

## Gesundheitsreform und gesundheitliche Ungleichheit in Osteuropa

Wie kann die Krise des Gesundheitswesens in ehemals Sozialistischen Ländern überwunden werden?

Bis zum Jahr 2000 sollten die derzeit bestehenden Unterschiede im Gesundheitszustand der Bevölkerung zwischen den Ländern sowie zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen innerhalb der Länder um mindestens 25 Prozent verringert werden, und zwar durch Verbesserung des Gesundheitsniveaus der benachteiligten Völker und Gruppen.

(Ziel 1 WHO-Strategie »Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000«)

### *1. Gesundheitszustand und Gesundheitsversorgung in ehemals Sozialistischen Ländern: alte und neue Ungleichheiten*

Falls sich in den ehemaligen Sozialistischen Ländern (Weltbank-Terminologie: »Former Socialist Countries«, im folgenden kurz FSC genannt) die ökonomischen und sozialen Verhältnisse generell und die Gesundheitsversorgungssysteme speziell so weiterentwickeln wie in den letzten Jahren, wird bis zum Jahr 2000 wohl keines jener Länder das oben zitierte Ziel der WHO-EURO-Strategie auch nur annähernd erreichen; es ist vielmehr zu fürchten, daß bis dahin das Ausmaß an gesundheitlicher Ungleichheit, verglichen mit dem Jahr 1990, sogar noch gewachsen sein wird – und zwar sowohl im Vergleich mit den seit langem kapitalistisch-marktwirtschaftlich organisierten Ländern (»Established Market Economies«, kurz EME) als auch zwischen den mittlerweile 28 FSC und innerhalb der Mehrzahl von ihnen.

### *Gesundheitliche Ungleichheit zwischen den FSC und EME*

Die Unterschiede im Gesundheitszustand der Bevölkerung und in der Ressourcenausstattung des Gesundheitswesens, wie sie schon 1990 zwischen den europäischen, also vergleichsweise wohlhabenden Ländern der FSC-Region und den EME bestanden, sind beträchtlich (vgl. die Weltbank-Daten in Tabelle 1). Obwohl die

Gesundheitsversorgungssysteme der FSC über mehr Personal und Einrichtungen verfügten als die der EME, war hier die Situation in einer Reihe von Gesundheitsindikatoren (Lebenserwartung, altersstandardisiertes Sterblichkeitsrisiko, todesursachenspezifische Mortalitätsraten u.a.) deutlich günstiger.

Der wichtigste einzelne Faktor, der für derartige Unterschiede im Gesundheitszustand der Bevölkerung verantwortlich ist, dürfte die unterschiedliche wirtschaftliche Leistungskraft der beiden Ländergruppen sein, wie er sich z.B. im Pro-Kopf-Durchschnitt des Bruttosozialprodukts (1991: EME \$19900; FSC \$2850) oder der Gesundheitsausgaben (EME \$1860; FSC \$142) ausdrückt. Diese Schere hat sich in den letzten Jahren noch weiter geöffnet.

### *Gesundheitliche Ungleichheiten zwischen den FSC*

Auch innerhalb der Gruppe der FSC gibt es von jeher Unterschiede in bezug auf Gesundheitszustand und -versorgungsaufwand (vgl. Tabelle 2). Was die gesundheitlichen Probleme, Ressourcen und Zukunftsaussichten angeht, lassen sich unter den FSC drei Gruppen identifizieren und wie folgt charakterisieren:

- (1) die ärmeren, vorwiegend islamischen Länder des »östlichen Halbmonds« (»Middle Eastern Crescent«, kurz MEC; dazu gehören Aserbaidschan, Kasachstan, Kirgistan, Tadschikistan, Turkmenistan und Usbekistan);
- (2) die wohlhabenderen europäischen FSC-Staaten (die Baltischen Länder, Rußland, Weißrußland, Ukraine, Polen, die Tschechische und die Slowakische Republik, Ungarn);
- (3) die FSC des Balkans (mit Ausnahme Sloweniens).

*ad (1):* In den FSC dieser Ländergruppe war der Gesundheitszustand zwar besser als in den übrigen islamischen Ländern der Region, aber der schlechteste unter allen FSC: Im Vergleich zu diesen hatte die dortige Bevölkerung die niedrigste Lebenserwartung und höchste Säuglingssterblichkeit (gleichwohl auch das höchste Bevölkerungswachstum!). Auch das BSP pro Kopf lag in dieser Ländergruppe niedriger als in den beiden anderen; die Aufwendungen für Gesundheit allerdings waren – dank einiger Transfers aus dem Umverteilungsfond der UdSSR – beträchtlich, höher sogar als in Ländern anderer FSC-Gruppen.<sup>1</sup>

Falls die Länder dieser Region auf ihre eigenen Ressourcen beschränkt bleiben, haben sie kaum Aussicht, ihr Gesundheitswesen

spürbar zu verbessern. Im Gegenteil: Da sie sich wirtschaftlich, wenn überhaupt, nur langsam entwickeln werden (große Impulse aus den Wirtschaftszentren des Westens sind für diese Länder schon wegen ihrer räumlichen Abgelegenheit nicht zu erwarten), werden sie wohl nicht einmal den gegenwärtigen Bestand an Gesundheitsdiensten aufrechterhalten können. Umso ratsamer wäre es für sie, dazu überzugehen, ihre Gesundheitspolitik zu reorientieren und stärker auf öffentliche Präventionsprogramme, primäre Gesundheitsversorgung und Familienplanung zu setzen. Dafür, daß dies geplant ist, gibt es aber kaum irgendwelche Anzeichen.

*ad (2):* In den europäischen FSC, speziell den ehemaligen Ländern der UdSSR, war der Gesundheitszustand besser als in den MEC, ohne daß pro Kopf der Bevölkerung wesentlich mehr für Gesundheit ausgegeben worden wäre. Freilich gab es auch hier erhebliche Engpässe bei der Finanzierung des institutionell und personell z.T. stark ausgebauten Gesundheitswesens. Vor allem im sekundären und tertiären Versorgungssektor wurden zu viele Ressourcen gebunden, zu wenige hingegen für Gesundheitsförderung, gesundheitlichen Umweltschutz und Primärversorgung eingesetzt – eine gesundheitspolitische Präferenz, an der bis heute festgehalten wird.

Dank einer Reihe von Faktoren (Nähe zum westeuropäischen Kapital- und Gütermarkt, geringes Bevölkerungswachstums etc.) werden es diese Länder leichter als die der MEC haben, den Lebensstandard und Gesundheitszustand ihrer Bevölkerung wieder zu verbessern. Trotz ihrer gegenwärtigen politischen, sozialen und wirtschaftlichen Probleme sind sie ja noch immer in der Lage, weit mehr Ressourcen für Gesundheit bereitzustellen, als für eine gute medizinische Grundversorgung nötig wäre. Aufgabe der Gesundheitsreform dort ist also nicht so sehr die Erschließung neuer Finanzierungsquellen, sondern vielmehr eine Reallokation der verfügbaren Ressourcen zugunsten effektiverer Gesundheitsprogramme.

*ad (3):* Die FSC der Balkanhalbinsel waren sich in puncto Gesundheitszustand und -versorgung recht unähnlich (vgl. Tabelle 2); so reichte z.B. die Zahl der Krankenhausbetten pro Tausend Einwohner von 1,4 (Albanien) bis 9,8 (Bulgarien) und die Höhe der Versorgungsausgaben pro Kopf der Bevölkerung von \$26 (Albanien) bis \$205 (Jugoslawien)<sup>2</sup>.

Verglichen mit den »europäischen FSC« war die gesundheitliche Versorgungslage insgesamt schlechter, eine Folge des Umstands,

daß ihr Gesundheitssystem nach ähnlichen Prinzipien organisiert war wie dort, aber – wegen der allgemein schwächeren Wirtschaft – schlechter ausgestattet. Und die Aussichten sind nicht gut: Die politischen und kriegerischen Konflikte in dieser Region werden die Verarmungstendenzen in all ihren Ländern verstärken und ihnen vermutlich für längere Zeit die Möglichkeit nehmen, eine adäquate Gesundheitsversorgung für die Gesamtheit der Bevölkerung bereitzustellen.

Tabelle 1: Unterschiede in Gesundheit und Gesundheitsversorgung zwischen den europäischen FSC und den EME

	europ. FSC	EME
Lebenserwartung bei Geburt (1990)	72	76
Sterblichkeitsrisiko nach Altersgruppen (1990)		
0 - 4	2,2	1,1
15 - 14	0,4	0,3
15 - 59	19,7	10,7
60 - 75	36,3	27,6
Mortalitätsraten bei Haupttodesursachen (1985-1990) (Todesfälle pro 100 000 Einwohner, altersstandardisiert)		
Infektionskrankheiten und perinatale Komplikationen	52	47
Nicht-übertragbare Krankheiten	658	416
Verletzungen	94	49
Inzidenz bei TBC-Fällen (pro 100 000 Einwohner), (1990)	52	20
Ärzte pro 1000 Einwohner (1988-1992)	4,07	2,52
Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner (1985-1990)	11,4	8,3
Gesundheitsausgaben pro Kopf in US\$ (1990)	142	1860
Bruttosozialprodukt pro Kopf in US\$ (1991)	2 850	19900

Quelle: World Bank 1993, S. 52, 203, 207, 209, 211

### *Verschlechterung der Gesundheitssituation seit dem Machtwechsel*

Über die gesundheitliche Entwicklung in den FSC seit 1990 liegen nur wenige und wenig präzise Informationen vor. Speziell fehlen noch Daten, die eine unter dem Aspekt der gesundheitlichen Ungleichheit vorgenommene Trendabschätzung ermöglichen würden. Was es gibt (und dies in wachsender Zahl), sind Berichte über eine dramatische Verschlechterung des Gesundheitszustands und der Krankenversorgung – Zeichen einer Gesundheitskrise

ungekannten Ausmaßes (vgl. Jackson 1994). C.M. Davis (1993) hat die Situation wie folgt beschrieben:

Der Lebensstandard ist in praktisch all diesen Ländern gesunken, die hygienischen Verhältnisse haben sich drastisch verschlechtert, die Umweltverschmutzung ist noch schlimmer geworden; gleichgeblieben sind nur schlechte Angewohnheiten wie starker Alkohol- und Tabakkonsum. Ernährungsbedingte, ansteckende und degenerative Krankheiten sind weiter verbreitet als zuvor. Die medizinischen Einrichtungen haben zu wenig Geld und leiden unter Nachschubmangel auf allen Gebieten. Das medizinische Personal ist nach wie vor schlecht bezahlt, seine Arbeitsmoral und Produktivität sind vor allem deshalb gering; neu hinzugekommen sind Streiks. Die Qualität der Versorgung in den staatlichen Einrichtungen hat einen Niedergang erlebt, der keineswegs kompensiert wird durch die Zunahme an spezialisierter Behandlung in privaten Einrichtungen, die aufzusuchen sich ohnehin nur eine kleine Minderheit leisten kann. Akut sind die Probleme bei der Herstellung und Verteilung, dem Import und Export medizinischer Produkte aller Art. Die abnehmende Effektivität des Gesundheitswesens hat, in Verbindung mit zunehmend sich verbreitenden Krankheiten, dazu geführt, daß in ganz Osteuropa und in der ehemaligen Sowjetunion die Krankheits- und Mortalitätsraten steigen und die Lebenserwartung sinkt.

Das Europäische Regionalbüro der WHO hat in seinem 2. Evaluationsbericht über die Strategie »Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000« (WHO-EURO 1994, S.111) die Lage in den FSC so charakterisiert:

In den vorliegenden Informationen ist klar, daß der Gesundheitszustand der 415 Millionen Menschen, die in den Ländern Zentral- und Osteuropas (CCEE) leben und etwa die Hälfte der Einwohner der WHO-EURO-Region ausmachen, insgesamt schlechter ist als der in der anderen Hälfte. Mortalitätsvergleiche (nur wichtigste Todesursachen) zeigen dramatische Unterschiede zwischen diesen Ländern und der übrigen Region ... Zwischen 1981 und 1989/90 nahm die Kluft zwischen beiden Ländergruppen in jeder Hinsicht noch zu ... Die Säuglingssterblichkeitsraten liegen dort 2-3 mal höher ... Auffallend ist die anhaltend hohe Inzidenz von Infektionskrankheiten, die durch Immunisierung verhindert werden könnten ...

Die Gründe für den schlechten Gesundheitszustand in diesen Ländern sind: die Prävalenz lebensstil- und umweltbedingter Risikofaktoren, Mangel an effektiver Prävention und die geringe Qualität der Gesundheitsversorgungsleistungen.

Ein Bericht der Süddeutschen Zeitung vom 17.9.94 schildert die dramatische Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustands im heutigen Rußland:

... rapide Zunahme von Infektionskrankheiten (insbes. Cholera, Diphtherie, Syphilis, Tuberkulose) und der Sterberate (»Seit Ende 1991 sterben in Rußland mehr Menschen als geboren werden ... Jüngste Zahlen weisen darauf hin, daß Männer durchschnittlich nur noch 59 Jahre alt werden – 16 Jahre weniger als in den westlichen Industrieländern«). Zu den Hauptursachen dieser Entwicklung zählt neben armutsbedingten Ernährungsmängeln und der Zunahme von Unfällen auch der vor allem durch »schmerzvolle Einsparungen« bedingte Niedergang des russischen Gesundheitswesens, das seine Leistungen oft nur noch zahlungsfähigen Patienten anbieten kann.

Tabelle 2: Indikatoren für Gesundheitszustand und -versorgung ausgewählter FSC

Land	Bevölkerung in Mio (1990)	Bev.wachstum 1980-1990 (jährl. Ø in %)	Lebenserwar- tung b. Geburt	Säuglings- sterblichkeit pro 1000 bei Geburt (1991)	Ärzte pro 1000 Einwohner (1988-1992)	Krankenhaus- betten / 1000 Einwohner (1985-1990)	BSP pro Kopf in US\$ (1991)	Gesundheits- ausgaben pro Kopf in US\$ (1990)
Albanien	3	---	70	---	1,39	4,1	---	26
Aserbaidschan	7	1,4	69	33	3,93	10,2	1670	98
Bulgarien	9	0,1	73	17	3,19	9,8	1840	131
Jugoslawien	22	0,6	71	21	2,63	6,0	---	205
Kasachstan	17	1,2	68	32	4,12	13,6	2470	154
Polen	38	0,7	71	15	2,06	6,6	1790	83
Rumänien	23	0,4	70	27	1,79	8,9	1390	63
Rußland	148	0,6	71	20	4,69	13,8	3220	157
Tschechoslow.	16	0,3	72	11	3,23	7,9	2470	173
Turkmenistan	4	2,5	64	56	3,57	11,3	1700	125
Ukraine	52	0,4	72	18	4,40	13,6	2340	131
Ungarn	11	-0,4	71	16	2,98	10,1	2720	185
Usbekistan	21	2,4	67	44	3,58	12,4	1350	116
Weißrußland	10	0,6	73	15	4,05	13,2	3110	157

Quelle: World Development Report 1993, S. 201, 209, 211, 239, 288-289, 293

Wenn die zunehmende »soziale Differenzierung«, die der Übergang in ein marktwirtschaftliches System mit sich bringt, nicht ausgeglichen wird durch gezielte Programme im Sozial- und Gesundheitswesen, dann wird in Gesundheitszustand und Gesundheitsversorgung ein Ausmaß an Ungleichheit entstehen, wie es in diesen Ländern bis dato unbekannt war: zwischen einer kleinen Klasse von Reichen und einer großen von Armen.

## 2. *Unangepaßte Reformen – eine zusätzliche Ursache für die Krise der Gesundheitsversorgung*

Bevor Ansätze für eine Verhinderung der weiteren Zunahme gesundheitlicher Ungleichheit erörtert werden, sind folgende Fragen zu beantworten:

- (a) Warum nahmen in den ehemals Sozialistischen Ländern die Ungleichheiten in Gesundheitszustand und -versorgung nach dem Regimewechsel noch zu?
- (b) War die neuerliche Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustands vermeidbar?
- (c) Verfügen die FSC noch über Ressourcen, mit denen sie diesen Prozeß aufhalten und eventuell sogar umkehren könnten?

Die Antwort auf die beiden letzten Fragen ist positiv: Ja, die gegenwärtige Krise der Gesundheitssysteme in diesen Ländern war vermeidbar und die gegenwärtige Entwicklung ist umkehrbar! Selbst unter den harten Bedingungen der heutigen Wirtschaftslage haben diese Länder noch genügend Ressourcen und Technologien, dies zu schaffen. Die erste Frage aber sei mit drei Thesen beantwortet:

- Die Verschlechterung der Gesundheitslage, die dort schon während der Endphase der kommunistischen Regierungen eintrat, hätte vermieden werden können! Denn damals mehr als heute waren Mittel, dies zu verhindern, vorhanden; daß sie dafür nicht eingesetzt wurden, ist Folge des geringen politischen Stellenwerts, den zu Zeiten des Kalten Krieges das Gesundheitswesen (wie überhaupt die öffentliche Wohlfahrt), verglichen mit Ausgaben für Militär und Industrie, bei der Ressourcenallokation hatte.
- Auch der wirtschaftliche Niedergang und die politischen Konflikte nach dem Zusammenbruch der Regime hätten verhindert werden können! Geschichte ist nicht determiniert, und die Verantwortlichen der FSC – wie auch der G7-Staaten und anderer Machtzentren! – hätten durchaus bessere (zumindest weniger schädliche) Entscheidungen treffen können, wenn sie sich um

mehr Verständnis der anstehenden Probleme bemüht und mehr Verantwortung gefühlt hätten für das Schicksal der Völker, über deren Zukunft sie entschieden.

- Trotz fallendem Lebensstandard und sinkenden Gesundheitsaufwendungen wäre in der Übergangsperiode der Gesundheitszustand der Bevölkerung aufrechtzuerhalten und die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern gewesen! Zumindest »europäische FSC« hätten mit nur einem Teil der verfügbaren Ressourcen, wenn richtig eingesetzt, das Gesundheitsniveau der Bevölkerung halten und bis zu 90% des medizinischen Versorgungsbedarfs decken können.

### *Gesundheitspolitik ohne Konzept und Leitung*

Wenn nun alle diese Behauptungen zutreffen, dann ist zu fragen: Woran fehlte es im Jahr 1990? Einfach gesagt: an einer realistischen »Vision« und kompetenten Leitung. Perspektiven- und Führungslosigkeit waren die Hauptursachen für die verheerenden, auch gesundheitszerstörenden Geschehnisse und Entwicklungen in den FSC während jener kurzen Jahre seither: das Auseinanderbrechen der Staatsverbände in Jugoslawien, der UdSSR und der Tschechoslowakei; die allgemeine Schwächung zentraler Autoritäten und ziviler Ordnung, Niedergang der wirtschaftlichen Produktion, Verschlechterung der Lebensstandards, Bürgerkriege, massenhafter Tod und Millionen von Flüchtlingen... Und wie um die Lage noch schlimmer zu machen, wurden dann – mechanisch konzipiert und hastig durchgeführt – zahlreiche Veränderungen im politischen und wirtschaftlichen System und auch am Sozial- und Gesundheitswesen vorgenommen.

Diese »Reformen« orientierten sich an den von der OECD entwickelten Modellen für den »Übergang zur Marktwirtschaft« (Marer 1991) und für die »Wirtschaftsreform in Mittel- und Osteuropa« (OECD 1992). Als zentrale Komponenten einer Politik zur Einführung der Marktwirtschaft hatte die OECD den FSC folgende fünf Maßnahmenbündel angeraten (Marer 1991):

- Dezentralisierung der Entscheidungsstruktur (Abschaffung zentraler Planung, statt dessen Einführung unternehmerischer Freiheiten bei Investition, Produktion, Personalpolitik, Preisfestsetzung, Profitverwendung);
- Einführung eines freien Marktes (zügige Privatisierung, Beseitigung von Monopolen, freie Kapital- und Arbeitsmärkte usw.);

- finanzwirtschaftliche Disziplin (stabile staatliche Steuer- und Geldpolitik, drastische Reduzierung von Subventionen);
- Öffnung zum Weltmarkt (Liberalisierung der Regelungen für Außenhandel und ausländische Investitionen);
- Liberalisierung der Währungspolitik (einheitliche Umtauschrate, FSC-interne Konvertibilität, freier Markt für ausländische Devisen usw.).

Die Gesundheitspolitiker der FSC haben diese wirtschaftspolitischen Strategie-Empfehlungen offensichtlich als direkt anwendbar auf das Gesundheitswesen akzeptiert und sich zunächst – darin ermutigt und praktisch unterstützt durch die PHARE-Programme der EG-Kommission und amtliche Entwicklungshilfe aus westlichen Nachbarländern, insbesondere aus Deutschland – vor allem zweierlei vorgenommen: die staatliche Finanzierung des Versorgungssystems durch ein von Arbeitgebern und Arbeitnehmern zu finanzierendes Krankenversicherungswesen zu ersetzen und die Privatisierung zumindest von Teilen des Versorgungssystems einzuleiten. Wird solche schematische Übernahme westlicher Systemelemente die Gesundheitssituation in den FSC verbessern können?

*Die Einführung von Krankenversicherungen:  
kein Ersatz für die Rolle des Staates im Gesundheitswesen  
und dessen umfassende Reform*

Trotz kräftiger externer Hilfestellungen ist der Aufbau eines Krankenversicherungswesens in den FSC nicht so zügig vorangekommen, wie erwartet worden war (bis Mitte 1994 hatten erst sechs jener zehn europäischen FSC, die auf ein versicherungsfinanziertes Versorgungssystem umsteigen wollen, die Grundlagen dafür geschaffen; vgl. BASYS Informationen 1994). Der langsame Fortschritt in dieser Sache wird zur Zeit einigen, wohl etwas euphemistisch als nur temporär betrachteten Hindernissen angelastet: z.B. dem Mangel an entsprechenden Gesetzen, technischen Einrichtungen und Management Erfahrung, auch der Unfähigkeit der Unternehmen, ihre Beiträge zu entrichten, der hohen Arbeitslosigkeit, allgemein wirtschaftlichen Schwierigkeiten (vgl. *ibid.*).

Doch allmählich machen sich auch Zweifel über die generelle Sinnhaftigkeit eines derartigen Transfers auf die Gesundheitssysteme in den FSC breit. Zumal die Effektivität von Krankenversicherungen wird angesichts der Probleme des dortigen Gesundheitswesens eher als gering eingestuft. Dies hat u.a. folgende Hintergründe:

- Angesichts des Rückgangs des Bruttosozialprodukts seit 1990 wäre es eine Illusion zu glauben, daß die europäischen FSC künftig mit Hilfe eines Krankenversicherungssystems mehr Mittel für Gesundheitsversorgung bereitstellen können als mit dem steuerfinanzierten Gesundheitsbudget vordem. Im Gegenteil ist mindestens auf absehbare Zeit mit einer noch stärkeren Unterausstattung des Gesundheitswesens zu rechnen, falls das Finanzierungssystem ganz oder großteils auf Versicherungen umgestellt wird – wie sollen ausgerechnet in Zeiten grassierender Arbeitslosigkeit und notorischer betrieblicher Kapitalschwäche Krankenkassen zu adäquaten Einnahmen kommen?
- Es ist kein Zufall, daß sich bis Mitte 1993 nur gut 10 Prozent der Ärzte in den europäischen FSC als Teilzeit- und gar nur 2,3 % als Vollzeit-Betreiber einer Privatpraxis niedergelassen haben (rund 26 000 bzw. 6 000 von 245 000; vgl. Beckmann/Zarkovic 1993), folglich weitaus die Mehrheit nach wie vor auf sehr bescheidene Gehälter (und gelegentliche Geschenke von Patienten) angewiesen ist. Nicht ohne Grund wollen viele den Schritt in die Privatisierung nicht riskieren. Denn ein regelrechter »Markt« für Gesundheitsleistungen besteht bisher fast nirgendwo, und wo seine Einführung vehement vorangetrieben wurde wie in Tschechien, zeigt sich schon jetzt, daß das neue Finanzierungssystem (mit Einzelleistungsvergütungen!) die Budgets der Krankenkassen überfordert oder ebenfalls zu nur geringen Honoraren führt.

### *Wettbewerb auch ohne Privatisierung*

Der Mangel an Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern im Gesundheitswesen (und an entsprechenden Wahlmöglichkeiten der Leistungsempfänger) wird wohl zu Recht als eine gewichtige Ursache für die schlechte Qualität der medizinischen Versorgung in den FSC angesehen. Doch zu seiner Beseitigung ist bisher noch nichts Wegweisendes unternommen worden. Zwar wurde, wohl aus Gründen der ökonomischen »Linientreue«, in einigen Ländern das Verbot von Privatpraxen aufgehoben; aber freie Arztwahl haben bislang nur wenige Krankenkassen ihren Versicherten (und da beschränkt auf eine Minderheit der privaten Praxen) zugestanden – man wartet wohl noch auf die große Niederlassungswelle. Ob die je kommt, ist fraglich.

Sicher ist, daß in den FSC die Privatisierung der ambulanten Versorgung nicht auf die gleiche, d.h. teure Weise vorgenommen

werden kann wie in der ehemaligen DDR; sie wäre dort aber auch gar nicht in dieser Form nötig, denn noch besteht ein großes Netzwerk ambulanter Einrichtungen, die nur einem produktiven Wettbewerb untereinander (leistungsbezogene Bezahlung!) und mit den Krankenhäusern zugeführt werden müßten. Daß beide sich in öffentlichem Besitz befinden, spricht nicht dagegen – auch in öffentlichen Gesundheitssystemen kann Wettbewerb sinnvoll organisiert werden (vgl. Saltman 1993) – und daß im Gesundheitswesen der FSC die Einführung wettbewerblicher Systemelemente erforderlich ist, scheint unabweisbar: ohne sie dürfte die Versorgung dort nicht zu verbessern sein. Dies ist aber keineswegs die einzige und wichtigste Komponente der umfassenden Gesundheitsreform, die in den FSC vorgenommen werden sollte.

### 3. Was wäre erreichbar?

#### *Realistische Ziele für Gesundheitspolitik in den FSC*

Die Menschen in den FSC waren jahrzehntelang an ein Gesundheitswesen gewöhnt, das zumindest eines bot: Garantie auf kostenlose Krankenbehandlung. Es ist verständlich, daß sie dies von den neuen Herrschern ebenfalls erwarten und dazu noch, als Früchte des neuen Gesellschaftssystems, ein höheres Niveau und bessere Qualität der medizinischen Versorgung. Das setzt die Regierungen natürlich unter gehörigen Druck; denn gleichzeitig sollen sie ja, im Zuge der neuen Wirtschaftspolitik, staatliche Ausgaben generell reduzieren. Naheliegend, daß sie einen Ausweg aus dieser Zwickmühle suchten, indem sie ihre Gesundheitspolitik zunächst recht vage formulierten (viele Versprechungen ohne Verpflichtungen). Als besonders bequeme, weil politisch entlastende Lösung bot sich ihnen dann die Einführung einer Krankenversicherung an: diese sollte nun die Verantwortung für die Versorgung und deren Finanzierung tragen.

Doch inzwischen sind der Gesundheitszustand der Bevölkerung und die Situation des Gesundheitswesens zu einem politischen Problem geworden, das nicht mehr lange zu ignorieren sein dürfte. Vernünftige Gesundheitspolitik wäre es nun, nicht weiterhin mehr zu versprechen, als gehalten werden kann, sondern zu halten, was selbst unter den schwierigen wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen dieser Jahre noch glaubhaft versprochen werden kann: ein Kernprogramm für öffentliche Gesundheitsdienste und medizinische

Spezialversorgung. Auch wenn jedes dieser Länder seine eigenen »limits and choices« (Blanpain 1993) hat, ein solches Programm könnte in jedem von ihnen erreicht werden, sofern die Verantwortlichen die dafür nötigen Reformen des Gesundheitssystems durchführen. Orientierungshilfe könnte dabei das Folgende sein.

*Ein zukunftsträchtiges Konzept für Gesundheitspolitik in armen Ländern? Der »World Development Report 1993«*

Während für eine politische und wirtschaftliche Stabilisierung der FSC praktikable Leitideen noch immer zu fehlen scheinen, liegen sie für die Gesundheitspolitik bereits vor. Da schält sich nämlich auf globaler Ebene ein Konzept heraus, das tragfähig sein dürfte gerade für arme Länder wie diese. Formuliert wurde dieses Konzept in dem »World Development Report 1993« (WDR; World Bank 1993). Darin wird behauptet und begründet, daß die Regierungen armer Länder den Gesundheitszustand ihrer Bevölkerung substantiell verbessern könnten, wenn sie die Ressourcen resolut umverteilen würden: weg von der tertiären Versorgungsebene und spezialisierten Behandlungen (die mit großem Aufwand so wenig Gesundheitsgewinn produzieren) und hin zu »Programmpaketen« öffentlicher Gesundheitsleistungen für die arme Bevölkerungsmehrheit.

Die Gestaltung solcher staatlich finanzierten Programme wäre laut D. J. Jamison (1993), dem Leiter des WDR-Teams, sowohl an den epidemiologischen als auch soziokulturellen Gegebenheiten des jeweiligen Landes auszurichten. Für die klinische Spezialversorgung wäre ein gesetzlicher Rahmen zu fixieren, innerhalb dessen sich privat oder über Sozialversicherung zu finanzierende Leistungsangebote kompetitiv organisieren könnten. Ein weiteres Element dieses Konzepts besteht in der öffentlichen Schaffung von Infrastruktur- und Umweltbedingungen, die Einzelnen und Familien eine gesundheitsförderliche Lebens- und Haushaltsführung erleichtern.

Der Gesundheitspolitik in Ländern mäßigen Wohlstands (»middle-income countries«), zu denen ja auch einige FSC zu zählen sind, legt der Bericht zusätzlich noch folgende Fragen zur Beachtung vor (vgl. World Bank 1993):

- Wie soll Krankenversicherung organisiert sein? (Der WDR setzt sich entschieden für eine staatlich finanzierte oder zumindest im staatlichen Auftrag eingerichtete Versicherung ein.)

- Was alles soll Krankenversicherung abdecken? (Der WDR schlägt als Entscheidungsgrundlage dafür die systematische Analyse der Kosteneffektivität medizinischer Interventionen vor.)
- Wie sollen Leistungsanbieter honoriert werden? (Der WDR sieht drei Optionen: entweder Kopfpauschalen oder einheitliche, gemeinsam ausgehandelte Honorare für Ärzte und Krankenhäuser oder »managed competition« zwischen Einrichtungen, die ein bestimmtes »Versorgungspaket« zu einem Festpreis anbieten.)

Natürlich ist die Realisierung der Empfehlungen des WDR, auch nach Ansicht seiner Autoren (Jamison 1993), keine einfache Sache. Um die Mehrheit der Bevölkerung auch nur mit einem Basisangebot an öffentlichen Gesundheitsdiensten und unerläßlichen klinischen Leistungen zu versorgen, müßte nahezu die Hälfte der gegenwärtigen staatlichen Ausgaben für andere Krankenversicherungsformen umgewidmet werden. Aber, meint Jamison (1994), »breit angelegte Gesundheitsreformen sind möglich, wenn nur der politische Wille dafür da ist und wenn diese Veränderungen konzipiert und durchgeführt werden von fähigen Planern und Managern«.

Auf welche Weise also und in welcher Richtung sollten die FSC ihre Gesundheitspolitik revidieren? Anzustreben und – selbst nur mit den jetzt verfügbaren Ressourcen – zu erreichen wäre in diesen Ländern dies:

#### (a) *Präventionsprogramme und Primärversorgung*

Durch gezielte, d.h. region- und schichtenspezifisch angelegte Programme der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung sowie eine auf die Bekämpfung der wichtigsten Volkskrankheiten abgestellte Basisversorgung für die gesamte Bevölkerung, wäre der allgemeine Gesundheitszustand deutlich zu verbessern – und zwar »kosten-neutral«, weil die Mittel für beides durch kräftige Einsparungen bei den bisher für hochspezialisierte Einrichtungen verbrauchten Ressourcen gewonnen werden könnten (vgl. World Bank 1993).

#### (b) *Geteilte Finanzierung: Basis- und Spezialversorgung*

Allgemeinärztliche Behandlung und öffentliche Gesundheitsprogramme müssen für alle zugänglich und gratis sein. Die jährlichen Kosten, selbst für ein hochwertiges Angebot dieser Art, würden sich in den europäischen FSC auf etwa US\$ 50-70 pro Kopf der

Bevölkerung belaufen; das Ausgabenvolumen von 1990 als Maßstab, bliebe dann in den meisten dieser Länder immer noch gut das Doppelte dieses Betrags für spezialisierte medizinische Leistungen übrig. Diese freilich sollten nicht aus Steuern, sondern durch Versicherungen (wie allgemeine Arbeiter- und auch Arbeitslosenversicherungen, spezielle Risikoversicherungen gegen Belastungen in Industrie, Transportwesen u.ä.) abgedeckt werden.

### *(c) Wettbewerb und Qualitätsverbesserung*

Wenn den Patienten bei der Inanspruchnahme des Versorgungssystems Wahlfreiheit zugestanden und so die medizinischen Leistungsanbieter (Personen wie Institutionen) einem Wettbewerb ausgesetzt werden, wird die Versorgungsqualität ohne zusätzliche Kosten gesteigert werden können. Dies setzt allerdings eine einschneidende Restrukturierung des Gesundheitssystems in den FSC voraus: Alle bislang in Krankenhäusern, Polikliniken und Gesundheitszentren angestellten Ärzte müßten künftig als »Selbständige« (mit leistungsabhängiger Honorierung) praktizieren, sei es, daß sie sich privat niederlassen, sei es, daß ihnen dafür weiterhin die öffentlichen Versorgungseinrichtungen zur Verfügung gestellt werden.

### *(d) Krankheitskosten und Verursacherprinzip*

Die Kosten für Krankheiten und Behinderungen, die auf Gesundheitsgefährdungen z.B. am Arbeitsplatz, im Transportwesen, durch Nahrungsmittel oder Umweltverschmutzung zurückzuführen sind, sollen von denen getragen werden, die für diese Risiken kausal verantwortlich sind. Dies wird nicht nur die öffentlichen Gesundheitsbudgets entlasten, sondern auch – darauf kommt es vor allem an – zu einer Verringerung solcher gerade in den FSC grassierenden Gefährdungen führen.

Verglichen mit der früheren Garantie einer (zumindest formell) kostenlosen und umfassenden Gesundheitsversorgung sieht das hier vorgeschlagene recht bescheiden aus; doch umsichtig konzipiert und energisch realisiert wird es helfen, den Gesundheitszustand der Allgemeinheit deutlich zu verbessern. Voraussetzung für die erfolgreiche Implementation eines solchen Konzepts allerdings ist die Durchführung einiger Grundreformen in den Gesundheitssystemen der FSC.

Voraussetzungen für die »Erreichung des Erreichbaren«:  
 Grundreformen

Die Schwächen der Krankenversorgung in den FSC wie auch die Möglichkeiten ihrer Überwindung sind in einem kürzlich erschienenen Buch ausführlich beschrieben worden (Zarkovic et al. 1994); knapp zusammengefaßt erscheinen uns folgende vier Reformkomplexe elementar:

*Reformkomplex 1:*

*Reorganisation der Entscheidungsstruktur im Gesundheitswesen*

Einzel Schritte:

- Beseitigung des staatlichen Entscheidungsmonopols in der Gesundheitspolitik zugunsten der an der Gesundheitsversorgung Beteiligten und von ihr Betroffenen, insbesondere der Bürger als Patienten und Finanzierer; das schließt ein:
- die Garantie von Gesundheitsrechten für alle Bürger wie: gleicher Zugang zu den staatlich finanzierten Gesundheitsdiensten, freie Arztwahl, gleichmäßige Versorgungsqualität, Sonderschutz für besonders risiko-exponierte Personen;
- professionelle Unabhängigkeit und das Recht auf Selbstorganisation und Verhandlungsmacht für die im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen;
- klare Definition der Rollen, Rechte und Pflichten von Krankenversicherern sowie von Herstellern und Verteilern medizinischer Güter;
- Ausstattung der Regierungen mit hinreichenden Kompetenzen für die Gesamtsteuerung des Gesundheitssystems.

Letzteres ist besonders wichtig – und problematisch, weil es einen diffizilen Balanceakt erfordert: Weder sollen zentralstaatliche Instanzen (wie in vielen FSC noch der Fall) das gesundheitspolitische Machtmonopol behalten, noch sollen sie sich (wie in Jugoslawien geschehen) völlig aus dem Gesundheitswesen zurückziehen, noch darf die Verantwortung dafür einfach »dezentralisiert«, d.h. beispielsweise auf Krankenversicherungen oder Kommunalverwaltungen abgeschoben werden (wie es jetzt in einigen großen FSC angestrebt wird). Stattdessen müßte die Rolle des Staates im Gesundheitssystem als die eines Regulators, Mitfinanzierers, Makro-Managers und eines Schützers der Gesundheitsinteressen aller Bürger definiert, operationalisiert und institutionalisiert werden.

*Reformkomplex 2:*

*Ressourcenumverteilung und Effizienzsteigerung*

Typisch für die Versorgungssysteme in den FSC ist eine doppelte Disproportionalität: erstens zwischen Grundausstattung und Betriebsfinanzierung (viel Kapazität an Personal und Einrichtungen, doch wenig Mittel für deren Aktivitäten) und zweitens zwischen Grund- und Spezialversorgung (letztere absorbiert einen viel zu großen Teil des Gesundheitsbudgets). Um dies zu korrigieren, wäre es vor allem erforderlich,

- die übliche Budgetierung der Versorgungseinrichtungen gemäß ihrem Infrastruktur- und Personalbestand aufzugeben und statt dessen
- die Finanzierung von ergebnisorientierten Programmen einzuführen.

Der Abbau institutioneller und vor allem personeller Überkapazitäten ist natürlich eine heikle Angelegenheit. Sobald aber die skizzierte Reorientierung des Gesamtsystems auf die Basisgesundheitsversorgung vollzogen und die einzelnen Einrichtungen gemessen werden können an ihrem Beitrag zu diesem Programm, wird der darauf gerichtete Wettbewerb zwischen ihnen für allmähliche Anpassung, d.h. aufgaben-adäquate Umschichtung und Reduzierung ihrer Kapazitäten sorgen. Entscheidend dabei ist, daß die Ressourcenallokation nicht mehr nach dem institutionellen Gewicht der Leistungsanbieter vorgenommen wird, sondern nach deren effektivem Einsatz für die Versorgung der Allgemeinbevölkerung.

*Reformkomplex 3: Restrukturierung*

*des Gesundheitswesens zugunsten der Primärversorgung*

Um einige der notorischen Schwachstellen des bisherigen Gesundheitssystems in den FSC (Quasi-Monopole; nach Geschlecht, Alter, Beruf, sozialem Status etc. getrennte Sondereinrichtungen; nischenwirtschaft und Schwarzmarkt) zu beseitigen, ist es vorderhand nötig,

- einen Großteil der zur Zeit in Einrichtungen der Primärversorgung arbeitenden sogenannten Spezialisten zu qualifizierten Allgemeinärzten umzuschulen,
- die Mehrzahl der bestehenden Einrichtungen zu »entspezialisieren«,
- die öffentlichen Versorgungseinrichtungen für die Nutzung durch externe Leistungsanbieter zu öffnen und

- der Bevölkerung die Wahl ihrer Versorgungspersonen unabhängig von deren institutioneller Verankerung freizustellen.

#### *Reformkomplex 4: Organisierter Wettbewerb im Gesundheitswesen*

Die Einführung einiger Wettbewerbsregeln in die Gesundheitsversorgung der FSC ist für Effizienzsteigerung nötig; sie ist nicht auf (weitere) Privatisierungen von Teilen des Systems angewiesen, sondern könnte unverzüglich vorgenommen werden und zwar auf drei Ebenen:

- Wettbewerb zwischen den Berufstätigen im Gesundheitswesen. Zu den dafür geeigneten (z.T. schon erwähnten) Instrumenten zählen u.a., daß die ambulant tätigen »Leistungsanbieter« von den Patienten frei gewählt werden dürfen, auf eigene Rechnung arbeiten und nur für tatsächlich erbrachte Leistungen bezahlt, also nicht »budgetiert« werden, daß sie zudem – unter vertraglich fixierten Bedingungen – auch in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen (Gesundheitszentren, Polikliniken, Krankenhäusern) als Selbständige arbeiten dürfen und daß gleichzeitig ihre Tätigkeit einer strengen, standardorientierten Qualitätskontrolle unterworfen wird.
- Wettbewerb zwischen den Versorgungseinrichtungen. Voraussetzung hierfür ist die Beseitigung der faktischen Monopolstellung, die einige Einrichtungen in bezug auf bestimmte Typen von Patienten, Versorgungsgebiete und Geräteausstattung noch heute haben, ebenso das Prinzip der Selbstfinanzierung (anstelle von externer Budgetzuteilung) dieser Einrichtungen, eine entsprechende Reorganisation des Rechnungswesens und der intra- und interinstitutionellen Arbeitsteilung und Kommunikationsstrukturen.
- Wettbewerb zwischen den Finanzierungsinstitutionen. Aufbau und Verwaltung der Versorgungsfonds sind Aufgabe unterschiedlicher Institutionen (Regierungen sind zuständig für die steuerfinanzierte Primärversorgung, Krankenkassen für spezialisierte Versorgungsleistungen, Zusatzversicherungen für die Verursacher spezieller Risiken). Die organisatorischen Arrangements werden, schon wegen der national unterschiedlich guten Voraussetzungen für ein Versicherungswesen, von Land zu Land variieren müssen; selbstverwaltete gesetzliche Krankenversicherungen nach deutschem Muster werden (noch?) nicht überall etabliert werden können; in einigen Fällen könnte eine Anlehnung an das

Modell der US-amerikanischen Health Maintenance Organizations angezeigt sein. Prinzip muß auch hier die Entmonopolisierung der Verfügungsgewalt über die Ressourcen, eine Verteilung der allerdings klar zu definierenden Verantwortung für die Finanzierung der Versorgungsleistungen sein.

#### 4. *Wie das Erreichbare erreichen?*

##### *Zu den Hindernissen und Möglichkeiten der Implementation von Innovationen in die Gesundheitssysteme der FSC*

Das hier Ausgeführte wird vielen als nur eine weitere Sammlung von utopischen und zugleich vagen Ideen in der langen Kette von Vorschlägen zur Reform des Gesundheitswesens in den FSC erscheinen – und das mit einigem Recht. Reformentwürfe und –empfehlungen gibt es ja nun schon in großer Zahl, sowohl von Gesundheitsexperten aus jenen Ländern selbst (vgl. z.B. die Arbeiten von Telyukov 1991, Akademija 1991, Pustovoi 1991, Zarkovic 1991, Sheiman 1992, Kincses 1993 und Wlodarczyk 1993) als auch aus dem westlichen Ausland (vgl. Heginbotham/Maxwell 1991, Cichon 1992, Preker/Feachem 1993, Schieber 1993). Hinzu kommen die in Intention und Richtung sehr heterogenen Reformvorstellungen internationaler Organisationen wie der Weltbank (World Bank 1993), EU (Commission 1993) und WHO (Artundo 1993).

Vieles davon ist »utopisch« in dem Sinne, daß es von den Verantwortlichen in den FSC ein Maß an Mut und Kraft zu Innovationen verlangt, das dort aus verständlichen Gründen (vor die politische Kurzlebigkeit und administrative Unerfahrenheit schwacher Koalitionsregierungen – Wlodarczyk 1993) noch weitgehend fehlt. Und fast alle diese Reformkonzepte, auch das hier vorgelegte, sind recht »vage« – auch dies nahezu zwangsläufig; denn je stärker sie sich an den realen Verhältnissen in jenen Ländern zu orientieren versuchen (und nicht nur ausländische Modelle dorthin schematisch übertragen!), desto weniger können die Empfehlungen zugleich von genereller Bedeutung und konkret sein.

Jeder, der eine Strategie für Gesundheitsreformen in den FSC zu erarbeiten versucht, steht vor einem doppelten Dilemma: Zum einen sind wegen der akuten gesundheitlichen Notlagen auch schon kurzfristig eintretende Verbesserungen der Krankenversorgung vonnöten; alle diesem Ziel förderlichen Interventionen sollten aber, ihrer institutionellen und prozeduralen Anlage nach, bereits im Einklang stehen mit der Struktur und Funktionsweise des langfristig gewünschten

Gesundheitssysteme. Zum anderen müssen konkrete Veränderungsmaßnahmen zwar abgeleitet sein von generellen Strategieprinzipien, können aber diese wiederum nur sinnvoll konzipiert und realistisch operationalisiert werden, wenn in sie genügend Kenntnisse von speziellen Vor-Ort-Situationen und günstigenfalls sogar praktische Erfahrungen mit ersten Reformbemühungen eingehen.

Vermieden werden müssen also sowohl konzeptioneller Attentismus als auch blinder Aktionismus, fruchtlose Modellspielereien ebenso wie visionslose Reparaturen da und dort. Zu organisieren ist ein Prozeß, der von prinzipiengeleiteten Systementwürfen über Machbarkeitsstudien zu experimentellen Pilotprojekten und von dort über empiriegesättigte Evaluationsberichte zurück zur Strategiearbeit geht.

Methodisch am besten dafür geeignet dürfte, unter gegenwärtigen FSC-Bedingungen, die systematische Anwendung umfassender Szenarien-Zyklen sein. Über sie ließe sich nicht nur der angedeutete iterative Prozeß zwischen Konzipierung und Realisierung, sondern auch die Beteiligung der Entscheidungsträger auf politischer, administrativer, wissenschaftlicher und gesundheitsprofessioneller Ebene effizient arrangieren – dies mit der Hoffnung auf Herstellung eines breiten Konsenses über die zu verwirklichenden Reformprogramme.

Die Einrichtung von Szenarien-Zirkeln in jedem dieser Länder erscheint uns als der beste erste Schritt auf dem Weg zu einer planvollen, gleichwohl unmittelbar praktischen Gesundheitsreform. Er könnte und sollte finanziell von der EU, der Weltbank und bilateralen Partnern (Deutschland hat hier eine Schlüsselposition!) unterstützt werden, fachlich und technisch vor allem von der WHO: Denn keine andere internationale Organisation hat so gute Kenntnisse von und Kontakte zu dem Gesundheitswesen in den FSC, so viel methodische und organisatorische Erfahrung auf diesem Gebiet. Und nur der WHO ist schließlich genügend politische Neutralität und gesundheitspolitische Reife zuzutrauen, daß sie ihre Unterstützung – mehr als der Durchsetzung eigener Interessen – tatsächlich den Bedürfnissen der dortigen Bevölkerung gelten läßt und – im Sinne des Zieles 1 ihrer GFA 2000-Strategie – dabei hilft, die gesellschaftlichen Ungleichheiten in Gesundheitszustand und Gesundheitsversorgung zu beseitigen.

Denn darauf kommt es letztlich an: Daß durch die gesundheitspolitischen Reformen in den FSC ihre Versorgungssysteme so angelegt werden, daß sie die wachsende Ungleichheit innerhalb ihrer

Gesellschaften verringern, nicht noch verstärken. Die Reichen haben zu allen Zeiten und überall, auch was ihre Gesundheit anbetrifft, sich selbst zu helfen gewußt; die Armen aber sind, heute in jenen Ländern, für ihr Überleben auf gesundheitliche Hilfen angewiesen.

Korrespondenzadresse:

Prof.Dr. G. Zarkovic, GSF-medis, Postfach 1129, 85758 Oberschleißheim

## Anmerkungen

- 1 Einige Vergleichsdaten (1990; in US-Dollar pro Kopf der Bevölkerung):

	BSP	Gesundheitsausgaben
Usbekistan	1,350	116
Turkmenistan	1,700	125
Rumänien	1,390	63
Polen	1,790	83

Quelle: World Bank 1993

- 2 Übrigens gab es auch innerhalb Jugoslawiens, zwischen den einzelnen Landesteilen, erhebliche Unterschiede in der Aufgabenstellung, Qualität und Effektivität der Gesundheitsversorgung (Stat. God. Jugosl. 1991) – trotz der auf einen gewissen Ausgleich abzielenden Umverteilungspolitik der Zentralregierung. Die nun stattfindende Aufteilung des Landes wird, auch unabhängig von den regional unterschiedlich stark auftretenden Kriegsfolgen, zu einer Verstärkung solcher Diskrepanzen führen, nicht nur des unterschiedlichen Potentials der neuen Republiken wegen, sondern auch aufgrund ihrer Unterschiedlichkeit hinsichtlich Bevölkerungswachstum, Altersstruktur, ethnischer Zusammensetzung und sozialer Kultur und des daraus folgenden Gesundheitsverhaltens und Versorgungsbedarfs.

## Literaturverzeichnis

- Akademija nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine: Medjuakademijski odbor za organizaciju zastite zdravlja. Preporuke o mjerama za reformu republikih sistema zastite zdravlja. Sarajevo 1991
- Artundo C., C. Sakellariades, H. Vuori, Health care reforms in Europe. Ministerio de sanidad y consumo, Madrid 1993
- BASYS: Soziale Krankenversicherung in Mittel- und Osteuropa. Informationen, 9. Jg. Nr. 1, Augsburg 1994
- Beckmann M., G. Zarkovic: Transition to Health Insurance in Former Socialist Countries. In: Proceedings of the 2nd WHO-Meeting of the Working Party on Health Care Reforms in Europe, Essen, 19.-21.10.1993.
- Blanpain J.E.: Prospects for health policy. Health Policy 26 (1993), 1-3
- Cichon M.: Development of Health Insurance. A Scenario for Eastern Europe. Consultations on Health Care Reforms in Eastern Europe. WHO-EURO, Copenhagen 1992
- Commission des Communautés Européennes, Direction Générale des Relations Economiques Exterieures, Programme Operationnel PHARE, La Reforme du Secteur de la Santé en Phase de Transition dans les Pays d'Europe Centrale et Orientale. Bruxelles 1993
- Davis C.M.: Health care crisis – Eastern Europe and the Former USSR: An Overview, RFE/RL Research Report, Vol. 2, No 40, 8 October 1993

- Heginbotham C., R. Maxwell: *Managing the Transition: a Western European View of Health Care Developments in Eastern Europe*. *European Journal of Public Health*, Vol. 1, 36-44, 1991
- Jackson J.O.: In Eastern Europe, death rates soar while birth rates plummet, creating an unprecedented crisis. *Time Magazine*, June 27, 1994
- Jamison D.T.: *Investing in Health, Finance & Development: A Quarterly Publication of the International Monetary Fund and the World Bank*, September 1993
- Jamison D.T.: *Investing in Health: Recommendations of the 1993 World Development Report*. *Bridge*, No 13, 1994
- Kincses G.: *The Process of Restructuring Hungarian Health Care*. In: *Proceedings of the 2nd WHO-Meeting of the Working Party on the Health Care Reforms in Europe*. Essen, 19.-21.10.1993.
- Marer P., S.Zecchini (eds.): *The Transition to a Market Economy*. Vol. II, OECD, Paris 1991
- OECD: *Reforming the Economies of Central and Eastern Europe*. Paris 1992
- Preker A.S., R.G.A. Feachem: *Searching for the Silver Bullet: Market Mechanisms in the Health Sector in Central and Eastern Europe*. Article based on the paper published in N.Barr (ed): *Labour Markets and Social Policy in Central and Eastern Europe: The Transition and Beyond*. 1993
- Pustovoi I.V.: *O nektorih teoreticheskikh aspektkh razvitia sistemy strakhovoi meditsiny v SSSR*. In: *Proceedings of the Plenum of All-Union Medical Historians Society*. Lugansk 1991
- Saltman R.B.: *The Public/Private Mix in Health Care Reforms in Europe*. In: *Proceedings of the First Meeting of the Working Party on Health Care Reforms in Europe*, Madrid 23-34 June 1992, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 1993
- Schieber G.J.: *Preconditions for Health Reform: Experiences from the OECD Countries*. Paper prepared for the Harvard School of Public Health International Conference on Health Sector Reform in Developing Countries, September 19-13, 1993
- Sheiman I.: *State Tax-Financed or Health Insurance Model? A difficult choice to be made in Russia*. In: *Health care reform in Russia*. Centre for Health Economics, University of York. Discussion paper 102, pp. 23-62, 1992
- Statistical Godisnjak Jugoslavije 38/1991. Savezni zavod za statistiku. Beograd 1991
- Telyukov A.V.: *A Concept of Health-financing Reform in the Soviet Union*. *International Journal of Health Services*, Vol. 21, No. 3, pp. 493-504, 1991
- Wlodarczyk C.: *The Expert Network on Health Care Financing Strategies in Countries of Central and Eastern Europe, or On the advantages of neighbourly cooperation in health care reforms*. *Antidotum*, Supplement No 1, pp.18-20, 1993.
- WHO (World Health Organization), Regional Office for Europe: *Targets for Health for All by the Year 2000. The Health Policy for Europe*. Summary and updated edition, September 1991, Copenhagen.
- WHO (World Health Organization), Regional Office for Europe: *Implementation of the Global Strategy for Health for All by the Year 2000*, Volume 5, Copenhagen 1994
- World Bank, *World Development Report 1993*, Oxford University Press, New York 1993
- Zarkovic G.: *Crisis in the Health Care System of Yugoslavia, and the Options for Solution*. *Proceedings of the Conference »Consultations about health economics in Yugoslavia – how further?«, Becej*, 7 June 1991 (in serbo-croatian)
- Zarkovic G., Mielck A., John J., Beckmann M.: *Reform of the Health Care Systems in Former Socialist Countries: Problems, Options, Scenarios*. GSF – Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit, Neuherberg 1994