 300 HUF bzw. 600 HUF in der fachärztlichen Versorgung wenn keine Überweisung durch den Allgemeinarzt vorgelegt wird. Mit der Einführung der Selbstbeteiligungen ist auch Ungarn einem breiteren europäischen Trend gefolgt. Auch wenn sogenannte ‚Dankesgelder‘ als informelle Zuzahlungen in vielen MOE-Ländern eine lange Tradition haben, bedeutete die Einführung von Selbsthalten in Ungarn wie auch in der Slowakei für viele einen massiven Bruch mit der Tradition des »freien« Zugangs zu Gesundheitsleistungen.

Neben diesen Kostendämpfungsmaßnahmen steht in der politischen Debatte derzeit aber auch eine komplette Neuorganisation des Krankenversicherungssystems zur Diskussion. Die an den Niederlanden oder an der Slowakei orientierten Vorschläge sehen ein Modell vor, in dem Versicherungsträger (auch private Versicherungsträger) zueinander in Wettbewerb treten. Der Vorschlag wird insbesondere vom kleinen liberalen Koalitionspartner der aktuellen Regierung forciert. Derzeit ist auch auf Grund der polarisierten politischen Situation aber nicht absehbar inwiefern dieser Vorschlag auch umgesetzt wird.

## Diskussion

In der ersten Phase der Transformation waren die MOE-Länder mit massiven wirtschaftlichen Einbrüchen konfrontiert. Auch Gesundheitsindikatoren wie die Lebenserwartung zeigten einen weiteren Abwärtstrend. Gleichzeitig wurde aber das Gesundheitsausgabenniveau gehalten oder sogar erhöht. Dies hat auch bald zu einer Trendumkehr bei den Gesundheitsindikatoren geführt. In den unmittelbaren Nachbarländern Österreichs waren die ersten Reformjahre durch die (Wieder)Einführung von Sozialversicherungsmodellen und von Dezentralisierungs- und Privatisierungsanstrengungen charakterisiert, wobei Privatisierungen vor allem im außerstationären Versorgungsbereich, im Apothekenwesen und im Kuranstaltenbereich stattfanden.

Ab Mitte der 1990er Jahre kam es dann aber in vielen MOE-Ländern zu einem Wandel in der politischen Orientierung. Die Sichtweise, dass sozialpolitische Sicherungssysteme auch Voraussetzung für ökonomisches Wachstum sind, rückte in den Hintergrund. Dafür wurde in den wirtschaftspolitischen Programmen die Sichtweise betont, dass radikale Strukturreformen, der Abbau der Haushaltsdefizite und die Förderung des Wirtschaftswachstums Voraussetzung für die breitere Etablierung sozialpolitischer Systeme sind. (Marée/Groenewegen 1997) Die Bekämpfung wachsender Budgetdefizite und das Ziel der Stimulierung von Wachstum und Exporten rückten in den Mittelpunkt öffentlicher Politik. Gleichzeitig wurde die Finanzierbarkeit der Sozialsysteme, und damit insbesondere auch der wachsenden Gesundheitsausgaben, in Frage gestellt. In Ungarn hat dies ab 1995 zu drastischen ausgabenseitigen Einschnitten geführt. Wie Philips u. a. (2006) für Ungarn zeigten, war dies vor allem auch Ergebnis einer zusehends durch Finanzministerium und Amt des Regierungschefs dominierten Politik. Gleichzeitig wurde der Einfluss der Ministerien für soziale Angelegenheiten, Gesundheit, aber auch Arbeit massiv zurückgedrängt. Während in Ungarn die grundsätzliche Systemstruktur aber bis heute besteht, wurde in der Slowakei ab 2004 ein neues Versicherungssystem etabliert, in dem privatwirtschaftlich organisierte Versicherungsunternehmen ebenso wie privatwirtschaftlich organisierte Leistungsersteller zueinander in Wettbewerb stehen sollen. Während in der Verfassung der Slowakei weiterhin ein Recht auf freien Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle besteht, wurde mit dem Reformpaket das Prinzip der freien marktwirtschaftlichen Allokation auch im Gesundheitsbereich zum zentralen Orientierungspunkt erhoben. Auch wenn die Vorschläge nur in Teilbereichen umgesetzt wurden, so wurde die Einführung des Versicherungswettbewerbs doch zu einem prägenden neuen Systemelement.

Die MOE-Länder stehen gesundheitspolitisch vor zahlreichen Herausforderungen, die mit denen in anderen europäischen Ländern vergleichbar sind. Dazu zählen die mit dem demographischen Wandel einhergehenden Entwicklungen ebenso wie jene Herausforderungen, die mit offenen Arbeits-, Waren- und Dienstleistungsmärkten auch für den Gesundheitsbereich einhergehen. Gleichzeitig ist der wirtschaftliche Nachholbedarf und auch der spezifische Umstrukturierungsbedarf im Gesundheitswesen in den MOE-Ländern beträchtlich. Während in den frühen Jahren der Transformation zahlreiche neue Weichenstellungen geschaffen wurden und Strukturreformen umgesetzt wurden, blieb es in den vergangenen Jahren vielfach bei Ankündigungen und gegenseitigen Blockaden. Stattdessen verschoben sich die Reformaktivitäten auf Kostendämpfungsprogramme und auf die Diskussion – und

im Falle der Slowakei auch auf die Umsetzung – völlig neuer Gesundheitssystemkonstruktionen. Es wird ein enormer De- und Reregulierungsaufwand betrieben, um je nach politischem Kräfteverhältnis und in häufig kurzer zeitlicher Abfolge sehr unterschiedliche ideologische Zielvorstellungen zu verfolgen. Die entsprechenden Maßnahmen und Vorschläge sind aber vielfach losgelöst von den sehr konkreten Problemlagen in den Gesundheitssystemen. Strukturreformen im Krankenhausbereich betreffen neben einem weiteren Abbau von Krankenhausbetten vor allem die Modernisierung der Infrastruktur. Weitere vordringliche Strukturreformen betreffen die weitere Stärkung der allgemeinmedizinischen Versorgung im niedergelassenen Bereich (und damit die Entlastung des Krankenhausbereichs) sowie den Abbau teilweise massiver Ungleichheiten in der Versorgung. Entsprechende Problemlösungen erfordern Auseinandersetzungen, die nicht nur und primär an den finanzpolitischen Zielen des jeweiligen Landes orientiert sind, und sie erfordern auch die notwendigen Konsolidierungsphasen die solche Systemreformen benötigen.

### Literatur

- Alber, Jens (1982) Vom Armenhaus zum Wohlfahrtsstaat. Analysen zur Entwicklung der Sozialversicherung in Westeuropa, Frankfurt
- Eurostat (2007) Eurostat Datenbank, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- Gaál, Péter (2004) Health Care Systems in Transition. Hungary, Copenhagen
- George, Vic/ Nick Manning (1980) Socialism, Social Welfare and the Soviet Union, London
- Hlavačka, Svätopluk/ Róbert Wágner/ Annette Riesberg (2004) Health Care Systems in Transition. Slovakia, Copenhagen
- Kornai, János/ Karen Eggleston (2001) Welfare, Choice and Solidarity in Transition, Cambridge
- Lawson, Colin/ Juraj Nemeč (2003) The Political Economy of Slovak and Czech Health Care Policy: 1989 – 2000, in: International Political Science Review, 24(2): 219-236
- Mihályi, Peter (2005) De-Integration and Dis-Integration of Health Care in Post-Communist Countries, CEU Department of Economics Working Paper WP5/2005, Budapest
- Juraj Nemeč/ Lawson, Colin (2005) Health Policy in Slovakia and the Outcomes of Health, 7(1): 49-71
- Marrée, Jürgen/ Peter P. Groenewegen (1997) Back to Bismarck: Eastern European Health Care Systems in Transition, Aldershot
- Phillips, Richard/ Jeffrey Henderson/ László Andor/ David Hulme (2006) Usurping Social Policy: Neoliberalism and Economic Governance in Hungary, in: Journal of Social Policy, 35(2): 585-606
- Talos, Emmerich (1981) Staatliche Sozialpolitik in Österreich. Rekonstruktion und Analyse, Wien
- Van der Beek, Kornelia (2002) Systemtransformation des Gesundheitswesens in den Ländern Mittel- und Osteuropas, Frankfurt
- WHO (2007) European health for all database (HEA-DB), WHO Regional Office for Europe, Updated January 2007, Copenhagen

### Anmerkungen

- 1 Diese Arbeit ist im Rahmen eines von der Österreichischen Forschungsgemeinschaft geförderten Forschungsaufenthaltes an der Corvinus Universität Budapest sowie eines von der Aktion Österreich – Slowakei geförderten Aufenthaltes an der Wirtschaftsuniversität Bratislava entstanden.
- 2 Bei der Währungsumrechnung wurde folgender Mittelkurs von Anfang 2007 zugrunde gelegt: 100 SK = 2,90 €; 100 HUF = 0,4 €.

**Anhang****Tabelle 1: Wirtschafts- und Gesundheitssystemindikatoren für ausgewählte MOE-Länder, Österreich und Deutschland**

	Jahre	CZ	SK	HU	PL	BG	RO	A	D
Bruttoinlandsprodukt pro Kopf in KKS <sup>1</sup>	2004	72,1	54,4	61,3	48,7	31,8	32,6	123,4	111,1
Bevölkerungsanteil 65+ in % des BIP	2004	13,99	11,62	15,56	13,05	17,12	14,53	15,74	18,31
Fertilitätsrate	2004	1,23	1,26	1,28	1,23	1,3	1,3	1,42	1,4
Gesundheitsausgaben	1990	4,7	:		4,9	5,19	2,82	7	8,5
	1995	7	:	7,4	5,6	:	3,2	9,7	10,3
	2000	6,7	5,5	7,1	5,7	:	4,1	9,4	10,4
	2004	7,3	5,9 <sup>2</sup>	8,3	6,5	:	3,7	9,6	:
Krankenhausbetten für die Akutversorgung je 100.000 Einwohner	1990	811,12	742,79	712,38	632,68	:	696,51	704,3	
	1995	692,1	753,94	695,76	576,25	:	555,42	656,88	745,92
	2000	634,25	688,86	628,74	509,96	:	537,77	620,37	680,94
	2004	620,26	612,46	589,82	:	:	443,2		644,03
AllgemeinärztInnen je 100.000 Einwohner	1990	72,59	44,58	56,58	:	75,71	77,8	108,6	:
	1995	69,98	36,2	63,3	:	80,41	74,45	123,92	121,61
	2000	71,93	44,75	65,9	:	66,72	:	133,12	106,70
	2004	71,88	43,05	65,53	:	68,9	:	143,82	102,35

1 KKS: Kaufkraftstandards; der Durchschnitt der EU25 wird gleich 100 gesetzt; Eurostat (2007)

2 Information für 2003.

Quellen: WHO (2007), EUROSTAT (2007)