BEILAGE ZUR FACHZEITSCHRIFT SOZIALE SICHERHEIT
ERSTELLT DURCH DAS INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN IHS HealthEcon
Herausgegeben vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Health System Watch

III/HERBST 2009

Blick in den Osten: Gesundheitssysteme in der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS)

Thomas Czypionka, Gerald Röhrling*

Blick in den Osten: Gesundheitssysteme in der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS)

Die Gesundheitssysteme der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS-Staaten) sind geprägt von ihrer Geschichte als Staaten des ehemaligen Ostblocks. Das von Russland übernommene Semaschko-System zeichnet sich durch eine starke Konzentration auf den Spitalssektor aus, was heute einen erheblichen Reformbedarf bedingt. Im Gegensatz zu den osteuropäischen EU-Ländern, die sich ohne Ausnahme vom Semaschko-Typ zum Sozialversicherungsmodell transformiert haben, kann diese Entwicklung bisher nur in fünf Ländern der GUS (Georgien, Kirgisistan, Moldawien, Russland und Turkmenistan) festgestellt werden. Die Finanzierung der gesamten Gesundheitsausgaben erfolgt sehr oft noch zu einem überwiegenden Anteil aus privater Hand; es herrscht somit in diesen Staaten die ungünstigste Form der Gesundheitsfinanzierung vor. Sowohl die Entwicklung der Lebenserwartung als auch die Mortalitätskennzahlen zeigen, dass der Zusammenbruch der sowjetischen Gesundheitsstrukturen besonders negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung der Nachfolgestaaten hatte. Diese Entwicklung wurde vor allem durch die Massenprivatisierung in einigen der GUS-Länder verstärkt. Die durchschnittliche Lebenserwartung der Menschen bei Geburt in den GUS-Staaten liegt um rund zwölf Jahre unter jener in den „alten EU-Staaten“ und verzeichnete seit 1991 – im Gegensatz zur kontinuierlich wachsenden Lebenserwartung in den EU-Staaten – sogar einen Rückgang. Dieser spiegelt sich auch im Anstieg einzelner Haupttodesursachen wider. Besonders augenscheinlich im Vergleich zu den (west)europäisch geprägten Ländern sind die Mortalitätsunterschiede von primär dem Alkoholkonsum zuzurechnenden Krankheiten. Erfolgreiche Reformen wie jene in Moldawien oder Usbekistan zeigen aber auch positive Veränderungen, wie sie durch klügere Strukturen erreicht werden können.

Blick in den Osten: Gesundheitssysteme in der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS)

* Alle: Institut für Höhere Studien
Stumpergasse 56, A-1060 Wien, Telefon: +43/1/599 91-127, E-Mail: thomas.czypionka@ihs.ac.at.
Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar im Internet unter: http://www.ihs.ac.at.
Wir danken Alexander Gruber für die Mitwirkung an dieser Ausgabe.

Einleitung

Im Rahmen des Health System Watch haben wir, ähnlich wie im sonstigen gesundheitswissenschaftlichen Diskurs, naturgemäß einen Fokus auf den Staaten in westeuropäischer Tradition sowie den unmittelbaren östlichen EU-Nachbarstaaten. Diese Staaten haben entweder allesamt „reife“ Gesundheitssysteme, die auf hohem Versorgungsniveau Reformen durchführen, oder sie haben wesentliche Übergangsschritte bereits durchgeführt und sind auf gutem Weg dorthin. Blickt man jedoch nur etwas weiter in den Osten, so wird man einer Reihe von Staaten gewahr, die in der europäischen Geschichte eine wichtige Rolle gespielt haben, aber durch die Teilung der Welt nach dem Zweiten Weltkrieg den Anschuss an Europa verloren haben. Heute streben diese Staaten danach, aufzuholen, und dies trifft auch in positiver wie negativer Weise die Gesundheit der Bevölkerung und ihre Gesundheitssysteme.

Nach dem Zerfall der Sowjetunion (UdSSR) zu Beginn der 1990er-Jahre gründeten Anfang Dezember 1991 die Nachfolgestaaten Russland, Weißrussland und die Ukraine die Gemeinschaft Unabhängiger Staaten – GUS (Commonwealth of Independent States – CIS). Noch im selben Monat traten acht weitere ehemalige Sowjetrepubliken dem Staatenzusammenschluss bei: Armenien, Aserbaidschan, Kasachstan, Kirgisistan, Moldawien, Tadschikistan, Turkmenistan und Usbekistan. Primäres Ziel des Zusammenschlusses stellte die Gestaltung einer gemeinsamen Wirtschafts-, Außen- und Verteidigungspolitik dar. Im Jahre 1993 erweiterte sich der Staatenzusammenschluss durch den Beitritt Georgiens auf zwölf Länder; im August 2008 gab Georgien jedoch wieder – aufgrund des Konflikts mit Russland um die Region Südossetien – den Austritt aus der GUS bekannt und gehört nach einjährigem Austrittsprozess seit August 2009 nunmehr nicht länger dem Staatenbund an.[1]

Diese Ausgabe des Health System Watch hat das Ziel, die Gesundheitssysteme der GUS-Staaten näher zu analysieren. Neben einer demographischen und wirtschaftlichen Einordnung der GUS-Staaten in den Kanon der europäischen Staaten werden insbesondere die Finanzierung des Gesundheitssystems, die Ressourcenausstattung im Gesundheitswesen und der Gesundheitszustand der Bevölkerung einem Vergleich mit den EU-Staaten unterzogen. Darüber hinaus soll auf besonders markante Defizite der GUS-Staaten in der Gesundheitsversorgung bzw. -berichterstattung hingewiesen, aber auch vorhandene Reformbemühungen hervorgehoben werden.

Demographie, Wirtschaft und Gesundheitszustand

In den GUS-Ländern lebten im Jahre 2008 rund 277 Millionen Menschen, wobei knapp über 50 Prozent der Bevölkerung Russland zuzuordnen sind, 17 Prozent der Ukraine und rund zehn Prozent der Republik Usbekistan. Im Vergleich zu den 15 „alten EU-Staaten“ (391 Millionen) leben in den GUS-Staaten rund 30 Prozent weniger Menschen, aber rund 2,7-mal so viele wie in den zehn „neuen EU-Staaten“ Osteuropas (102 Millionen). Die Bevölkerungsveränderung in den GUS-Staaten fiel im Zeitraum 1991 bis 2008 höchst unterschiedlich aus: So verzeichneten einerseits die ehemaligen Sowjetrepubliken Aserbaidschan, Kirgisistan, Tadschikistan, Turkmenistan und Usbekistan einen Bevölkerungszuwachs von bis zu 35 Prozent, andererseits weisen die restlichen Staaten ein teilweise stark ausgeprägtes negatives Bevölkerungswachstum auf (bis zu minus 20 Prozent in Georgien), vgl. Tabelle 1. Die Bevölkerungsstruktur in den GUS-Staaten unterscheidet sich zum Teil erheblich von jener der europäischen Staaten: Aufgrund einer sehr niedrigen Lebenserwartung der Menschen in den GUS-Staaten (durchschnittlich rund 68 Jahre, im Vergleich dazu „EU15-Alt“: 80 Jahre; Männer: 63 Jahre zu 77 Jahre; Frauen: 74 Jahre zu 83 Jahre) und in Kombination mit einer etwas höheren Fertilität (1,62 Kinder pro Frau) spielt eine Überalterung der Bevölkerung

1 Da sich die unseren Analysen zugrundeliegenden Daten primär auf die Zeit vor 2008 beziehen und wir eine Eingliederung Georgiens nicht aussparen wollten, sind im Folgenden die GUS-Staaten immer inklusive Georgien zu verstehen.

in den GUS-Staaten eine weniger bedeutende Rolle als in der EU. Dies zeigt auch der Anteil der über 65-Jährigen, welcher mit durchschnittlich 12,2 Prozent um mehr als zwei bzw. fünf Prozentpunkte unter dem entsprechenden Anteil der „neuen"- bzw. „alten EU-Staaten" liegt.

Tabelle 1: Demographische Kennzahlen im Vergleich

	Bevölkerung 2008 (in 1.000)	Index 1991= 100	Anteil d. unter 15-Jährigen 2007	1991 bis 2007 in %-Punkten	Anteil d. über 65-Jährigen 2007	1991 bis 2007 in %-Punkten	Kinder pro Frau 2007	Index 1991= 100
Armenien	2.996	83	19,0[a]	–11,4	10,8[a]	4,8	1,42	55
Aserbaidschan	8.534	119	23,5	–9,8	7,0	2,2	2,30	79
Georgien	4.361	80	20,4[c]	–4,2	14,2[c]	4,6	1,45	69
Kasachstan	15.532	92	24,0	–7,3	7,8	1,7	2,47	91
Kirgisistan	5.376	122	30,7[a]	–6,9	5,5[a]	0,4	2,70	75
Moldawien	3.570	82	17,9	–9,9	10,3	2,0	1,30	58
Russland	141.780	96	14,8[a]	–8,0	14,0[a]	3,6	1,29[b]	76
Tadschikistan	6.839	126	35,9	–7,5	4,4[b]	0,5	3,53[b]	71
Turkmenistan	5.031	134	39,2[d]	–1,2	3,8[d]	0,1	2,60[b]	63
Ukraine	45.859	89	14,3[a]	–6,9	16,3[a]	3,8	1,31[a]	77
Usbekistan	27.769	135	33,0[b]	–8,0	4,5[b]	0,5	2,55	62
Weißrussland	9.635	94	14,8	–8,2	14,6	3,5	1,37	76
GUS12	277.282	98	18,7	–7,0	12,2	2,7	1,62	76
EU10 („Neue EU-Ost")	101.655	96	15,2	–7,6	14,5	3,2	1,32	70
EU15 („Alte EU")	390.895	107	15,9	–2,1	17,5	2,7	1,38	90
Österreich	8.337	107	15,5	–1,9	17,0	2,0	1,58	105

[a] 2006, [b] 2005, [c] 2001, [d] 1998

Anmerkung: Gewichtete Durchschnitte. Quelle: WHO Health for all database, August 2009; eigene Berechnungen 2009.

Trotz der erwähnten Unterschiede in der Durchschnittsbetrachtung der Länderaggregate stellt sich die Frage, ob und welche GUS-Staaten insbesondere zu den osteuropäischen EU-Staaten bezüglich Lebenserwartung und Fertilität mehr oder weniger stark ausgeprägte Ähnlichkeitsbeziehungen aufweisen. Mit Hilfe des multivariaten statistischen Verfahrens der Clusteranalyse[2] können Ländergruppen (Cluster) identifiziert werden, die eben bezüglich bestimmter Kennzahlen Ähnlichkeiten aufweisen. Die Ergebnisse – bei Inklusion der GUS-Staaten und der „neuen EU-Staaten" – zeigen, dass alle osteuropäischen EU-Staaten, mit Ausnahme von Slowenien und Tschechien, sowie die GUS-Staaten Armenien, Georgien, Moldawien, Russland, die Ukraine und Weißrussland starke Ähnlichkeitsbeziehungen in puncto Fertilität und Lebenserwartung aufweisen, vgl. Tabelle 2. Dieser Cluster kann durch eine niedrige Anzahl an Kindern pro Frau und eine mittlere Lebenserwartung charakterisiert werden[3]. Die primär muslimisch geprägten GUS-Staaten Aserbaidschan, Kasachstan,

Tabelle 2: Ergebnisse der Clusteranalyse, Mediane

		Fertilität		Lebenserwartung bei Geburt		HDI 2006
Cluster 1	Slowenien, Tschechien	mittel	1,43	(sehr) hoch	77,8	0,91
Cluster 2	Armenien, Bulgarien, Estland, Georgien, Lettland, Litauen, Moldawien, Polen, Rumänien, Russland, Slowakei, Ukraine, Ungarn, Weißrussland	niedrig	1,34	mittel	72,9	0,83
Cluster 3	Aserbaidschan, Kasachstan, Kirgisistan, Turkmenistan, Usbekistan	hoch	2,55	niedrig	67,5	0,73
Cluster 4	Tadschikistan	(sehr) hoch	3,53	hoch	73,7	0,68

Quelle: WHO Health for all database, August 2009; United Nations Development Programme: Human Development Reports (2008); eigene Berechnungen 2009.

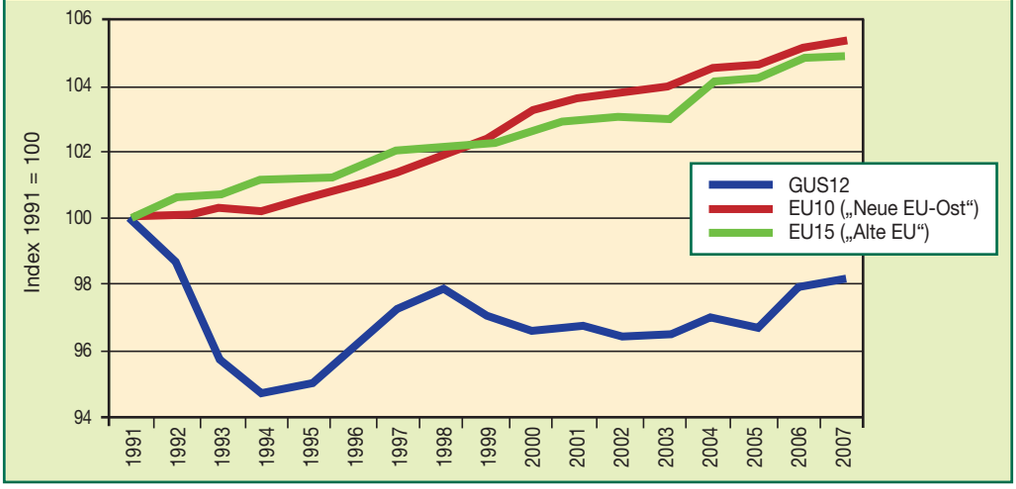
2 Da die unterschiedlichen Niveaus der Kennzahlen das Ergebnis der Clusteranalyse verzerren, wurden alle Variablen vor der Analyse standardisiert. Es wurde ein hierarchisches Verfahren angewendet und als Clustermethode das Average-Linkage-Verfahren gewählt, bei dem der Abstand zweier Objektklassen durch den Durchschnitt aller Distanzen zwischen Objekten aus den beiden Klassen gebildet wird.

3 Die Bezeichnungen „hoch", „mittel" und „niedrig" beziehen sich auf das Ländersample der „neuen EU10" und der GUS-Staaten und sind jeweils durch das 33. und 66. Perzentil definiert.

Kirgisistan, Turkmenistan und Usbekistan unterscheiden sich vom zuvor erwähnten Cluster dahingehend, dass diese Länder eine deutlich höhere Fertilität, aber eine noch niedrigere Lebenserwartung aufweisen. Tadschikistan passt in keinen der beiden zuvor näher beschriebenen Cluster und stellt somit einen eher schwer interpretierbaren Ausreißer dar: Die Fruchtbarkeitsrate ist hier mit 3,5 Kindern pro Frau extrem hoch, die Lebenserwartung ist aber auch höher als in den beiden anderen Ländergruppen. Tabelle 2 zeigt darüber hinaus eine starke Korrelation der Cluster mit dem Entwicklungsgrad gemäß Human Development Index (HDI).

Die durchschnittliche Lebenserwartung der Menschen bei Geburt in den GUS-Staaten liegt nicht nur wie bereits erwähnt um rund zwölf Jahre unter jener in den „alten EU-Staaten", sondern weist auch in der Beobachtungsperiode eine völlig unterschiedliche Entwicklung auf. Während die Lebenserwartung bei Geburt in den EU-Staaten seit 1991 kontinuierlich wuchs und bis ins Jahr 2007 eine Steigerung um rund fünf Prozent oder vier Jahre erzielt werden konnte, kam es in den GUS-Staaten sogar zu einem Rückgang der Lebenserwartung, vgl. Abbildung 1.

Abbildung 1: Lebenserwartung bei Geburt, in Jahren, Index 1991 = 100



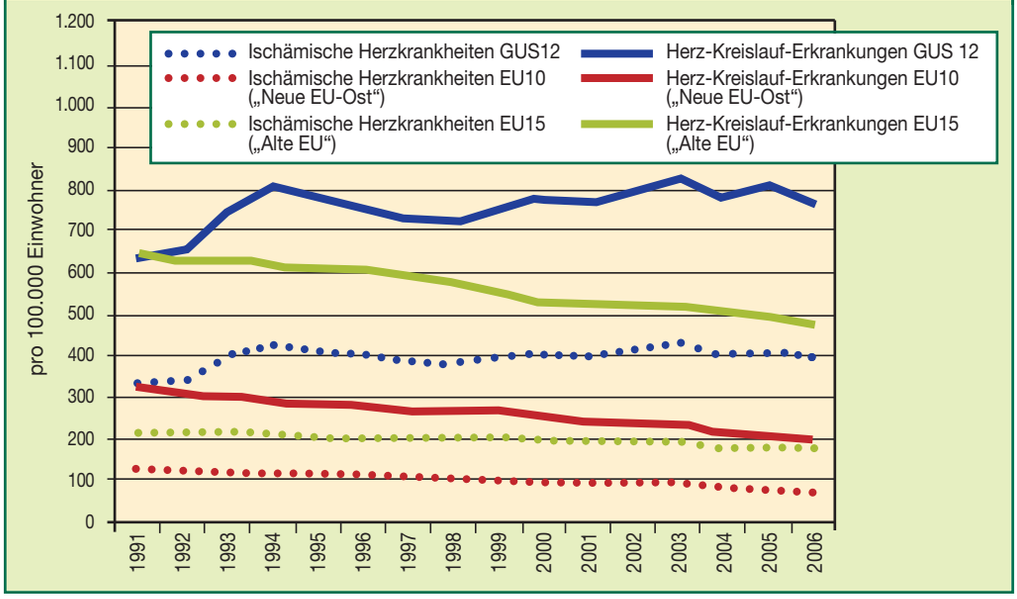
Anmerkung: Gewichtete Durchschnitte. Quelle: WHO Health for all database, August 2009; eigene Berechnungen 2009.

Der Rückgang der Lebenserwartung spiegelt sich auch im Anstieg einzelner Haupttodesursachen wider (vgl. Abbildung 2): So stiegen beispielsweise die Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bzw. ischämischen Herzkrankheiten im gesamten GUS-Bereich seit 1991 um rund 20 Prozent an. Im Durchschnitt sind in den GUS-Staaten im Jahr 2006 knapp viermal so viele Todesfälle in Folge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verzeichnen gewesen wie in den Ländern der „alten EU15", bei den ischämischen Herzkrankheiten liegt die Sterberate in den GUS-Ländern sogar mehr als fünfmal so hoch wie das EU15-Vergleichsniveau. Besonders auffallend ist auch, dass 1991 die Sterberate bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Durchschnitt der neuen EU-Staaten noch über dem GUS-Vergleichswert rangierte, ehe es ab 1992 zu einem Rückgang in Europa und einem deutlichen Anstieg in den GUS-Staaten kam.

Sowohl die Entwicklung der Lebenserwartung als auch die Mortalitätskennzahlen zeigen, dass der Zusammenbruch der sowjetischen Gesundheitsstrukturen besonders negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung der Nachfolgestaaten hatte. Für diese Entwicklung ist vor allem die Massenprivatisierung in einigen der GUS-Länder verantwortlich zu machen. Wie Stuckler, King und McKee[4] nachweisen, führte die von vielen

4 Stuckler D., King L., McKee M.: Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis The Lancet, Volume 373, Issue 9661, Pages 399-407.

Abbildung 2: Standardisierte Sterberaten, pro 100.000 Einwohner



Anmerkung: Gewichtete Durchschnitte. Quelle: WHO Health for all database, August 2009; eigene Berechnungen 2009.

Kommentatoren Anfang der 90er-Jahre geforderte rasche Privatisierung und Umgestaltung der postkommunistischen Staaten zu einem Zusammenbruch sozialer Strukturen, aber auch von Elementen der Gesundheitsversorgung. Gleichzeitig führte die rasche Umstrukturierung in einigen Gegenden zu Perspektivenlosigkeit und Flucht in ungesunde Verhaltensweisen wie Alkoholismus, sodass sich die Mortalitätsraten rasch erhöhten. Nach einer leichten Stabilisierung und Zugewinnen an Lebenserwartung im Zeitraum 1994 bis 1998 können ab 1998 wieder ein Mortalitätsanstieg und gleichzeitiger Rückgang der Lebenserwartung festgestellt werden. Dieser zweite Anstieg 1998 fällt zeitlich mit der russischen Wirtschafts- und Währungskrise zusammen, die durch die enge Verstrickung mit Russland auf den gesamten GUS-Raum Auswirkungen hatte. Für die gegenwärtige Krise ist wiederum damit zu rechnen, dass die noch fragilen wirtschaftlichen und sozialen Strukturen der Region einen Rückschlag erleiden.

Die durchschnittliche gesamtwirtschaftliche Leistung, gemessen am Bruttoinlandsprodukt pro Kopf 2006, beträgt in den GUS-Staaten rund 30 Prozent des Vergleichswertes in den „alten EU-Staaten“ sowie rund 62 Prozent des Wertes in den „neuen EU-Staaten“. Zu Beginn der Transformationsphase können in den GUS-Staaten aufgrund des Wirtschaftsumbruchs durch den Auflösungsprozess der Sowjetunion zum Teil beträchtliche Rückgänge in der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung festgestellt werden. Die Entwicklung der letzten Dekade gestaltete sich in den GUS-Staaten – auf deutlich niedrigerem Niveau – jedoch dynamischer als in den europäischen Länderaggregaten. Im Zeitraum 1997 bis 2006 wuchs die Wirtschaft in den GUS-Staaten um rund 170 Prozent, während sie sich beispielsweise im osteuropäischen EU-Raum „nur“ verdoppelte. Es sei aber auch erwähnt, dass zwei GUS-Staaten (Kirgisistan und Usbekistan), einen Rückgang des Bruttoinlandsprodukts pro Kopf verzeichnen. Besonders augenscheinlich sind aber auch die Mortalitätsunterschiede von primär dem Alkoholkonsum zuzurechnenden Krankheiten zwischen den GUS-Staaten und den westeuropäisch geprägten Ländern, die ihren Ursprung bereits in der prä-transformatorischen Zeit vor 1991 hatten. Denn Alkohol(konsum) hat in den GUS-Staaten lange Tradition. Die sowjetischen Machthaber hatten dabei beträchtlichen Anteil am Alkoholmissbrauch großer Bevölkerungsgruppen. Beispielsweise wurden von staatlicher Seite die Rahmenbedingungen geschaffen, alkoholische Getränke billig zu produzieren und zu vertreiben. Der leichte Zugang zu Alkohol ließ sowohl Abhängigkeitsraten als auch Mortalitätsraten in die Höhe schnellen. Für den Staat brachte es Vorteile mit sich: Einerseits floss durch Steuereinnah-

men mehr Geld in die Staatskasse, und andererseits wurde die Bevölkerung „gefügig“ gemacht.[5] Die Auswirkungen des Alkoholmissbrauchs spiegeln sich deutlich in den standardisierten Sterberaten wider: Im Durchschnitt liegen die Mortalitätsraten alkoholbezogener Krankheiten in den GUS-Staaten mehr als dreieinhalb mal über den Vergleichswerten der „alten EU15-Staaten“, vgl. Tabelle 3.

Die höchsten Raten sind dabei in Kasachstan (308 pro 100.000 Einwohner) und in Moldawien (227 pro 100.000 Einwohner) festzustellen. Besonders bei Männern zwischen 25 und 54 Jahren spielt der Tod infolge des Alkoholkonsums eine bedeutende Rolle: Rund 18 Prozent der Todesfälle dieser Bevölkerungsgruppe sind direkt dem Alkoholkonsum zuzuschreiben (Zirrhose und Vergiftung), weitere 20 Prozent sind dem Alkoholmissbrauch zurechenbar – insgesamt können somit enorme 38 Prozent aller Todesfälle dieser Bevölkerungsgruppe mit Alkoholmissbrauch in Bezug gesetzt werden.[6] Generell zeigt die geschlechtsspezifische Betrachtung der standardisierten Sterberaten, dass Alkoholmissbrauch ein „Männerproblem“ darstellt und dass die Unterschiede zwischen GUS-Staaten und den europäischen Ländern bei Männern noch deutlicher ausgeprägt sind. Erschwerend kommt beim Alkoholismusproblem hinzu, dass vielfach billigste Alkoholformen genossen werden, die hochprozentiger als herkömmliche Getränke sind und zusätzliche gesundheitsschädliche Substanzen wie langkettige Alkohole enthalten. Sie werden zum Teil selbst gebrannt oder aus Steuergründen als Aftershave gehandelt.[7]

Auch die Rauchgewohnheiten der Bevölkerung in den GUS-Staaten liegen deutlich über dem westeuropäischen Durchschnitt der „alten EU15“. Knapp ein Drittel (32 Prozent) der GUS-Bevölkerung raucht täglich – somit gibt es in der GUS um rund fünf Prozentpunkte mehr tägliche Raucher als im alten Europa; im Vergleich zu Österreich sind es sogar rund

Tabelle 3: Standardisierte Sterberaten, alle Altersgruppen, pro 100.000 Einwohner

	Alkohol-bezogene Todesfälle, gesamt		Alkohol-bezogene Todesfälle, Männer		Alkohol-bezogene Todesfälle, Frauen		Todesfälle aufgrund von Rauchen, gesamt		Todesfälle aufgrund von Rauchen, Männer		Todesfälle aufgrund von Rauchen, Frauen	
	2006	Index EU15 =100	2006	Index EU15 =100	2006	Index EU15 =100	2006	Index EU15 =100	2006	Index EU15 =100	2006	Index EU15 =100
Armenien	59	107	93	113	30	100	653	350	843	321	519	403
Aserbaidschan	84	154	112	136	60	204	639	342	782	298	529	412
Georgien	52	96	88	107	22	75	516	276	614	234	444	345
Kasachstan	308	564	552	671	141	476	806	431	1115	425	614	477
Kirgisistan	175	319	267	324	95	320	808	433	1002	382	659	512
Moldawien	227	415	318	387	151	509	839	449	1057	403	694	540
Russland	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.
Tadschikistan	79	145	107	131	53	178	371	199	454	173	311	242
Turkmenistan	131	240	184	224	86	290	588	315	740	282	475	370
Ukraine	185	339	317	385	77	259	775	415	1081	412	586	455
Usbekistan	111	204	151	183	75	253	609	326	709	270	522	406
Weißrussland	188	344	325	395	74	251	731	391	1073	409	522	406
GUS12	165	301	269	326	81	275	699	374	924	352	550	428
EU15 („Alte EU“)	55	100	82	100	30	100	187	100	262	100	129	100
EU10 („Neue EU-Ost“)	100	182	163	198	44	150	380	204	526	201	274	213
Österreich	64	118	102	123	32	108	208	111	286	109	151	117

Werte 2005 für Tadschikistan und Usbekistan; Werte 2004 für die Ukraine;
Werte 2003 für Armenien und Kasachstan; Werte 2001 für Georgien und Weißrussland, Werte 2000 für Aserbaidschan;
Werte 1998 für Turkmenistan

Anmerkung: Gewichtete Durchschnitte. Quelle: WHO Health for all database, August 2009; eigene Berechnungen 2009.

5 McKee M.: Alcohol in Russia, Alcohol & Alkoholism Vol. 34 , no. 6. 1999. Seite 824–829.
6 Leon D., Saburova L., Tomkins S., Andreev E., Kiryanov N., McKee M., Shkolnikov V.: Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case-control study. The Lancet, Volume 369, Issue 9578,Seiten 2001–2009
7 McKee M., Suzcs S., Sarvary A., Adany R., Kiryanov N., Saburova L., Tomkins S., Andreev E., Leon D. A.: The Composition of Surrogate Alcohols Consumed in Russia. Epidemiology and Prevention. Alcoholism: Clinical & Experimental Research. 29(10), October 2005. Seiten 1884–1888.

neun Prozentpunkte mehr.[8] Die Rauchgewohnheiten der Bevölkerung in den Ländern der GUS spiegeln sich in beeindruckender Weise auch in den Todesfällen wider, die mit dem Rauchen in Verbindung zu bringen sind. In den GUS-Staaten betrug die standardisierte Sterberate rund 700 Personen pro 100.000 Einwohner und war somit knapp viermal so hoch wie in den „alten EU-Staaten".
Auch hier gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede: Vom Niveau her sind die Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern nicht so stark vorhanden wie bei den Todesfällen den Alkohol betreffend; anders als bei den alkoholbezogenen Todesfällen sind bei den Todesfällen das Rauchen betreffend die Unterschiede zu Europa bei den Frauen deutlicher ausgeprägt als bei den Männern, vgl. Tabelle 3.

Allgemeines zum Gesundheitswesen der GUS-Staaten

Allgemeines zum Gesundheitswesen der GUS-Staaten

Das Gesundheitssystem der GUS-Staaten ist geprägt von deren Geschichte als Staaten des ehemaligen Ostblocks, welche wiederum das in Russland etablierte „Semaschko-Gesundheitssystem" übernahmen. Nikolai Alexandrovitsch Semaschko (1874–1949) war ein Anhänger Lenins und bereits früh politisch aktiv. Mit Lenins Rückkehr nach dessen Exiljahren und der Oktoberrevolution 1917 hatte Semaschko Gelegenheit, seine Vision von einem sozialistischen Gesundheitswesen umzusetzen. Denn Lenin erkannte, anders als viele seiner Genossen, dass ohne ein System der Gesundheitsversorgung für alle die kommunistische Revolution zum Scheitern verurteilt sein würde. Nur aus dieser geschichtlichen Perspektive sind sowohl Errungenschaften als auch Mängel dieses Systems zu ermessen. Während nämlich vor Lenin im Wesentlichen kein öffentliches Gesundheitswesen existierte, wohl aber Infektionskrankheiten eine weit verbreitete Todesursache waren, konnten diese durch die Semaschko-Organisation effektiv bekämpft werden.[9] Im Zentrum der Idee stand eine streng hierarchische, integrierte Struktur, die vom Gesundheitsministerium in Moskau über regionale Gesundheitsbehörden bis hin zu eingegrenzten Versorgungsgebieten („utschastok") für Ärzte und Polikliniken lückenlose Planung erlaubte.[10] Eine Wahlmöglichkeit war naturgemäß nicht vorgesehen, Priorität hatte die universelle Versorgung auch in entlegenen Landstrichen.[11] Somit war eine effektive Bekämpfung von Infektionskrankheiten und eine gute Durchdringung des Landes mit Gesundheitsleistungen möglich, wie sie vorher unbekannt waren.
Im Laufe der Zeit und mit der weiteren epidemiologischen Entwicklung zeigten sich aber auch zunehmend die Schwächen des Systems. Die finanzielle Ausstattung der Spitäler erfolgte nur anhand der Anzahl der vorhandenen Betten und des beschäftigten Personals. Dies hatte zur Folge, dass ineffiziente Strukturen, wie ein zu hoher Personalstand oder ein Überangebot an Betten, manifestiert und auch indirekt gefördert wurden. Trotz des infektionspräventiven Ansatzes wurden andere Bereiche der öffentlichen Gesundheit vernachlässigt, was nicht zuletzt an der starken Spitalslastigkeit lag. Die dadurch entstehenden Gesundheitsprobleme in der Bevölkerung haben wir bereits betrachtet.
Auch die kommunistisch geführten Länder Osteuropas bedienten sich bis zur Transformationsphase in den 1990er-Jahren ebenfalls des steuerfinanzierten Semaschko-Systems. Im Gegensatz zu den osteuropäischen nunmehrigen EU-Ländern, die sich ohne Ausnahme nach der Öffnung primär für ein Sozialversicherungsmodell entschieden, kann diese Entwicklung in den GUS-Staaten bisher nur in fünf Staaten festgestellt werden. Anfang bis Mitte der 1990er-Jahre kam es in Russland, Georgien und Kirgisistan zur Einführung einer sozialen Krankenversicherung, 2004 bzw. 2006 erfolgte die Einführung in Moldawien und

8 WHO Health for all database, August 2009.
9 Haines A. J.: Dr. N. A. Semaschko – The commissar of health. New York, Vanguard Press, 1928.
10 Twygg, J.: The Operationalization of Russian Health Care System Reform. The National Council for Eurasian and East European Research. Washington, D.C. 2006.
11 Golinowska S., Hengstenberg P., Zukowski M.: Diversity and Commonality in European Social Policies: The Forging of a European Social Model, Friedrich Ebert Stiftung, Warschau 2008.

Turkmenistan, vgl. Tabelle 4. In einigen anderen GUS-Staaten gibt bzw. gab es Diskussionen oder bereits Gesetzesentwürfe zur Einführung einer sozialen Krankenversicherung, die jedoch unterschiedlich weit gediehen sind. Im Gegensatz dazu war die soziale Krankenversicherung in Weißrussland bis dato noch nie wirklich Thema.

Tabelle 4: Soziale Krankenversicherung in den GUS-Staaten

Länder mit sozialer Krankenversicherung	
Georgien	seit 1995
Kirgisistan	seit 1996
Moldawien	seit 2004
Russland	seit 1991/93
Turkmenistan	seit 2006
Länder ohne soziale Krankenversicherung	
Armenien	2002 Gesetzesentwurf zur Einführung einer sozialen Krankenversicherung
Aserbaidschan	Machbarkeitsstudie über die Einführung einer sozialen Krankenversicherung
Kasachstan	1996 wurde eine soziale Krankenversicherung eingeführt, jedoch bereits 1998 im Zuge der russischen Wirtschaftskrise wieder abgeschafft
Tadschikistan	Gesetzesentwurf zur Einführung einer sozialen Krankenversicherung; Details dazu fehlen noch
Ukraine	Gesetzesentwurf 2003 zur Einführung einer sozialen Krankenversicherung abgelehnt; Einführung wird immer wieder diskutiert
Usbekistan	Einführung einer sozialen Krankenversicherung angedacht, aber noch nicht realisiert
Weißrussland	Soziale Krankenversicherung kein Thema

Quellen: Health Systems in Transition (HiT) country profiles.

Systemreform am Beispiel Moldawiens

Systemreform am Beispiel Moldawiens[12]

Im Gegensatz zu anderen GUS-Ländern herrschte in Moldawien bereits seit Mitte der 90er-Jahre ein breiter politischer Konsens über die Notwendigkeit einer Reform des Gesundheitssystems: Schon 1998 erfolgte die Verabschiedung eines Gesetzes zur Einführung eines Sozialversicherungssystems. Die Währungskrise in Russland und die daraus resultierenden wirtschaftlichen Probleme für Moldawien führten jedoch zu einem vorläufigen Aussetzen des Reformprozesses. Erst im Jahre 2001 wurde das Vorhaben durch die Gründung einer nationalen Krankenversicherungsgesellschaft mit elf regionalen Unterorganisationen wieder zum Leben erweckt. Die nationale Krankenversicherung befindet sich zu 100 Prozent in Staatseigentum und soll am moldawischen Markt als einziger Nachfrager von Gesundheitsleistungen auftreten. Ihr Ziel war es zu Beginn, gemeinsam mit dem Gesundheitsministerium die rechtlichen und regulativen Rahmenbedingungen zur Einführung einer generellen Pflichtversicherung zu erarbeiten sowie einen Basisleistungskatalog zu definieren. Weiters schließt die nationale Krankenversicherung mit den Leistungsanbietern jährlich Verträge ab und führt die Tarifverhandlungen. War die verpflichtende soziale Krankenversicherung 1998 noch primär als zusätzliche Einnahmequelle angedacht, wurde sie bei der Revitalisierung des Projektes eher als Instrument gesehen, um Effizienz und Qualität des Gesundheitssystems zu verbessern. Nach erfolgreichem Pilotversuch in Zusammenarbeit mit der UNICEF von Juli bis Dezember 2003 in der Region Hincesti wurde die verpflichtende soziale Krankenversicherung mit 1. Jänner 2004 flächendeckend in Moldawien eingeführt.

Der Beitragssatz betrug damals sowohl für Arbeitgeber als auch für Arbeitnehmer zwei Prozent des Bruttoeinkommens – die zusätzliche Belastung der Arbeitnehmer wurde durch eine Lohnsteuersenkung von 30 auf 28 Prozent neutralisiert. Die Beiträge der nichtarbeitenden Bevölkerung (Pensionisten, registrierte Arbeitslose, Schüler und Studierende) werden aus dem nationalen Budget bezahlt. Wir sehen hier also, dass bei dieser Erstellung einer sozialen Krankenversicherung auf dem „Reißbrett“ bereits eine sinnvolle Fonds-Lösung für den Zufluss von Steuermitteln gewählt wurde. Selbständige können auf freiwilliger Basis der

12 Vgl. Health Systems in Transition: Moldova, Vol. 10, No. 5, 2008.

Sozialversicherung beitreten. Moldawien vermied somit im Gegensatz zu anderen Transformationsländern die Fehler bei der Einführung einer sozialen Krankenversicherung, dass die Beiträge der nichtarbeitenden Bevölkerung aus regionalen Budgets bezahlt werden und die Höhe der Beiträge nicht klar gesetzlich geregelt ist.[13] Um eine bessere Finanzierung des Systems zu gewährleisten und den Preissteigerungen bei den Gesundheitsleistungen zu begegnen, wurden die Beitragssätze erhöht und betragen mittlerweile drei Prozent – jeweils für Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Alle gesammelten Beitragszahlungen werden automatisch auf vier Sub-Fonds (Hauptfonds, Reservefonds, Präventivfonds, administrativer Fonds) aufgeteilt. Aus dem Hauptfonds (94 Prozent der Beitragseinnahmen) werden alle Dienstleistungen für versicherte Personen bezahlt.

Die Evaluierung der Einführung der sozialen Krankenversicherung in Moldawien zeigt beispielsweise, dass es zu Effizienzsteigerungen durch leistungsorientierte und an Qualitätsmerkmalen orientierte Finanzierung kam sowie ein deutlicher Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben und gleichzeitig ein Rückgang der informellen Zahlungen festzustellen ist. Weiters sei die Stabilität der öffentlichen Finanzströme gesichert, seien die Löhne des Gesundheitspersonals gestiegen und sei ein besserer Zugang der Versicherten in allen Bereichen des Gesundheitssystems gewährleistet.

Neben den erwähnten positiven Effekten seien aber auch die noch vorhandenen Schwachstellen des Systems erwähnt: Einerseits deckt die soziale Krankenversicherung laut Schätzungen nur rund 80 Prozent der Gesamtbevölkerung ab, wobei dieser Anteil einer sehr starken regionalen Schwankung unterworfen ist. Im ruralen Raum liegt nicht nur der Anteil der versicherten Personen deutlich unter dem nationalen Durchschnitt, sondern insbesondere auch das Angebot an Versorgungseinrichtungen. Die soziale Krankenversicherung Moldawiens steht also in Hinblick auf den Abdeckungsgrad noch vor ähnlichen Herausforderungen wie einst einige der westeuropäischen Pendants. Andererseits existiert noch immer ein sehr hohes Niveau an formellen und informellen privaten Zahlungen an das Gesundheitspersonal. Diese haben sich zwar nach Einführung der sozialen Krankenversicherung leicht verringert, nehmen jedoch immer noch ein sehr hohes Niveau ein (formelle private Zahlungen:} vgl. Abbildung 4.

Um eine weitere Effizienzsteigerung zu erzielen, möchte das moldawische Gesundheitsministerium zukünftig das Potenzial von Public-Private-Partnerships (PPPs) zur Finanzierung im Gesundheitswesen prüfen. Weiters sollen auch die rechtlichen Rahmenbedingungen im Hinblick auf die Vertragsabschlüsse der nationalen Krankenversicherung und der Gesundheitsdienstleister verbessert werden. Ein generelles Problem bei den Reformen stellt die teilweise mangelnde Motivation des Gesundheitspersonals dar, die Reformbestrebungen mitzutragen oder zu unterstützen.

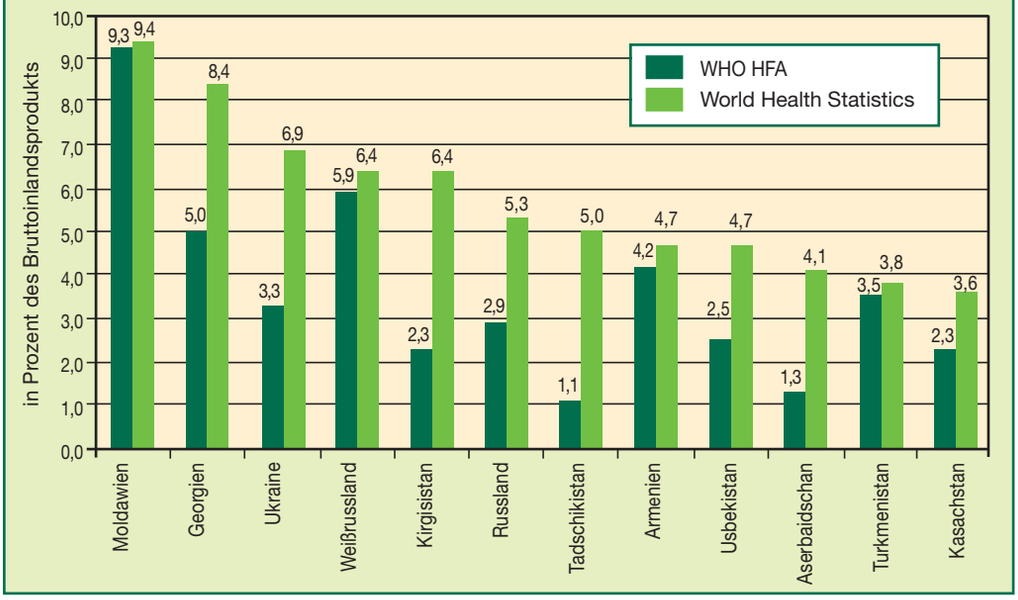
Gesundheitsausgaben: eine Frage der Datenqualität

Abbildung 3 illustriert sehr deutlich eines der zentralen Probleme der GUS-Staaten, nämlich die mangelnde Datenqualität und unzureichende Vergleichbarkeit der national berechneten Ausgabendaten. Es zeigt sich durchgehend, dass die offiziell gemeldeten Daten (WHO Health for all database) im Vergleich zu den WHO-Schätzungen (World Health Statistics Report 2009) unterschätzt sind. Die Abweichungen zwischen den offiziellen Daten und den WHO-Schätzungen variieren sehr stark und sind zum Teil beträchtlich; beispielsweise meldet Kirgisistan eine Gesundheitsausgabenquote von 2,3 Prozent des Bruttoinlandsprodukts, während die WHO 6,4 Prozent schätzt. Bei Betrachtung der WHO-Schätzungen ist aber auch die Variation innerhalb der GUS-Staaten hoch: Moldawien gibt in Relation zur Wirtschaftsleistung mit 9,4 Prozent sehr viel für das Gesundheitswesen aus, Kasachstan rangiert mit 3,6 Prozent am Ende der Vergleichsstaaten.

13 Shishkin S., Kacevicius G., Cocianu M. (2008). Evaluation of Moldova's 2004 Health Financing Reform. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Gesundheitsausgaben: eine Frage der Datenqualität

Abbildung 3: Gesundheitsausgaben, in Prozent des Bruttoinlandsprodukts, 2006

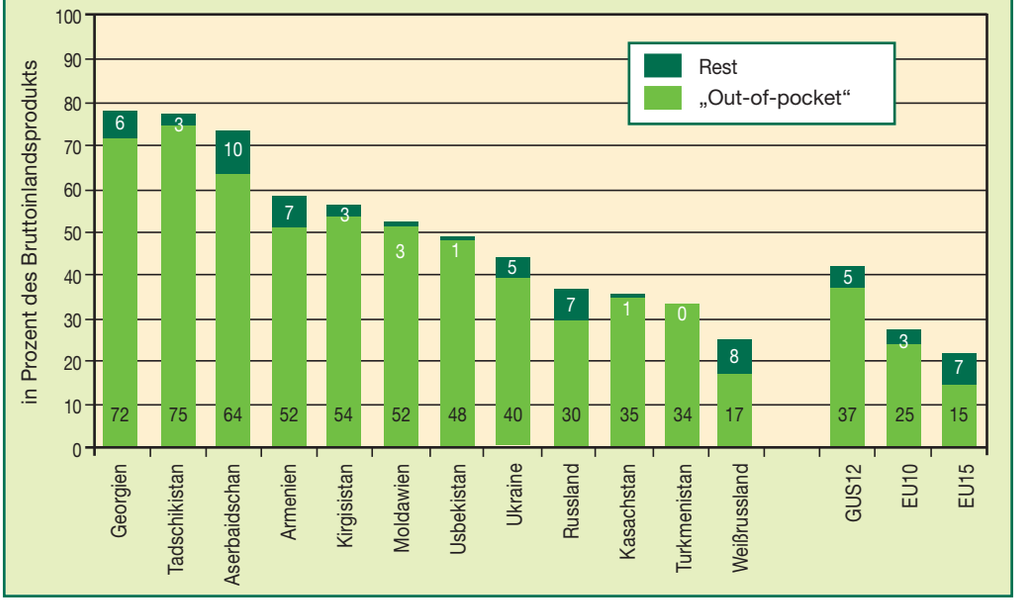


Quelle: WHO Health for all database, August 2009; WHO World Health Statistics 2009, eigene Darstellung 2009.

Die Finanzierung der Gesundheitsausgaben erfolgt in den ehemaligen Sowjetrepubliken meist über ein Mischsystem, sehr oft aber zu einem überwiegenden Anteil aus privater Hand. Abbildung 4 zeigt beispielsweise, dass in Armenien, Aserbaidschan, Georgien, Kirgisistan, Moldawien und Tadschikistan mehr als die Hälfte der gesamten Gesundheitsausgaben private Ausgaben darstellen, wobei sich diese primär (zwischen 69 und 100 Prozent) aus privaten Zuzahlungen (out-of-pocket payments) zusammensetzen. Entsprechend dem WHO-Konzept zur Gesundheitsfinanzierung herrscht also in diesen Staaten die ungünstigste Form der Gesundheitsfinanzierung vor.

Der öffentliche Anteil zur Mittelaufbringung im Gesundheitswesen erfolgt in den GUS-Staa-

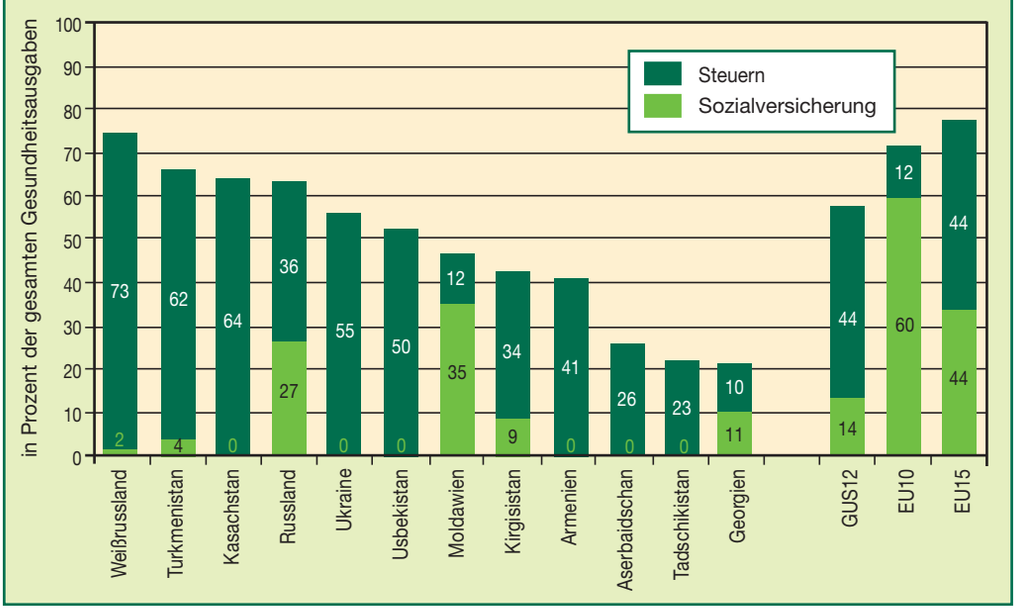
Abbildung 4: Private Gesundheitsausgaben, in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, 2006



Anmerkung: Gewichtete Durchschnitte.
Quelle: WHO Health for all database, August 2009; WHO World Health Statistics 2009, eigene Darstellung 2009.

ten je nach Finanzierungsmodell entweder rein steuerfinanziert oder über eine Mischung aus Steuereinnahmen und Beitragseinnahmen aus einem Sozialversicherungsmodell. Wie Abbildung 5 illustriert, spielen Einnahmen über die Sozialversicherung derzeit nur in vier der GUS-Staaten (Georgien, Kirgisistan, Moldawien und Russland) bei der Finanzierung der öffentlichen Gesundheitsausgaben eine Rolle (Anteil der Sozialversicherungsausgaben an den gesamten öffentlichen Ausgaben größer 20 Prozent).

Abbildung 5: Öffentliche Gesundheitsausgaben, in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, 2006



Anmerkung: Gewichtete Durchschnitte.
Quelle: WHO Health for all database, August 2009; WHO World Health Statistics 2009, eigene Darstellung 2009.

Aufgeblähter Spitalssektor lässt Ineffizienzen vermuten …

Als eine Hauptcharakteristik des Semaschko-Systems kann die Dominanz des Spitalssektors in der Gesundheitsversorgung bezeichnet werden. Die Akutbettendichte erreicht in den GUS-Staaten im Durchschnitt knapp einen Wert vom 800 Betten pro 100.000 Einwohner und liegt damit mehr als doppelt so hoch wie im EU15-Durchschnitt; die bereits beachtliche österreichische Bettendichte beträgt rund 80 Prozent jener der durchschnittlichen GUS-Staaten. Bei Einzelbetrachtung der Länder fällt auf, dass sich in einigen von ihnen seit 1991 doch ein beträchtlicher Bettenabbau vollzogen hat, beispielsweise in Armenien, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Moldawien und Turkmenistan, vgl. Tabelle 5. Die durchschnittliche Spitalsaufnahmerate rangiert leicht über den EU-Vergleichswerten, aber doch deutlich hinter jener von Österreich; im Gegensatz zu den europäischen Staaten ist auch ein Rückgang der Aufnahmen gegenüber 1991 festzustellen. Wenn einmal im Spital aufgenommen, dann möglichst lange: Dies zeigt die durchschnittliche Verweildauer, die in den GUS-Staaten durchschnittlich elf Tage beträgt und somit um knapp mehr als drei Tage über dem Wert der alten EU15 und knapp mehr als fünf Tage über dem österreichischen Vergleichswert liegt. Wie im übrigen Europa, so zeigt sich auch hier die Bedeutung des Finanzierungsmodus für die Effizienz im Spitalsbereich. Tatsächlich erfolgt die Vergütung der Spitäler noch vorwiegend inputbasiert. Es erfolgen also Zahlungen pro Bett und Personaleinheit. Die „DRG-Revolution“ hat bisher noch nicht stattgefunden, allerdings ist auch hier Moldawien ein Vorreiter, wenn auch momentan nur mit 90 Diagnosefallgruppen.
Die Ärztedichte insgesamt in den GUS-Staaten liegt etwa auf dem Niveau von Österreich, während das Berufsbild des Allgemeinmediziners stark unterrepräsentiert ist.

Aufgeblähter Spitalssektor lässt Ineffizienzen vermuten …

Tabelle 5: Kennzahlen der stationären und ambulanten Versorgung, 2007

	Akubetten pro 100.000	Index 1991 = 100	Aufnahme-rate in Akutspitäler, pro 100	Index 1991 = 100	Verweil-dauer in Akutspitälern in Tagen	Index 1991 = 100	Ärzte pro 100.000	Index 1991 = 100	Allgemein-mediziner pro 100.000	Index 1991 = 100
Armenien	350	45	8	71	7,6	56	344	93	58	81
Aserbaidschan	726	80 [5]	6	100 [4]	12,3	83 [3]	377	96	18	93
Georgien	292	34	6	52	5,7	40	455	93	23	58
Kasachstan	528	45	16	73	10,2	74	371	97	24	111
Kirgisistan	387	39	14	64	8,9	70	238	70	35	131
Moldawien	493	45	16	75	8,1	55	312	90	57	162
Russland	931 [a]	90	23 [a]	110	11,5 [a]	84	431 [a]	107	27 [a]	112
Tadschikistan	547 [a]	57	11 [a]	53	11,0 [a]	79	201 [a]	83	21	94
Turkmenistan	304	32	13	67	7,0	56	244	66	64 [b]	81
Ukraine	712 [a]	67	21 [a]	90	11,3 [a]	80	308 [a]	71	32 [a]	99
Usbekistan	400	85 [1]	16	113 [1]	8,0	95 [2]	267	78	20	141
Weißrussland	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	484	135	40	138
GUS12	797	77	21	98	11,0	80	377	95	29	107
EU10 („Neue EU-Ost“)	465	68	18	106	7,6	66	253	104	65	115
EU15 („Alte EU“)	375 [a]	76	17 [a]	111	6,5 [a]	72	338 [a]	112	102 [a]	101
Österreich	639	82	27	123	5,8	59	375	165	153	137

[a] 2006, [b] 1997
[1] 2003 bis 2007, [2] 2001 bis 2007, [3] 1999 bis 2007, [4] 1996 bis 2007, [5] 1995 bis 2007, [6] 1994 bis 2007, [7] 1993 bis 2006

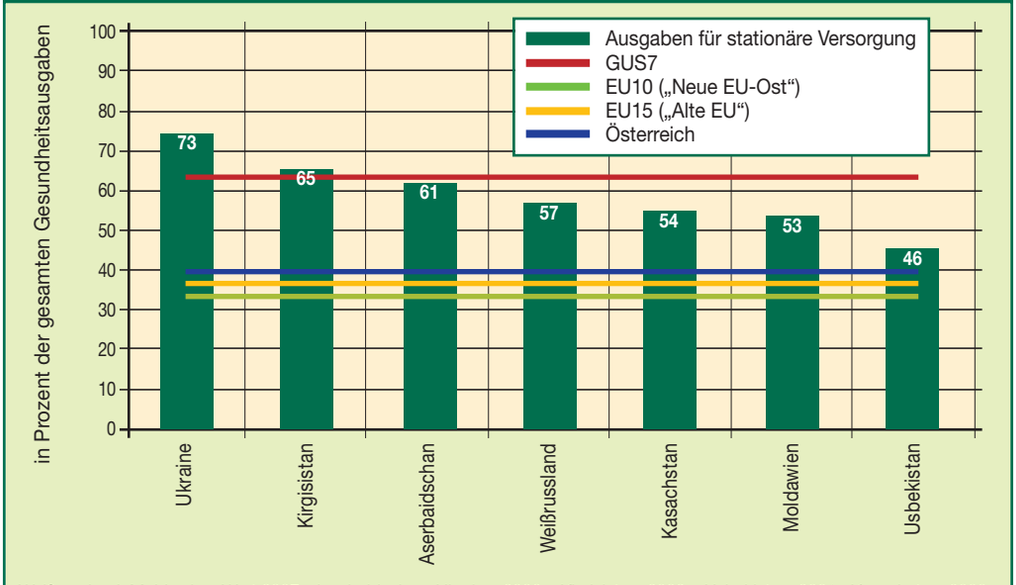
Anmerkung: Gewichtete Durchschnitte. Quelle: WHO Health for all database, August 2009, eigene Berechnungen 2009.

… und schlägt sich auch ausgaben-seitig nieder.

… und schlägt sich auch ausgabenseitig nieder.

Auch auf Seite der Mittelverwendung zeigt sich in den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion immer noch sehr deutlich die starke Konzentration auf den stationären Sektor im Gesundheitswesen. In allen betrachteten GUS-Ländern mit verfügbaren Daten – mit Ausnahme von Usbekistan – fließen mehr als 50 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben in den Spitalsbereich; in der Ukraine sind es sogar knapp drei Viertel (vgl. Abbildung 6). Sowohl im Vergleich zu den neuen als auch zu den alten EU-Staaten sind hier beträchtliche Unterschiede festzustellen: Innerhalb der alten EU15-Staaten wird im Durchschnitt mit rund 36 Prozent um knapp 27 Prozentpunkte weniger für die stationäre Versorgung aufgewendet. Der aufgeblasene stationäre Bereich in den Gesundheitssystemen der GUS-Staaten lässt ein sehr großes Maß an Ineffizienz und erheblichen Reformbedarf erkennen.

Abbildung 6: Ausgaben für stationäre Versorgung, letztverfügbares Jahr ab 2000



Weißrussland, Moldawien: Wert 2007, Aserbaidschan, Ukraine: 2006, Kirgisistan: 2002, Usbekistan: 2001, Kasachstan: 2000

Anmerkung: Gewichtete Durchschnitte. Quelle: WHO Health for all database, August 2009, eigene Berechnungen 2009.

Durch die im Folgenden dargestellte Gesundheitsreform in Usbekistan mit einem der Ziele, durch den Ausbau ambulanter Gesundheitszentren eine Entlastung des Spitalsbereichs zu erreichen und in der Folge auch eine kostengünstigere Alternative zu finden, konnte immerhin eine Reduktion der stationären Ausgaben von 1995 bis 2001 um 30 Prozentpunkte erzielt werden. Der Reformprozess im usbekischen Gesundheitswesen[14] startete 1996 mit der Verabschiedung des sogenannten „Gesundheitsschutzgesetzes", welches beispielsweise private und öffentliche Gesundheitssektoren abgrenzt und Bereiche wie Notfallshilfe oder Grundversorgung definiert. Zentraler Punkt des Gesetzes war aber die Festlegung eines kostenfreien, staatlich garantierten Basisleistungspakets. Dieses beinhaltet die Grundversorgung, die Notfallsversorgung, die Behandlung bestimmter Krankheiten (z. B. HIV oder Tbc), sowie weiterführende Behandlungen für bestimmte Bevölkerungsgruppen (z. B. Kinder und Jugendliche). Neben der Behandlung sind weiters die verwendeten Medikamente durch das Paket abgedeckt. Im Jahre 1998 wurde öffentlichen Gesundheitseinrichtungen das Recht eingeräumt, für bestimmte Leistungen, die nicht in den Leistungskatalog fallen, Gebühren einzuheben. Nach anfänglichen positiven monetären Auswirkungen stellte sich jedoch nach Ausweitung der Gebührenplicht ein negativer Nachfrageeffekt ein, da sich die Bevölkerung diese Behandlungen nicht mehr leisten konnte.

Im Jahre 1998 startete in Usbekistan ein zentrales Reformprojekt mit dem Namen „Health I". Mit Hilfe der Weltbank war es primäres Ziel der usbekischen Regierung, in der medizinischen Versorgung sowjetische Strukturen aufzubrechen und der starken Konzentration auf den Spitalssektor entgegenzuwirken. Dazu kam es zunächst in drei Pilotprovinzen zu einem massiven Ausbau von Gesundheitszentren (SVPs) inklusive Laboratorien; damit sollte eine zweite starke Versorgungsebene neben dem Spitalsbereich geschaffen werden und der hohen Spitalsaufnahmerate entgegengewirkt werden. Weiters wurde das Berufsbild des Allgemeinmediziners geschaffen. Die Finanzierung der Gesundheitszentren wurde dahingehend umgestellt, dass diese einen eigenen Rechtsstatus bekamen sowie ein eigenes Budget; dieses richtet sich jedoch nicht mehr nach Größe und Anzahl der Beschäftigten, sondern nach der zu versorgenden Bevölkerung (mit alters- und geschlechtsspezifischen Anpassungen). Diese Verrechnungsmethode nimmt jedoch keine Rücksicht auf die tatsächliche Anzahl an behandelten Patienten bzw. die Art der Behandlung.

Nach allgemeiner positiver Bewertung des Pilotprojekts und der Ausweitung auf zwei weitere Provinzen wurde im Jahre 2005 mit Unterstützung der Weltbank, der Åsiatischen Entwicklungsbank und der usbekischen Regierung das Nachfolgeprojekt „Health II" ins Leben gerufen. Ziel war es, an „Health I" anzuknüpfen und auf ganz Usbekistan auszuweiten. Da sich „Health I" primär des ländlichen Bereichs annahm, sollte beim Nachfolgeprojekt der Fokus auf urbane Zentren gerichtet sein. Im Finanzierungsbereich sind zwei Erneuerungen geplant: Einerseits soll ein Bonussystem für praktische Ärzte deren ungleicher geografischer Verteilung entgegenwirken. Andererseits sollen Pilotprojekte mit fallbezogener Vergütung starten – auf diese Weise soll ein größerer Anreiz zur Effizienzsteigerung geboten werden.

Fazit

Eine Analyse der Gesundheitssysteme der GUS-Staaten erbringt viele interessante Erkenntnisse zu Gesundheitssystemen im Allgemeinen. Besonders augenscheinlich tritt hier der Zusammenhang zwischen der Ausgestaltung des Gesundheitssystems und der Gesundheit der Bevölkerung zutage. Erfolgreiche Reformen wie jene in Moldawien oder Usbekistan zeigen wiederum die positiven Veränderungen, die durch klügere Strukturen erreicht werden können. Die dramatischen Auswirkungen der Wirtschaftskrisen und Umbrüche auf Lebenserwartung und Lebensqualität in der Regionen sollten zum Nachdenken darüber anregen, welch weitverzweigte Folgen Wirtschaftspolitik im sozialen Bereich haben kann.

14 Vgl. Health Systems in Transition: Uzbekistan, Vol. 9. No. 3. 2007.

Health System Watch III/2009

Tabelle A1:

	Bruttoinlandsprodukt (BIP)			Gesundheitsausgaben (GA)			Gesundheitsausgaben (GA)			Öffentliche Gesundheitsausgaben		
	pro Kopf, US $, Kaufkraftparitäten			in Prozent des BIP			pro Kopf, US $, Kaufkraftparitäten			in Prozent der gesamten GA		
	2007	Index 2000=100	Index EU27=100	2007	Index 2000=100	Index EU27=100	2007	Index 2000=100	Index EU27=100	2007	Index 2000=100	Index EU27=100
Österreich	37.121	131	132	10,1	102	113	3.763	133	135	76,4	99	99
Belgien	35.380	129	126	10,2	119	115	3.595	151	129	73,0 [a]	96	95
Bulgarien	10.295 [a]	180	37	7,7	124	87	734	190	26	60,6	103	79
Dänemark	35.978	125	128	9,8	118	110	3.512	148	126	84,5	103	110
Deutschland	34.393	133	122	10,4	101	117	3.588	130	129	76,9	96	100
Estland	19.155 [a]	190	68	5,1 [a]	94	57	977 [a]	180	35	72,7 [a]	95	94
Finnland	34.698	135	123	8,2	114	92	2.840	153	102	74,6	105	97
Frankreich	32.684	130	116	11,0	109	124	3.601	142	129	79,0	99	102
Griechenland	28.423	155	101	9,6	122	108	2.727	188	98	60,3	101	78
Irland	45.214	157	161	7,6	121	85	3.424	190	123	80,7	110	105
Italien	30.794	121	109	8,7	107	98	2.686	131	96	76,5	106	99
Lettland	15.389 [a]	218	55	6,0 [a]	125	67	923 [a]	273	33	63,2 [a]	86	82
Litauen	15.739 [a]	221	56	6,2 [a]	103	70	976 [a]	229	35	70,0 [a]	97	91
Luxemburg	59.484	136	211	7,3 [a]	126	82	4.162 [a]	163	149	90,9 [a]	102	118
Malta	21.715 [a]	126	77	8,6 [a]	108	97	1.872 [a]	136	67	76,4 [a]	100	99
Niederlande	39.213	134	139	9,8	123	110	3.837	164	138	81,5	129	106
Polen	16.089	152	57	6,4	116	72	1.035	178	37	70,8	101	92
Portugal	22.824	134	81	9,9 [a]	113	111	2.150 [a]	142	77	71,5 [a]	99	93
Rumänien	10.433 [a]	162	37	3,9 [a]	100	44	407 [a]	162	15	100,0 [a]	100	130
Schweden	36.632	132	130	9,1	111	102	3.323	146	119	81,7	96	106
Slowakei	20.073	183	71	7,7	140	87	1.555	258	56	66,8	75	87
Slowenien	25.021 [a]	144	89	8,6 [c]	108	97	1.801 [c]	130	65	79,0 [c]	91	102
Spanien	31.586	148	112	8,5	118	96	2.671	174	96	71,8	100	93
Tschechien	24.027	160	85	6,8	105	76	1.626	166	58	85,2	94	111
Ungarn	18.754	153	67	7,4	107	83	1.388	163	50	70,6	100	92
Vereinigtes Königreich	35.557	137	126	8,4	120	94	2.992	163	107	81,7	103	106
Zypern	25.837 [a]	122 [1]	92	6,4 [b]	112	72	1.453 [b]	120 [2]	52	45,7 [b]	110	59
EU27*	28.144 [a]	131	100	8,9	111	100	2.786	148	100	77,1	101	100
EU15* „alte EU“	31.467 [a]	127	112	9,5	109	107	3.188	146	114	77,3	101	100
EU12* „neue EU“	15.116 [a]	160	54	6,1 [a]	111	69	977 [a]	166	35	74,5	96	97
Kroatien	14.309 [a]	177	51	7,4	81	83	1.001	117	36	81,3	94	105
Mazedonien	7.921 [a]	156	28	6,3	140	71	556 [a]	243	20	59,0	96	77
Türkei	13.604	156	48	5,7 [b]	116	64	618 [b]	143	22	71,4 [b]	114	93
Schweiz	40.877	129	145	10,8	106	121	4.417	137	159	59,3	107	77
USA	45.559	132	162	16,0	118	180	7.290	155	262	45,4	105	59

*** gewichtete Durchschnitte**
[a] 2006, [b] 2005, [c] 2004
[1] 2001–2006, [2] 2001–2005
Quellen: WHO Health for all database, August 2009, WHO-Schätzungen 2005 für Bulgarien und Kroatien (alle Kennzahlen außer BIP)
OECD Health Data, 2009 für BIP (OECD-Länder) und Gesundheitsdaten (USA), eigene Berechnungen 2009.