

Das Gesundheitssystem der VR China

Dr. Anne-Dorothee Köster

WIP-Diskussionspapier 1/09

Bayenthalgürtel 40
50968 Köln

Telefon:
(0221) 9987 1652

Telefax:
(0221) 9987 3962

E-Mail:
wip@pkv.de

Internet:
www.wip-pkv.de

Anne-Dorothee Köster

**DAS GESUNDHEITSSYSTEM
DER
VR CHINA**

- Gesundheitspolitik zwischen fragmentierten Autoritarismus, Kaderkapitalismus und Familiarismus -

Inhaltsverzeichnis

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	- 4 -
TABELLENVERZEICHNIS	- 4 -
ABKÜRZUNGEN	- 6 -
1 ALLGEMEINE RAHMENBEDINGUNGEN	- 8 -
1.1 POLITISCHES SYSTEM: MACHTMONOPOL DER KPCH	- 9 -
1.2 WIRTSCHAFTLICHES SYSTEM: »SOZIALISTISCHE« MARKTWIRTSCHAFT CHINESISCHER PRÄGUNG	- 12 -
1.2.1 <i>Wirtschaftliche Stärke und wirtschaftsgeographische Gliederung</i>	- 12 -
1.2.2 <i>Wirtschaftliches Ordnungsmodell</i>	- 14 -
1.2.3 <i>Politisch-wirtschaftliche Schattensystem</i>	- 15 -
1.3 GESELLSCHAFTLICHE WERTE, BEVÖLKERUNGSPOLITIK UND DEMOGRAPHISCHE ENTWICKLUNG ...	- 16 -
1.3.1 <i>Bevölkerungsdichte, -zusammensetzung und -wachstum</i>	- 16 -
1.3.2 <i>Familiarismus und Kindesehrfurcht</i>	- 18 -
2 STRUKTURELLER AUFBAU DES GESUNDHEITSSYSTEMS	- 20 -
2.1 DIE SITUATION AUF DEM LAND	- 20 -
2.1.1 <i>Versicherungssystem: Das NCMS</i>	- 21 -
2.1.1.1 Finanzierungssystematik und Versichertenkreis.....	- 21 -
2.1.1.2 Versicherungsschutz und Leistungskatalog des NCMS	- 24 -
2.1.1.3 Verwaltung und Organisation des NCMS	- 26 -
2.1.2 <i>Leistungsangebot</i>	- 27 -
2.1.2.1 Angebotsstruktur und Organisation	- 27 -
2.1.2.2 Verhältnis zum NCMS und Vergütung.....	- 31 -
2.1.3 <i>Gesundheitspolitische Steuerung</i>	- 34 -
2.1.3.1 Übergeordnete administrative Struktur und Aufgabenzuordnung.....	- 34 -
2.1.3.2 Politische Willensbildung und Planungsprozess.....	- 36 -
2.1.3.3 Staatliche Angebotshoheit.....	- 40 -
2.2 DIE SITUATION IN DEN STÄDTEN.....	- 41 -
2.2.1 <i>Versicherungsschutz: Das BHIS</i>	- 42 -
2.2.1.1 Finanzierungssystematik und Versichertenkreis des neuen BHIS.....	- 42 -
2.2.1.2 Umfang des Versicherungsschutzes	- 46 -
2.2.1.3 Verwaltung des BHIS	- 48 -
2.2.2 <i>Leistungsangebot in den Städten</i>	- 49 -
2.2.2.1 Leistungserbringer und Angebotsstruktur	- 49 -
2.2.2.2 Verhältnis und Abrechnung mit dem BHIS (Vergütung)	- 53 -
2.2.3 <i>Gesundheitspolitische Steuerungskompetenzen in den Städten</i>	- 53 -
3 REFORMDRUCK UND HISTORISCHER RÜCKBLICK	- 56 -
3.1 VERSICHERUNGSSYSTEME: ANPASSUNGSDRUCK AN NEUE VERHÄLTNISSE	- 57 -
3.1.1 <i>Zusammenbruch des RCMS und Rückgang des LIS</i>	- 57 -
3.1.2 <i>Qualitätsautonomie, unregulierte Eigenverantwortung und Versorgungsdefizite</i>	- 61 -
3.1.3 <i>Kostenexplosion</i>	- 66 -
3.2 RÜCKBLICK: REFORMVERLAUF UND GESUNDHEITSPOLITISCHE HISTORIE.....	- 70 -
3.2.1 <i>Gesundheitspolitischer Rahmenvorgaben der Zentrale</i>	- 70 -
3.2.2 <i>Anpassungsleistungen der lokalen Gesundheitspolitik</i>	- 75 -
3.2.2.1 Reformexperimente und politische Pilotprojekte: Der Weg zum NCMS auf dem Land	- 75 -
3.2.2.2 Reformversuche: Auf dem Weg zum BHIS in den Städten	- 78 -
4 SCHLUSSFOLGERUNGEN UND ERKENNTNISSE	- 83 -
4.1 AUSSAGE 1: HISTORISCHES ERBE IST EIN RELEVANTER KOSTENFAKTOR BEI GESUNDHEITSPOLITISCHEN ENTSCHEIDUNGEN	- 84 -
4.2 AUSSAGE 2: PLANWIRTSCHAFT ERHÖHT ANPASSUNGSDRUCK UND SICHERT KEINE EGALITÄT.....	- 86 -
4.3 AUSSAGE 3: INTERDEPENDENZ DER VERSCHIEDENSTEN ORDNUNGSBEREICHE KANN NICHT AUSGEGRENZT WERDEN	- 88 -
4.4 AUSSAGE 4: POLITISCH »OBJEKTIVE« REFORMBEWERTUNG UND DURCHSETZUNG LANGFRISTIG ORIENTIERTER LÖSUNGEN SIND PROBLEMBEHAFET	- 89 -

4.5	AUSSAGE 5:KONTROLLE VON KOSTENSTEIGERUNGEN UND ÜBERPROPORTIONALES WACHSTUM DER GESUNDHEITSAUSGABEN SIND UNABHÄNGIG VON FORMALER EIGENTUMSFORM UND ART DER KRANKENVERSICHERUNG	- 91 -
4.5.1	<i>Verbesserung der Versorgung und Kostenkontrolle</i>	- 91 -
4.5.2	<i>Einkommenssuperiorität von Gesundheitsgütern</i>	- 92 -
4.6	AUSSAGE 6:MODERNE, ANONYME SICHERUNGSFORMEN BRAUCHEN EIN VERLÄSSLICHES UND BERECHENBARES UMFELD	- 93 -
4.6.1	<i>Dominanz von einfachen und informellen Sicherungslösungen bei Korruption und lokal begrenztem Vertrauen</i>	- 93 -
4.6.2	<i>Erwartungsstabilität bedarf einer klaren Kompetenzabgrenzung und Regelbindung (Machtbindung und vorhersagbare Berechenbarkeit) in der Gesundheitspolitik</i>	- 95 -
4.7	AUSSAGE 7:DEZENTRALE STEUERUNG STEHT IM ZIELKONFLIKT ZWISCHEN EINER GUTEN AUSNUTZUNG VON VERSTREUTEM WISSEN UND BESTIMMTEN SOZIAL- UND GESUNDHEITSPOLITISCHEN ZIELEN	- 96 -
 ANHANG I: GESUNDHEITSPOLITISCH RELEVANTE MINISTERIEN		- 98 -
ANHANG II: GESCHICHTE UND POLITISCHE ENTWICKLUNG CHINAS		- 103 -
ANHANG III: AUSGABENSTRUKTUREN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG		- 111 -
ANHANG IV: GESUNDHEITSINDIKATOREN UND AUSSTATTUNG DES CHINESISCHEN GESUNDHEITSWESENS		- 118 -
ANHANG V: DATEN ZUR SOZIALEN SICHERUNG DER VR		- 128 -
 LITERATURVERZEICHNIS.....		- 132 -

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die Volksrepublik China und ihre Provinzen.....	- 9 -
Abbildung 2: Regierungs- und Verwaltungsstruktur der VR China (2003)	- 11 -
Abbildung 3: Beziehungen zwischen verschiedenen Interessengruppen des NCMS	- 27 -
Abbildung 4: Verwaltungsebenen und zugehörige Struktur der Leistungserbringer im ländlichen Gesundheitswesen	- 29 -
Abbildung 5: Ausgabenstruktur des nationalen Gesundheitswesens 1999.....	- 33 -
Abbildung 6: Veränderungen in China`s ländlichem Gesundheitssystem	- 34 -
Abbildung 7: Vereinfachte übergeordnete administrative Struktur des Gesundheitssektors.....	- 35 -
Abbildung 8: Gesetzgebungsprozess landesweit gültiger und einklagbarer Gesundheitsvorschriften.....	- 39 -
Abbildung 9: Finanzierungsstruktur der MSA und des SPF	- 43 -
Abbildung 10: Zusammensetzung des neuen BHIS	- 49 -
Abbildung 11: Das System der sozialen Sicherung in China seit den 1990er-Jahren.....	- 54 -
Abbildung 12: Anteil der totalen Gesundheitsausgaben am BIP	- 64 -
Abbildung 13: Totale Gesundheitsausgaben nach verschiedenen Quellen	- 65 -
Abbildung 14: Finanzströme des CHCS innerhalb des dreistufigen Gemeinденetzwerks	- 78 -
Abbildung 15: Versicherungsschutz der ländlichen Bevölkerung 1993 – 2003 (nach NHSS).....	- 95 -

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bruttoinlandsprodukt 1978-2007.....	- 13 -
Tabelle 2: Wirtschaftsräumliche Dreiteilung Ost – Mitte - West.....	- 13 -
Tabelle 3: Anteil der Marktpreise in verschiedenen Produktkategorien (%).....	- 14 -
Tabelle 4: Vitalität der Gesamtbevölkerung.....	- 17 -
Tabelle 5: Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre, Prognose bis 2050.....	- 17 -
Tabelle 6: Urbanisierung (1951-2003).....	- 18 -
Tabelle 7: NCMS Fonds 2003	- 23 -
Tabelle 8: Typisches Versicherungsdesign der NCMS (2004).....	- 25 -
Tabelle 9: Verschiedene steuer- und preispolitische Behandlung der klassifizierten Krankenhäuser.....	- 30 -
Tabelle 10: Organisationen des chinesischen Gesundheitssystems.....	- 36 -
Tabelle 11: Einzelschritte des Planungsprozesses der 5-Jahres-Gesundheitsentwicklungspläne	- 37 -
Tabelle 12: Beispielhafte Auswahl von Vorgaben des Gesundheitsentwicklungsplans für den 11. Fünf-Jahresplans (2006-2010).....	- 38 -
Tabelle 13: Auswahl von erlassenen Regelungen der verschiedenen Steuerungsakteure.....	- 40 -
Tabelle 14: Cost Sharing Plans (BHIS) in Shanghai	- 45 -
Tabelle 15: Versicherungsschutz der städtischen Bevölkerung 1998 und 2003	- 45 -
Tabelle 16: Anzahl der Versicherten des neuen BHIS 2002-2005	- 46 -
Tabelle 17: BHIS-Programme in einigen ausgewählten Städten/Provinzen.....	- 47 -
Tabelle 18: Versicherungsleistungen des BHIS in Shanghai	- 48 -
Tabelle 19: Anteil der Dörfer mit einem RCMS oder (neuen) Gesundheitsstationen	- 58 -
Tabelle 20: Anteil der verschiedenen Regierungsebenen an den Gesundheitsausgaben (1991-2000)	- 63 -
Tabelle 21: Gesundheitsausgaben (Total, pro Kopf und %-Anteil am BIP) und ihre Quellen	- 64 -
Tabelle 22: Gesundheitsausgaben in China in der Zeit von 1980 - 2001.....	- 66 -
Tabelle 23: Gesundheitsausgaben der Regierung in THE und insgesamt (1990-2000)	- 66 -
Tabelle 24: Historischer Verlauf lokaler Optimierung in den Städten	- 80 -
Tabelle 25: Entwicklungen und Merkmale einzelner Reformexperimente.....	- 80 -
Tabelle 26: Beispiele zum institutionellen Wandel im chinesischen Gesundheitssystem	- 89 -
Tabelle 28: Finanzvolumen (Yuan in Milliarden) des neuen BHIS 2002-2005	- 91 -

Abkürzungen

Aufl.	Auflage
Bd.	Band
BHIS	Basic Health Insurance System
BIOST	Bundesinstitut für ostwissenschaftliche und internationale Studien
BIP (bzw. GPD)	Bruttoinlandsprodukt
BTI	Bertelsmann-Transformations-Index
CDCP	Centres for Disease Control and Prevention
CHC	Community Healthcare Centre
CHCS	Cooperative Health Care Schema
CSHIS	Cost Sharing Health Insurance System
CMS	Cooperative Medical Schema
DOTS	Directly Observe Treatment Strategy
DRG	Diagnosis Related Groups
EBRD	European Bank for Reconstruction and Development
EPS	Epidemic Prevention Station
FAZ	Frankfurter Allgemeine Zeitung
GAQSIQ	General Administration of Quality Supervision, Inspection and Quarantine
GINI	Statistisches Maß zur Ungleichverteilung benannt nach Cordato Gini
GIS	Government Insurance System
GMD	Guomingdang (Nationalpartei)
Hg. (Ed. / Eds.)	Herausgeber (englisch: Editor / Editors)
HMO	Health Maintenance Organization
HSS	Hanns-Seidel-Stiftung e. V.
IAF	Individual Account Fund
IBRD	International Bank for Reconstruction and Development
IDS	Institute of Development Studies
IWF (IMF)	Internationaler Währungsfonds
Jg.	Jahrgang
KAS	Konrad-Adenauer-Stiftung
KPCh	Kommunistische Partei Chinas
LIS	Labour Insurance System
LSE	London School of Economics
MA	Massachusetts
MCA	Ministry of Civil Affairs
MCH	Maternal and Child Health
MDG	Millennium Development Goal
MFA	Medical Finance Assistance
Mio.	Millionen
MoC	Ministry of Civil Affairs
MoH	Ministry of Health
MoF	Ministry of Finance
MoPH	Ministry of Public Health
MoLSS	Ministry of Labour and Social Security
Mrd.	Milliarde
MSA	Medical Saving Account
NBS	National Bureau of Statistic
NGO	Non Governmental Organization
NHEI	National Health Economic Institute (Beijing)
NHSS	National Health Services Survey
NPC	National Planning Committee

NPFPC	National Population and Family Planning Committee
NPPHCC	National Patriotic Public Health Campaign Committee
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
PICC	People's Insurance Company of China
PMSI	Public Medical Service Insurance
PK	Parteikongress
PSU	Public Service Unit
RCMS	Rural Cooperative Medical Schema
RMB	Renminbi / Yuan (chinesische Währung)
S. (p. / pp.)	Seite (englisch: page / pages)
SFDA	State Food and Drug Administration
SOE	State Owned Enterprises
SPF	Social Pooling Fund
SWZ	Sonderwirtschaftszone(n)
TB	Tuberkulose
TCM	Traditionelle Chinesische Medizin
THE	Total Health Expenditure
UN	United Nations
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
US	Vereinigte Staaten (von Amerika)
u. a.	und andere
u. v. m.	und viele mehr
v. a.	vor allem
VHS	Village Health Station
VK	Volkskongress
VR	Volksrepublik
WHO	World Health Organization
WIP	Wissenschaftliches Institut der Privaten Krankenversicherung
WTO	World Trade Organization
ZK (CC)	Zentralkomitee (englisch: Central Committee)

1 Allgemeine Rahmenbedingungen

Die Volksrepublik (VR) China ist mit über 1,3 Mrd. Menschen das bevölkerungsreichste Land der Erde und gleichzeitig die älteste kontinuierlich bestehende Zivilisation mit eigener Staatlichkeit der Welt. Seit 2005 kann sich das Land auch noch als die viertgrößte Volkswirtschaft (gemessen am Bruttoinlandsprodukt) bezeichnen – vorausgegangen ist dem ein beeindruckendes Wirtschaftswachstum in den vergangenen 25 Jahren und ein neuer Politikstil der »offen Tür«. Gleichzeitig ist die VR aber auch noch immer das größte kommunistisch geführte Land der Erde mit einem Ein-Parteien-System. Ein weiteres Extrem weist das Land bei der Verteilung seines jüngst errungenen Wohlstands auf: Kaum ein anderer Staat der Erde hat eine höhere Einkommensdisparität und wirtschaftliche Entwicklungsdichotomie (Industrienation vs. Entwicklungsland).

Im Sommer 2008 rückte dieses »extreme« Land mit der Austragung der XXIX. Olympischen Sommerspiele einmal mehr in den Fokus der Weltöffentlichkeit. V. a. durch die Tibetproteste im Vorfeld der Spiele richteten die Medien ihr Augenmerk kritisch auf die Menschenrechtssituation im Land. Vereinzelt wurden aber auch Berichte über die Gesundheitsversorgung des Landes, meistens mit touristischem Fokus, gesendet. Damit fand das Gesundheitssystem Chinas erneut internationale Aufmerksamkeit, nachdem es diese letztmalig im Zusammenhang mit der SARS-Epidemie 2003 und der Vogelgrippe 2004 erfahren hatte. Eine kritische Auseinandersetzung mit dem System und der dahinterstehenden Gesundheitspolitik kam aber in allen Fällen zu kurz.

Was für ein Gesundheitssystem hat also ein solches Land der »Superlative« überhaupt? Wie verträgt sich der sozialistische Anspruch des Landes in der Versorgung seiner Bürger und der politischen Führung mit dem ungehemmten Kapitalismus des realen Wirtschaftslebens? Der folgende Band versucht diese Fragen kritisch und ausführlich zu beantworten und Einsichten in das chinesische Gesundheitssystem und dessen jüngere Geschichte zu geben.¹ Gleichzeitig versucht er die Frage zu beantworten, ob übergeordnete Schlussfolgerungen und Erkenntnisse aus dem chinesischen Weg gezogen werden können. Denn ein Land mit einer solchen Geschichte und weltwirtschaftlichen Bedeutung kann eigentlich nicht bei gesundheitspolitischen Vergleichen übergangen werden, ohne damit einen Großteil gemachter gesundheitspolitischer Erfahrungen zu negieren.

¹ Ein Großteil der Ausführungen beruhen dabei auf Erkenntnissen aus *KÖSTER, A.-D. (2008)*.

Abbildung 1: Die Volksrepublik China und ihre Provinzen



Quelle: <http://www.chinaservice.de/provinzen.htm>

Bevor der Status Quo des chinesischen Gesundheitssystems beschrieben wird, werden vorab einige entscheidende Rahmenbedingungen für das System und die in diesen Verhältnissen stattfindende Gesundheitspolitik dargestellt. Dies soll das Verständnis für das doch im deutschen Verständnis oft fremde und auch als exotisch wahrgenommene Land verbessern helfen und mögliche Probleme und Limitationen bei einer allgemeinen Interpretation der chinesischen Erfahrungen aufzeigen. Hierzu dient auch die Darstellung des bisherigen Reformverlaufs und des nach wie vor vorhandenen erheblichen Reformdrucks im Gesundheitswesen, auf den die jüngsten gesundheitspolitischen Maßnahmen antworteten. In diesem Sinne sind auch die Verweise auf das historische Erbe zu verstehen.

1.1 Politisches System: Machtmonopol der KPCh

Die entscheidenden politischen Rahmenbedingungen werden nach wie vor von der kommunistischen Partei Chinas (KPCh) gebildet. Sie erhebt den alleinigen Anspruch auf die politische Führung und die Deutungs- und Entscheidungshoheit in wirtschaftlichen, politischen, moralischen und ideologischen Belangen. Sie bewertet damit die Zieladäquatheit jeglicher reformpolitischer Maßnahmen.

Gleichwohl hat sich auch das politische System und die ordnungspolitischen Konzeptionen seit Gründung der VR China 1949 und insbesondere seit Beginn des Transformationsprozesses 1978 bzw. dem Tode des charismatischen Revolutionsführers MAO ZEDONGS 1976 verändert. Vom Totalirismus unter

MAO, als Funktionäre und Organisationen der KPCh einen totalen Zugriff auf das wirtschaftliche, gesellschaftliche und persönliche Leben ausüben konnten, hat sich die gegenwärtige politische Ordnung weit entfernt. Politische Entscheidungen und Willensbildungen kommen inzwischen auf andere Weise zustande und werden mit anderen Mitteln durchgesetzt.² V. a. seit dem Amtsantritt von *JIANG ZEMIN* (1998-2002) und *HU JINTAO* (seit 2002) ist in der politischen Führung ein System der kollegialen Führung mit stärker formalisierten Regeln vorherrschend. Technokraten ohne revolutionäre oder militärische Erfahrungen aber mit guter bis sehr guter Bildung haben einfach gebildete, vom Land stammende, kriegserfahrene Revolutionäre als politisches Führungspersonal ersetzt.

Ordnungspolitisch ist ebenfalls seit Beginn des Transformationsprozesses 1978 die Übernahme und Anpassung des »sozialistischen Wirtschaftsmodells an chinesische Bedingungen« der »Marktwirtschaft nach chinesischer Prägung« gewichen. Anfangs (1978 – 1991) wurde die Transformation noch als Reparatur am sozialistischen Wirtschaftsmodell verstanden. In dieser Zeit wurde das staatliche Planungssystem allerdings durch die Ausweitung der außerhalb von Planquoten und -preisen stattfindenden Produktion und Distribution bereits ausgehöhlt. Dessen ungeachtet verbleibt die chinesische Regierung aber bis heute weiterhin bei der Aufstellung von Fünf-Jahresplänen und 10-Jahresleitlinien. Mit dem letzten Fünf-Jahresplan (2006-2010) deutet sich aber ein Umsteuern im Planungsdenken an. Offiziell soll der Plan nur noch Programmcharakter haben und einen »Leitplan« (*guihua*) entsprechen.

Ein Rechtsstaat nach westlichem Verständnis und eine Gewaltenteilung zwischen Legislative, Exekutive und Judikative existiert allerdings bei allen internen (ordnungs)politischen Umbrüchen bis heute nicht. Offiziell spricht die chinesische Regierung seit der Verfassungsänderung 1999 zwar von einem »sozialistischen Rechtsstaat« (Art. 5 Abs. 1).³ Hierunter versteht die KPCh aber nicht eine umfassende rechtliche Bindung staatlicher Machtausübung, sondern die Bezeichnung drückt im Wesentlichen die Bindung staatlicher und parteilicher Macht an die Verfassung und die Gesetze unter der Führung der Partei aus. Es wird an den Prinzipien der »demokratischen Diktatur des Volkes« und des »demokratischen Zentralismus« bzw. an der Souveränität der KPCh festgehalten. Die Verfassung sieht nur eine formale Trennung, jedoch keine wechselseitige Kontrolle der Staatsgewalten vor.⁴ Die zentralen und lokalen Regierungen und Gerichte sind zwar formal dem Nationalen Volkskongress (NVK) bzw. den lokalen Volkskongressen (LVK) untergeordnet, aber faktisch konzentriert sich die Staatsmacht in der Exekutive.

In der wissenschaftlichen Literatur wird das politische System der VR China seit den 1990er-Jahren häufig auch als »fragmentierter Autoritarismus«⁵ bezeichnet. *Autoritär* meint den fehlenden Rechtsstaat und Demokratie (keine demokratischen Konkurrenzahlen, keine Gewaltenteilung zwischen verschiedenen Verfassungsorganen, keine Kontrolle politischer Macht durch unabhängige Gerichte und Medien). Als *fragmentiert* gilt Chinas autoritäres System aus dem Grund, weil politische Willensbildung und Entscheidungsfindung geprägt sind durch die Beteiligung einer Vielzahl untereinander oft rivalisierender innerstaatlicher Akteure und durch die Verlagerung wichtiger administrativer und wirtschaftspolitischer Zuständigkeiten auf untere Regierungsebenen. Fast allen politischen Entscheidungsfindungen – von grundsätzlichen Fragen der Verfassungsreform bis hin zu eher technischen Regeln etwa von Zulassungsbestimmungen – gehen langwierige Verfahren der Interessensabstimmung voraus.

So obliegt auch die Umsetzung der Fünf-Jahrespläne den Provinzen und lokalen Regionen. Dem liegt seit 1983 folgende grundlegende administrative Verwaltungsstruktur zugrunde: Auf unterster Ebene befinden sich Gemeinderegierungen (*xiang/zhen zhengfu* 乡/镇政府) bzw. Dorfgemeinderäte (*cun zhengfu* 村政府). Sie wurden nach Auflösung der Volkskommunen errichtet und haben im Wesentlichen die Funktionen der ebenfalls aufgelösten »Dorfbewohnerkomitees« (*cun weihui* 村委会), die selbst verwaltete Mas-

² Vgl. HEILMANN, S. (2007), S. 181.

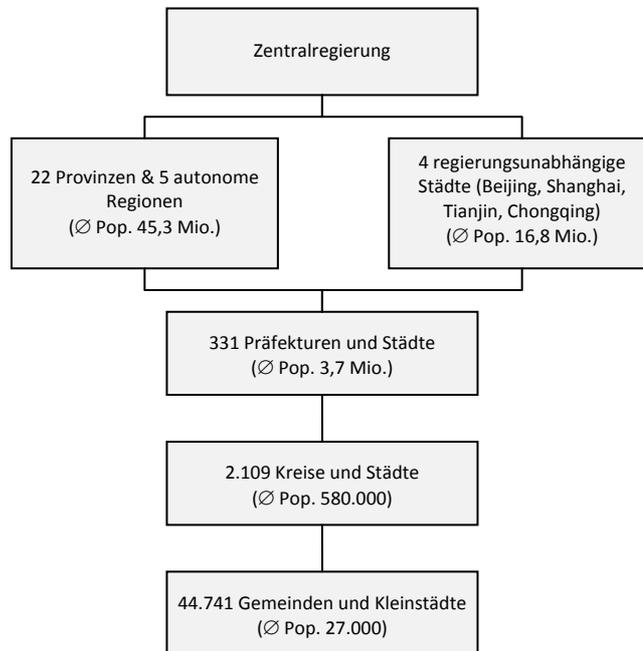
³ Vgl. zur Rechtsordnung und Geschichte des Rechts in China u. a. HEUSER, R. (2007), S. 421 ff.; AHL, B. (2007), S. 433 ff.

⁴ Vgl. AHL, B. (2007), S. 435.

⁵ Vgl. u. a. LIEBERTHAL, K. G. / LAMPTON, D. M. (ED.) (1992).

senorganisationen waren, übernommen. Auf der nächst höheren Verwaltungsebene befinden sich die Regierungen der Kreise und den Kreisen gleichgestellten Städten (Abbildung 2). Dem folgen die Präfektural- und Stadtregerien. Die höchste Verwaltungsebene unterhalb der Zentralregierung bilden die Provinzregierungen und die den Provinzen gleichgestellten Städte (regierungsunabhängige Städte).

Abbildung 2: Regierungs- und Verwaltungsstruktur der VR China (2003)



Quelle: In Anlehnung an KOPLAN, N. / U. A. (2005); SMITH, P. / WONG, CH. / ZAO, Y. (2004)

Ideologisch und im politischen Führungsstil haben die jüngeren Veränderungen ebenfalls Spuren hinterlassen. Dadurch dass die politische Führungsriege aus sog. »Technokraten« besteht, bestimmen nicht visionäre Entwürfe die Amtsführungen, sondern die Optimierung administrativer Regelungsmechanismen und das Ad-hoc-Management politischer Konflikte. Als einzige übergeordnete Aufgabe existiert gegenwärtig der »Aufbau einer Gesellschaft mit bescheidenem Wohlstand« (*jianshe quanmian xiaokang shehui* 建设全面小康社会).⁶ Man möchte ein sehr rasches und dauerhaftes wirtschaftliches Wachstum erreichen und zugleich eine sozial möglichst ausgeglichene Mittelstandsgesellschaft aufbauen.

Offiziell vertritt die KPCh einen »Sozialismus chinesischer Prägung«, der sich vom sowjetischen Modell distanziert und die marxistischen Klassiker in ihrer Bedeutung neu für die Modernisierung Chinas zu bewerten versucht. Es wird popagiert, dass sich China in der »Anfangsphase des Sozialismus« befindet, in der die Entwicklung der Produktivkräfte und die Anhebung des Lebensstandards der Bevölkerung vorrangig sind. Zur Modernisierung der Wirtschaft werden zwar marktwirtschaftlich-kapitalistische Methoden benutzt ohne jedoch die diesen Methoden zugrundeliegenden Werte wie Interessenpluralismus und Individualismus offiziell zu akzeptieren. Entsprechend noch immer wirksamer ideologischer Filter werden solche »westlichen« Wertvorstellungen als weder mit der chinesischen Tradition noch mit der marxistisch-leninistischen Ideologie als vereinbar gehalten. Allerdings werden wie im November 2002 auf dem XVI. Parteitag immer mehr marxistisch-leninistische Ideologien (wie Abschaffung von Privateigentum, Auslöschung der privaten Unternehmerschicht, Bekämpfung der »Kapitalistenklasse«, Dominanz öffentlichen Eigentums) revidiert. Der ursprüngliche Klassenkampfauftrag und die Führungsrolle des Proletariats wurden de facto aufgegeben.

⁶ Konkret soll bis zum Jahr 2020 eine »vollständige Kleinwohlstandsgesellschaft« (Xiaokang-Gesellschaft) etabliert werden.

Box 1: Die Kommunistische Partei Chinas (KPCh)

Die organisatorischen Prinzipien der KPCh wurden 1949 nach dem Sieg im Bürgerkrieg von *Lenin* übernommen. Das Modell der politischen Führung war der sowjetische Parteistaat, konkret gekennzeichnet durch eine Kaderpartei, die eine Führungsrolle in Politik, Gesellschaft und Wirtschaft hat. Die Partei wurde als zentralisierte-hierarchische Organisation der politischen Mobilisierung und Kontrolle konzipiert und sollte in allen Bereichen des sozialistischen Systems (Regierung, Justiz, Betriebe und gesellschaftliche Vereinigungen) mit ihren Parteikomitees, Parteigruppen und Basisorganisationen als uneingeschränkte Entscheidungs- und Aufsichtsinstanz fungieren (vgl. HEILMANN, S. 2007, S. 183 f.).

Bis heute sind die wichtigsten Instrumente politischer Kontrolle an Lenins Vorgeben angelehnt: a) zentralisierte Hierarchie von Parteiorganen, mit strikten Unterordnungsverhältnissen von Politik, Verwaltung, Justiz, Polizei, Militär, Wirtschaft und Gesellschaft, b) eine von der Partei strikt kontrollierte Rekrutierung und Beaufsichtigung von Führungskräften sowohl in staatlichen Organen als auch in staatlich beaufsichtigten Wirtschaftsunternehmen und gesellschaftlichen Organisationen, c) Bekämpfung politischer »Abweichungen« und ein striktes Verbot der Bildung von innerparteilichen Gruppierungen, d) Massenpropaganda (parteigelenkte und selektive Informationsvermittlung) gegenüber der Bevölkerung und Beeinflussung der öffentlichen Meinung durch politisch kontrollierte Medien.

Nach wie vor bestimmt die KPCh die chinesische Politik, rund 500.000 Führungskader (Führungskräfte vom Rang eines ministeriellen Referatsleiters bzw. Kreis-Regierungschef aufwärts) sitzen an allen wichtigen Schalthebeln der politischen Macht. Insgesamt zählte die KPCh 70 Mio. Mitglieder 2005 (ca. 5% Bevölkerungsanteil). Vor allem junge Chinesen erhoffen sich durch den Parteieintritt wirtschaftliche und persönliche Vorteile. Zunehmend rücken Städter – seit 2002 ist die KPCh auch für Unternehmer geöffnet – mit einem hohen Bildungsabschluss in der Partei vor, die als »städtische Mittelschicht« die Gewinner der Wirtschaftsreformen sind. Bauern und staatliche Industriearbeiter haben dagegen an Gewicht innerhalb der Partei verloren. Die Partei transformiert sich damit stark zu einer an Wirtschaftsförderung orientierten, unternehmerfreundlichen Partei. Die fortschreitende gesellschaftliche Pluralisierung und der Aufstieg neuer Führungsgruppen werden von der Partei nachvollzogen und beginnen diese umzuformen. Es ist nicht mehr die Partei, die die Gesellschaft umformt.

1.2 **Wirtschaftliches System: »Sozialistische« Marktwirtschaft chinesischer Prägung**

1.2.1 **Wirtschaftliche Stärke und wirtschaftsgeographische Gliederung**

Die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen werden nach wie vor von dem seit Ende der 1970er-Jahre andauernden Transformationsprozess stark beeinflusst. Augenscheinlichstes, von der Weltöffentlichkeit wahrgenommenes Merkmal sind die schon seit fast drei Jahrzehnten sehr hohen wirtschaftlichen Wachstumsraten (gemessen am BIP) zwischen 7% und 11% (2005: 9,9%)⁷, während sich die wirtschaftliche Entwicklung im maoistischen China eher bescheiden ausnahm. In den vergangenen 25 Jahren vervierfachte sich das chinesische Pro-Kopf-Einkommen, womit die VR noch seine eigenen hoch gesteckten Modernisierungsziele zu Beginn des Transformationsprozesses übertraf. Seit 2005 kann sich China als die viertgrößte Volkswirtschaft der Welt bezeichnen.⁸

⁷ Vgl. NBS OF CHINA (ED.) – STATISTICAL YEARBOOK (2006); wenn auch sicherlich hier Korrekturen notwendig sind; vgl. dazu YOUNG, A. (1998). Das gewaltige Wachstum führte bzw. führt immer wieder zu Forderungen einer Drosselung des Wachstums und Überhitzungswarnungen für die chinesische Wirtschaft; vgl. hierzu auch die letzte Diskussion auf dem Zentralen Parteikongress der KPCh im April 2007. Dagegen nahmen sich die Wachstumsleistungen während der vorherigen drei Jahrzehnte kommunistischer Herrschaft eher bescheiden aus (2-5%); vgl. WONG, L. (1998).

⁸ Vgl. CHINA AHK (2006); AUSWÄRTIGES AMT (2007). Gemessen an der Gesamthöhe des BIP. V. a. war dies durch neue nationale Erhebungen im Dezember 2005 und einer statistischen Neubewertung des Dienstleistungssektors bedingt. Allerdings ist hierbei anzumerken, dass die chinesische Regierung regelmäßig eine Korrektur ihrer statistischen Werte vornimmt. Alle Angaben sind daher mit Vorsicht zu interpretieren.

Tabelle 1: Bruttoinlandsprodukt 1978-2007

100 million yuan

	<i>GPD</i>	<i>1. Sector</i>	<i>2. Sector</i>	<i>3. Sector</i>	<i>GPD per capita (yuan)</i>
1978	3645.2	1027.5	1745,2	872,5	381
1980	4545.6	1371.6	2192,0	982,0	463
1985	9016.0	2564,4	3866,6	2585,0	858
1990	18667.8	5062,0	7717,4	5891,4	1.644
1995	60793.7	12135,8	28679,5	19978,4	5.046
2000	99214.6	14944,7	40033,6	44236,3	7.858
2005	183867.9	23070,4	87364,6	73432,9	14.103
2006	210871.0	24737,0	103162,0	82972,0	16.084

Data in this table are calculated at current prices.

a) Since 1980, the difference between the Gross Domestic Product and the Gross National Income (formerly, the Gross National Product) is the net factor income from abroad.

b) Since the data of 1997's and 1999's balance of payment have been changed, the gross national income in 1997 and 1999 have been revised accordingly.

Quelle: *NBS OF CHINA (Ed.) / STATISTICAL YEARBOOK (2007)*

Trotz der beeindruckenden Wachstumszahlen haben nicht alle Landesteile gleichermaßen vom wirtschaftlichen Aufschwung profitiert und der wirtschaftliche Erfolg kann nicht über die Ambivalenz des Transformationsprozesses hinwegtäuschen. So ist China in weiten Teilen des Landes immer noch ein Entwicklungsland und weist mit die weltweit höchsten Einkommensdisparitäten auf.⁹ Traditionell kennt China zwar mehrere wirtschaftsräumliche Gegensätze, allen voran eine deutliche Ost-West und Stadt-Land-Dichotomie. Die erreichten Ausmaße sind aber neu. Zudem ist seit Mitte der 1990er-Jahre auch ein Nord-Süd-Gegensatz zu Tage getreten, der sich vor dem Hintergrund zunehmender Verflechtungen der südlichen und südöstlichen Küstenzonen mit Hongkong, Macau und Taiwan herausgebildet hat. Insbesondere die zu Anfang der Transformation stark geförderten Küstenprovinzen und die Betonung komparativer regionaler Vorteile haben sich vornehmlich zum Nachteil der Binnenprovinzen entwickelt (Tabelle 2).

Tabelle 2: Wirtschaftsräumliche Dreiteilung Ost – Mitte - West

<i>Region</i>	<i>Ost</i>	<i>Mitte</i>	<i>West</i>	<i>Gesamt China</i>
Flächenanteil (%)	13,5	29,9	65,6	-
Bevölkerungsanteil 1985 (%)	40,9	35,5	23,6	-
Bevölkerungsanteil 2003 (%)	50,3	23,2	26,5	-
Bevölkerungsdichte 1985 (E/km ²)	324,0	127,1	44,7	108,4
Bevölkerungsdichte 2002 (E/km ²)	391,2	158,5	54,6	123,8
Bruttoinlandsprodukt 2003 (%)	61,3	24,2	14,5	-
Pro-Kopf Einkommen (yuan) 2003 (%)	48,7	22,4	34,9	-

Ost: Liaoning, Beijing, Tianjin, Hebei, Shandong, Jiangsu, Zhejiang, Fujian, Guangdong, Gungxi, Hainan.

Mitte: Hekilongjiang, Innere Mongolei, Jilin, Shanxi, Henan, Anhui, Hubei, Hunan, Jiangxi.

West:: Ningxia, Gansu, Shaanxi, Sichuan, Guizhou, Yunnan, Tibet, Qinghai, Xinjiang, Chongqing.

Quelle: *TAUBMANN, W. (2007), S. 42 (Selektive Daten aus CHINA STATISTICAL YEARBOOK)*

⁹ Vgl. u. a. Kennzahlen des *UNDP (2003)*. Der GINI-Koeffizienten lag 2001 bei 0,458; vgl. *NBS OF CHINA (2002) / CHINA DAILY*, zit. nach *BERTELSMANN-STIFTUNG (HG.) (2003)*.

1.2.2 Wirtschaftliches Ordnungsmodell

Mit Beginn der 1990er-Jahre wurde offiziell das Ordnungsmodell zentralistischer Planwirtschaft fallengelassen und die Transformation hin zu einer marktwirtschaftlichen Ordnung fokussiert. Laut Verfassung wird »der Staat eine sozialistische Marktwirtschaft durchführen« (Art. 15 I, 1993). Hierunter ist ein Wirtschaftssystem zu verstehen, in dem zwar kein privates Eigentum an Produktionsmitteln existiert, aber die Preise über den Markt bestimmt werden.¹⁰

Allerdings ist de facto dieses Modell nicht umgesetzt worden, und hatte in Teilen nur für eine kurze Übergangszeit bestand. So blieben bis Mitte der 1990er-Jahre Elemente eines zweigleisigen Preissystems mit staatlich fixierten Preisen einerseits und Marktpreisen andererseits bestehen. Eingriffe in das Preissystem, z. B. über die Vorgabe von Preisobergrenzen bzw. das Einfrieren von Preisen wurden regelmäßig durchgeführt, um kurzfristige Inflations- oder Deflationsschübe zu bekämpfen. Bis 2001 nahm jedoch die Bedeutung der Marktpreise deutlich zu (Tabelle 3). Gegenwärtig gehören zu den noch vom Staat festgelegten Produkt- und Dienstleistungspreise Preise für Medikamente, Tabak, Gas und ausgewählte Telekommunikationsdienstleistungen. Für Benzin, Kerosin, Diesel, Düngemittel, Baumwolle, verschiedene Getreidesorten, Verkehrsdienstleistungen und andere Dienstleistungen werden noch staatliche Höchst- bzw. Mindestpreise festgesetzt. Auch formal ist seit der offiziellen Anerkennung von Privateigentum 1997 und 2002 sowie der Gleichstellung zu staatlichem Eigentum 2007 das Modell der »Sozialistischen Marktwirtschaft« nicht mehr haltbar. Gegenwärtig stellt China eine stark nach außen orientierte, weitgehend klassischen Merkmalen entsprechende Marktwirtschaft im Umbruch dar.

Durch die weiter andauernden tiefgreifenden Umbrüche nicht nur im wirtschaftlichen Ordnungsmodell existieren bislang keine langfristig gefestigten Wirtschaftsstrukturen. Die damit verbundene Unsicherheit wird durch informelle Strukturen und dem absoluten politischen System stabilisiert, so dass die VR weiterhin bei ausländischen Investoren sehr beliebt ist.

Tabelle 3: Anteil der Marktpreise in verschiedenen Produktkategorien (%)

Produkte	1978	1993	2001
Agrarprodukte	5,6%	82,7%	93,9%
Industrieprodukte	0,0%	81,0%	87,6%
Einzelhandel (Konsumgüter)	3,0%	84,8%	96,0%

Quelle: LAFFONG, J.-J. / SENIK-LEYGONIE, C. (1997); HOPE, N. / LAU, J. L. (2004) (entnommen aus: FISCHER, D. / SCHÜLLER, M. (2007); S. 238)

¹⁰ Vgl. FISCHER, D. / SCHÜLLER, M. (2007), S. 228.

Box 2: Der chinesische Transformationsprozess

Drei Jahre nach Beendigung der Kulturrevolution, der Dekade des Chaos, beschritt China offiziell mit den Beschlüssen des 3. Plenums des 11. Parteikongresses einen Weg hin zu mehr Markt und Wettbewerb. Die KPCh gab mit diesen Beschlüssen aus dem Dezember 1978 den bis dahin vorherrschenden, und noch einige Jahre zuvor von MAO ZEDONG erbittert geführten Klassenkampf zugunsten des Ziels der wirtschaftlichen Entwicklung und Modernisierung auf. Es wurde ein wirtschaftlicher, sozialer und gesellschaftlicher Wandel ausgelöst, der bisher seinesgleichen sucht und der auch nicht mit dem osteuropäischen, sowjetischen Weg von der Plan- zur Marktwirtschaft vergleichbar ist. Das sozio-ökonomische Startniveau, von dem der chinesische Umgestaltungsprozess ausging, war sehr niedrig, die Wirtschaftsleistung Chinas am Ende der Kulturrevolution lag etwa auf dem Stand von 1957. Die vergangenen 30 Jahre bedeuteten daher für China nicht nur die Transformation des Wirtschaftssystems, sondern auch gleichzeitig einen massiven Entwicklungsschub, ähnlich der »industriellen Revolution« des späten 18. und 19. Jahrhunderts in Europa. Das außergewöhnliche Wirtschaftswachstums ist damit auch einem sog. »Aufholwachstum« (catching up) geschuldet und nicht allein dem gewählten Transformationsweg. Es wird daher auch von zwei Transformationen gesprochen: 1. Umgestaltung von einer kommunistischen Planwirtschaft zu einer Marktwirtschaft (*you shehuizhuyi jihuajingji xiang shehuizhuyi shichangjingji de zhuanxing* 由社会主义计划经济向社会主义市场经济的转型), 2. Wandel von einer traditionellen Agrar- zu einer modernen Industrie- und Dienstleistungsgesellschaft (*you chuantong shehui xiang xiandai shehui de zhuanxing* 由传统社会向现代社会的转型).

Es gilt eine Verquickung von mehreren endogenen und exogenen Umständen als Ursache für die im Jahre 1978 beginnende Reformepoche (Ära der offenen Tür und Reformen [改革开放 *gaige kaifeng*]). Als einer der direkten Ausgangspunkte wird zumeist die Einführung bzw. dann konkret die Ausdehnung eines Selbstverantwortungssystems in der Landwirtschaft gesehen. Dieses System der *chengbao* (承包) ersetzte die Volkskommunen wieder durch die einzelne Familie (Haushalt) als wirtschaftliche Grundeinheit. Den Familien wurde im Austausch gegen eine bestimmte Ablieferungsverpflichtung Land verpachtet und Überschüsse konnten privat verkauft werden. Die Bauern erhielten das Verfügungsrecht (genauer Nutzungs- und Ertragsrecht), nicht jedoch das faktische Eigentumsrecht über den Boden zurück. Dieses System war anfangs offiziell verboten, wurde dann aber von den Kadern formalisiert. Im Weiteren gehören zu den direkten Ursachen auch geo- wie nationalpolitische Faktoren, wie beispielsweise die Etablierung einer neuen Führungsstruktur nach dem Tode MAOS, das Ende des Vietnamkrieges und ein sich entspannendes politisches Verhältnis zwischen den USA, Japan und der VR China.

Zwei generellen Prinzipien begleiten bis heute die Reformära: »to the outside adopt openness; to the inside, enliven the economy« (对外开放; 对内搞活经济 *duiwai kaifang, duinei guohuo*). Das Ziel, eine Marktwirtschaft westlicher Prägung zu errichten, stand allerdings keineswegs am Anfang des Umgestaltungsprozesses. Es wurde als politische Strategie ein vorsichtig tastendes, experimentelles Vorgehen gewählt, bei dem nach und nach die schwächsten Kettenglieder des alten Systems durch neue, leistungsfähigere ersetzt werden. Die offizielle Strategie lautete dazu »take a step, then take a look« (走一步, 看一步 *zou yibu, kan yibu*). Übergeordneter Ethos war »to enrich the nation«.

In der ersten Phase der Transformation (1978-1992) standen so vorwiegend Reparaturen am sozialistischen Wirtschaftsmodell nach chinesischer Prägung auf der Tagesordnung. Ideologische Auseinandersetzungen über Tempo, Richtung und Art der Wirtschaftsreformen innerhalb der KPCh sowie politisch-bürokratische Widerstände erschwerten eine klare Zielvorgabe. Erst auf dem XIV. Parteitag 1992 wurde erstmals öffentlich die Marktwirtschaft als Endziel der Reformbemühungen, offiziell als »sozialistische Marktwirtschaft«, bekannt gegeben. In der Anfangsphase entwickelte sich eine zweigleisige Reformpolitik, die einerseits eine Verbindung von Plan- und Marktelementen als Kompromiss im Reformprozess akzeptierte und andererseits neben dem bestehenden alten System den Aufbau eines nichtstaatlichen, marktorientierten Sektors verfolgte (»Sozialismus« vs./und »Marktwirtschaft«). Der Ansatz eines Doppelgleissystems (*shuangguizhi*) wurde seit 1983 auch offiziell propagiert. Gefestigt wurde diese Strategie durch die Reform der Staatsbetriebe nach dem Verantwortungssystem (1984), die erste Steuerreform, die Einführung eines zweistufigen Banksystems, sukzessive Preisliberalisierungen und Preisreformen, die Küstenentwicklungsstrategie (1987) sowie der Theorie »Anfangsstadien des Sozialismus«. Gerade Ende der 1980er-Jahre zeigten sich die erheblichen Ambivalenzen im Reformprozess, v. a. durch sich verschlechternde makroökonomische Rahmenbedingungen. Sie beruhten insbesondere auf einer mangelnden Zuweisung von Verantwortlichkeiten und einer daraus resultierenden übersteigerten (lokalen) Investitionspolitik, die zu einer Inflationsbeschleunigung (1987/8 und 1989) führte. Dies erzwang eine hauptsächlich zu Lasten der ländlichen Gebiete durchgeführte Austeritätspolitik, gipfelte in den Studentendemonstrationen 1989 und mündete im Massaker auf dem Tiananmen-Platz. Die nach dem Massaker eintretende konservative Welle stoppte die Reformen nur kurzfristig auf nationaler Ebene, nicht aber auf regionaler Ebene.

In der zweiten Phase (ab 1993) wurden mit Bekanntgabe des »Endziels« deklaratorisch weitere wichtige klassische marktwirtschaftliche Funktionsprinzipien (wie der Gedanke des Rule of Law, Sicherung von Privateigentum bzw. die Privatisierung der Staatsbetriebe) festgeschrieben und teilweise auch umgesetzt. Es fanden Mitte und Ende der 1990er-Jahre weitere Steuer- und Finanzreformen, Bankenreformen, die Straffung der Regierung und die Privatisierung der (kleinen und mittleren) Staatsbetriebe statt. Ein weiterer wichtiger Schritt, v. a. für die Absicherung ausländischer Direktinvestitionen, war die zentrale Justizreform sowie, als Beweis für eine weitere glaubwürdige Selbstbindung auf einen dauerhaft marktwirtschaftlichen Kurs, der Beitritt zur WTO 2001.

1.2.3 Politisch-wirtschaftliche Schattensystem

Die Abkehr von der Planwirtschaft hat neben der offiziell-formalen Wirtschaftsordnung real ein Wirtschaftssystem entstehen lassen, welches als »Kaderkapitalismus« bezeichnet wird. Gekennzeichnet ist es durch die Omnipräsenz von Kadern im Wirtschaftsleben: Kleinere und größere Machthaber auf allen Ebenen der Partei, Verwaltung und Armee nutzen die sich ihnen bietenden Möglichkeiten zur persönlichen Bereicherung, wo sie von einem noch unvollkommenen Markt- und Rechtsordnung geboten wird.

Auf private Vorteilsnahme gerichtete Tauschgeflechte zwischen politischen und ökonomischen Akteuren («Korruption») unterlaufen die offizielle politische Ordnung.

Die enge Verflechtung zwischen alten Macht- und neuen Wirtschaftseliten prägen das Verhältnis zwischen Parteistaat, Wirtschaft und Gesellschaft. Die aus den nützlichen Beziehungsnetzen entstanden informellen Strukturen schwächen neben der erfolgten politischen und fiskalischen Dezentralisierung weiter die rigide politische und administrative Kommandohierarchie des Parteistaats. Korruption hat zwar so zu einer organisatorisch-politischen Flexibilisierung geführt, sie erschwert aber inzwischen immens die Durchsetzung allgemeingültiger, staatlich gesetzter Regeln in Wirtschaft und Verwaltung. Die bislang immer wieder ausgerufenen Anti-Korruptions-Kampagnen hatten nur bescheidenen Erfolg.

1.3 Gesellschaftliche Werte, Bevölkerungspolitik und demographische Entwicklung

1.3.1 Bevölkerungsdichte, -zusammensetzung und -wachstum

Alle folgenden Zahlen zur Bevölkerungszusammensetzung, -entwicklung und Vitalität müssen mit Vorsicht interpretiert werden. Ein Meldewesen nach westlichen Standards existiert nicht und die Angaben unterliegen nicht zuletzt aufgrund politischer Propaganda und der 1-Kind-Politik Manipulationen.

Die VR China weist derzeit offiziell 1,31 (2006) Mrd. Menschen aus,¹¹ bei der letzten großen Volkszählung 2000 lag sie bereinigt bei knapp 1,27 Milliarden. Es ist damit das bevölkerungsreichste Land der Erde. Trotz einer seit den 1970er-Jahren teilweise rigide durchgeführten Bevölkerungspolitik (zuerst als Zwei-Kind-Politik, ab 1983 dann als Ein-Kind-Politik) wächst die chinesische Bevölkerung beständig, wenn auch in den letzten Jahren die Zuwachsraten abgenommen haben (Tabelle 4). Statt mit 1,07 Mrd. Menschen im Jahr 2050, wie in früheren offiziellen Hochrechnungen prognostiziert, wird heute offiziell eine Zahl von 1,4 bis 1,5 Mrd. zugrunde gelegt. V. a. auf dem Land fruchtete die Geburtenkontrolle wenig. Es zeigt sich ein deutliches Stadt-Land-Gefälle bei Geburten verschiedener Ordnung (Erst-, Zweitgeburten, etc.). Infolge der Bevölkerungspolitik ist es zudem zu einem verrutschen Geschlechterverhältnis bei Geburt gekommen. Das Verhältnis von Jungen und Mädchen bei Geburt liegt gegenwärtig für ganz China bei ca. 1.200 Jungen pro 1.000 Mädchen, in einigen Provinzen sogar bei 1.300:1.000 (normal sind 1050:1.000).¹² Es ist das weltweit höchste Niveau und wird mit der hohen Stellung von Söhnen in der chinesischen Kultur begründet.

Zum nach wie vor stattfinden Bevölkerungswachstum trägt aber auch die gesunkene Sterblichkeit bei. Die durchschnittliche Lebenserwartung ab Geburt lag bei der letzten Volkszählung von 2000 bei über 72 Jahren, etwa auf dem gegenwärtigen Niveau Osteuropas. Bereinigt um die ungewöhnlich niedrigen Zensusdaten zur Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit liegt sie etwa ein bis zwei Jahre niedriger. Zwischen den Provinzen mit der höchsten und denjenigen mit der niedrigsten Lebenserwartung klafft allerdings ein Abstand von fast 14 Jahren.¹³

¹¹ Vgl. NBS OF CHINA (ED.) /STATISTICAL YEARBOOK (2007).

¹² Vgl. SCHARPING, T. (2007), S. 64.

¹³ Vgl. SCHARPING, T. (2007), S. 61.

Tabelle 4: Vitalität der Gesamtbevölkerung

	<i>Gesamtbevölkerung</i>	<i>Sterberate (%)</i>	<i>Lebenserwartung (Jahre)</i>	<i>Geburtenrate (%)</i>	<i>Zusammengefasste Geburtenziffern (Kinder pro Frau)</i>
1953	584,19	25,8	40,3	42,2	6,1
1957	633,22	18,1	49,5	43,3	6,4
1960	650,66	44,6	24,6	24,6	4,0
1962	653,30	14,0	53,0	41,0	6,0
1970	820,40	9,5	61,4	37,0	5,8
1979	971,79	7,6	65,0	21,4	2,8
1980	983,38	7,7	64,9	17,6	2,3
1988	1.101,63	6,6	68,0	22,4	2,5
1992	1.164,95	6,6	69,2	18,2	1,8
2000	1.262,65	6,5	71,4	14,0	1,7

Quelle: SCHARPING, T. (2007), S. 60 (Berechnungen des Autors)¹⁴

Unabhängig vom Erfolg oder Misserfolg der Ein-Kind-Politik steht China eine Alterung der Gesellschaft bevor und langfristig auch ein demographischer Wandel wie ihn Europa derzeit erlebt. Schon heute sind 102 Mio. Chinesen über 65 Jahre (7,7 % der Gesamtbevölkerung 2006).¹⁵ Es wird geschätzt, dass dieser Anteil im Jahr 2050 auf über 20% steigen wird.¹⁶ Allein durch den geringeren bevölkerungspolitischen Erfolg wird das Verhältnis zwischen erwerbstätiger und nicht-erwerbstätiger Bevölkerung nicht so stark sinken, wie dies zu Anfang der 1-Kind-Politik befürchtet wurde. Ausnahmen bestehen jedoch in den Regionen und Städten, in denen eine strikte 1-Kind-Politik durchgesetzt werden konnte. Hier liegt die Schätzung der Altenteile bei bis zu 40%.

Tabelle 5: Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre, Prognose bis 2050

<i>Jahr</i>	<i>2005</i>	<i>2010</i>	<i>2015</i>	<i>2020</i>	<i>2025</i>	<i>2030</i>	<i>2035</i>	<i>2040</i>	<i>2045</i>	<i>2050</i>
<i>Anteil (%) bei TFR 1,8</i>	7,69	8,33	9,65	11,98	13,54	16,57	20,00	22,29	22,91	23,54
<i>Anteil (%) bei TFR 2,0</i>	7,63	8,20	9,43	11,63	13,04	15,79	18,85	20,74	21,05	21,30

Quelle: STAATLICHE FAMILIENPLANUNGSKOMMISSION (1999), zitiert nach ZHANG, W. (2005), S. 114

Durch das stete Bevölkerungswachstum wird auch die Beschäftigungssituation in China vorerst und in naher Zukunft äußerst angespannt bleiben. Es lässt sich aus der heutigen Altersstruktur eine Zunahme des Arbeitskräftepotentials von netto ca. 140 Mio. Menschen bis zum Jahr 2020 ableiten,¹⁷ was eine enorme Herausforderung an die Wirtschaftspolitik darstellen wird. Niedriglohn- und Hochbeschäftigungspolitik werden zukünftig noch stärker in einem Spannungsverhältnis zu wirtschaftsreformerischen Zielen wie Einkommenserhöhungen (Wohlstandsgesellschaft) und Produktivitätssteigerungen treten.

Weitere Merkmale der Bevölkerungsverteilung sind die stark unausgewogene Siedlungsdichte des Landes (siehe auch geowirtschaftliche Verhältnisse), die zunehmende Urbanisierung und die stark seit den 1990er-Jahren in Erscheinung getretene Wanderarbeiterschaft. Es wird geschätzt, dass weit über 140 Mio. Chinesen als Wanderarbeiter (*liudong renkou* 流动人口) unterwegs sind, um am wirtschaftlichen Er-

¹⁴ Die Daten weichen von der sonst üblichen Periodisierung für die VR ab und orientieren sich an den großen bevölkerungspolitischen Zäsuren. Die Daten bis 1980 sind bereinigte Angaben von J. Baster, die nicht mit den offiziellen chinesischen Angaben identisch sind. Die Daten aus den 1990er-Jahren sind berichtete Schätzwerte

¹⁵ Vgl. NBS OF CHINA (ED.) / STATISTICAL YEARBOOK (2007); NATIONAL POPULATION AND FAMILY PLANNING COMMISSION (2007).

¹⁶ Vgl. SCHARPING, T. (2007), S. 69, STAATLICHE FAMILIENPLANUNGSKOMMISSION (1999).

¹⁷ Vgl. SCHARPING, T. (2007), S. 69. Der Höhepunkt der absoluten Bevölkerungsgröße wird für 2035 mit etwa 1,45 Mrd. Menschen erwartet; vgl. NBS OF CHINA (ED.) – STATISTICAL COMMUNIQUE NATIONAL DEVELOPMENT (2003), S. 873; JIANG, Z. / ZHANG, L. / YIN, L. (2001), S. 7.

folg der Ostküstenprovinzen teilzuhaben.¹⁸ Bis 1984 hatten staatliche Verbote den Zuzug der Bauern in die Städte verhindert. Inzwischen leben mehr als 40% (2003: 40,5%) der Chinesen im städtischen Raum. V. a. hat die zugewanderte Landbevölkerung eine neue soziale Unterschicht in den Städten gebildet. Denn in den wenigsten Fällen erhalten die Zugezogenen den offiziellen Status des »Stadtbewohners«. Sie bleiben »Landbewohner« ohne Anspruch auf die städtischen Sozialleistungen. Am dichtesten besiedelt sind daher neben den großen Stadtregionen Beijing, Tianjin und Shanghai die wirtschaftlich prosperierenden Provinzen Ost-, Zentralsüd- und Südwest-Chinas.

Tabelle 6: Urbanisierung (1951-2003)

	<i>Stadtbevölkerung</i>	<i>Zuwachs*</i>	<i>Urbanisationsrate (Gesamtbevölkerung)</i>
1951	66,32		11,8%
1978	172,45	2,3% (zu 1970)	17,9%
1986	263,45	5,5%	24,5%
1996	373,04	3,5%	30,5%
2003	523,76	4,3%	40,5%

* durchschnittlicher jährlicher Zuwachs seit dem vorher angegeben Jahr

Quelle: SCHARPING, T. (2007), S. 60 (Berechnungen des Autors)

1.3.2 Familiarismus und Kindesehrfurcht

China setzt sich als Land aus einer Vielzahl an verschiedensten Kulturen zusammen und es kann nicht von *der* chinesischen Kultur gesprochen werden.¹⁹ Trotz dieser Vielfalt gelten im Wesentlichen der Konfuzianismus, Buddhismus und Taoismus als die drei Pfeiler der chinesischen Kultur bzw. des Han-Chinesischen-Raums.²⁰ Mit Bedeutung für die Gesundheitsversorgung sticht noch heute der hohe Stellenwert der Familie in allen drei Glaubensrichtungen heraus. Insbesondere der Konfuzianismus, der in jüngerer Zeit ein erhebliches Revival erfahren hat,²¹ betont die Kindes- bzw. Sohnesehrfurcht (*xiao* 孝) und streng hierarchische Strukturen für Familienverbände.²² Der Einzelne wird invariabel als ein Mitglied der Familie betrachtet, niemals als ein freistehendes, einzelnes von der Familie unabhängiges Individuum.²³ In zwischenmenschlichen Beziehungen steht die Familie an erster Stelle.²⁴ Noch heute dominieren in einigen Landesteilen v. a. in Süd-, Südwest und Zentralchina sog. Clans oder Linages das gesellschaftliche Bild und übernehmen Funktionen von Auffang-, Schutz- und Rechtsinstitutionen.²⁵ Und es ist auch nicht selten in China Dörfer vorzufinden, wo die Mehrzahl der Bewohner den gleichen Familiennamen führen.

¹⁸ 2002 wurden bereits nach einer offiziellen Pressemeldung mehr als 121 Mio. Menschen zur Wanderbevölkerung gezählt, 65% innerhalb der gleichen Provinz und 35% außerhalb der Provinz; vgl. o. V. (2002a). Besonders betroffen sind Beijing, Shanghai und die Provinz Guangdong, die jeweils 3 Mio., 3,5-3,7 Mio. und 7-10 Mio. Personen ohne festen Aufenthaltsort in ihrem Gebiet beherbergen (o. V. [2002c]). Bis 2010 wird offiziell mit einer Zahl von insgesamt mehr als 160 Mio. Menschen gerechnet; vgl. o. V. (2002b).

¹⁹ Vgl. u. a. HERRMANN-PILLATH, C. (1998/2000), S. 65.

²⁰ Vgl. MEISING, K. (2005); ZHANG, W. (2005), S. 23; zur chinesischen »Kultur«, insbesondere dem Konfuzianismus u. a. TU, W.-M. (1985).

²¹ Vgl. hierzu ausführlich u. a. WEGGEL, O. (1996, 1997).

²² Vgl. WU, J. C. H. (1967), S. 346.

²³ Vgl. FEI, X. (1939/47); FENG, Y.-L. (1949); LIANG, S. (1975); TU, W. M. (1985).

²⁴ Im Einzelnen galten fünf kardinale menschliche Beziehungen (五伦 *wu lun*) in der traditionellen, konfuzianischen Gesellschaft. Dies waren: ruler-subject, father-son, husband-wife, older brother-younger brother, friend-friend; vgl. CONFUCIUS (1983); ausführlich auch WU, J. C. H. (1967), S. 346.

²⁵ Zu differenzieren ist, dass es sich dabei nicht nur um den traditionellen Clan, wie er bis zu der Zeit vor der Kollektivierung bestand, handelt. Der Clan entwickelt sich gegenwärtig vielmehr zu einer Organisation von Menschen, die nicht nur Verpflichtungen aufgrund von Verwandtschaftsbanden haben, sondern wirtschaftlich und sozial aufeinander angewiesen sind. So wird auch die Rolle der Familie heute stärker von ökonomischen und weniger von traditionell konfuzianischen Momenten bestimmt. Individualistisches Denken und Verhalten nehmen damit zwar zu, bleiben aber andererseits dem Familiensinn noch nachgeordnet; vgl. HEBERER, T. (1998/2000), S. 397.

Denn gerade auf dem Land hat die Familie bis heute eine zentrale Funktion bei der Absicherung sozialer Lebensrisiken (Sparen über Kinder).²⁶ Auch die Verfassung sichert die Unterhaltsverpflichtungen der Kinder gegenüber ihren Eltern und Großeltern ab,²⁷ was jedoch im Konflikt mit der propagierten 1-Kind-Politik steht. Trotz dieses Widerspruchs – aber in Übereinstimmung mit den traditionellen Werten – sah und sieht der chinesische Staat nie seine Aufgabe darin, umfassende direkte Hilfe bei sozialen Lebensrisiken anzubieten. Vielmehr sieht er sie in der Schaffung geeigneter wirtschaftlicher und rechtlicher Rahmenbedingungen (Sozialpolitik als Ordnungspolitik). Die Aufrechterhaltung einer funktionsfähigen gesellschaftlichen Ordnung soll jedem Individuum entsprechende Betätigungsmöglichkeiten eröffnen, v. a. hinsichtlich ökonomischer Prosperität (*min ben* 民本).

²⁶ Dies drückt auch die in dem chinesischen Sprichwort enthaltene Sicherungsklausel aus: »den Sohn großziehen, um im Alter versorgt zu sein« (*yanger fanglao* 养儿防老); vgl. WANG, R. (1986), S. 71.

²⁷ Es gelten spezielle Regelungen für Töchter im ländlichen China, sog. dependent in-laws; vgl. WONG, L. (1998).

2 Struktureller Aufbau des Gesundheitssystems

Eigentlich kann bei der VR China nicht von *einem* bzw. *dem* Gesundheitssystem gesprochen werden. Denn ein solches existiert aufgrund dezentraler Verwaltungsstrukturen in der chinesischen Gesundheitspolitik nicht. Auch hier macht sich der fragmentierte Autoritarismus bemerkbar. Die 22 Provinzen²⁸, fünf autonomen Regionen, zwei Sonderverwaltungszone und vier regierungsunabhängige Städte verfügen über zum Teil sehr unterschiedliche gesundheitliche Versorgungsstrukturen und Finanzierungssysteme. Zudem sind zwei völlig unterschiedliche »Systemstrukturen« für die Städte und das Land ein prägendes Systemmerkmal. Während beispielsweise seit *MAO ZEDONG* in den Städten weitgehend ein Sozialversicherungssystem etabliert wurde, das auch einen umlagefinanzierten Krankenversicherungsschutz bietet, wurde auf dem Land eine genossenschaftlich-organisierte Finanzierung und medizinische Leistungserstellung verwirklicht. Der nachfolgende Überblick des Status Quo ist daher stark vereinfachend und teilweise selektiv.

Um einen weitgehend systematischen Vergleich der beiden Versicherungssysteme zu ermöglichen, wird bei der Deskription folgende Gliederung angewandt: a) Schutzsystem vor Krankheitskostenrisiken: 1. Finanzierungsart – 2. Umfang des Risikoschutzes – 3. Verwaltung, b) Aufbau des Leistungsangebots: 1. Angebotsstruktur, 2. Vergütung und Vertragsbeziehungen, c) gesundheitspolitische Kompetenzen.

2.1 Die Situation auf dem Land

Das ländliche Gesundheitssystem der VR China hat seit Beginn des wirtschaftlichen Öffnung und Umstrukturierung der Landwirtschaft 1978 erhebliche Veränderungen erfahren. Gegenwärtig versuchen die jüngsten gesundheitspolitischen Reformmaßnahmen aus dem Jahr 2003/04 die Versorgungs- und -finanzierungsstrukturen neu auszurichten. Insbesondere wird von der Gesundheitspolitik versucht, mit dem »New Cooperative Medical Schema« (NCMS) das unter *MAO ZEDONG* seinerzeit sehr erfolgreiche »Rural Cooperative Medical Schema« (RCMS) wieder zu beleben. Der Aufbau eines NCMS sieht die Regierung auch als Bestandteil ihres Auftrags zum Aufbau einer »Xiaokang-Gesellschaft«.²⁹

Beide Systeme basieren bzw. basierten auf einer genossenschaftlichen Grundidee in der Organisation der Leistungserbringung und finanziellen Absicherung der Krankheitsrisiken. So war das alte RCMS im Wesentlichen ein kooperativ ausgestaltetes Versorgungssystem, dessen Kern eine genossenschaftlich organisierte Krankenversicherung (合作医疗 *hezuo yiliao*) darstellte. Alle Beteiligten – Angebot und Finanzierung – waren in die genossenschaftliche Struktur einbezogen (siehe Box 3). Im Falle des NCMS ist dagegen der genossenschaftliche Aufbau nur auf Seiten der Finanzierung wieder verwirklicht worden. Die Leistungserbringer sind im NCMS weitgehend von der Finanzierungsorganisation unabhängig. Die kleineren Krankenhäuser sind größtenteils privatisiert. Die größeren Häuser stehen in staatlichem Eigentum geführt nach dem sog. Produktionsverantwortungssystem, welches als neue »Rechts- und Unternehmensform« von der allgemeinen Wirtschaft übernommen wurde.

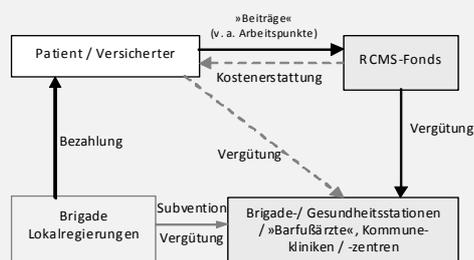
²⁸ Offiziell gilt Taiwan als die 23. Provinz der VR China.

²⁹ So unterstrich Vize-Premier und Gesundheitsministerin *WU YI* in ihrer Rede zur nationalen Gesundheitskonferenz im Dezember 2003 die Verbindung zwischen dem NCMS und einer »Xiaokang«-Gesellschaft: »Establishing the New CMS is a big decision taken by the CCCPC with the consideration of building a Xiaokang Society in an All-Round Way, coordinated Development between Urban and Rural and Between Economic and Social, solving problems for rural areas, farmers and agriculture; strengthening rural health and improving farmers living standard. We have to fully understand the significance of building the New CMS from these high strategic points of view.« *WU LI (2003)*, aus dem Chinesischen ins Englische, in *WHO (2004b)* u. *MINISTRY OF HEALTH, PROVINCE HUBEI (2004)*.

Box 3: Das Rural Cooperative Medical Schema – Gesundheitsversorgung bei Mao

Das **Rural Cooperative Medical Schema (RCMS)** (*hezuo yiliao 合作医疗*) war Mitte der 1950er Jahre Bestandteil der Sozialmaßnahmen der sog. »Fünf Garantien«. Es wurde 1955 mit der Etablierung der ersten Brigade-Krankenversicherungen gegründet, die sich aus ebenfalls neu eingeführten sozialen »Wohlfahrtsfonds« refinanzierten. Vorreiter waren Pilotprojekte in der Provinz Henan (Union Agriculture Cooperation) und die zur selben Zeit entstandenen ersten Gesundheitsstationen in den Dörfern und Ortschaften (Mishan joint health station, Mishan Town, Provinz Shanxi).

Während der Kulturrevolution in den späten 1960er- und 1970er-Jahren kam es dann mit Unterstützung der KPCh – insbesondere MAO ZEDONGS selbst – zu einer flächendeckenden Etablierung des RCMS durch die Kommunen und Produktionsbrigaden. Der Wendepunkt hinsichtlich der ländlichen Gesundheitspolitik wurde am Abend der Kulturrevolution des 26. Juni 1965 mit der Direktive von MAO gelegt, die Anstrengungen auf diesem Gebiet fokussierte: »In medical and health work, put the emphasis on rural areas.«. Als Ergebnis des massiv geförderten Ausbaus der RCMS verfügten Mitte der 1970er-Jahre mehr als 90 % der Brigaden über ein kooperatives Versorgungssystem. Bis zur Kulturrevolution lag dieser Anteil nur bei 20% - 30%. Mit der flächendeckenden Einführung wandelte sich das RCMS auch in ein Prepayment-System. Die Gelder für die »Krankenversicherung« setzten sich nun aus Beiträgen privater Haushalte, aus Geldern der Brigade und Kommunen-Wohlfahrtsfonds sowie aus geringen Subventionen seitens der (Lokal-)Regierung zusammen. Im Gegenzug wurden die Mitglieder des Systems entweder von der Bezahlung der Gebühren in Anspruch genommener Leistungen in den Gesundheitsstationen der Brigaden und/ oder den Gesundheitszentren der Kommunen befreit; oder sie bekamen einen Teil der medizinischen Ausgaben erstattet (Kostenerstattung mit Selbstbehalt).



2.1.1 Versicherungssystem: Das NCMS

2.1.1.1 Finanzierungssystematik und Versichertenkreis

Wie schon angedeutet obliegt die Hauptverantwortung für die gesundheitspolitische Steuerung auf lokaler Ebene (»one country, different systems«). So gehört auch die Implementierung und Finanzierung des NCMS in den Aufgabenbereich der einzelnen Lokalregierungen, hier konkret der der Provinzebene nachgelagerten Kreisebene.³⁰ Die Zentralregierung hat lediglich 2003 die Ziele des Systems zusammen mit den zentralen Programmrichtlinien u. a. im Papier des Zentralkomitees und des Staatsrates »Decision on Further Strengthening Rural Health« veröffentlicht.³¹

Hauptziele des NCMS sind:

- Absicherung des Krankheitskostenrisikos bei schwerwiegenden Erkrankungen, die mit einer hohen finanziellen Belastung einhergehen
- Reduktion von Armut aufgrund von Krankheitskosten
- Verbesserung des Gesundheitsstatus der ländlichen Bevölkerung
- Verbesserung der Zufriedenheit der Bauern hinsichtlich des Angebotes an Gesundheitsleistungen

³⁰ Die Anweisung, dass jede Provinz mindestens 2-3 Kreise auswählen soll, die die NCMS testen, wurde offiziell 2003 vom Staatsrat verkündet; vgl. *GENERAL OFFICE OF MOH (2003); MOH (2004a)*.

³¹ Inzwischen sind eine Vielzahl weiterer Dokumente zu Zielsetzungen, Design und Umsetzung von der Regierung veröffentlicht worden; vgl. u. a. *STATE COUNCIL (2001); MOH/MoF/MoA (2003); GENERAL OFFICE OF MOH/MoCA/MoF (2003); STATE COUNCIL / CENTRAL COMMITTEE OF CP (2002c); STATE COUNCIL / CENTRAL COMMITTEE OF CP (2002a)*.

Die lokale Teilnahme sowie die Einschreibung der Bauern in das Programm sind bislang freiwillig.³² Erste offizielle Modellprojekte wurden Ende 2003 in die Wege geleitet.³³ Dort zeigt sich, dass die Finanzierungsgrundlagen des neuen Systems vielfältig sind, aber weitgehend den nationalen Vorgaben entsprechen. Die zentralen Finanzierungsquellen des NCMS sind dabei folgende:

- persönlichen Beiträge der Bauern
- Subventionszahlungen der Lokal- bzw. Zentralregierung

Die Prämien werden von allen Parteien in Form von *Kopfpauschalen* in einen »Wohlfahrtsfonds« eingezahlt, der auf Ebene der Kreisregierungen »gepooled« wird. Der Einzugsmechanismus ist nach Art eines »Matching-Fonds« ausgestaltet: Grundsätzliche Voraussetzung ist die Partizipation und Beitragszahlung der Bauern bzw. der einzelnen Haushaltsmitglieder.⁹⁷⁸ Erst wenn diese stattgefunden hat, erfolgen zunächst die Subventionszahlungen der Lokalregierung (Provinz-, Distrikt- oder Kreisebene) und nach diesem Zahlungseingang die ggf. zu zahlenden Beiträge der Zentralregierung.

Die *Höhe* der Kopfpauschalen orientiert sich an den durchschnittlichen Gesundheitsausgaben des vergangenen Jahres. Sie ist insgesamt aber sehr niedrig gehalten.³⁴ Der Mindestbeitrag pro Finanzierungsquelle (Haushalte und Staat) betrug in den Jahren 2003 bis 2005 lediglich 10 Yuan/Jahr – zusammen also mind. 20 bzw. 30 Yuan. 30 Yuan wurden nur in den in den westlichen und zentralen Provinzen erreicht, weil hier die Subventionszahlungen der Lokalregierung um zusätzlich noch einmal 10 Yuan bzw. ab 2006 um 20 Yuan³⁵ jährlich aufstockt werden. Gegenwärtig ausgeschlossen sind Subventionszahlungen für die reichen Ostküstenprovinzen³⁶.³⁷ Das erstmals 2005 veröffentlichte Fondsvolumen betrug damit für das Jahr 2003 3,084 Milliarden Yuan. Staatliche Subventionszahlungen (zentrale und lokale Ebene) nahmen einen Anteil von 42,8 % ein (Tabelle 7).

³² Die Freiwilligkeit der Teilnahme begründen Vertreter der *WELTBANK* v. a. mit dem fehlenden »Klima« zur Etablierung einer erneuten Zwangsabgabe. Denn die flächendeckende Etablierung der NCMS fiel in eine Zeit, in der die Regierung auf Druck der Bauern einige Steuern und Abgabeverpflichtungen senkte sowie die Preise für bestimmte Agrargüter reduzierte. In diesem »Klima« wäre eine erneute Erweiterung um eine zusätzliche finanzielle Zwangsbelastung nicht durchzusetzen gewesen; vgl. u. a. *WORLD BANK (2005a, e)*; *WAGSTFF, A. / LINDELOW, M. / U. A. (2007)*. Allerdings haben einige Regionen inzwischen einen Teilnahmepflicht für alle Familienmitglieder erlassen, sobald eine Person aus dem Haushalt am neuen System partizipieren will. Ziel ist die Reduktion eines adversen Selektionsverhaltens; vgl. Studien zur adversen Selektion unter dem NCMS und dem eher geringen Einfluss des Familienzangs auf dieses Verhalten: *ZHAN, Z. (2005)*, S. 21 f.; *HE, Y. (2005)*, S. 53 ff.; *SHEN, W. (2004)*, S. 42 ff.; *WANG, H. / U. A. (2005)*, S. 16 ff.; *SONG Y. (2004)*, S. 32 ff.

³³ Gestartet wurden die Pilotprojekte bis Ende 2004 in ca. 310 Kreisen bzw. Kreisebenen gleichgestellten Bezirken und Städten. 2005 waren 671 Kreise (ca. 1/3 der Kreise des Landes) beteiligt und 177 Mio. Bauern in die neuen Programme eingeschrieben; vgl. *NBS OF CHINA (ED.) - STATISTICAL COMMUNIQUE SOCIAL SECURITY (2006)*. Die Partizipationsrate liegt damit in den teilnehmenden Kreisen bei ca. 70%, wobei jedoch erhebliche Unterschiede zwischen Ost- und Zentral-/Westchina bestehen; vgl. *MAO, Z. (2005)*, S. 11 ff.; *WAGSTAFF, A. / LINDELOW, M. / U. A. (2007)*; *WU, M. Z. / ZHANG, M. / U. A. (2006)*.

³⁴ In der Regel erreicht die Höhe gerade mal 1/5 der durchschnittlichen vergangenen Gesundheitsausgaben; vgl. *WAGSTAFF, A. / LINDELOW, M. / U. A. (2007)*; *MAO, Z. (2004)*. Dieser geringe Beitrag wurde gewählt, um u. a. eine möglichst hohe Teilnehmerate sicherzustellen; vgl. *WHO (2004 b)*, S. 14 f.

³⁵ Vgl. *NHEI / ZHAO, Y. (2005)*, S. 6. Zudem sind die Lokalregierungen aufgefordert, ebenfalls ihren minimalen Subventionsbetrag auf 20 Yuan zu erhöhen.

³⁶ Vgl. *YIN, H. (2002)*; anders *NHEI / ZHAO, Y. (2005)*, S. 18 f. die den 10-Yuan-Zuschuss der Zentralregierung als landesweit gültig darstellen: »The general mode is that the central government pays 10 yuan, the local governments pay 10 yuan and the rural residents pay 10 yuan by themselves.« (S. 6).

³⁷ In vielen Regionen, v. a. im Osten, wird allerdings dieser Minimalbeitrag deutlich überschritten. Z. B. erreichen in zwei Kreisen der Provinz Jiangsu die individuellen Beiträge Werte von 20-25 Yuan zzgl. Subventionen.

Tabelle 7: NCMS Fonds 2003

	<i>China</i>	<i>Zhejiang</i>	<i>Shaanxi</i> ³⁸
NCMS Fonds	3.084 Mio. Yuan	293 Mio. Yuan	20 Mio. Yuan
Zentralregierung	9,64%	0%	31,71%
Lokalregierung	32,66%	23,41%	31,71%
Kollektive Wirtschaft	14,63%	25,94%	0%
Ländliche Haushalte	41,30%	47,44%	36,58%
Andere	1,77%	3,21%	0%

Achtung: Die Zahlungen der Lokalregierungen enthalten bereits die Subventionen für die MFA.

Quelle: *NHEI/ZHAO, Y. (2005), S. 19*

Ergänzend zu der genannten Unterstützung der wirtschaftlich schwachen Regionen der VR wurden ebenfalls vereinzelt Subventionszahlungen über ein sog. Medical (Finance) Assistance Scheme (MFA) an verarmte Bauern getestet, um ihnen eine Beitragszahlung in das neue System zu ermöglichen.³⁹ Inzwischen sind diese vom Sozialministerium koordinierten Zuschüsse fester Bestandteil des NCMS, wenngleich auch hier wieder ein landesweit gültiges Modell zur Implementierung dieser Zahlungen fehlt und auch noch keine klare Kompetenzregelung zwischen Sozial-, Gesundheits- und Agrarministerium, die alle von diesen Zahlungen betroffen sind, definiert wurde.⁴⁰ Anspruchsberechtigt sind in Anlehnung an den »MFA plan for the extremely poor« zumeist die jeweils 5% bis 10% der ärmsten Haushalte in wirtschaftlich schwachen Regionen bzw. in den bereits getesteten Projektgebieten.⁴¹

Neben der alleinigen Fondslösung haben nicht wenige ländliche Pilotregionen – z. B. in den Provinzen Shandong, Jiangsu, Sichuan und Anhui – außerdem, ähnlich der seit 2001 neu eingeführten Versicherungsprogramme in den Städten, sog. »Medical Saving Accounts« (MSA) zu den Finanzierungsmechanismen adaptiert. Inzwischen ist diese Kombination aus Fonds und privaten Konten sogar kennzeichnend für das NCMS. So hatte die Mehrzahl der Testregionen (65%) eines Surveys der Weltbank das übergeordnete Design »Fonds (Inpatient Reimbursement) + MSA« als NCMS implementiert. Diese Programmform dominierte absolut in den westlichen und zentralen Provinzen der VR (85% - 90%).⁴²

Aber nicht nur die Höhe der Beiträge ist für das einzelne Programm nach oben offen. So zählen z. B. zu den weiteren offiziellen Programmgrößen, die nach lokalen Gegebenheiten ausgestaltet werden können, u. a. die Erstattungsraten und die maximalen Erstattungsleistungen (siehe Versicherungsschutz).

³⁸ Die Provinzen Zhejiang und Shaanxi sind zwei »typische« Provinzen der VR China. Zhejiang gehört zu den weit entwickelten Regionen an der Ostküste des Landes, während Shaanxi zu den zentral-westlichen, gering entwickelten Provinzen zählt.

³⁹ Das MFA-System ist ein von der Regierung unterstütztes Programm mit dem Ziel, die als arm geltenden beim Zugang zur medizinischen Versorgung zu helfen. Auf dem Land gelten das Sozialministerium, das Gesundheitsministerium und das Finanzministerium als verantwortlich für die Implementierung der MFA. Sie werden dort im Gegensatz zu den Städten v. a. aus Steuermitteln (Subventionen der Regierung) und Spenden aus der Gesellschaft bzw. Unternehmen finanziert. Wer letztlich unterstützt wird, können die lokalen Behörden nach den Umständen vor Ort festlegen. Auch hier wird wieder von der Zentrale angestrebt, 2-3 Pilotkreise pro Provinz für die Testung zu nennen; vgl. *LIU, X. / YI, Y. (2004), S. 39.*

⁴⁰ So bestehen erhebliche Probleme bei der administrativen Integration und Kooperation dieser Zuschüsse, die vom Sozialministerium geleistet werden, und den Zahlungen des NCMS, das unter Verwaltung des Gesundheitsministeriums steht; vgl. *MAO, Z. (2005), S. 4.* Unklar ist zudem auch die rechtliche Regelung, wenn die lokalen Kader eine Zahlung verweigern oder diese nur in sehr begrenztem Umfang und reduzierter Höhe vornehmen. Denn erste verfügbare Evidenz zeigt eine sehr restriktive Handhabung. Zudem sind viele Kader der unteren Ebenen nicht bereit, die Konsequenzen für Verluste aus dem Fonds zu übernehmen, ohne dass ihnen irgendein Nutzen aus der Verteilung der Gelder entsteht.

⁴¹ Den Ausgangspunkt hierzu stellten die »Loan-8-Projekte« der *WELTBANK* dar. Ende 2003 wurden von der Zentralregierung weitere Reformschritte angegangen, indem Testprojekte landesweit ausgeweitet wurden.

⁴² Vgl. *MAO, Z. (2005), S. 14.* Die MSA sind hier als sog. »family saving accounts« ausgestaltet.

2.1.1.2 Versicherungsschutz und Leistungskatalog des NCMS

Der Umfang des Versicherungsschutzes im NCMS korreliert in der Regel mit den Beitragzahlungen. In Regionen, in denen die Beitragszahlungen höher ausfallen, sind auch ein höherer Versicherungsschutz und ein großzügig definierter Leistungskatalog auszumachen. Generell werden aber vorwiegend, wie den Hauptzielen zu entnehmen ist, Kosten *schwerwiegender Krankheiten*, d. h. stationäre Leistungen, vom Versicherungsschutz erfasst. Aber auch die ambulante Versorgung und Leistungen der Grundversorgung werden nicht selten übernommen.⁴³ Denn der in der nationalen Richtlinie genannte Fokus auf schwerwiegende Krankheiten ist insofern nicht »bindend«, als dass die Subventionszahlungen der Zentrale hieran nicht gebunden sind. Auch öffnet die Regierungsrichtlinie den »ambulanten Sektor« dadurch, dass sie alternativ ebenfalls einen jährlichen »freien« medizinischen Check-Up für all die Bauern anzubieten vorschlägt, die in dem vergangenen Jahr keine Leistungen der Versicherung in Anspruch genommen haben.

Gegenwärtig sind aber immer noch v. a. Leistungen der Kreiskrankenhäuser eingeschlossen. Dagegen wird der Zugang zu den dörflichen Gesundheitsstationen und Gemeindekliniken entgegen der zumeist in den ursprünglichen Testregionen verfolgten Absicht, wie z. B. in der Sichuan-RAND-Health-Insurance-Study, nicht flächendeckend gefördert. Häufig sind die hier tätigen privaten Anbieter sogar von den NCMS-Verträgen ausgeschlossen.⁴⁴ Allerdings ist durch die Tatsache, dass viele Programme inzwischen ambulante Leistungen und eine medizinische Grundversorgung in ihren Versicherungsumfang mit aufgenommen haben,⁴⁵ ein differenziertes Bild diesbezüglich zu beobachten. Allgemeingültige oder auch nur vereinfachte Aussagen zum möglichen Leistungskatalog werden daher der realen Vielfalt nicht mehr gerecht. Insgesamt handelt sich aber bei dem NCMS, wie auch bei allen anderen vorausgegangenen Programmen des RCMS, um keine Vollversicherung mit einem umfassenden Versicherungsschutz und nur geringen oder gar keinen Selbstbeteiligungen. Der rudimentäre Leistungskatalog ist oftmals nur zu geringen Anteilen versichert und es werden z. T. erhebliche private Zuzahlungen bei Leistungsanspruchnahme fällig.

Die einzelnen Erstattungsraten und maximalen Erstattungshöhen werden wieder auf lokaler Ebene des jeweiligen Versicherungsprogramms entschieden. Diese variieren damit auch wieder erheblich zwischen den einzelnen Regionen. Wie erwähnt sind aber die geleisteten Erstattungen, ähnlich wie im alten RCMS, relativ niedrig – selbst nach der Erhöhung der Subventionszahlung der Regierung. Beispielsweise beschränken sich diese bei schwerwiegenden Erkrankungen auf 20% bis 60% der anfallenden Kosten. So betragen im Kreis Gong`an (Provinz Hubei) die höchsten Rückzahlungsraten für stationäre Leistungen 50% bis 70% der entstandenen Kosten auf Ebene der Gemeindekliniken/-zentren, im Distrikt Yunyan und in der Stadt Guiyan sowie im Kreis Taiquian (Provinz Henan), liegen sie dagegen bei 30% bis 50%. »Generell« – mit den oben angeführten Einschränkungen – liegt dabei die Höhe der Kostenerstattungen für Leistungen der Kreiskrankenhäuser oder der städtischen Einrichtungen bei ca. 20% bis 40%, also deutlich unter denen der niedrigeren Versorgungsstufen; sofern diese am NCMS partizipieren.⁴⁶ Bei ambulanten Leistungen sind die Erstattungsraten aus dem Fonds mit 10% bis 20% der entstandenen Kosten am niedrigsten. Alternativ werden in Regionen, in denen die MSA getestet werden, Zahlungen für ambulante Leistungen aus diesen Konten beglichen.

⁴³ Hierzu ist der Fonds dann zumeist zweigeteilt, in einen Fonds zur Deckung von Ausgaben einer medizinischen Basisversorgung (inkl. Vorsorgeuntersuchungen) und einem Fonds zur Deckung von teuren Risiken, die über die Leistungen des Basis-Fonds hinausgehen; vgl. *EBENDA*, S. 13.

⁴⁴ Vgl. *EBENDA*, S. 11.

⁴⁵ Die Bedeutung ambulanter Behandlung belegen auch die Zahlen des Gesundheitsministeriums. So wurden 2003 über 1,39 Milliarden Yuan zur Vergütung von kurativen Leistungen ausgegeben, wovon 35,5 % Kosten einer ambulanten Behandlung und 64,5 % einer stationären ausmachten; vgl. *MOH (2004a)*.

⁴⁶ Höhere Versorgungsstufen sind mit einem höheren Selbstbehalt verbunden, um einen Anreiz gegen die Inanspruchnahme dieser zumeist wesentlich teuren Einrichtungen zu setzen.

Neben der nur anteiligen Versicherung der im Leistungskatalog genannten Leistungen existieren zusätzlich maximale Erstattungssummen, die aus dem Fonds an die Bauern gezahlt werden.⁴⁷ Im Gegensatz zu einem geringen Spielraum in der zu zahlenden Prämienhöhe variieren diese Summen allerdings erheblich. Hier kommen Abweichungen bis zu einem Faktor von 10 vor. Einen Überblick über vier »typische«⁴⁸ Formen hinsichtlich Prämien und Kostenerstattung gibt nachfolgende Tabelle:

Tabelle 8: Typisches Versicherungsdesign der NCMS (2004)

<i>Kreis Zhaoyuan, Provinz Shanong (565.000 Einwohner, 443.00 Bauern, Ø-Jahreseinkommen d. Bauern 4.998 Yuan)</i>	<i>Kreis Gong`an, Key monitoring Kreis der Provinz Hubei (1.033.000 Einwohner, 780.000 Bauern, Ø-Jahreseinkommen d. Bauern 2.300 Yuan)</i>	<i>Stadt Duijiangyan, Provinz Sichuan (Kreisebene) (595.000 Einwohner, 434.000 Bauern, Ø-Jahreseinkommen d. Bauern 3.600 Yuan)</i>	<i>Kreis Midu, Key monitoring Kreis der Provinz Yunnan (311.000 Einwohner, 290.000 Bauern, Ø-Jahreseinkommen d. Bauern 1.682 Yuan)</i>
Beiträge (Ind. / Staat)			
23 Yuan (10 Yuan / 13 Yuan)	35 Yuan (15 Yuan / 20 Yuan)	30 Yuan (10 Yuan / 20 Yuan)	30 Yuan (10 Yuan / 20 Yuan)
Versicherungsumfang			
Nur stationäre Leistungen	Ambulante* und stationäre Leistungen, wobei 10 Yuan MSA, 25 Yuan Fonds für »katastrophale« Krankheiten	Stationäre Leistungen, wobei 15 Yuan MSA, 15 Yuan Fonds für »katastrophale« Krankheiten	Stationäre Leistungen, wobei 15 Yuan MSA, 15 Yuan Fonds für »katastrophale« Krankheiten
»Deductible«			
keiner	Stationär: 50 Yuan in Gesundheitszentren, 100 Yuan für Kreiskrankenhäuser, 150 Yuan für »kreisfremde« Krankenhäuser	200 Yuan	150 Yuan
Max. Kostenerstattung			
5.000 Yuan	15.000 Yuan	k. A.	1.500 Yuan
Kostenerstattungsraten			
20% bei < 5.000 Yuan 25% bei 5.000 –10.000 Yuan 30% bei > 10.000 Yuan	50% - 70% in Gesundheitszentren (von < 1.000 bis > 4.000 Yuan) 30% - 55% für Kreiskrankenhäuser (geteilt in westlich und TCM) (von < 1.000 bis > 4.000 Yuan) 20% - 30% für kreisfremde Krankenhäuser (von < 1.000 bis > 4.000 Yuan)	30% in Gesundheitszentren 20% für städtische Medizininstitute der Klasse 2B 10% für städtische Medizininstitute der Klasse 2A und darüber	40 %
Sonderregelungen			
	Begrenzte zusätzliche Kostenerstattung (max. 600 Yuan) wird für sieben chronische Krankheiten (stationär) bezahlt Unterstützungszahlungen oberhalb der max. Kostenerstattung für als arm geltene Bauern	Behandlungen außerhalb der Krankenhäuser der Stadt bedürfen der Überweisung	Inpatient spontaneous labor 40 %, max. 200 Yuan

*Kreis Gong`an Kostenerstattung ambulanter Leistungen: In der Stadt Mahaokou betragen diese 20% der Kosten (inkl. für Arzneimittel, Limit bei 6 Yuan/Tag. In der Stadt Buhe existiert dafür ein eigener Pool »small disease pooling“ und es erfolgt eine vollständige Kostenübernahme des Arztbesuchs (inkl. Registrierung, Hauttests, Injektionen, etc.), 30% für spezielle diagnostische und therapeutische Verfahren (EKG, Ultraschall, Röntgen, Labor, ENT und zahnärztliche Behandlungen).

Quelle: KÖSTER, A.-D. (2008), S. 255.

⁴⁷ Eine erste Evaluation der NCMS seitens der Weltbank Ende 2004 (Oktober bis Dezember) untersuchte Programme von 282 Kreisen. Im Ergebnis zeigte sich folgende Situation für die 67 untersuchten Programme in den zentralen und westlichen Provinzen: 25 (37,3%) hatten keinen anfänglichen Selbstbehalt (»deductible«) festgesetzt, die maximalen Erstattungssummen variierten zwischen 3.000 und 20.000 Yuan, vgl. MAO, Z. (2005), S. 15.

⁴⁸ Insgesamt ließen sich vier »typische Versicherungsdesigns« auf Basis der Weltbank-Evaluation ausmachen, vgl. ausführlich EBENDA, S. 15 ff.

2.1.1.3 Verwaltung und Organisation des NCMS

Anbieter des NCMS ist der chinesische Staat, der hier durch seine Vertreter auf Lokalebene – v. a. der Kreise oder den Kreisen gleichgestellter Bezirke und Städte – repräsentiert ist. Die Regierungsrichtlinie schreibt vor, dass sich die Verwaltung des NCMS aus einem »Komitee« aus Regierungsvertretern, führenden Verwaltungskadern des Gesundheitsbüros, Repräsentanten der Bauern und weiteren Interessenvertretern zusammensetzt (Kreisebene). Das Komitee eröffnet initial das sog. NCMS-Konto (zumeist bei der jeweiligen staatlichen Bank vor Ort),⁴⁹ kontrolliert und koordiniert die einzelnen NCMS-Aktivitäten und Gemeindeprogramme und erlässt allgemeine Richtlinien. Unter diesem Komitee fungiert dann das *Fondsmanagement*, welches gewöhnlich für die Weiterentwicklung der einzelnen Strategien und Regeln sowie für die Umsetzung der durch das Komitee beschlossenen Prinzipien zuständig ist. Zudem hat es die Verantwortung für alle weiteren finanziellen Transaktionen. Organisatorisch wird diese »Managementfunktion« häufig vom Gesundheitsbüro des Gesundheitsministeriums (auf Kreisebene) übernommen und/oder befindet sich im Gebäude des Gesundheitszentrums der Gemeinden. In den meisten Fällen ist der Direktor des Gesundheitszentrums auch der NCMS-Bürodirektor. Zudem ist die Person, die die Konten des NCMS verwaltet, fast immer identisch mit der Person, die zuständig für die Kostenerstattung an die Leistungserbringer ist. Damit ist auch in der Verwaltung die alte Managementpraxis des RCMS unter dem NCMS wiederbelebt und es haben die negativen Anreize und potentiell auftretenden Interessenskonflikte aus dieser Konstellation weiter Bestand.⁵⁰

Neben dieser engen Verquickung von Leistungserbringung, Vergütung und Fondsmanagement ist im Weiteren ebenfalls die genaue Rolle der Regierung – sowohl der lokalen als auch insbesondere der zentralen Regierung – nicht genau definiert. Sie wird in den Richtlinien weitgehend offen formuliert (fehlende Kompetenzabgrenzung). Ebenso unklar ist die Definition von Verfügungsrechten und Haftungsregelungen. Beispielsweise steht nicht fest, wer die Haftung für den Fall übernimmt, dass der Fonds »insolvent« wird.⁵¹ Allerdings ist davon auszugehen, dass in Zukunft beim Management und bei der Verwaltung Änderungen eintreten werden – wenn auch nicht von zentralpolitischer Seite initiiert. Diesen Rückschluss lässt die Tatsache zu, dass infolge von Personalknappheit und fehlender fachlicher Kompetenz erste Kreise dazu übergegangen sind, die Verwaltung des Fonds »privaten« Versicherungsunternehmen zu übertragen.⁵²

Die *Verwaltungskosten* und weitere organisatorische Kosten des Fonds werden nicht aus den gesammelten Beitragszahlungen beglichen. Sie werden stattdessen, wie es auch in den Städten erfolgt, von den lokalen Regierungsbehörden über Steuermittel in Form zugeteilter Budgets getragen (Subventionsleistungen).

Zusammenfassend soll für ein besseres Verständnis Abbildung 3 noch einmal einen komprimierten Überblick über die verschiedenen am NCMS beteiligten Akteure und ihr Verhältnis zueinander geben. Dabei ähnelt neben der Verwaltungsstruktur insbesondere die grundlegende Finanzierungsstruktur den

⁴⁹ Gewöhnlich beherbergt dieses Konto alle finanziellen Gelder des NCMS-Fonds. Im Gegensatz z. B. zu den Rentenversicherungsfonds ist es allerdings nicht gestattet, dass die dort hinterlegten Gelder hoch verzinslich angelegt werden. Sie verbleiben zumeist ungenutzt in der Bank. Dies gilt auch für die inzwischen hohen Fonds-Rücklagen. Dabei erreichten die Fonds-Überschüsse 2004 landesweit einen Wert von 1,33755 Mrd. Yuan, was ca. 34% der Fondseinnahmen entspricht. Die höchste Überschussrate im Verhältnis zu den Fondseinnahmen wurde mit 56% in den westlichen Provinzen erreicht; vgl. MAO, Z. (2004).

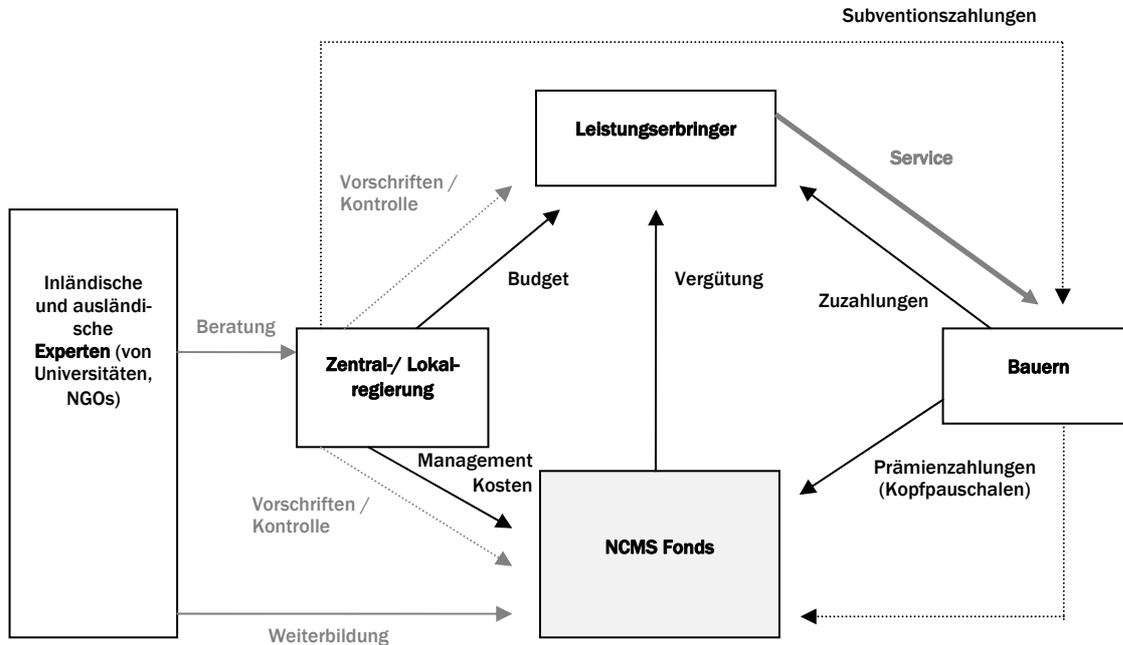
⁵⁰ Ausführlich zur Struktur und Autoritätshierarchie der CMS/NCMS u. a. bei LIU, Y. K. / RAO, K. (2003)

⁵¹ Vgl. MAO, Z. (2005), S. 2.

⁵² Z. B. wird in Xinxiang (Provinz Henan) der Fonds des NCMS von der Chinese Life Insurance Company gemanagt und verwaltet. Die 1949 gegründete und seit 1984 von der staatlichen People's Bank of China quasi-selbstständige People's Insurance Company of China (*zhongguo renmin baoxian gongsi* 中国人民保險公司) (PICC) ist bisher schon v. a. in den Städten »Partner« der chinesischen Regierung bei der Durchführung der Sozialversicherungsreformen gewesen; vgl. ZHANG, W. (2005), S. 98.

früheren Zahlungsströmen im RCMS und der in den 1990er-Jahren getesteten Zwischenlösung eines kooperativen Gesundheitssystems (sog. CHCS) (Abbildung 14).

Abbildung 3: Beziehungen zwischen verschiedenen Interessengruppen des NCMS



Quelle: In Anlehnung an MAO, Z. (2005), S. 3

2.1.2 Leistungsangebot

2.1.2.1 Angebotsstruktur und Organisation

Auch die Leistungsanbieter sehen sich infolge der chinesischen Öffnungs- und Transformationspolitik neuen Herausforderungen gegenüber. Gesundheitspolitische Reformmaßnahmen waren hier bislang aber eher zurückhaltend und der Markt ist immer noch stark im Umbruch bzw. erst im Entstehen begriffen. Es hat vornehmlich nur eine passive Anpassung an die neue Wirtschafts- und Sicherungsverhältnisse stattgefunden. Erhebliche Schwachstellen, v. a. in einer wettbewerbssteuernden Regulierung sind offensichtlich. Dies trifft insgesamt auch auf die staatlichen Investitionen zu.⁵³

Der Großteil der Krankenhäuser in China ist nämlich nach wie vor in staatlicher Hand, insbesondere die größeren Häuser. Infolge finanzieller Engpässe im Staatshaushalt zu Anfang der Transformation zog sich der chinesische Staat (v. a. die Zentralregierung, aber auch die Lokalregierungen) zunehmend aus der Finanzierung des Angebots von Gesundheitsleistungen zurück (unterlassene Investitionspolitik).⁵⁴ Staatliche Subventionen decken so, sofern sie überhaupt noch gezahlt werden, maximal Kosten von 14% bis 30% bei begünstigten Häusern.⁵⁵ Gleichzeitig unterließ die Regierung institutionelle Rahmenbedingungen für ein privates Leistungsangebot zu setzen. Ebenso fehlte es gerade auf dem Land vieler-

⁵³ Ausführliche Darstellungen der Veränderungen und Reformen auf der Angebotsseite finden sich u. a. bei LIU, X. / YI, Y. (2004), S. 50 ff.; MENG, Q. (2005a); MENG, Q. (2005b); WORLD BANK / IBRD (EDS.) (1997), Chap. 5, S. 41 ff.; KOPLAN, J. P. / LIU, X. / LEI, H. (2005); in Teilen PAN, X. / U. A. (2006); CLEASON, M. / WANG, H. / HU, S. L. (2004).

⁵⁴ Vgl. LIU, Y. / HSIAO, W. C. / U. A. (1995), S. 1087, und die dort angegebenen Quellen.

⁵⁵ Vgl. HONG, M. (1993); S. 18; HSIAO, W. (1995a), S. 1048.

orts an einer Stärkung oder ausreichenden Finanzkraft der Nachfrage, so dass die entstandene Investitionslücke oftmals nicht vom Markt geschlossen werden konnte. Private und staatliche Investitionen kamen so v. a. nur in den wirtschaftlich prosperierenden Ostküstenprovinzen vor. Inzwischen ist daher Überversorgung in wirtschaftlich starken Gebieten auf der einen, Unterversorgung in wirtschaftlich schwachen und rückständigen Regionen auf der anderen Seite die Konsequenz.⁵⁶

Die gegenwärtige Angebotsstruktur auf dem Land stellt sich als ein Mischsystem dar, das eine dezentralisierte paramedizinische Betreuung auf der einen und ein vertikal abgestuftes Kliniksystem, weitgehend professionalisiert und mit Fachabteilungen ausgestattet, auf der anderen Seite aufweist. So gehören zu den Leistungsanbietern, die die einfache paramedizinische Betreuung sicherstellen, einfaches medizinisches Hilfspersonal und kleine Gesundheitsstationen. Das Kliniksystem wird von ebenfalls eher einfach ausgestatteten kommunalen Gesundheitszentren sowie großen, gut ausgestatteten Kreiskrankenhäusern repräsentiert. Daneben existieren noch Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, sog. Centers for Disease Control and Prevention (CDCP) (vormals sog. Epidemic Prevention Stations [EPS]), die sich vorwiegend der Seuchenbekämpfung und Prävention widmen. Ihnen beiseite gestellt sind Koordinierungsstellen des sog. Public Health Emergency Response System.⁵⁷ Im Wesentlichen bildet dieses Mischsystem eine dreigliedrige Versorgungspyramide, die allerdings nicht mehr wie zu Zeiten MAOS streng hierarchisch aufgebaut und von einer klaren Überweisungskaskade und Qualitätskontrolle gekennzeichnet ist. Stattdessen stehen die einzelnen Anbieter im Wettbewerb nebeneinander und konkurrieren weitgehend unreguliert im Leistungsangebot.⁵⁸ Für ein Qualitätsmonitoring ist jeder Anbieter selbst verantwortlich. Regelmäßige Weiterbildungsveranstaltungen der höheren Versorgungsstufen für die niedrigeren, z. B. die Kreiskrankenhäuser und Gesundheitszentren für die Gesundheitsstationen und »Barfußärzte« finden nicht (mehr) statt. Ausnahmen bilden lediglich vereinzelte Kooperationsvereinbarungen im Rahmen der gesundheitspolitischen Initiative »Eine-hilft-einer-Aktion« (*yi bang yi* – 帮一).⁵⁹

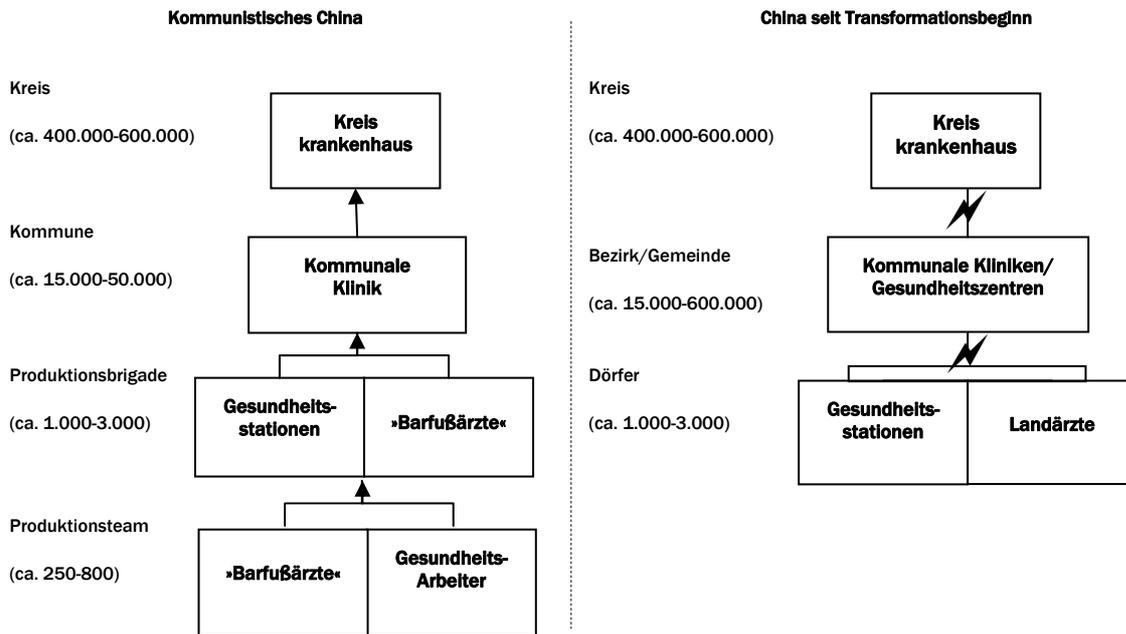
⁵⁶ Die Anzahl der »funktionierenden« Gesundheitszentren sank um 14% von 55.413 (1980) auf 47.749 im Jahr 1990. Einen höheren Rückgang verbuchten dabei kollektiv betriebene Gesundheitszentren (- 17%), im Gegensatz zu staats-eigenen Betrieben (- 8%); vgl. *HEALTH STATISTICS OF CHINA 1980-1990, MOPH (1991a)*.

⁵⁷ Dieses ist allein nur noch für die Überwachung und Steuerung des Angebotes zur Krankheitsprävention, von Aufklärungskampagnen und Immunisierungen bzw. Impfungen sowie weiteren dem öffentlichen Gesundheitsdienst zugeschriebenen Leistungen zuständig. Eine ausführliche Beschreibung der stattgefundenen Veränderungen im öffentlichen Gesundheitsdienst findest sich u. a. bei *LIU, X. / YI, Y. (2004)*, S. 51 ff. u. 81 ff.; *KOPLAN, J. P. / LIU, X. / LEI, H. (2005)*; *BROWN, D. (2001)*; *CLEASON, M. / WANG, H. / HU, S. (2004)*; *LIU, X. / MILLS, A. (2002)*.

⁵⁸ Vgl. *YU, D. (1992)*; *LIU, Y. / HSIAO, W. C. / U. A. (1995)*; *HSIAO, W. (1995a)*; *ZHU, A. (1988)*; zu möglichen Auswirkungen z. B. *FORBES, I. (2002)*.

⁵⁹ Diese Aktion soll die Einzelverantwortung und das Konkurrenzgebahren von Kliniken wieder reduzieren. Sie steht als neu belebte Qualitäts- und Weiterbildungsstrategie im Zusammenhang mit der Etablierung des NCMS. Jede mittlere bzw. große städtische medizinische Einrichtung muss eine bestimmte ländliche medizinische Institution auf der Kreis- oder Gemeindeebene unterstützen, indem sie ihnen die gebrauchten Geräte schenkt, das Personal ausbildet oder technische Hinweise anbietet. Städtische Ärzte haben ein Jahr lang auf dem Land tätig zu sein, bevor sie zum Chefarzt oder Oberarzt befördert werden. Zudem erfolgt auch eine Wiederbelebung mobilisatorischer Mittel. So hat jeder Kreis einen mobilen Behandlungswagen zur ambulanten medizinischen Versorgung zu organisieren (*xunhui yiliaoche* 巡回医疗车).

Abbildung 4: Verwaltungsebenen und zugehörige Struktur der Leistungserbringer im ländlichen Gesundheitswesen



Quelle: KÖSTER, A.-D. (2008), in Anlehnung an HU, T.-W. (1984), S. 135; und FENG, X. / U. A. (1995), S. 113, f.

Zu den Anbietern einfacher medizinischer Leistungen in den Dörfern zählen vornehmlich die unter MAO weltberühmt gewordenen Barfußärzte⁶⁰ (*chijiao yisheng* 赤脚医生), die inzwischen als sog. Landärzte arbeiten.⁶¹ Sie nehmen v. a. Aufgaben der medizinischen Grundversorgung und Hygieneschulung wahr und haben meist – ebenso wie weiteres paramedizinisches Personal (z. B. Gesundheitsarbeiter) einen praktisch selbstständigen Status, da eine Bezahlung durch die lokalen Behörden nicht (mehr) stattfindet. Sie sind auf Einnahmen aus erhobenen Gebühren für erbrachte Leistungen, auf Gewinne aus verkauften Medikamenten oder aus anderweitigen, nicht gesundheitsbezogenen Arbeiten angewiesen. Dies gilt auch für die Betreiber von kleinen dörflichen Gesundheitsstationen. Sie werden meist über ein Leasingverhältnis mit der Dorfverwaltung von Privatleuten oder paramedizinischen Personal bzw. Landärzten betrieben.⁶²

Ähnliches gilt auch für die großen Kreiskrankenhäuser. Denn während die kleineren Kliniken – einen ambulanten Sektor mit niedergelassenen Ärzten wie in Deutschland gibt es in China nicht – quasi beiläufig privatisiert wurde, arbeiten die wenigen großen Krankenhäuser, die den ländlichen Gebieten zuzuordnen sind, seit den frühen 1980er-Jahren offiziell nach dem sog. Produktionsverantwortungssystem.⁶³ D. h. konkret, dass bei dieser von der allgemeinen Industrie übernommenen Wirtschaftsform das Management des Krankenhauses die finanzielle Verantwortung innehat, jedoch nicht die Entscheidungshoheit in allen investitions-, preis- und personalpolitischen Belangen. Dafür sind die staatlichen Häuser grundsätzlich von der Steuer befreit. Dies galt jedoch auch bis Anfang 2000 für private Kliniken (als Investitionsanreiz). Zudem unterliegen die staatlichen Häuser als sog. Not-for-Profit-Organisationen weiteren

⁶⁰ »Barfußärzte« waren entweder Bauern oder einfache Arbeiter, die gewöhnlich eine drei- oder mehrmonatige medizinische Ausbildung erhielten und einen Teil ihrer Arbeitszeit dem Angebot von Gesundheitsdienstleistungen widmeten. Sie erlebten ihren Höhepunkt zu Zeiten der Kulturrevolution; vgl. ausführlich YOUNG, M. E. (1983).

⁶¹ Ein wesentlicher Schritt um die Gesundheitsleistungen auf dem Land zu verbessern, war Anfang der 1980er-Jahre die Hochstufung der »Barfußärzte« zu sog. Landärzten. Bedingung hierfür war allerdings der erfolgreiche Abschluss eines Weiterbildungsexamens. »Barfußärzte«, die die Prüfung nicht bestanden, wurden zum Gesundheitshelfer herabgestuft.

⁶² Infolgedessen wird geschätzt, dass 85% der ländlichen Bevölkerung Leistungen privat praktizierender Ärzte in Anspruch nimmt; vgl. YU, D. (1992); zum Verhalten dieser Anbieter z. B. BLOOM, G. / HAN, L. / XIANG, L. (2001).

⁶³ Vgl. MoF (1979).

Sonderregelungen (Tabelle 9). Diese Einteilung in zwei Klassen - not-for-profit und for-profit – wurde bis Ende 2002 für alle gesundheitssystemrelevanten Einrichtungen vorgenommen.⁶⁴

Tabelle 9: Verschiedene steuer- und preispolitische Behandlung der klassifizierten Krankenhäuser

Krankenhaustyp	Politische Strategien		
	Preispolitik	Staatliche Subventionszahlungen	Besteuerung
Staatliche not-for-profit-Krankenhäuser	Staatlich regulierte Richtpreise für den Großteil der medizinischen Leistungen	Ja	befreit
Andere not-for-profit-Krankenhäuser	Staatlich regulierte Richtpreise, aber mit der Möglichkeit einer geringfügigen Flexibilität in der Ausgestaltung	nein	befreit
For-profit-Krankenhäuser	Keine Preisregulierungen	nein	voll

Quelle: *LIU, X. / YI, Y. (2004), S. 79*

Wie für die Landärzte gelten also auch für die Krankenhäuser größtenteils marktliche Anreize und Zwänge. Insbesondere um die weiterhin hohen (Personal-)Kosten als Erbe aus sozialistischen Zeiten zu decken, sind die Krankenhäuser auf entsprechende Gewinneinnahmen aus erbrachten Leistungen angewiesen. Um Leistungen zur Gewinnerzielung privat abrechnen zu können, wurden den staatlichen Krankenhäusern eine Separierung von gewinnorientierten und nicht gewinnorientierten Abteilungen – ähnlich dem australischen Gesundheitswesen – erlaubt. Auch wurde ihnen gestattet, Bonuszahlungen an das Personal bei Generierung von weiteren Einnahmequellen vorzunehmen.⁶⁵

Durch die wirtschaftliche Eigenverantwortung bei gleichzeitig fehlenden oder nur sehr geringen staatlichen Investitionen ist die Versorgungslage auf dem Land stark nach der wirtschaftlichen Prosperität der jeweiligen Region differenziert. In wohlhabenden Gebieten sind die Krankenhäuser expandiert und haben teilweise neue Technologien eingeführt. Einige schlecht wirtschaftende mussten jedoch auch vom Markt austreten. Ein deutlich schlechteres Bild zeigt sich dagegen in wirtschaftlich schwachen Landesteilen. Krankenhäuser, v. a. konkret die Gesundheitszentren, die nicht länger ausreichend Patienten akquirieren können, sind mit erheblichen finanziellen Problemen konfrontiert. Sie mussten schließen oder das ohnehin schlechte Ausstattungsniveau weiter reduzieren.⁶⁶ Inzwischen ist nicht nur eine Stadt-Land-Dichotomie in der Leistungsversorgung kennzeichnend, sondern auch eine zwischen ländlichen Regionen, insbesondere ein Ost-West-Gefälle.

Aber nicht nur die Ausstattung der Kliniken hat sich weiter differenziert, auch das angebotene Leistungsspektrum hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich verändert. Entsprechend der höheren Preise und besseren Gewinnmöglichkeiten für kurative Leistungen, aber auch infolge der zu verzeichnenden sinkenden Nachfrage der Bauern nach präventiven Leistungen, hat ein Wechsel von einem präventiven auf einen kurativen Fokus beim Leistungsangebot stattgefunden. Dieser Wandel wurde zudem dadurch unterstützt, dass die Regierung auch für die ehemaligen EPS die staatliche Förderung erheblich kürzte

⁶⁴ Eine detaillierte Beschreibung des Klassifikationsprozesses findet sich bei *LIU, X. / YI, Y. (2004), S. 79*. 2003 ergaben Auswertungen des Gesundheitsministeriums, dass 48% (135.000) der Gesundheitsinstitutionen in China zu den Not-for-profit-Organisationen gezählt wurden, 52% (146.000) zu den For-profit-Einrichtungen; vgl. *MOH / CENTER FOR STATISTICS AND INFORMATION (2004)*. Allerdings waren For-profit-Einrichtungen zumeist kleinere Praxen und Kliniken in kleinen und mittelgroßen Städten, größere Häuser und Kliniken in den Großstädten erhielten zumeist einen Not-for-profit-Status. So gehörten dann auch 2003 von den 3.144.000 Krankenhausbetten 96% (3.029.000) not-for-profit-Häusern an und nur 4% (107.000) for-profit-Krankenhäusern; vgl. *MOH / CENTER FOR HEALTH STATISTICS AND INFORMATION (Ed.) (2004)*.

⁶⁵ Vgl. *HINDLE, D. (2000), S. 122; LIU, X. / YI, Y. (2004), S. 75*.

⁶⁶ Vgl. *FENG, X. / TANG, S. / U. A. (1995), S. 1112 f.; JIANG, S. A. (1992)*; ausführlich für die Kreiskrankenhäuser *CHEN, J. / BLOOM, G. / WILKES, A. (1997), S. 19 ff.* *LIU* und *YI* sprechen auch von einer finanziellen Krise der Krankenhäuser als ein augenscheinliches Ergebnis der transformationsbedingten Veränderungen; vgl. *LIU, X. / YI, Y. (2004), S. 11*.

und die Verantwortlichkeiten dezentralisierte. Durch den deutlichen Rückgang investitionspolitischer Anstrengungen mussten auch die neuen CDCP Gebühren für die angebotenen Leistungen erheben. Dies hatte dann ähnliche Konsequenzen wie für das übrige Angebot an Gesundheitsleistungen. Insgesamt sind die dem öffentlichen Gesundheitsdienst zugeschriebenen Aufgaben, wie Immunisierungen und gesundheitliche Aufklärung stark eingebrochen bzw. werden in einigen Gebieten so gut wie gar nicht mehr angeboten.

Box 4: Gesundheitsversorgung unter Mao

Die Gesundheitsversorgung im kommunistischen China richtete ihren Schwerpunkt zunächst auf die vorbeugende Bekämpfung von Epidemien und die Verbreitung von Kenntnissen zur Krankheitsvorbeugung, insbesondere der Hygiene. Ein wichtiges Instrument waren hierfür Kampagnen, d. h. die Mobilisation der Bevölkerung durch Propaganda und persönliche Appelle seitens der Parteikader. Wesentlich waren aber auch laufende Verhaltenskontrollen durch Aktivisten der Partei, die die Möglichkeit umfassender Einblicke selbst in die Privatsphäre anderer Mitbürger hatten und die über entsprechende Sanktionsmöglichkeiten verfügten, um die Umsetzung der Maßnahmen sicherzustellen.

Als Prämissen in der Gesundheitsversorgung galten dabei vier »offizielle« Grundprinzipien, die auf dem 1. und 2. Nationalen Gesundheitskongress im August 1950 bzw. 1951 festgelegt wurden: 1. Prävention steht an erster Stelle (höchste Priorität), 2. Kombination westlicher und traditioneller chinesischer Medizin, 3. Kombination von gesundheitlicher Aufklärung und Massenbewegungen, 4. Unterordnung der Medizin zum Wohle des Menschen (Dienerfunktion). Ein fünftes Grundprinzip, dass der Konzentration auf die gesundheitliche Versorgungssituation auf dem Lande, kam in den 1960er-Jahren hinzu. Ergänzend zu diesen Grundprinzipien wurde insbesondere Wert auf die Kompatibilität der Entwicklung des Gesundheitswesens mit den Bedürfnissen der landwirtschaftlichen und industriellen Produktion gelegt. Neben ideologischen Gesichtspunkten drückten diese Prinzipien ökonomische Notwendigkeiten aus. Keinesfalls waren diese Vorsätze auf reine Ideologie und Moralvorstellungen der Regierung begründet. Die Regierung war vielmehr gezwungen, häufig aus finanziellen Gesichtspunkten, die Prävention zu betonen und der traditionellen chinesischen Medizin einen höheren Stellenwert einzuräumen. Denn auch die Wahl einer gesundheitspolitischen Strategie nach 1949 hing wesentlich von der Frage der Verfügbarkeit medizinischer Ressourcen und ihrer Finanzierbarkeit ab. Beispielsweise konnte 1949 – je nach Schätzung – nur auf ca. 10.000 bis 40.000 westlich ausgebildete Ärzte zurückgegriffen werden. Dies entsprach etwa einer Arztdichte von 1:26.000 (bei 20.000 westlich ausgebildeten Ärzten). Infolgedessen wurde die Ausbildung medizinische Personals (nach sowjetischem Vorbild) fokussiert und ausgebaut, sowie massenhaft paramedizinisches Hilfspersonal (einfache Gesundheitsarbeiter und Barfußärzte) eingesetzt. Allerdings ist die Anzahl der Barfußärzte, die zumeist eine sechsmonatige Ausbildung in medizinischen Themen erhielten, nach Transformationsbeginn stark zurückgegangen. Sie sank allein in den ersten Jahren von 1,8 Millionen (1978) auf 1,3 Millionen (1985) (vgl. MoH / Statistics [Ed.] 1987). International berühmt ist das sog. »Crash«-Programm (1951/1952) geworden, das Seuchenprävention und Einsatz von paramedizinischen Hilfspersonal innovativ kombinierte: Es erfolgten Impfkampagnen in einem gewaltigen Ausmaß, in drei Jahren z. B. 460 Millionen Pockenschutzimpfungen und umfassende, patriotisch untermauerte Hygienekampagnen (*weisheng yundong* 卫生运动) für »Vier Sauberkeiten« und »Fünf Verbesserungen« (u. a. Sauberhaltung von Wasserstellen und Einrichtung von Latrinen) sowie gegen »Fünf Übel«. Hierbei kam es zu nationalen »Vernichtungsfeldzügen« gegen Fliegen, Spatzen bzw. später Wanzen, Mosquitos und Ratten sowie oftmals auch gegen andere Schädlinge (z. B. Schnecken in Bilharziose-Gebiete).

Neben dem verstärkten Einsatz von medizinischem Hilfspersonal wurden zudem alle privaten und kirchlichen Einrichtungen verstaatlicht. V. a. in den politisch radikalen Phasen des Großen Sprungs und der Kulturrevolution war für die Gesundheitsversorgung auch der Einsatz mobilisatorischer Mittel kennzeichnend. Es kam zu periodischen Verschickungen medizinisch ausgebildeten Personals in rückständige ländliche Gebiete und es wurden mobile Kliniken für den ländlichen Raum konzipiert. Zeitweise wurde auch die Volksbefreiungsarmee für medizinische Belange eingesetzt. Das Ausstattungsniveau aller ländlichen Einrichtungen blieb dabei aber sehr einfach. Lediglich die Kliniken der höheren Versorgungsstufe, die sog. Kreiskrankenhäuser, erreichten ein besseres Ausstattungsniveau. Aber auch dort waren teure und professionelle medizin-technologische Strukturen selten. Dennoch gelang es MAO mit einer straffen und rigiden Organisation bis Mitte der 1960er-Jahre eine medizinische Versorgung für seine Bevölkerung zu geringen (direkt ersichtlichen monetären) Kosten bereit zu stellen, die lange Zeit Vorbild für andere Entwicklungsländer war. Das Angebot und der Zugang zu medizinischen Leistungen, wenn auch mit erheblichen Defiziten im kurativen Bereich, erlaubte im Vergleich zu Ländern mit einem ähnlichen Entwicklungsstand die Generierung bemerkenswerter Leistungen: Die Lebenserwartung stieg von 32 (1949) auf 68-69 Jahre (1974) (vgl. Jamison, D. T. / Evans, J. R. / u. a. 1984). Die Säuglings- und Kindersterblichkeit sank von über 200/1.000 (1949) auf 47/1.000 (1973-75) je Lebendgeburten, die Müttersterblichkeit von 15/100.000 auf 1-2/100.000 (1974) (vgl. Liu, Y. / Hsiao, W. C. / u. a. 1995), S. 1085. Zu beachten sind hier aber erhebliche regionale Schwankungen in den einheitlich genannten Werten.

2.1.2.2 Verhältnis zum NCMS und Vergütung

Gewöhnlich bestehen zwischen dem NCMS und den einzelnen Leistungserbringern vertragliche Vereinbarungen, die den *Leistungsumfang*, die *Vergütungsmethode* (-höhe) und die *Versorgungsqualität* defi-

nieren.⁶⁷ Dabei erfolgt die das Regierungsbudget ergänzende Vergütung der Leistungserbringer im Allgemeinen weiterhin im Rahmen einer Einzelleistungsvergütung (fee-for-service). Einige Regionen testen jedoch auch alternative Vergütungsmethoden, wie z. B. ein fixes Gehalt, DRGs oder Kopfpauschalen.⁶⁸ Einige Programme sind zudem dazu übergegangen klare Preisrichtlinien herauszugeben, die sich an der offiziellen Gebührenordnung («yellow book») orientieren.⁶⁹

In machen Gegenden hat die lokale Regierung, wie für das städtische BHIS, Positivlisten für Arzneimittel der Apotheken und dörflichen Gesundheitsstationen herausgegeben, die vom System bezahlt werden, sowie maximale Preise für einzelne Medikamente (Höchstpreise) genannt.⁷⁰ Inzwischen hat die Zentrale die einzelnen Provinzregierungen generell dazu aufgefordert, Positivlisten für Arzneimittel zu erlassen.

Allerdings können auch staatliche und halb-staatliche Anbieter, die nicht mit dem NCMS abrechnen – knapp 80% der Landbevölkerung ist nach wie vor unversichert und nur weniger als 10% haben den neuen genossenschaftlichen Krankenversicherungsschutz – ihre Preise nicht selbst bestimmen. Es gilt grundsätzlich die offizielle Gebührenordnung und die dort entsprechend nach einem Einzelleistungsprinzip genannten Abrechnungsziffern. Die chinesische Regierung hat nämlich nach wie vor die Preishoheit und kontrolliert weitestgehend die Preise für Gesundheitsleistungen.⁷¹ Insbesondere vor Transformationsbeginn lagen diese weit unter den tatsächlichen Kosten.⁷² Dies stellte insofern kein finanzielles Problem für die Leistungsanbieter dar, da der chinesische Staat als Alleineigentümer auch für die erwirtschafteten Verluste aufkam. Es ist gegenwärtig aber ein Problem, da der chinesische Staat seine Rolle als Finanzier von öffentlichen Gesundheitsleistungen aufgegeben hat und die Häuser auf zusätzliche Einnahmen angewiesen sind.⁷³ Inzwischen zeigt die Ausgabenstruktur des chinesischen Gesundheitssystems deutlich, dass die Krankenhäuser und Gesundheitszentren massiv die wenigen Möglichkeiten zur Gewinnerzielung nutzen (Quersubventionen). Konkret ist dies eine erhebliche Leistungsausweitung bei Medikamenten und bei westlichen Medizintechnologien und Diagnoseverfahren (Abbildung 5). Hier wurden die Preise über die tatsächlichen Kosten gesetzt. Insbesondere für Medikamente wurden Aufschläge zwischen 15% und 20% auf den Einkaufspreis erlaubt.⁷⁴ Inzwischen wurden die Preise aber auch für andere Gesundheitsgüter erhöht,⁷⁵ unter ihren tatsächlichen Kosten werden fast nur noch einige wenige ambulante Versorgungen und Operationen abgerechnet.

Die lukrativen Medikamentenpreise haben aber auch zu einem erheblichen Wachstum von Arzneimittelverkaufsstellen und Apotheken sowohl auf dem Land wie in den Städten geführt.⁷⁶ So verzeichnet die VR inzwischen offiziell ca. 16.000 Arzneimittel-Großhändler und mehr als 110.000 unabhängige Einzel-

⁶⁷ Vgl. MENG, Q. (2005b), S. 5; sowie HU, S. (2003), S. 1 ff.; YANG, X. / WANG, F. / U. A. (2004), S. 5 f.; GONG'AN COUNTY NCMS OFFICE (2003); YANZHOU NCMS OFFICE (2004); WAGSTAFF, A. / LINDELOW, M. / U. A. (2007).

⁶⁸ Ein sehr ausführlicher Überblick über einzelne Vergütungsmodelle findet sich bei MENG, Q. (2005b), S. 4 ff.; auch MAO, Z. (2005). MENG gibt v. a. einen gesamten Überblick über die verschiedenen aktuellen Vergütungssysteme.

⁶⁹ Vgl. MENG, Q. (2005b), S. 5; YANZHOU NCMS OFFICE (2004); YUEXI COUNTY NCMS OFFICE (2003).

⁷⁰ Vgl. HU, S. (2003); FANG, B. (2003), S. 21 f.

⁷¹ Mit dem Ziel »to provide relative quality services with relative low prices« beschloss die Regierung allerdings den Umfang der Preisregulierungen zu reduzieren und zunehmend Marktgesetze bei der Preisbildung zuzulassen; vgl. NPC / MOH (2000). So setzt die Regierung nicht länger die Preise für alle medizinischen Leistungen fest, sondern gibt stattdessen nur noch sog. Richtpreise für bestimmte medizinische Leistungen der Grundversorgung bekannt, die von not-for-profit Häuser angeboten werden. Die freie Preisbildung gilt nun auch neben dem privaten Sektor für alle for-profit Einrichtungen; vgl. auch MOH - DEPARTMENT OF HEALTH PLANNING AND FINANCE (2004).

⁷² Vgl. GU, X.-Y. / TANG, S. L. (1995), S. 188. Insbesondere in den 1960er-Jahren wurden aus politischen und ideologischen Gründen die Preise für Gesundheitsgüter erheblich gesenkt. Durch die sehr niedrigen Preise sollten der Zugang zu medizinischen Leistungen für die ländliche Bevölkerung ermöglicht werden. Subventioniert wurden die Differenzen durch die Regierung; vgl. AHMAD, E. / HUSSAIN, A. (1989/99). Zur Finanzierung der Subventionsdifferenzen existierte ein komplexes und sich im Verlauf der Zeit immer wieder änderndes System aus verschiedenen Gesundheitsbudgets.

⁷³ LEE bezeichnet dann auch die Rolle der Krankenhäuser als »sandwich position«. Auf der einen Seite kämpfen die Häuser um ihr wirtschaftliches Überleben, auf der anderen Seite geraten sie in Konflikt mit der Preissetzungspolitik des Staates, der aber selbst seine Zahlungen infolge der Fiskalreformen einstellte; vgl. LEE, P. N. (1997), S. 37.

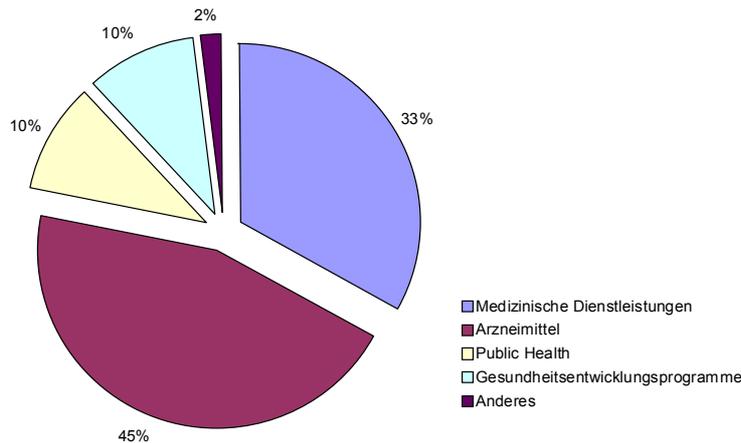
⁷⁴ Vgl. LIU, X. / YI, Y. (2004), S. 77; BLUMENTHAL, D. / HSIAO, W. (2005), S. 1167; LIU, X. / LIU, Y. / CHEN, N. (2000), 157 ff.; zu Reformen im Arzneimittelsektor in den 1990er-Jahren auch LIU, X. / LI, S. (1997).

⁷⁵ Ein ausführlicher Überblick zu den verschiedenen Preis- und Vergütungsreformen findet sich bei z. B. LIU, X. / YI, Y. (2004), S. 65 ff., 69 ff. u. 71 ff.; MENG, Q. (2005b).

⁷⁶ Vgl. WORLD BANK / IBRD (EDS.) (1997), S. 42 ff.; mit einigen Beispielen JIN, S. (1995), HU, H. (1995).

händler (Apotheken).⁷⁷ Sie konkurrieren mit den Kliniken und Krankenhäusern um den Verkauf der »profitablen« Medikamente. Die Kliniken haben hier aber zumeist den Vorteil, dass sie gleichzeitig die Verordnungshoheit besitzen (keine Trennung von Verkauf und Verordnung) und so eine angebotsinduzierte Nachfrage schaffen können. Der Versuch einer Trennung dieser fragwürdigen Anreizverbindung scheiterte bei allen Reformversuchen bislang am Widerstand der Krankenhäuser. So musste gerade der entsprechende Teil der neuen Preisreform, der vorsah, Gewinne aus Arzneimittelverkäufen separat von anderen Einnahmen auszuweisen und an die Lokalregierungen weiterzuleiten,⁷⁸ 2004 wieder zurückgestellt werden.

Abbildung 5: Ausgabenstruktur des nationalen Gesundheitswesens 1999



Quelle: NHEI/ZHAO, Y. (2002); ZHAO, Y. (2001)

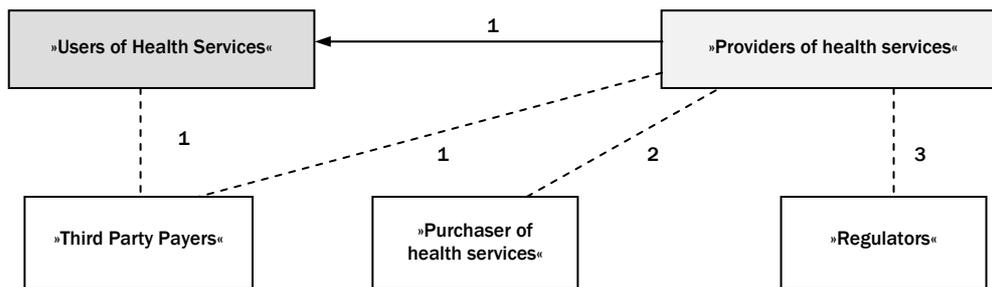
Bei privaten Anbietern ist eine freie Preisbildung gestattet. Gerade auf dem Land trifft dies auf die kleinen Einrichtungen zu, während dies in den Städten eher die westlich-ausgerichteten Kliniken sind. Neben der »offiziellen« Einzelleistungsvergütung sind jedoch auch inoffizielle »under-the-table-payments« (Korruption und Vorteilsnahme) sehr weit verbreitet.⁷⁹ Diese werden zumeist entweder von Herstellern pharmazeutischer Produkte zur Erhöhung des eigenen Absatzes oder von Patienten für eine bessere und schnellere Behandlung an die Ärzte gezahlt. Meistens sind diese in »roten« Briefumschlägen« verpackten Gelder aber inzwischen Eintrittskarte für eine medizinische Behandlung überhaupt.

⁷⁷ Vgl. LIU, X. / YI, Y. (2004), S. 62. Grundsätzlich ist es in der VR China allen Leistungserbringern gestattet, Medikamente zu verkaufen. Es dominieren aber beim Umsatz der Medikamente mit 73% die Krankenhäuser.

⁷⁸ Vgl. HINDLE, D. (2000), S. 124. Diese wiederum teilten die erhaltenen Gewinne an die Krankenhäuser nach ihren geleisteten Diensten hinsichtlich Public Health und anderer Qualitätsindikatoren (u. a. Patientenzufriedenheit) auf. Über die Steuerpolitik waren die Krankenhäuser zudem angewiesen, ihre verschiedenen Einkunftsquellen offen zu legen.

⁷⁹ Über den Umfang dieser Zahlungen existieren zwar keine offiziellen Schätzungen und Angaben, aber Untersuchungen lassen darauf schließen, dass mehr als 50% der ärztlichen Einkommen »under-the table«-Zahlungen entstammen; vgl. YIP, W. / HSIAO, W. (2001).

Abbildung 6: Veränderungen in China`s ländlichem Gesundheitssystem



- 1 Increased reliance on user charges, collapse of local prepayment schemes, and decreased share of government funding
- 2 Increased autonomy of health facilities from central planning or political control
- 3 Diminished constraints on opportunistic behaviour

Quelle: BLOOM, G. / Gu, X. (1997), S. 6

2.1.3 Gesundheitspolitische Steuerung

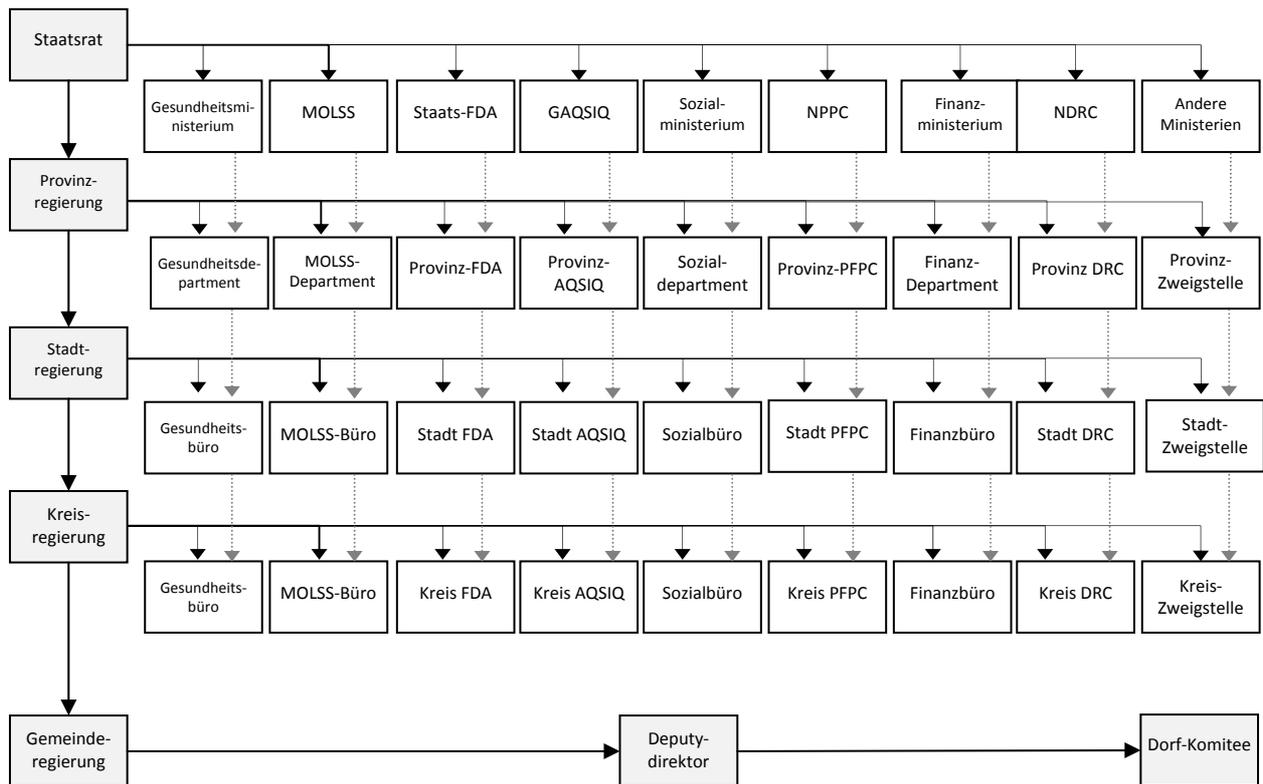
Wie bereits mehrfach erwähnt wurde, hat die dezentral ausgestaltete gesundheitspolitische Steuerung einen hohen Stellenwert in der VR China. Dies ist nicht nur der immensen Größe des Landes geschuldet, sondern auch der relativen politischen Stärke der einzelnen Regionen. Gleichzeitig gewann im Rahmen der 1978 begonnenen Öffnungspolitik das Primat dezentraler Steuerung an Bedeutung und wurde zu einem der politischen Kennzeichen der chinesischen Transformationspolitik.

Im Wesentlichen gelten politische Steuerungs- und Verwaltungsstrukturen für das Land und die Städte. Insbesondere die institutionellen und administrativen Aufteilungen sind dieselben. Einzelne Kompetenzzuweisungen und Aufgabenhoheiten können jedoch variieren bzw. nur auf dem Land oder nur in den Städten vorkommen. Auf diese Unterschiede wird bei den Ausführungen zu der Situation in den Städten verwiesen. Ansonsten gilt die nachfolgende Darstellung auch für die Gesundheitspolitik im städtischen Raum.

2.1.3.1 Übergeordnete administrative Struktur und Aufgabenzuordnung

Die chinesische Gesundheitspolitik ist insgesamt hochgradig fragmentiert und die administrative Struktur ist äußerst komplex. Dies gilt sowohl wie erwähnt in einer vertikalen Richtung (politische Dezentralität) als auch in einer horizontalen Betrachtung (Ministerienvielfalt). In der vertikalen Aufteilung werden fünf hierarchisch angeordnete Regierungsebenen unterschieden: Zentralregierung, Provinz-, Präfektur-, Kreis- und Gemeinde-/Distriktregierung. Horizontal betrachtet, existieren dann entsprechend eine Vielzahl an Ministerien und ihnen zugeordneten Unterabteilungen, die jeweils auf den jeweiligen niedrigeren Regierungsebenen zugeordnet sind (Abbildung 7).

Abbildung 7: Vereinfachte übergeordnete administrative Struktur des Gesundheitssektors



Quelle: In Anlehnung an *LIU, Y. / Yi, X. (2004), S. 14*

Für die Gesundheitspolitik auf dem Land und konkret für das NCMS zeichnet sich vornehmlich das Gesundheitsministerium verantwortlich. Insgesamt ist auch das Gesundheitsministerium die höchste gesundheitspolitische Verwaltungsinstitution und verfügt über die umfangreichsten politischen Kompetenzen mit Bezug auf gesundheitssystemrelevante Fragestellungen. Es steht unter direkter Führung des Staatsrates und ist für die Gesundheitspolitik des ganzen Landes (im übergeordneten Sinne) zuständig. Es setzt v. a. in Zusammenarbeit mit weiteren zuständigen Ministerien und Behörden sowohl die gesamten Regelungen zu den staatlichen Krankenversicherungsverträgen auf dem Land (NCMS), gesundheitsbezogenen Gesetze und Verordnungen als auch die staatlichen Programme für die Gesundheitsschutzmaßnahmen fest und überwacht dessen Umsetzung. Es beaufsichtigt zudem die Ausführung der einzelnen Gesetzesaktivitäten.

Tabelle 10: Organisationen des chinesischen Gesundheitssystems

<i>Rolle</i>	<i>Organisation</i>
Formulierung der Gesundheitspolitik	Nationalkongress Staatsrat Gesundheitsministerium Nationale Entwicklungs- und Reformkommission Nationales Bevölkerungs- und Familienplanungskomitee Ministerium für Arbeit und Soziale Sicherheit (MOLSS) Lokal-Regierungen
Administrative Juristikaion	Gesundheitsministerium Staatliche Lebensmittel- und Arzneimittelverwaltung Staatliche Verwaltung für Traditionelle Chinesische Medizin Generalverwaltung für Qualitätsaufsicht, Inspektionen und Quarantäne Lokale Gesundheitsautoritäten
Öffentliches Angebot	Gesundheitsministerium Lokale Gesundheitsautoritäten Universitätskrankenhäuser Andere Ministerien Staatsgeführte Unternehmen
Privates Angebot	Private Kliniken Private Hospitäler Drogerien
Finanzierung	Finanzministerium Lokale Finanzdepartements BHIS NCMS MFA Private Krankenkassen Individuell unversicherte Patienten

Quelle: In Anlehnung an *Liu, Y. / Yi, X. (2004), S. 15*

Insgesamt sind dem Gesundheitsministerium 12 größere Unterabteilungen zugeordnet sowie weitere Institutionen angegliedert. Zudem ist das Ministerium wieder auf allen niedrigen Verwaltungsebenen aufgefächert. Jede Verwaltungsebene berichtet dabei der Regierungsinstitution auf der gleichen Ebene und verwaltet seine untergeordneten Behörden (hierarchische Beziehung). Gleichzeitig bieten die höheren Verwaltungsebenen fachliche Unterstützungen den nachgeordneten Ebenen. Eine ausführliche Darstellung der Strukturen des Gesundheitsministeriums und weiterer in der Gesundheitspolitik relevanter Ministerien findet sich im Anhang dieses Bandes.

Zwar ist in China die Erkenntnis vorhanden, dass eine zentrale Steuerungsstelle nicht über das entsprechende Wissen zu einer adäquaten Steuerung für alle noch so diversifizierten Landesteile verfügt. Jedoch hat die starke Fragmentierung und Dezentralisierung auch Nachteile. Insbesondere durch die fehlenden Kompetenzabgrenzungen zwischen den Ministerien existieren hohe Abstimmungskosten, die Reformvorhaben immer wieder verzögern. Ein weiterer Preis der Dezentralität liegt in der fehlenden Übersichtlichkeit der teils sehr komplexen Vielfalt. Das wesentliche Manko ist dabei aber weniger die erschwerte politische Steuerung, die durch die starke lokale Repräsentanz in den meisten Fällen gesichert ist, sofern Korruption sie nicht korrumpiert. Es ist vielmehr die unbeantwortete Mobilitäts- und Portabilitätsfrage der stark sektoral abgegrenzten Lösungen. Sie stellt eine der großen Herausforderungen für die Gesundheitspolitik dar, v. a. seitdem über hundert Millionen Chinesen als sog. Wanderarbeiter im Land unterwegs sind und bisherige administrative Grenzen und Regelungen sprengen.

2.1.3.2 Politische Willensbildung und Planungsprozess

Auch das Gesundheitswesen ist Bestandteil des nach wie vor existierenden politischen und wirtschaftlichen Planungsprozesses. Auf die Gesundheit und das Gesundheitswesen bezogene Ziele werden u. a. in den Fünf-Jahresplänen erfasst. Der Gesundheitsentwicklungsplan ist integraler Bestandteil des gesamten sozioökonomischen Entwicklungsplans, den die KPCh für die verschiedenen Regierungsebenen aufstellt. Neben der Integration in die offiziellen Fünf-Jahrespläne ist der Gesundheitsentwicklungsplan

weiter in einen Ein-Jahres-Entwicklungsplan und einen Ad-hoc-Plan (z. B. Human-Ressources-Plan, Kapitalinvestment-Plan, nationaler und provinzieller Plan für die HIV/AIDS-Kontrolle) unterteilt. Der Fünf-Jahres-Gesundheitsentwicklungsplan kommt konkret durch einen zwei-stufigen Planungsprozess (Top-Bottom- und Bottom-Up-Ansatz) zustande. Dieser ist beispielhaft in Tabelle 11 wiedergegeben:

Tabelle 11: Einzelschritte des Planungsprozesses der Fünf-Jahres-Gesundheitsentwicklungspläne

<i>Planungsprozess</i>	
Top-Down-Ansatz:	
1.)	Die zentrale Planungsbehörde (Nationale Entwicklungs- und Reform Kommission) entwickelt allgemein gültige Prinzipien und Richtlinien für die Provinzregierungen und die einzelnen Ministerien
2.)	Das Gesundheitsministerium in Koordination mit anderen relevanten Ministerien entwickelt ebenfalls allgemein gültige Prinzipien und Richtlinien für die Gesundheitsdepartements auf Provinzebene
3.)	Die Departements auf Provinzebene entwickeln ihre zugewiesenen Handlungsanweisungen und Richtlinien weiter und verkünden sie den ihnen untergeordneten Regierungsbehörden und -ebenen
Bottom-Up-Ansatz:	
4.)	Das Kreisbüro des Gesundheitsministeriums organisiert und skizziert den Gesundheitsentwicklungsplan auf Kreisebene und legt ihn sowohl der Kreisregierung als Teil des gesamten sozialen und wirtschaftlichen Plans des Kreises vor als auch dem Präfektur-/Stadtbüro des Gesundheitsministeriums
5.)	Das Präfektur-/Stadtbüro des Gesundheitsministeriums begutachtet den skizzierten und vom Kreisbüro vorgelegten Gesundheitsentwicklungsplan und merkt zu überarbeitende Passagen an. Der finale Gesundheitsentwicklungsplan des Kreisbüros wird in den Gesundheitsentwicklungsplan des Präfektur-/Stadtbüros integriert und dann sowohl der Präfektur-/Stadtregierung als auch dem Provinzdepartement des Gesundheitsministeriums vorgelegt
7.)	Das Provinzdepartement des Gesundheitsministeriums wiederholt o. g. Prozedur auf der Präfektur-/Stadtebene und legt den finalen Plan der Provinzregierung und dem Gesundheitsministerium vor
8.)	Das Gesundheitsministerium wiederholt o. g. Prozedur für die Provinzebene und legt den skizzierten nationalen Gesundheitsentwicklungsplan der zentralen Planungsagentur vor
9.)	Die zentrale Planungsagentur fasst die nationalen sozialen und wirtschaftlichen Entwicklungspläne, die ihr sowohl von den Provinzregierungen als auch von den verschiedensten Ministerien vorgelegt worden sind, und verkündet den nationalen sozialen und wirtschaftlichen Entwicklungsplan. Die Provinzebene und niedrigere Regierungsebenen verkünden anschließend ihre sozialen und wirtschaftlichen Entwicklungspläne, und das Gesundheitsministerium, an die niedrigen Ministeriumsebenen (Gesundheitsdepartement/-büro) verkünden dann die Gesundheitsentwicklungspläne

Quelle: In Anlehnung an *LIU, Y. / Yi, X. (2004), S. 26*

Allerdings gilt die Gesundheitsplanung als insgesamt schwach ausgeprägt. Bedingt ist dies v. a. durch Kapazitätsdefizite und Koordinationsschwierigkeiten zwischen den verschiedenen in den Planungsprozess involvierten Behörden. Zwar werden konkrete Vorgaben und Ziele benannt (Tabelle 12), das Ergebnis dieser Gesundheitsplanung ist aber gewöhnlich sehr vage und wird nicht selten nicht erreicht. Denn im Weiteren Umsetzungsprozess sind Planungsgegenstände kaum hinreichend definiert, politische Aktionen nicht spezifiziert und die eingesetzten Ressourcen nicht gesichert. Zusätzlich sind medizinische und medizin-technologische Innovationen sowie wissenschaftliche Studienergebnisse schlecht evaluiert und Wirkungsweisen kaum hinreichend bewiesen. Sowohl die politischen Verantwortlichen als auch Wissenschaftler bezeichnen die Planung daher als stark »reaktiv prozessorientiert«.⁸⁰

⁸⁰ Vgl. *LIU, Y. / Yi, X. (2004)*.

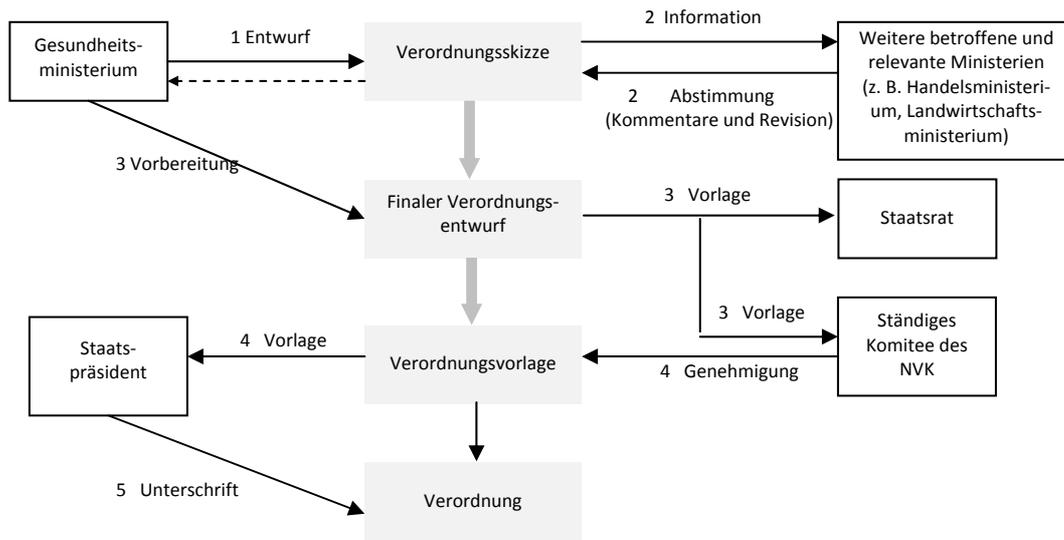
Tabelle 12: Beispielhafte Auswahl von Vorgaben des Gesundheitsentwicklungsplans für den 11. Fünf-Jahresplan (2006-2010)

Hauptgesundheitsindikatoren:
▪ ∅ Lebenserwartung: Anstieg um 1 Jahr auf Basis des 2000er-Wertes, weitere Erhöhung um 1 Jahr bis 2015
▪ Kindersterblichkeit und Unter-5-Jahres-Sterberate: Reduktion um 20% bis 2010 auf Basis der 2000er-Werte
▪ Müttersterblichkeit: Reduktion um 25% bis 2010 auf Basis des 2000er-Wertes
Hauptaufgaben:
▪ Vorbeugung und Kontrolle der bedeutendsten Krankheiten
▪ Verbesserung des ländlichen Gesundheitsnetzwerkes
▪ Verbesserung der MCC-Arbeit
▪ Etablierung eines Gesundheitsgesetznetzwerkes, einer -supervision und eines Netzwerkes zu Gesetzesvollstreckung
▪ Entwicklung von Gesundheitstechnologien
▪ Verbesserung des Qualitätsstandards der einzelnen Gesundheitsberufsgruppen und der medizinischen Ausbildung
▪ Verbesserung der Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung
▪ Beibehaltung der Weiterentwicklung der TCM
Hauptstrategien:
▪ Anpassung der Funktionen der Gesundheitsverwaltung
▪ Vertiefung der Gesundheitssystemreformen
▪ Beschleunigung der regionalen Gesundheitsplanung
▪ Anpassung des CDC-Systems
▪ Verwaltung und Steuerung der Krankenhäuser nach ihrem neuen Klassifikationsstatus
▪ Reformierung der Betriebsführung (internes Management) von Gesundheitseinrichtungen
▪ Anpassung und Verfeinerung des ländlichen Gesundheitsversorgungsnetzwerkes
▪ Verfeinerung gesundheitsökonomischer Politikstrategien
▪ Verbesserung der MFA-Programme und Gesundheitsentwicklung in den westlichen Regionen
▪ Aufbau eines Gesundheitsinformationsdienstes und Verbesserung und Ausweitung internationaler Kooperationen und Austauschprogramme
▪ Verbesserung der beruflich ethischen Bildung

Quelle: In Anlehnung an *LIU, Y. / Yi, X. (2004), S. 27*

Dennoch leitet sich unmittelbar aus den Planungsvorgaben rein formal der weitere Gesetzgebungsprozess ab. In einem mehrstufigen Verfahren werden verschiedene Regulierungs- und Legislativinstrumente beschlossen und erlassen, die – sofern sie eingehalten und umgesetzt werden –, die Zielerreichung sichern sollen. Zu den in diesem Prozess relevanten Akteuren gehören wieder die bereits erwähnten Steuerungsautoritäten in der Gesundheitspolitik sowie die zentralen politischen Organe der VR. Um ein Verständnis von einem solchen Prozesses zu bekommen, zeigt beispielhaft Abbildung 8 den Verlauf eines landesweit gültigen Gesetzgebungsverfahrens.

Abbildung 8: Gesetzgebungsprozess landesweit gültiger und einklagbarer Gesundheitsvorschriften



Quelle: KÖSTER, A.-D. (2008), S. XXX

In seinem Selbstverständnis als »sozialistischer Rechtsstaat« gelten rein formal für die planpolitischen Vorgaben und regulativen Erlasse verschiedene Bindungswirkungen und Rechtsansprüche. So sind einige Vorgaben (z. B. bestimmte Gesetze) einklagbar und können durch die Exekutive vollstreckt werden. Andere regulatorische Normen haben dagegen formal nur eine geringe Bindungskraft oder sind von vornherein ganz freiwillig (z.B. Leitlinien). Der administrative Geltungsbereich einzelner Vorschriften und Gesetze verhält sich in der Regel jeweils synonym zu den involvierten Steuerungsautoritäten (z. B. landesweit gültige Gesetze werden von der Zentralregierung erlassen, Provinzgesetze von den Provinzregierungen etc.). Üblicherweise wird deshalb für die Klassifikation gesundheitsbezogener Regeln und Normen folgende Aufteilung angewandt (Beispiele siehe Tabelle 13): a) herausgegeben von den Gesundheitsbehörden, b) gemeinsam entwickelt und verkündet von verschiedenen Regierungsbehörden (z. B. durch das Gesundheits-, Landwirtschafts- und Finanzministerium, der nationalen Entwicklungs- und Reformkommission), c) gesetzt durch den Staatsrat, d) genehmigt durch den Volkskongress und vom Staatspräsidenten verkündigt.

Die Einschränkungen auf rein formal besagen aber schon, dass in der Praxis bestehende Ansprüche – insbesondere von einzelnen Bürgern – kaum durchgesetzt werden können, sollten sie nicht von lokalen Kadern hierbei unterstützt werden. Unabhängige Gerichte, auch im Gesundheitswesen, gibt es de facto in China noch nicht. Ebenfalls sind auch die politischen Äußerungen zu einer stärkeren Formalisierung von politischen Handlungen und eine Bindung auf verkündete Programme eher noch Lippenbekenntnisse. Eine geplante Sozialrechtsordnung, die mögliche Ansprüche juristisch verifiziert hätte, war zwar ursprünglich einmal bis 2004/5 geplant worden. Infolge mangelndes politischen Interesses aber dann auf unbestimmte Zeit fallen gelassen worden.

Tabelle 13: Auswahl von erlassenen Regelungen der verschiedenen Steuerungsakteure

<i>Gesundheitsvorgaben verkündet vom NVK und unterschrieben vom Staatspräsidenten</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesetz zur Bevölkerungs- und Familienplanung der VR (2002) ▪ Gesetz zum Arzneimittelmanagement (2001) ▪ Gesetz zur Prävention und Behandlung von Berufskrankheiten (2001) ▪ Gesetz zur ärztlichen Berufsausübung (1999) ▪ Gesetz zur Verwaltung von Blutbanken (1998) ▪ Gesetz zur Prävention tierischer Epidemien (1997) ▪ Gesetz zur MCC (1995) ▪ Gesetz zu gesunden Nahrungsmitteln (1995) ▪ Gesetz zur Roten-Kreuz-Organisation (1993) ▪ Gesetz zur Prävention und Behandlung infektiöser Krankheiten (1989) ▪ Gesundheitliche Bestimmungen zur Einreise- und Quarantänegesetz (1986)
<i>Gesundheitsrichtlinien verkündet vom Staatsrat</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Richtlinien zum Management von Landarztpraxen (2004) ▪ Richtlinien zur TCM (2003) ▪ Leitlinien zum Etablieren eines ländlichen neuen kooperativen Gesundheitssystems (NCMS) (2003) ▪ Richtlinien zum Umgang mit Public-Health-relevanten Ereignissen (z. B. Unfälle, Katastrophen) (2003) ▪ Richtlinien zum Umgang mit medizinischen Unfällen (2002) ▪ Leitlinien zur ländlichen Gesundheitsreform und -entwicklung (2001) ▪ Leitlinien des SR zur Reformierung der städtischen Gesundheitsversorgung und des System zur Arzneimittelverbreitung (2000) ▪ Entscheidung des SR zur Einführung des städtische Versicherungssystems für staatliche Angestellte (BHIS) (1998) ▪ Entscheidung der KPCh und des SR zur Reformierung des Gesundheitssystems und der gesundheitlichen Entwicklung (1997) ▪ Richtlinien zum Management medizinischer Einrichtungen (1994) ▪ Richtlinien zum Umwelt- und Public-Health-Management (1987) ▪ Richtlinien zur Prävention und Behandlung von Atemwegserkrankungen (1987)
<i>Gemeinsam herausgegebene Gesundheitsvorschriften verschiedener Ministerien</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erklärung zur Implementierung der ländlichen »Medical Financial Assistance«-Programme (MFA) (MoCA, MoH und MoF) (2003) ▪ Erklärung zur Subventionspolitik der Gesundheitsversorgung (MoF, MoH und NDRC) (2000) ▪ Gemeinsame Erklärung zur Implementierung von Managementvorschriften der städtischen Medizeinrichtungen in Bezug auf die jeweilige Klassifikation (MoH, MoF, SATCM und NDRC) (2000) ▪ Leitlinien zur Implementierung der regionalen Gesundheitsplanung (NDRC, MoF und MoH) (1999)
<i>Vorschriften herausgegeben vom Gesundheitsministerium</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Managementmethoden zur Prävention und Behandlung von SARS (2003) ▪ Managementmethoden zur Sterilisierung (2002) ▪ Erklärung zur Reformierung des Weiterbildungssystems in der Gesundheitsversorgung (2001) ▪ Leitlinien zur Reformierung des Krankheitskontroll- und Präventionssystems (2001)

Quelle: In Anlehnung an Liu, Y. / Yi, X. (2004), S. 29 f.

2.1.3.3 Staatliche Angebotshoheit

Der Staat ist aber nicht nur Regulier und Gesetzgeber, sondern auch sowohl bei der Finanzierung als auch beim Angebot direkter Leistungsanbieter. Die Eigentumsverhältnisse, v. a. bei den Krankenhäusern sind wieder entsprechend den administrativen Ebenen aufgeteilt. So haben die Kreise die (finanzielle) Verantwortung für die Kreiskrankenhäuser, die Gemeinderegierungen für kommunale Kliniken bzw. Gesundheitszentren, etc. Eine ähnliche Aufteilung gilt ebenfalls für weitere Einrichtungen im staatlichen Eigentum. Das Gesundheitsministerium unterhält und kontrolliert über seine Unterabteilungen auf Provinz- und Kreis-/Stadtebene z. B. eine Vielzahl von Instituten wie die Provinz-Center für Krankheitskontrolle und Vorsorge, Institute für Mutter- und Kindgesundheit (MCC), Chinesische Medizin, endemische Krankheiten, TB-Kontrolle und Schistosomiasis (in befallenen Provinzen). Auf Gemeindeebene fehlt zwar ein eigenständiger Verwaltungskörper, der die Gemeindekliniken und weitere Einrichtungen kontrolliert und verwaltet, die jeweilige Regierungsebene ist jedoch teilweise finanziell für die Kliniken verantwortlich. Die Verwaltungsfunktionen auf Gemeindeebene werden stattdessen den Krankenhäusern auf dieser Ebene übertragen, die damit zwei Funktionen ausfüllen: die Verwaltung und die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen. Ähnliches gilt für die Dorfkliniken oder Gesundheitsstationen.

2.2 Die Situation in den Städten

Wie auf dem Land führt auch in Chinas Städten die nach wie vor hohe wirtschaftliche Reformdynamik zu vielgestaltigen gesellschaftlichen Veränderungen und hat damit erhebliche Konsequenzen auf die Gesundheitspolitik. Die jüngsten Reformmaßnahmen stammen hier aus dem Jahr 1997 (Umsetzung ab dem Jahr 2000). Im Gegensatz zu den Reformbemühungen auf dem Land versuchte die Regierung allerdings nicht, alte Versicherungssysteme wiederzubeleben, die infolge des wirtschaftlichen Umgestaltungsprozesses zusammengebrochen sind. Ziel der Reformen war vielmehr die Neuausrichtung und Vereinheitlichung der nach wie vor bestehenden zwei Versicherungssysteme in den Städten. Die beiden alten Systeme aus MAOS Tagen, das »Government Insurance System« (GIS) und das »Labour Insurance System« (LIS) (siehe Box 2) sollten zu einem neuen, einheitlichen sozialen Versicherungssystem zusammengeführt werden, welches wieder nach dem Prinzip eines Umlageverfahrens kalkuliert werden und lohnbezogene Beiträge aufweisen sollte. Allerdings sollte der Risikoausgleich und die Kontrolle hinsichtlich der seit Transformationsbeginn ausufernden Kosten deutlich verbessert und die staatlichen Unternehmen damit entlastet werden. Entstanden ist daraus das »**Basic Health Insurance System« (BHIS).**

Box 5: Die Sozialversicherung in den Städten – GIS und LIS als soziale Krankenversicherung

Die Einführung der **Sozialversicherung** direkt 1949 in der verstaatlichte Industrie war schlichtes machtpolitisches Kalkül: Es musste die städtische Bevölkerung für die kommunistische Sache gewonnen werden, denn die Revolution kam vom Land in die Stadt. Auch galt es den Grundstein für die Bereitschaft der städtischen Bevölkerung hinsichtlich einer raschen nachholenden Industrialisierung zu legen. Das entsprechende Gesetz vom 26.02.1951 war im Prinzip bis Mitte der 1990er-Jahre gültig, teilweise sind dies auch noch einige Aspekte bis heute. Das Gesetz sah im Einzelnen eine differenzierte Lohnfortzahlung bei je nach Ursache einer zeitlich begrenzten oder auch dauernden Arbeitsunfähigkeit, eine z. T. unentgeltliche Krankenversorgung und ein Rentensystem vor.

Konkret wurde die Absicherung von Krankheitsrisiken von zwei verschiedenen Versicherungsprogrammen übernommen: dem »Government Insurance System« (公费医疗 *gongfei yiliao*) (GIS) oder auch »Public Medical Service Insurance« (PMSI) genannt, und dem »Labour Insurance System« (劳保医疗 *laobao yiliao*) (LIS), sowie im Einzelnen ergänzend von weiteren kleineren, genossenschaftlich organisierten medizinischen Programmen (合作医疗 *hezuo yiliao*) (ausführlich hierzu *Hu. T.-W. [1980], S. 229 ff.*). Zum Versichertenkreis des GIS, das 1952 ein Jahr nach den grundlegenden Arbeitsmarktreformen mit dem Erlass »*Regulation of Public Service Medical Scheme*« eingeführt wurde, gehörten Regierungsmitglieder, Rentner/Pensionäre, (dauerhaft behinderte) Veteranen sowie das Lehrpersonal und Studenten der Universitäten. Der Versicherungsschutz des LIS, das schon ein Jahr früher 1951 mit den grundlegenden Arbeitsmarktreformen zur sozialen Sicherung, genauer mit dem Erlass »*The Regulation on Labour Insurance of the People's Republic of China*« für alle Staatsbetriebe mit über 100 Beschäftigten umgesetzt wurde, erfasste dagegen Arbeitnehmer der staatlichen Unternehmen, deren Angehörige (wenn diese nicht bereits selbst vom GIS oder LIS erfasst wurden) und die Rentner der Betriebe. Beide Versicherungsprogramme finanzierten sich mehr oder weniger durch Gelder der Zentral- und Lokalregierung. Allerdings waren nur Angestellte und Arbeiter von Staatsunternehmen mit mehr als 100 Beschäftigten vom LIS automatisch erfasst. Kleinere staatliche Betriebe und Industrien im Eigentum der Distrikt- oder »Straßenkomitees« (Kreis- oder Stadtebene) konnten freiwillig am Versicherungsprogramm des LIS partizipieren. Jährlich wurde von jedem Unternehmen ein bestimmter Prozentsatz der gesamten Lohnsumme für einen Sozial- bzw. Wohlfahrtsfonds festgelegt, aus dem sich die Leistungen des LIS für die Arbeitseinheit finanzierten (offiziell als Anteil der Produktionskosten, die anfangs um 2% - 3%, dann 5% - 6% schwankten). Die Leistungen des GIS wurden dagegen gänzlich aus zentralen und lokalen Steuermitteln gedeckt.

Beide Programme boten umfassende Versicherungsleistungen für ihre Mitglieder. Sowohl die ambulante als auch die stationäre Versorgung waren kostenlos. Ausnahmen galten allerdings für Angehörige, die nicht direkt versichert waren. Hier wurden nur 50% der entstandenen Kosten, diese jedoch ohne weitere Einschränkungen z. B. für Arzneimittel, erstattet. Generell konnten aber alle ordentlichen Versicherungsnehmer medizinische Güter jeglicher Qualität und Quantität, d. h. ohne finanzielle Begrenzung nachfragen. Der Versicherungsschutz für Angestellte und Arbeiter kleinerer Unternehmen war ähnlich dem der Bauern auf dem Land. Die Arbeitnehmer der Firmen waren meistens versichert, was jedoch nicht zwangsläufig auf ihre Angehörigen zutreffen musste. Hier galt zudem für in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen grundsätzlich das Kostenerstattungsprinzip.

Zwischen 1951 und 1985 spielten beide Versicherungsprogramme eine zentrale Rolle bei der Absicherung von Krankheitskostenrisiken und bei der medizinischen Versorgung in den Städten der VR China. Jedem Bürger wurde so mit einem Beschäftigungsverhältnis im öffentlichen Sektor eine kostenlose oder nur mit minimalen Kosten versehene medizinische Versorgung angeboten (Garantie einer medizinischen Basisversorgung). Allerdings kamen gerade einmal 10% der chinesischen Gesamtbevölkerung in den umfassenden Schutz des danwei-Systems (LIS) und nur 2% fielen unter den Schutz des GIS und seinen Privilegien.

2.2.1 Versicherungsschutz: Das BHIS

2.2.1.1 Finanzierungssystematik und Versichertenkreis des neuen BHIS

Wie auf dem Land, so kann auch in den Städten die Finanzierungsfrage gerade in Detailspekten nicht einheitlich für die gesamte VR beantwortet werden. Insbesondere welche Gewichtung einzelne Finanzierungsquellen für verschiedene Beitragszahlergruppen haben und welchen Umfang und Inhalt der Versicherungsschutz aufweist, kann je nach lokalen Gegebenheiten unterschiedlich ausfallen.⁸¹ Allerdings kann grob die übergeordnete Finanzierungssystematik des BHIS dargestellt werden. Quellen sind auch hier wieder die offiziellen Dokumente und die ersten Erfahrungsberichte mit dem neuen Versicherungsprogramm.

Ausgangspunkt der Finanzierung des BHIS ist ein Umlageverfahren und eine lohnbezogene Beitragsbemessung und -erhebung. Die finanzielle Belastung der Beitragszahlung trägt allerdings nicht mehr wie in der alten städtischen Krankenversicherung, v. a. im Falle des LIS, das Unternehmen, welches eine Versicherung exklusiv nur für seine Angestellten und deren Verwandte führte. Im BHIS wird die finanzielle Verantwortung zwischen der Regierung und den einzelnen Individuen neu aufgeteilt. Die finanzielle Rolle der Unternehmen wird deutlich reduziert.⁸² Hierzu gehört auch, dass das operative Management bzw. die Verwaltung den lokalen Verwaltungsbehörden des Ministeriums für Arbeit und Soziale Sicherheit (MOLSS) obliegt. Diese haben zudem umfassende Entscheidungs- und teilweise auch Verfügungsrechtskompetenzen (siehe Verwaltung und gesundheitspolitische Kompetenzen).

Im Einzelnen werden von den offiziellen Dokumenten der Regierung insgesamt fünf Finanzierungsquellen genannt:

1. **Sozial-Fonds:** Jedes Kommunal- bzw. Stadtamt des MOLSS verwaltet als staatliche Versicherungsagentur einen Versicherungspool, den sog. »*Social Pooling Fund*« (SPF) der eingeschriebenen Population. Dieser Fonds wird allein durch (lohnabhängige) Beiträge der Arbeitgeber finanziert (zumeist 5% - 8% der durchschnittlichen Lohnsumme eines Unternehmens)⁸³ und ist dafür gedacht, Kosten für stationäre und einige teure ambulante Behandlungen zu decken. Es besteht allerdings keine Gefahrengemeinschaft zwischen den einzelnen Städten, sondern jede Stadtverwaltung managt den Versicherungspool unabhängig und separat.
2. **Gesundheitskonten:** Jeder Arbeitnehmer verfügt darüber hinaus über ein individuelles MSA bzw. einen *individuell gepoolten Fonds* (IPF), aus dem v. a. die Kosten für die ambulante Versorgung und die stationären Zuzahlungen zu begleichen sind. Die Gelder für die MSA werden sowohl von den Arbeitnehmern selbst als auch wieder von den Arbeitgebern (als zumeist altersabhängiger prozentualer Anteil des Lohns) eingebracht. Eine Übertragung des gesparten Vermögens aus den MSA an Verwandte ist möglich. Eine ausgewogene Balance dieser Konten obliegt dagegen der Verantwortung der Regierung. Hierfür wird eine Sicherheitsrücklage von drei Monatsgehältern genannt.⁸⁴ Obwohl sich die einzelnen Beiträge – zum Sozialfonds wie zu den MSA – am Einkommen bzw. an Lohnzahlungen der Unternehmen bemessen, also auf einem Umlageverfahren basieren, ist den Städten auch die Möglichkeit eingeräumt worden, einige Elemente des Äquivalenzprinzips, wie eine Riskoadjustierung z. B. nach dem Alter, bei der Beitragsgestaltung der MSA vorzunehmen.

Auch wenn individuelle Gesundheitskonten und Sozialfonds zwei getrennte Finanzierungsquellen darstellen, gehören sie oftmals organisatorisch unmittelbar zusammen. Z. B. zahlten Arbeitgeber in Beijing 2001 9% der gesamten Lohnsumme (Gehälter und andere Vergünstigungen)⁸⁵ aus dem Vorjahr an das lokale

⁸¹ Siehe auch nachfolgende Ausführungen zum Management des neuen Programms. Daher dienen die angeführten Prozentangaben vielmehr der Orientierung und haben zudem eher einen historischen als denn einen aktuellen Wert.

⁸² Vgl. HINDLE, D. (2000), S. 125.

⁸³ Vgl. XU, L. / WANG, Y. / U. A. (2007).

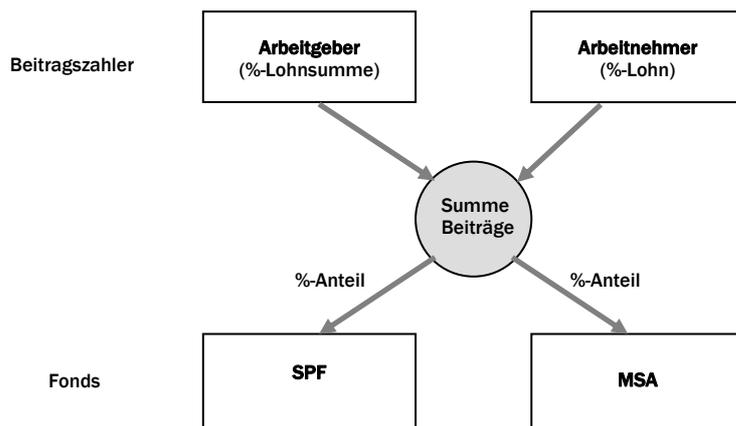
⁸⁴ Vgl. STATE COUNCIL (1998a, b).

⁸⁵ Allerdings ist bisher unklar, wie diese Zusatzzahlungen und Boni erfasst werden sollen, da sie regelmäßig nicht der Regierung gemeldet werden.

MOLSS-Büro, welches die eingesammelten Prämien auf die beiden zentralen Finanzierungselemente des BHIS (SPF und MSA) aufteilt. Angestellte und Arbeiter überwiesen dagegen direkt 2% ihres vorjährigen Einkommens (Gehalt und andere Zusatzleistungen) über das MOLSS-Verwaltungsbüro an ihren individuellen Fonds (MSA). Dabei galten folgende Mindestbeitragsregelung und Beitragsbemessungsgrenze (maximale Belastung): Es mussten mindestens Beiträge für 60% des Durchschnittseinkommens abgeführt werden, auch wenn im Einzelfall weniger verdient wurde, maximal jedoch bis zu einer Höhe von 300% des städtischen Durchschnitts. Die Aufteilung des Arbeitgeberanteils auf die individuellen MSA nahmen die städtischen Behörden nach folgendem Verteilungsmuster vor: Abhängig vom Alter erhielten unter 34-Jährige 0,8% des jeweiligen Durchschnittslohns auf ihrem Konto gutgeschrieben, 1% erhielten 34 bis 44-Jährige, und 2% alle über 45 Jahren. Daneben wurden 4,3% den MSA der verrenteten oder pensionierten Bediensteten zugeteilt, die zu diesem Zeitpunkt jünger als 70 Jahre alt waren und 4,8% allen über 70-Jährigen.⁸⁶

Auch in Shanghai wurden 2001 die Beiträge von Arbeitgebern (12%) und Arbeitnehmern (2%) an einen vorgelagerten BHIS-Fonds (bestehend aus MSA und Sozialfonds) überwiesen,⁸⁷ und die Aufteilung des Zahlungsanteils der Arbeitgeber in die MSA richtete sich nicht nach dem individuellen Lohnverhältnissen, sondern nach dem gesamten Durchschnittsverdienst in Shanghai (2001: 14.000 RMB).⁸⁸ 2001 lag der Verteilungsschlüssel für die MSA z. B. konkret bei 0,5% für alle Beschäftigten unter 34 Jahren und erreichten einen bis zu 4,5%-igen Lohnanteil für über 75-Jährige.

Abbildung 9: Finanzierungsstruktur der MSA und des SPF



Quelle: KÖSTER, A.-D. (2008), S. 277

- Zuzahlungen:** Die dritte Finanzierungsquelle sind *private Zuzahlungen* der Arbeitnehmer. Diese bestehen aus einem in jedem Fall zu zahlenden anfänglichen Selbstbehalt (Mindestabzug bei Erstattung durch den Versicherungspool), einer vollständigen Kostenübernahme nach Überschreiten einer festgesetzten, erstattungsfähigen Höchstgrenze sowie proportionalen Selbstbeteiligungen für die in Anspruch genommenen sowohl ambulanten als auch stationären Leistungen. Der anfängliche Selbstbehalt wurde dabei in der »Regierungsversion« auf 10% des jährlichen Durchschnittseinkommens und die Kappungsgrenze (bis zu der die Versicherung erstattet) auf die vierfache Höhe des durchschnittlichen Jahreseinkommens festge-

⁸⁶ Das Geld in den individuellen MSA ist in Beijing nicht nur übertrag- und vererbbar, es kann auch und für den Fall des Wegzuges in eine andere Stadt, in der kein ähnliches Krankenversicherungssystem besteht, individuell ausgezahlt werden; vgl. WU, M. / XIN, Y. / U. A. (2005), S. 43 f. zu den vorangegangenen Ausführungen, die sich auf selbst auf den herausgegebenen Reformplan der Staatregierung beziehen. Zu Anfang war es allerdings noch offen, ob die Gelder aus den MSA zwingend an medizinische Kosten gebunden sein müssen. 2004 zeichneten sich die Entwicklungen dahingehend ab, dass eine gesetzliche »Zweckbindung« angestrebt wird, die Gelder also nicht frei verfügbar für die einzelnen Individuen sind.

⁸⁷ Vgl. HU, Y. (2000).

⁸⁸ 2001-Werte; der Umrechnungskurs lag 2001 zwischen ca. 9 – 11,5 (Ø 10) Yuan : 1 €.

legt. Die weiterhin zu leistenden proportionalen Zuzahlungen liegen bei allen stationären Leistungen bei rund 10% der Versicherungsverbindlichkeiten⁸⁹.

4. **Private Zusatzversicherungen:** Weil Sozialfonds und individuelle Sparkonten ineffizient bei der Deckung bestimmter, sehr teurer Behandlungsmethoden sind, hat die Regierung den Angestellten nahe gelegt, unterstützende *private Zusatzversicherungen* abzuschließen. Hier sind aber noch neben einer kommerziellen Variante verschiedene Methoden in der Testphase. Zu diesen gehören auch, dass einzelne Arbeitgeber für ihre Angestellten einen ergänzenden Versicherungspool anzubieten haben.⁹⁰ Inzwischen haben einige Städte diesen ergänzenden Versicherungspool gesetzlich den öffentlichen Arbeitgebern vorgeschrieben, um damit private, kommerzielle Versicherungen zu unterbinden.⁹¹
5. **Staatliche Subventionen:** Schließlich bestehen *Subventionszahlungen* der Regierung für einige Versicherungsaspekte v. a. indirekter Natur. Z. B. werden die Verwaltungskosten der städtischen Arbeitsämter durch die allgemeinen Steuereinnahmen gedeckt und nicht aus den einzelnen Beiträgen finanziert. Entsprechendes gilt auch für die nach wie vor bestehenden, wenn auch geringen Subventionszahlungen an die »staatlichen« Leistungsanbieter.

Zu beachten ist ferner, dass die Beiträge für die verrenteten Angestellten der Arbeitgeber allein trägt. Die Rentner selbst sind von Beitragszahlungen ausgenommen.⁹² Zudem bestehen zusätzliche Vergünstigungen für Regierungsangestellte und Staatsbeamte (Parteikader).⁹³ Dies ist v. a. auch deshalb der Fall, um zum einen den Wechsel der bislang hoch privilegierten Bevölkerungsschicht in das neue Programm zu erleichtern (z. B. in Form der Reduktion der Wechselkosten), und um zum anderen der nach wie vor hohen Stellung des Alters in der Gesellschaft (Privilegiengewährung) gerecht zu werden.

Zum Versichertenkreis des neuen BHIS gehören nämlich entsprechend der Vereinheitlichung der alten Systeme sowohl Angestellte bzw. Rentner/Pensionäre des öffentlichen Sektors und Betriebe als auch Staatsbedienstete, Parteikader, Universitätsangehörige und bestimmte Gruppen von Veteranen (siehe auch Tabelle 14 für Shanghai). Anders jedoch als in den alten Systemen zählen Angehörige und Familienmitglieder der Staatsbediensteten nicht mehr zum Versichertenkreis. Des Weiteren sind auch Arbeitslose, Selbständige, Arbeiter und Angestellte der Privatwirtschaft und die ländlichen Wanderarbeiter ohne dauerhafte Aufenthaltsgenehmigung nicht Teil des gesetzlichen Versichertenkreises. Ihnen steht aber oftmals, wie z. B. in Shanghai und Beijing die freiwillige Partizipation an den Programmen offen. Voraussetzung ist aber, dass sie oder ihre Unternehmen bereit sind, die entsprechenden Beiträge zu zahlen. In Shanghai gab zudem die Stadtregierung 2006 bekannt, dass für eine genau definierte Population von nicht versicherten Alten (für jene über 70 Jahre) die Partizipation an dem neuen Versicherungsprogramm (ohne eigene Beitragszahlungen) möglich sei.⁹⁴ Eine bevorzugte Stellung nehmen pensionierte Veteranen der Revolutionsgarden und der Volksbefreiungsarmee, sowie pensionierte und angestellte höhere Parteikader ein. Hier galt und gilt das neue System nicht. Sie genießen weiterhin einen vollen Versicherungsschutz durch die Regierung (sog. »blue card«).

⁸⁹ Damit sind die Gesamtsumme der Ausgaben abzüglich der anfänglich zu leistenden Zuzahlungen und der unversicherten Leistungen gemeint.

⁹⁰ Die chinesische Regierung hat hier – allerdings unverbindlich – vorgeschlagen, dass diese Fonds nicht mehr als 4% des Einkommens der Angestellten als Beitragseinnahmen fordern sollten.

⁹¹ Vgl. HINDLE, D. (2000), S. 126.

⁹² Allerdings ist für die Rentner die Kostenübernahme nach wie vor strittig. In der Praxis haben daher einige Provinzen die ehemaligen Arbeitgeber aufgefordert, höhere Beiträge zu zahlen. Andere gebrauchen hierzu Gelder aus den SPF zur Umverteilung; vgl. LIU, X. / YI, Y. (2004), S. 34.

⁹³ Diese Vergünstigungen erfolgen über Zuschüsse aus einem eigenen, separat vom SPF zu managenden Regierungsbudget, dessen Einrichtung im Mai 2000 vom Staatsrat an das MOLSS und Finanzministerium angewiesen wurde. Ziel ist es, dass sich der ehemalige Versichertenkreis des GIS (konkret: Parteikader, Angestellte der Regierungsorganisationen, Vertreter des Volkskongresses und der politischen Konsultativkonferenzorganisationen, der juristischen und gesetzgebenden Organe und von weiteren Organisationen, die zum Staatssystem der VR gehören), nicht schlechter im neuen BHIS stellt; vgl. LIU, X. / YI, Y. (2004), S. 37 f.

⁹⁴ Vgl. SHANGHAI HEALTH INSURANCE BUREAU / SHANGHAI LABOUR AND SOCIAL SECURITY BUREAU (EDS.) (2006).

Tabelle 14: Cost Sharing Plans (BHIS) in Shanghai

<i>Gegenstand</i>	<i>Praktische Umsetzung</i>
Absicht/Zielsetzung des neuen Systems	Verbesserung des Riskpoolings und der Kostenkontrolle
Versicherte Population	Öffentlicher und durch die Regierung kontrollierter Sektor; Arbeitnehmer und Rentner/Pensionäre
Beitritt	Gesetzlich zwingend für o. a. Versichertenkreis
Verwaltung der MSA und SPF	Gesetzliches Versichertenbüro
Beitragszahler für die MSA Beitragszahler für die SPF	Arbeitgeber und Arbeitnehmer Arbeitgeber ⁹⁵
Beiträge zum MSA-Fonds Beiträge zum SPF	Fester, altersabhängiger %-Anteil des Einkommens/Gehalts Fester %-Anteil des Einkommens/Gehalts
Gewährter Versicherungsschutz	Nur für eingeschriebene Versicherte
Finanzierungsstufen für medizinische Versorgungsleistungen	1. Medical Savings Accounts (MSA) 2. Selbstbehalte (out-of-pocket) 3. »Sozialfonds« (Risk Pooling)

Quelle: In Anlehnung an *DONG, W. (2003)*, S. 227

Durch die Reduktion des anspruchsberechtigten Versichertenkreises kam es nicht zu einer Ausweitung der Versichertenquote in den Städten.⁹⁶ Sie betrug 2003 für das BHIS 30,4% (2004: 34,1%)⁹⁷. GIS und LIS erreichten zusammen nur noch 8,6%.⁹⁸

Tabelle 15: Versicherungsschutz der städtischen Bevölkerung 1998 und 2003

	1998	2003
Staatlich organisierte Versicherungsprogramme	44,3%	39%
BHIS	---	30,4%
GIS	16%	4,0%
LIS	28,7%	4,6%
Kommerzielle und nicht kommerzielle Versicherungen	11,1%	12,2%
Kollektive Versicherungen	2,7%	6,6%
Andere nicht kommerzielle Formen	5,1%	4,0%
Kommerzielle Krankenversicherungen	3,3%	5,6%
Kein Versicherungsschutz	44,1%	44,8%

Quelle: In Anlehnung an *KÖSTER, A.-D. (2008)*, S. 296

⁹⁵ Inwieweit ggf. auch die Arbeitnehmer an den Beitragszahlungen für den SPF beteiligt sind, bleibt in einigen Quellen u. a. *DONG, W. (2003)* unklar. Offiziell sind nur die Arbeitgeber Beitragszahler; vgl. *XU, L. / WANG, Y. / U. A. (2007)*.

⁹⁶ Dies lag v. a. daran, dass ein großer Teil der bis dahin mitversicherten Familienangehörigen von dem neuen System automatisch nicht mehr erfasst wurden. Ähnliches gilt für Schüler und Studenten. Damit hatten die alten Systeme eine höhere interne Umverteilungskomponente.

⁹⁷ Vgl. *MOLSS (2005)*.

⁹⁸ Im alten System verblieben v. a. staatliche Behörden mit einem hohen Anteil an Parteifunktionären und Unternehmen mit einer eher gesunden Belegschaft. Auch Veteranen der Roten Armee und der Volksbefreiungsarmee sowie pensionierte Parteikader verblieben im GIS. Sie genießen dort weiterhin eine freie medizinische Behandlung. Zudem ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den veröffentlichten Werten um nationale Zahlen handelt. Regionale Schwankungen, die z. T. erheblich ausfallen, sind nicht berücksichtigt; vgl. *XU, L. / WANG, Y. / U. A. (2007)*; *LIU, X. / YI, Y. (2004)*, S. 40.

Tabelle 16: Anzahl der Versicherten des neuen BHIS 2002-2005

	2002	2003	2004	2005
Anzahl, davon	76 Mio.	109,0 Mio.	124,0 Mio.	137,1 Mio.
Angestellte/Arbeiter		79,7 Mio.	90,4 Mio.	99,6 Mio.
Rentner/Pensionäre		29,3 Mio.	33,6 Mio.	37,5 Mio.

Quelle: Selektive Daten aus *NBS OF CHINA (ED.) – STATISTICAL COMMUNIQUÉ SOCIAL SECURITY (2003-2006)*

2.2.1.2 Umfang des Versicherungsschutzes

Die gesetzlich verpflichtenden Anteile des Versicherungsprogramms sind nur dahingehend ausgestaltet, dass sie medizinische Grundleistungen abzusichern. Wie im Falle des NCMS auf dem Land handelt es sich bei dem BHIS um keine Vollversicherung, sondern um eine einfache Basiskrankenversicherung. Die Grundleistungen werden durch die Zentralregierung durch die Herausgabe von Positivlisten, den sog. »Essential-Drug-List«⁹⁹ und »Essential-Service-List«¹⁰⁰ definiert. Die Listen geben an, welche Leistungen und Medikamente vom neuen System gedeckt werden und welche nicht.

Inwieweit die Gelder aus den Fonds und MSA für diese Leistungen aufgewandt werden müssen, existieren jedoch keine einheitlichen Vorgaben. Im Wesentlichen existieren zwei Varianten zur Nutzung der Gelder aus MSA, SPF und den weiteren Finanzierungsquellen zur Deckung der versicherten Leistungen: Das »Compartment-Modell« und das »Pathway-Modell«. Am häufigsten angewandt wird das »Compartment-Modell«¹⁰¹ (Tabelle 17). Hier werden die Gelder der einzelnen Finanzierungsquellen leistungsspezifisch genutzt.¹⁰² Beispielsweise kommt der SPF für stationäre Leistungen auf, während die MSA für ambulante Leistungen und private Zuzahlungen zu nutzen sind. Diese Form wurde ursprünglich in Hainan getestet. Das »Pathway-Modell« wurde dagegen ursprünglich im bekannten *Two-Jiang*-Projekt angewendet, auf welchem die Idee des BHIS fußt (siehe Reformgeschichte). Das »Pathway-Modell« unterscheidet sich insofern von der Finanzierungshierarchie im »Compartment-Modell«, als dass die MSA und SPA rein hierarchisch in einer fest gelegten Reihenfolge – unabhängig von der Leistungsart – zahlen. Die entstandenen Kosten werden in Anlehnung an ein dreistufiges Reimbursement-System bezahlt. Zuerst werden bei medizinischer Leistungsanspruchnahme Zahlungen aus den MSA geleistet (1. Stufe). Sind diese »leer«, sind die Versicherten aufgefordert einen Selbstbehalt von ca. 8 - 10% ihrer individuellen jährlichen Lohsumme für die Behandlungskosten privat zu zahlen (2. Stufe). Erst dann werden als 3. Stufe die weiteren Behandlungskosten aus Geldern des SPF beglichen.¹⁰³

⁹⁹ Diese Liste beinhaltet Kategorien westlicher oder traditioneller Medikamente, die jeweils wiederum Arzneimittel von einem definierten Typ A und B einschließen. Jeder Typ spiegelt dabei i. W. verschiedene Marken und Hersteller des entsprechenden Wirkstoffes/Medikaments wider. Die Lokalregierungen sind gehalten nicht mehr als 15% der Arzneimittel vom Typ B der Liste zuzufügen.

¹⁰⁰ Kriterien für den Einschluss in die nationale Serviceliste sind a) klinische Notwendigkeit, Effektivität, Sicherheit und angemessene Kosten; b) Preise müssen durch das Preisamt gesetzt sein; 3) Diagnose ist durch entsprechend anerkannte Leistungserbringern erfolgt; vgl. *LIU, X. / YI, Y. (2004)*, S. 39. Z. B. sind kosmetische Operationen ausgeschlossen, wohingegen die Kosten für einen Herzschrittmacher teilweise übernommen werden. Im Sommer 2004 gab die Regierung durch die Medien bekannt, dass die »long-awaited list« nunmehr sich aus über 800 traditionellen Substanzen und nahezu 1.000 Produkte der westlichen Medizin zusammensetzt. 2000, als die Regierung den ersten Medizin-Katalog herausgab, waren nur 415 traditionelle und 725 westliche Produkte aufgeführt; vgl. *FU, J. (2004a)*.

¹⁰¹ Das Compartment-Modell selbst wird von einigen Autoren noch weiter unterteilt; vgl. z. B. hierzu ausführlich *LIU, X. / YI, Y. (2004)*, S. 40.

¹⁰² Im Gegensatz zum Pathway-Modell erfordert diese Vergütungsvariante ebenfalls die Definition klar umgrenzter Versicherungsleistungen. Dementsprechend wurden schon zu Anfang in Hainan drei umfassende Leistungsbücher entworfen: eine »Essential-Drug-List« (1.609 Arzneimittel in 1997), eine »Disease-List« (401 Krankheiten in 1997) und ein »Pricing-Schedule«. Nur die gelisteten Leistungen (Positivliste) werden durch das BHIS bezahlt; vgl. *WANG, F. (1998)*, S. 34 ff; *WANG, H. (1999)*, S. 40 ff.

¹⁰³ Vgl. so auch *WORLD BANK / IBRD (EDS.) (1997)*, S. 58, Box 7.1; zur allgemeinen Charakteristik *WORLD BANK (2005e)*, S. 6 f, Box 2.

Tabelle 17: BHIS-Programme in einigen ausgewählten Städten/Provinzen

	<i>Startpunkt</i>	<i>Finanzierung (Arbeitgeber + Arbeitnehmer)</i>	<i>Kappungsgrenze (Yuan)*</i>	<i>Modeltyp</i>
Beijing	01.04.2001	9% + 2%	50.000	Compartment
Zhenjiang	01.01.1995 01.01.2002	9% + 2%	30.000	Pathway
Shanghai	01.12.2000	10%/12% + 2%	56.000	Compartment
Hangzhou	01.0.2003	8% + 2%	40.000	Compartment
Nanjing	01.01.2001 01.02.2002	8% + 2%	40.000	Compartment
Qingdao	01.07.2000	8% + 2%	n. a.	Compartment
Dalian	01.05.2000	8% + 2%	38.000	Compartment
Chendu	01.01.2001	7,5% + 2%	n. a.	Compartment
Shenzhen	01.07.1996 01.07.2003	6% + 2%	Differenziert	Pathway
Wuhan	31.10.2001	8% + 2%	n. a.	Compartment
Hainan	01.07.2001	6% + 2%	n. a.	Compartment

*Kappungsgrenze des SPF zum Startzeitpunkt des BHIS

Quelle: *LIU, G. / NOLAN, B. / WEN, CH. (2004), S. 8, Tabelle 1*

In den beiden bereits als Beispiel benutzen Städte Beijing und Shanghai wird das »Compartment-Modell« verwendet. So sind die Gelder aus den MSA in Beijing für die ambulante Versorgung, den Besuch der Notaufnahme von Krankenhäusern, Arzneimittel bei vertraglich gebundenen Apotheken, sowie für alle Ausgaben, die unterhalb des Versicherungsniveaus liegen oder die das Versicherungslimit des SPF überschreiten, vorgesehen. Der SPF zahlt dagegen für alle stationären Ausgaben und für ausgesuchte, sehr teure ambulante Behandlungsmethoden wie Chemotherapie und Dialyse. Um einen Anreiz hinsichtlich der in Anspruch genommenen Anbieter zu setzen, variieren die Zuzahlungen und Selbstbehalte nach verschiedenen Einrichtungen und Spezialisierungsgrad der Krankenhäuser. Für Krankenhäuser auf der tertiären Ebene übernimmt der Versicherungsfonds 80% der Kosten bei Rechnungen bis 10.000 Yuan, 85% der Kosten bei Ausgaben zwischen 10.000 und 40.000 Yuan, und 95% für Kosten oberhalb von 45.000 Yuan. Die Selbstbehalte werden gewöhnlich ebenfalls aus den MSA beglichen, wobei diese mit abnehmendem Versorgungsgrad wieder sinken. Wie in Shanghai liegt die Höchstgrenze der erstattungsfähigen Kosten beim vier-fachen des durchschnittlichen Jahreseinkommens der Stadt und stimmt damit den vorgeschlagenen Rahmenbedingungen der Regierung überein.¹⁰⁴

In Shanghai ist dagegen der SPF dahingehend ausgestaltet, dass er für die stationären Kosten, Notfallbehandlungen und die Kosten von schwerwiegenden (und teuren) Erkrankungen (von 1.400 – 56.000 Yuan [2001]) aufkommt. Die MSA sind technisch in den individuellen Krankenversicherungskarten integriert und fangen wie in Beijing insbesondere die Zuzahlungen auf. Der individuelle Versicherungsschutz variiert auch hier noch einmal zusätzlich nach dem Alter, z. B. unterteilt in jung, mittleres Alter oder alt, dem individuellen Einkommen und dem Arbeitnehmerstatus, z. B. angestellt oder verrentet. Insgesamt genießen Alte und Rentner gemäß dem Senioritätsprinzip den höchsten Versicherungsschutz in Shanghai. Einen Überblick über den Versicherungsschutz bzw. die Kostenübernahme bei stationären und ambulanten Leistungen gibt nachfolgende Tabelle:

¹⁰⁴ Vgl. *WU, M. / XIN, Y. / U. A. (2005), S. 43.*

Tabelle 18: Versicherungsleistungen des BHIS in Shanghai

Übernahme der Kosten bei stationärer Versorgung (Shanghai 2001)					
Altersgruppe	Anfängliche Out-of-pocket-Zuzahlung		Kappungsgrenze (Yuan)**	Kostenanteil des Patienten	Selbstbehalt oberhalb der Kappungsgrenze
	% LYSAW*	Gegenwärtige Rate (Yuan)			
Rentner †	5%	700	56000	8%	20%
Arbeitnehmer	10%	1400	56000	15%	20%

* Ø Jahreseinkommen des vergangenen Jahres

** 4-fache Höhe des Ø Jahreseinkommens des vergangenen Jahres

† Pensionierte bzw. verrentete Veteranen des Militärs sind nicht eingeschlossen

‡ Neueinstellungen ab dem Jahr 2001

Übernahme der Kosten bei ambulanter und Notfall-Versorgung (Shanghai 2001)					
Altersgruppe	Medical Saving Account (Yuan/Jahr)	Anfänglicher Selbstbehalt (out-of-pocket) (Mindesthöhe)	Kostenanteil des Patienten (in Krankenhäusern der 1., 2. und 3. Versorgungsstufe)		
			Arbeitnehmer (%)	Rentner (%)	
Rentner †	560/630	280 (2%)	-	10/15/20%	
45 + Jahre	> 490	1400 (10%)	30%	15/20/25%	
34-44 Jahre	> 420	1400 (10%)	40%	30/35/40%	
< 34 Jahre	> 350	1400 (10%)	50%	45/50/55%	
Neueinstellungen‡	> 350	1400 (10%)	100%	45/50/55%	

Quelle: In Anlehnung an DONG, W. (2003), S. 228

2.2.1.3 Verwaltung des BHIS

Auch beim BHIS ist der Staat Leistungsanbieter des Versicherungsschutzes. Dies wird hier von den Behörden des Ministeriums für Arbeit und Soziale Sicherheit auf Stadt-/Präfektorebene wahrgenommen. Konkret obliegt die operative Verantwortlichkeit den kommunalen Verwaltungseinrichtungen des Ministeriums, den sog. Versicherungsagenturen oder Social Insurance Bureaus (SIBs). Zum Management des BHIS verfügen sie über umfassende Entscheidungs- und teilweise auch Verfügungsrechtskompetenzen. Insbesondere haben sie eine Entscheidungshoheit in Detailfragen der Programmausgestaltung und bei Verträgen mit den Leistungsanbietern. Die zum BHIS herausgegebenen Dokumente des Staatsrats dienen lediglich als Handlungsanleitung bzw. Orientierung und bilden den Rahmen für einige grundsätzliche Programmmerkmale. Sie gewähren keinen Rechtsanspruch auf die dort genannten Inhalte und Leistungen.

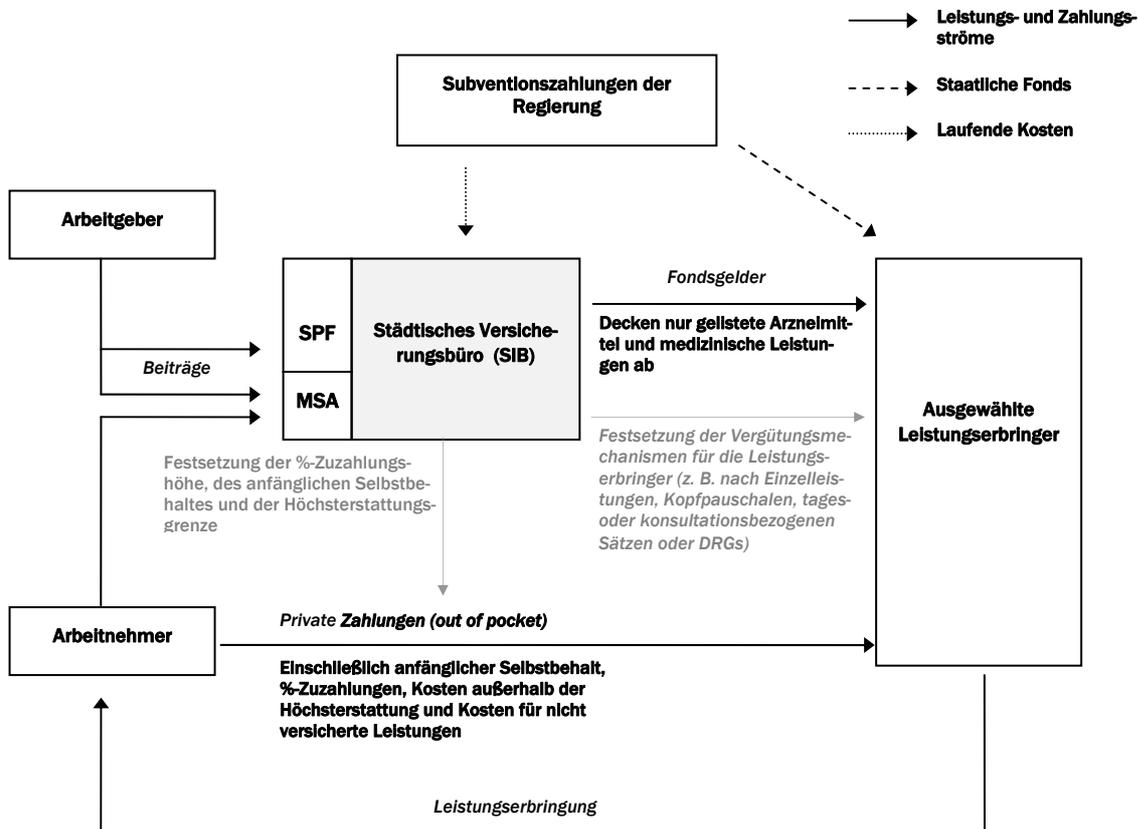
In der Verwaltung der Gelder und Leistungssteuerung haben die Mitarbeiter des SIBs einen Großteil ihrer Arbeiten weiteren Behörden abzustimmen, v. a. mit den städtischen und kommunalen Arbeitsverwaltungen und den Gesundheitsministerium. Z. B. behalten die städtischen Gesundheitsämter weiterhin die Kontrolle über die Gesundheitspolitik im engeren Sinne und die Kontrolle der Leistungserbringer. Die Vergütung der Mitarbeiter (Personalkosten) und weitere Verwaltungskosten werden aus allgemeinen Steuermitteln gedeckt und nicht von den Beiträgen zum BHIS bezahlt.

Die sozialen Krankenversicherungsbüros auf der Stadt- bzw. Landebene (SIB) sind die Vertretungen, welche konkret die Versicherungsprogramme umsetzen. Weil das BHIS auf der Stadt- bzw. Präfekturalebene organisiert ist, wird zusätzlich noch eine intermediale Agentur, die als »BHIS Service Center« bezeichnet wird, geführt. Sie ist zuständig für die Einsammlung der Versicherungsprämien, dem Fonds-

management und dem zentralen Einkauf von Gesundheitsleistungen der vertraglich gebundenen Anbietern (Vergütungskompetenz).¹⁰⁵

Zusammenfassend gibt noch einmal Abbildung 10 einen allgemeinen Überblick über die Grundstruktur des neuen Systems:

Abbildung 10: Zusammensetzung des neuen BHIS



Quelle: KÖSTER, A.-D. (2008) in Anlehnung an HSIAO, W. (1995)

2.2.2 Leistungsangebot in den Städten

2.2.2.1 Leistungserbringer und Angebotsstruktur

Zwar werden das Leistungsangebot für die Städte und das Land getrennt dargestellt, eine klare Trennung zwischen städtischer und ländlicher Gesundheitsversorgung – wie sie noch in der MAO-Ära gegolten hatte – ist aber nicht mehr aufrechtzuerhalten. Bedingt ist dies v. a. durch den Umstand, dass, obwohl die großen und gut ausgestatteten Krankenhäuser weiterhin in den Städten angesiedelt sind, diese nun auch häufig der Landbevölkerung bei entsprechender Zahlungsfähigkeit offen stehen. Eine Mobilitätsbeschränkung gibt es de facto für die Bauern nicht mehr. Denn damit ein solch privilegiertes System – höherwertige medizinische Versorgung mit einem umfassenden Versicherungsschutz in den Städten, eine einfache, zumeist nur rudimentäre Krankenversorgung und eine familienbezogene Sicherung über Kinder und Landzuweisung auf dem Land – funktionieren konnte, war es unter MAO unerlässlich, dass jedem Bürger sein »richtiger Platz« in der Gesellschaft zugewiesen wurde; oder anders ausgedrückt:

¹⁰⁵ Auch einige Städte arbeiten mit der PICC im Bereich des Managements und Prämienkalkulation zusammen.

»(T)he shutting doors of job opportunities in cities to rural farm labours.«¹⁰⁶ Dieser richtige Platz wurde durch das 1958 eingeführte Haushaltsregistrierungssystem (户口 hukou) sichergestellt.¹⁰⁷ Mit einem entsprechenden hukou (bzw. dann huji) war nicht nur die Zuweisung eines Wohnortes verbunden, sondern auch in den Städten die Zuteilung bzw. der Anspruch (Garantie) auf einen Arbeitsplatz, d. h. zu einer danwei und damit zu einer freien medizinischen Versorgung (»uniform recruitment and uniform work distribution«¹⁰⁸). Andererseits bedeutete dies eine erhebliche Einschränkung der individuellen Wahlfreiheit des Einzelnen und seiner Mobilität.

Zunächst gelten auch für die städtischen Leistungserbringer die Ausführungen wie für das Land dargelegt synonym. Dies sind insbesondere die Ausführungen zu den Kreiskrankenhäusern. Hier seien noch einmal »Wettbewerb statt Privateigentum«, »Produktionsverantwortung«, »Quersubventionen«, »staatliche Preisregulierung«, »Klassifikation in for-Profit- und not-for-Profit-Einrichtungen«, »Anreizverzerrungen« und eine »fehlende Wettbewerbsordnung« als die wichtigsten Stichpunkte genannt. Hinzu kommt in diesem Bereich, dass jegliche Koordination zwischen den einzelnen (staatlichen) Instanzen fehlt (Fragmentierung). Vielmehr bestehen ein Überangebot und ein Nebeneinander an Leistungserbringern, die eben aus der genannten historischen Situation (getrennte Versicherungssysteme) resultieren. Denn es existieren zum einen die städtischen Krankenhäuser der Regierung und die kommunalen Krankenhäuser der Kreisregierungen sowie zum anderen die betriebseigenen Häuser der größeren Unternehmen und Ministerien sowie die Kliniken des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Public Health System).¹⁰⁹ Hinzu kommen noch die Kliniken und Krankenhäuser des Militärs und privater Anbieter sowie internationaler Shareholdings bzw. Joint-Ventures (u. a. Sino-foreign-Joint-Ventures). Infolgedessen schwanken die Auslastungsraten bei durchschnittlich 65% erheblich. Z. B. liegen diese bei nur max. 40% in den Betriebskliniken, welche sich erst nach und nach für die gesamte Bevölkerung öffnen.¹¹⁰

Bei der Angebotsstruktur ist nach wie vor das sich unter MAO gebildete dreistufige Versorgungssystem – als Versorgungspyramide von primary bis tertiary care – sichtbar (Box 6). Allerdings sind auch hier in jüngerer Zeit strukturelle und organisatorische Veränderungen eingetreten. Das bisherige dreistufige Versorgungssystem wandelt sich langsam in Richtung einer zweistufigen Versorgungsstruktur. Straßen- und Distriktkliniken konvertieren zunehmend zu sog. Gemeinde-Gesundheitszentren (CHC) und Kommunalhäuser wandeln sich zu »städtischen Medizinzentren« (vertikale und horizontale Integrationsbewegungen).¹¹¹ Ende 2002 konnten über 2.406 CHC in 358 Städten gezählt werden.¹¹² Auch veränderten sich in den letzten Jahren, wie schon den Ausführungen zur Angebotsseite auf dem Land zu entnehmen

¹⁰⁶ HUANG, X. Q. / YANG, X. (1987), S. 151; vgl. so auch WONG, L. (1995). Dementsprechend war auch das gegenwärtig brisante Thema der Wanderarbeiter (auf mehr als 200 Millionen Menschen geschätzt) nicht existent. Denn dieses rigide Registrierungssystem wurde erst im Laufe der Transformation gelockert. D. h. aber auch, dass die heutigen Inkonsistenzen in der sozialen Sicherung gerade durch die damaligen »sozialen« Restriktionen geschaffen wurden (»Erbe«). Eine ähnliche Situation beschreibt aber auch SCHÖNFELDER für Europa, als die Armen infolge verbesserter Infrastruktur in großen Massen die Städte drangen; vgl. (1987), S. 24 ff., ausführlich hierzu auch PARTSCH, M. (1983).

¹⁰⁷ Das hukou, das im Jahr 1958 erlassen wurde, war (ist) eine gesetzliche verpflichtende Registrierung für alle Haushalte und wurde sowohl zur Datenerhebung als auch zur Mobilitätskontrolle eingesetzt. Das huji sorgte dann für eine weitere Zuordnung und Leistungskontrolle; vgl. ausführlicher z. B. AHMAD, E. / HUSSAIN, A. (1989/99), S. 252 u. Sec. 3.

¹⁰⁸ KORZEC, M. (1992), S. 19

¹⁰⁹ Vgl. WORLD BANK / IBRD (EDS.) (1997), S. 44.

¹¹⁰ Vgl. NBS OF CHINA (ED.) – STATISTICAL YEARBOOK (2006). Insgesamt gehörten 1999 44% aller Gesundheitseinrichtungen, 23% der Krankenhausbetten und 23% der Health Professionals zu den staatseigenen Betrieben (SOE). Jedoch deckten sie lediglich gut 15% aller ambulanten Behandlungsfälle und 12% der stationären Leistungen ab; vgl. LIU, X. / YI, Y. (2004), S. 57. Auch die Regierung ist sich dessen bewusst und zieht als Fazit für die Situation auf der Angebotsseite »Insufficient health resources co-exist with their waste« MOPH (1999). Daher ist sie insbesondere bemüht die Krankenhäuser der SOEs den lokalen Behörden zu unterstellen, was jedoch bislang von einem Großteil der Firmen, v. a. wirtschaftlich starken, blockiert wird, da diese Qualitätsverluste für sich befürchten.

¹¹¹ Die hierfür entsprechenden Reformen startete die Regierung 1997 im Zusammenhang mit der Einführung der regionalen Gesundheitsplanung. Ab 1999 förderte die Regierung dann auch formal die Entwicklung der CHC, welche zukünftig alleine die Primärversorgung wahrnehmen sollen. Zur Ausstattung und genauen »Rolle« dieser Zentren vgl. LIU, X. / YI, Y. (2004), S. 54 ff.

¹¹² Vgl. MOH (ED.) (2002a).

ist, die Eigentumsverhältnisse zunehmend und infolge des neuen Klassifikationssystems wird mit weiteren Privatisierungen gerechnet.

Neben diesen neuen organisatorischen Herausforderungen sahen sich die Anbieter nach Transformationsbeginn v. a. mit einer gestiegenen Nachfrage nach städtischen Krankenhausleistungen konfrontiert.¹¹³ Hauptsächlich rekrutierten sich diese Nachfragesteigerungen aus Wanderungsbewegungen ländlicher Patienten. Aber auch die Städter präferierten mit Öffnung des Krankenhausmarktes die höherwertigen Leistungen der Kommunalkrankenhäuser. Insbesondere die sich neu bildende Mittelschicht in den Städten nimmt zusammen mit den in der VR China arbeitenden Ausländern private Krankenhausleistungen und Joint-Venture-Angebote wahr.¹¹⁴ Die Präferenz der Nachfrager für »höherwertige« Leistungen blieb auch mit der jüngsten strukturellen Reform bestehen. Denn bislang werden die neuen CHC kaum von den Patienten bzw. generell von der Nachfrageseite angenommen. Patienten bevorzugen nach wie vor Ärzte der obersten Versorgungsstufe, selbst wenn hier i. d. R. bis zu dreimal höhere Kosten anfallen.¹¹⁵ So konnten dann auch für 2002 1,2 Milliarden Konsultationen in den ambulanten Abteilungen der Kommunalkrankenhäuser und nur 36 Millionen Konsultationen in CHC-Einrichtungen landesweit gezählt werden.¹¹⁶

¹¹³ Vgl. LIU, G. / LIU, X. / MENG, Q. (1994), S. 163.

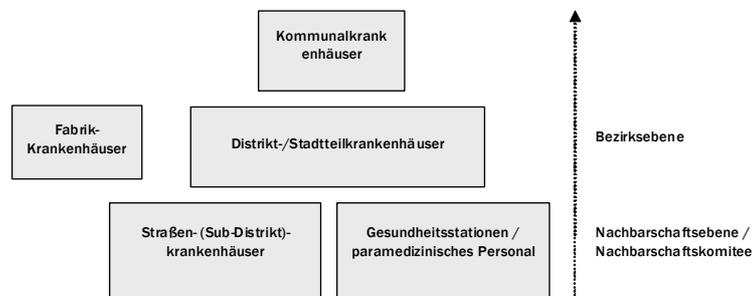
¹¹⁴ Vgl. LIU, X. / YI, Y. (2004), S. 56 f. Joint-Venture-Häuser finanzieren sich ebenfalls über Mitgliedschaften, die meistens um die 100 \$ (gut 800 Yuan, Stand 2004) jährlich betragen.

¹¹⁵ Vgl. LIU, X. / YI, Y. (2004), S. 55.

¹¹⁶ Vgl. MOH (ED.) (2003). Die ambulanten Abteilungen der Krankenhäuser stellen normalerweise die erste Anlaufstelle für die Patienten in den Städten dar. Durch diese Suche nach maximalen Gesundheitsleistungen ist die städtische Gesundheitsversorgung generell von Krankenhäusern und Kliniken dominiert. Im Gegensatz zu den ländlichen Gebieten sind aufgrund der geringen Nachfrage kaum kleinere Praxen und Gesundheitszentren vorhanden.

Box 6: Städtische Gesundheitsversorgung in der Mao-Ära

In Anlehnung an die in den vorangegangenen Überlegungen zur (öffentlichen) **Gesundheitsversorgung** auf dem Lande genannten vier grundlegenden Prinzipien entwickelte sich auch in den Städten ein dreistufiges, vertikales Versorgungssystem im Gesundheitswesen, dessen Angebotsseite wieder vornehmlich vom Staat übernommen wurde. Die Leistungs- und Versorgungshierarchie, wie sie für die ländliche Versorgungssituation dargestellt wurde, galt jedoch nicht für das städtische Kliniksystem. Hier, im städtischen Bereich, existierten Straßen- (Sub-Distrikt), Distrikt- und Kommunalkrankenhäuser, die zwar klinisch ähnliche Funktionen aufwiesen, sich allerdings in Umfang (Gradeinteilung) und der zu versorgenden Zielpopulation unterschieden. Entgegen der ländlichen Versorgungssituation waren die jeweiligen Funktionen des städtischen Kliniksystems zudem nicht über das ganze Land einheitlich und es existieren in der Literatur diesbezüglich verschiedene Angaben. Generell genossen aber die Versicherten des GIS die höchsten Privilegierungen (z. B. in Form der sofortigen Gewährung einer teureren und professionellen Behandlung im Krankheitsfall). So waren z. B. in Shanghai die kommunalen Krankenhäuser – als die Spitze der Versorgungshierarchie – für die Angestellten und Pensionäre der staatseigenen Betriebe, der Staatsverwaltung, der Universitätsangestellten und die (dauerhaft behinderten) Veteranen, also den Versichertenkreis des GIS zuständig. Die Krankenhäuser auf Bezirksebene (Distrikt) kümmerten sich dagegen um die direkte (wirtschaftliche) Ebene unter der Zentralregierung, sowie den weiteren Versichertenkreis des LIS. Krankenhäuser auf Ebene der Straße waren für die Versorgung der Arbeitnehmer und Rentner von kleineren Genossenschaftsunternehmen, Serviceeinrichtungen etc. verantwortlich. Zusätzlich zu diesen Einrichtungen existierten noch sog. Gesundheitsstationen auf Nachbarschaftsebene, die von den jeweiligen Nachbarschafts-Komitees verwaltet und mit paramedizinischem Personal ausgestattet waren. Die einzelnen Mitarbeiter dieser Stationen hatten die Verantwortung für die gesundheitlichen Rahmenbedingungen der Gesellschaft, Gesundheitspropaganda, gesundheitliche Aufklärung, das medizinische Angebot der Station und die häusliche Krankenpflege. Zudem verfügten große Unternehmen noch zusätzlich über ihre eigenen Kliniken oder Krankenhäuser, mittlere oder kleinere Unternehmen leisteten sich noch zusätzlich eigene Gesundheitsstationen oder kleinere Kliniken.



Jede Arbeitseinheit stellte eine »Versicherungskarte« für ihre Arbeiter und Angestellten aus, die gewöhnlich zu freien Gesundheitsleistungen und der Verschreibung von Arzneimitteln in jeweils bestimmten und ausgewiesenen Einrichtungen oder Krankenhäusern berechnete (keine Wahlfreiheit). Generell standen ebenfalls allen Karteninhabern die Notaufnahmen anderer Krankenhäuser auf Basis einer Einzelleistungsvergütung (fee-for-service) offen, wobei die entstandenen Kosten aber regelmäßig später von der Versicherung der jeweiligen Arbeitseinheit erstattet wurden.

Das dreistufige Gesundheitssystem in den Städten war daraufhin ausgelegt, eine effiziente Versorgung zwischen Grundversorgung (primary care) und spezialisierter Leistungserbringung (tertiary care) sicherzustellen, was auch infolge der gegebenen Rahmenbedingungen wie staatliche Preiskontrollen, Abschottung und Mobilitätsbeschränkungen möglich war. Auch in den Städten kam es zu keiner Etablierung einer teureren »westlichen« Medizin und ihrer Technologien. Im Gegensatz zur ländlichen Gesundheitsversorgung erreichte die Versorgung aber hier ein deutlich höheres Niveau. Dies belegen allein schon un schwer die erheblich höheren Pro-Kopf-Ausgaben.

2.2.2.2 Verhältnis und Abrechnung mit dem BHIS (Vergütung)

Zwischen BHIS und Leistungserbringer bestehen sowohl hinsichtlich Leistungsumfang als auch Vergütung vertragliche Beziehungen. Grundsätzlich ist es nur durch die Stadtverwaltung lizenzierten Anbietern gestattet, mit dem Versicherungsprogramm abzurechnen. Die meisten Städte haben sich jedoch dazu entschlossen, die weit überwiegende Mehrheit der Leistungserbringer für das Versicherungsprogramm zu akkreditieren. Zumeist ausgeschlossen bleiben aber rein private Anbieter, bedingt durch die höheren Preise und ideologischen Ressentiments, oder auch kleinere, häufig auf dem grauen Markt agierende Anbieter.¹¹⁷ Generell kann davon ausgegangen werden, dass Krankenhäuser der dritten und damit höchsten Versorgungsstufe aufgrund ihrer höheren Qualität in den Leistungen und besonderen politischen Stellung eingeschlossen sind. Von den akkreditierten Leistungserbringern können die Versicherten laut Regierungsrichtlinie bis zu fünf pro Jahr auswählen, wovon mindestens einer ein Anbieter auf Ebene der Grundversorgung sein muss. Zumeist sind dies die Gesundheitsstationen der Nachbarschaftskomitees oder kleinere Kliniken bzw. seit kurzem auch die CHCs.¹¹⁸

Da die einzelnen SIBs die letztendliche Entscheidungshoheit über den konkreten Vergütungsmechanismus haben, variiert dieser wie auf dem Land von Stadt zu Stadt. Dies betrifft ambulante und stationäre Versorgung gleichermaßen. Gewöhnlich werden aber die erbrachten Leistungen der Anbieter einzeln abgerechnet (Einzelleistungsvergütung).

Für private Abrechnungen der staatlichen Häuser gilt auch für die Städte die offizielle Gebührenordnung. Allerdings ist die Gebührenordnung ebenfalls wieder nicht einheitlich verfasst, sondern wird von den lokalen Regierungsbehörden herausgegeben, die diese auch noch nach verschiedenen Anbietern differenzieren können. Die Anzahl der abrechnungsfähigen Posten variiert so erheblich zwischen den einzelnen kommunalen Verwaltungsbezirken, sie liegt aber meistens zwischen 5.000-8.000 Posten. Dieselbe Vergütungsform wird zumeist auch für die stationäre Versorgung angewendet, ergänzt um tagesbezogene Sätze und andere Gebührenelemente für bestimmte Serviceleistungen. Dabei hat der Umfang der Gebührenordnung in den vergangenen Jahren stetig zugenommen. Hierfür ist zum einen der technische Fortschritt verantwortlich, zum anderen aber auch die Splitting von Einzelleistungen. Durch den Missbrauch von Abrechnungsmethoden ist die Vergütungsfrage zunehmend in den Mittelpunkt des politischen Interesses gerückt und es wurden Ende der 1990er-Jahre mehrere Reformprojekte gestartet.¹¹⁹ Insgesamt geht der Trend dahin, dass v. a. fallpauschalierte Vergütungen getestet werden. Beispielsweise hat die Stadt Shanghai Interesse am deutschen DRG-System angemeldet.¹²⁰ Inzwischen kann in China die gesamte Bandbreite möglicher und in der wissenschaftlichen Literatur diskutierter Vergütungsformen in der realen Anwendung beobachtet werden.

2.2.3 Gesundheitspolitische Steuerungskompetenz in den Städten

In den Städten existiert eine sehr komplizierte und komplexe Struktur von administrativen Verantwortlichkeiten sowohl auf lokaler wie zentraler Ebene. Die städtische Gesundheitspolitik muss sich mit einer wesentlich höheren Fragmentierung und einem unkoordinierten Nebeneinander von politischen Zuständigkeiten auseinandersetzen als wie auf dem Land. Allein auf Ebene der Zentralregierung ist eine Fülle

¹¹⁷ Vgl. u. a. HINDLE, D. (2000), S. 126; XU, L. / WANG, Y. / U. A. (2007).

¹¹⁸ Ziel ist zum einen die Kostenkontrolle, zum anderen die Einschränkung des gängigen Arzttourismus. Es ist hier zu beachten, dass es in der VR China fast keinen »eigenständigen« ambulanten Sektor gibt, die Ärzte arbeiten meist angestellt in den stationären Einrichtungen oder Gesundheitsstationen.

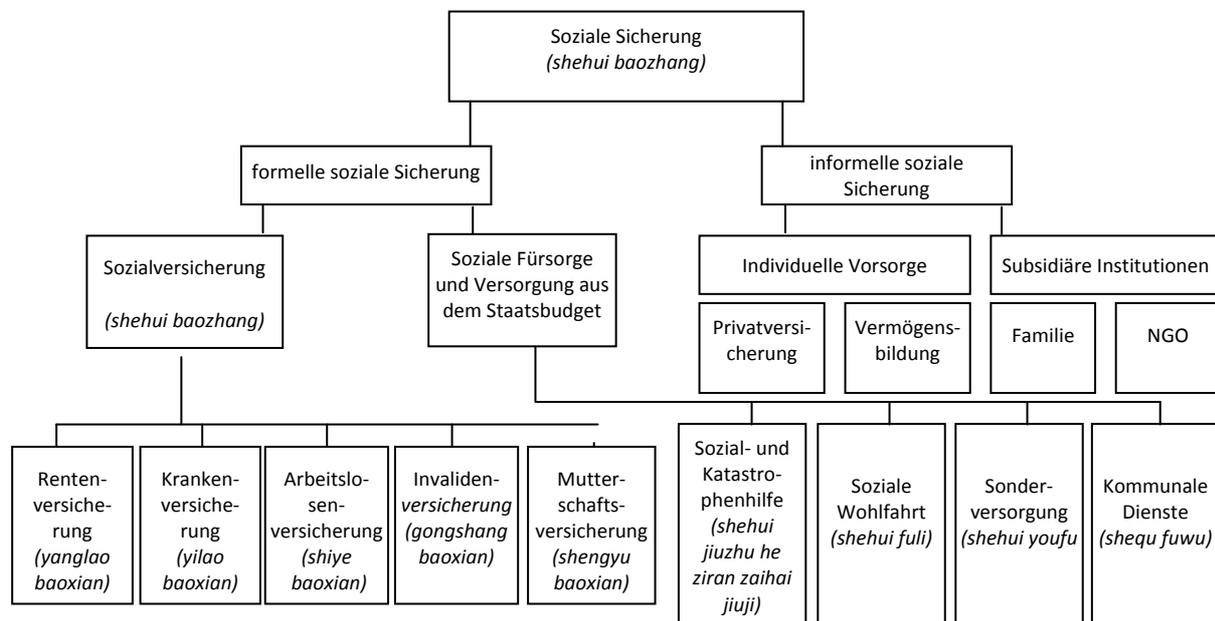
¹¹⁹ Z. B. gehörte hierzu die Einführung einer fixen Registrierungsgebühr, unabhängig von der nachgefragten Leistung,

¹²⁰ Auch in Dalian und Beijing werden ebenfalls für einige Indikationsgebiete DRG-ähnliche Vergütungsformen seit Ende der 1990er-Jahre getestet. Zu beachten ist, dass in einigen Städten die Initiative zum Wechsel zu einem Fallpauschalensystem von den Leistungserbringern selbst ausging, welche damit aus Marketinggesichtspunkten dem immer häufiger von Patienten geäußerten Wunsch, die Gebühren für eine Behandlung im voraus zu erfahren, entsprechen wollten.

von Ministerien zuständig, deren einzelne Macht unterschiedlich verteilt ist und die nicht selten miteinander in Konflikt stehen und um Einfluss konkurrieren.¹²¹

Im Gegensatz zum Land ist auch für das BHIS und die Restbestände von GIS und LIS nicht das Gesundheitsministerium, sondern das MOLSS – das frühere Ministerium für Arbeit und personelle Angelegenheiten – verantwortlich. Das Ministerium kümmert sich um die Verwaltung und Richtliniensetzung der Versicherungsprogramme. Auf Provinzebene werden übergeordnete provinzweite Regelungen gesetzt, die Programmdetails werden auf Stadtebene vom Büro des Ministeriums (u. a. SIB) erlassen. Das MOLSS setzt aber auch die Standards für die Kliniken in den Fabriken und Staatsbetrieben sowie weitere allgemeine Sicherheitsstandards fest. Es erlässt hierzu Dekrete, stellt Prinzipien auf und formuliert Verfahrensweisen. Generell managt das MoLSS auch die weiteren (städtischen) Sozialversicherungssysteme der VR, welche zusammen einen der zwei Grundpfeiler des formellen Systems der sozialen Sicherung darstellen (Abbildung 11).

Abbildung 11: Das System der sozialen Sicherung in China seit den 1990er-Jahren



Quelle: ZHANG, W. (2005), S. 151

Die hohe Komplexität und Zersplitterung der städtischen Gesundheitspolitik zeigt sich z. B. allein auch schon dadurch, dass elf unabhängige oder halb-autonome Kommissionen bei politischen Entscheidungen hinsichtlich des Angebots von Präventionsleistungen und der medizinischen Grundversorgung (primary care) involviert sind. Die Familienplanung wird zudem von der mächtigen Familienplanungskommission dominiert, während die gesundheitliche Aufklärung von der Kommission für Patriotismus und die MHC über das Gesundheitsministerium verantwortet wird. In vielen Städten bestehen so verschiedene Kliniken für die Familienplanung und MHC. Jede Klinik konkurriert nun wieder um bessere Ausstattung und Personal, wobei keine der beiden Einrichtungen ausgelastet ist.¹²² Währenddessen bestehen für Mutter und Neugeborenes keine kontinuierliche und koordinierte Behandlungsmöglichkeit, da nur pränatale Vorsorge dem Familienministerium unterliegt, wohingegen die Nachsorge nicht mehr Bestandteil des Aufgabenspektrums ist.

¹²¹ Vgl. zu den Koordinationsdefiziten zwischen den Ministerien und den verschiedenen Duplikationen von Leistungserbringern und Steuerungseffizienzen u. a. SUN, G. (1993).

¹²² Vgl. HSIAO, W. (1995a), S. 1052.

Die Fragmentierung von Zuständigkeiten geht aber noch weiter. So entscheidet das Finanzministerium über das Budget der Zentralregierung für gesundheitsbezogene Ausgaben und setzt Richtlinien für die Provinzen und Kreise fest. Die Preise für Gesundheitsgüter werden jedoch von der zentralen Preiskommission festgelegt. Die Planungskommission, beraten vom Gesundheitsministerium, legt die Anzahl der Krankenhausbetten, das Personalverhältnis in den Kliniken und die Anzahl der (staatlichen) Gesundheitseinrichtungen fest. Die pharmazeutische Industrie wiederum wird kontrolliert und verwaltet von der Nationalen Administration für Arzneimittel und medizinische Ausstattungen, einer unabhängigen Agentur (ähnlich der US-amerikanischen FDA).

Es ist also nicht weiter verwunderlich, dass administrative und strukturelle Komplexitäten v. a. infolge hoher Transaktionskosten zu erheblichen (allokativen) Ineffizienzen im Gesundheitssystem beitragen. Die »Kosten« dieser Fragmentierung zeigten sich aber auch in Form einer sehr langwierigen Einführungsphase für das BHIS. Hierzu trug ebenfalls bei, dass die Zentrale auf eine Durchsetzung verzichtete und den Städten die Umsetzung nur formal anwies.¹²³ Viele Städte zögerten deshalb mit der Reform und setzten diese überwiegend erst nach den umfassenden städtischen Verwaltungsreformen im Jahr 2000 um.¹²⁴ Erst Ende 2003 hatten fast alle der 349 Städte (auf präfekturaler Ebene oder höher) das neue BHIS erfolgreich adaptiert.¹²⁵

¹²³ Einzelne Städte haben aber dennoch das BHIS als Zwangsversicherung für den öffentlichen Sektor und für weitere Bereiche der Staatswirtschaft eingeführt, wie z. B. Shanghai; vgl. *DONG, W. (2003, 2006)*.

¹²⁴ Hiernach stiegen die Einschreibungsraten sprunghaft an; vgl. *MENG, Q. / WENIG, Z. / U. A. (2004)*.

¹²⁵ Vgl. *XU, L. / WANG, Y. / U. A. (2007)*; *LIU, X. / YI, Y. (2004)*, S. 35; *MOLSS – STATISTICAL BULLETIN (2004)*. 81,3% dieser Städte hatten Vorschriften hinsichtlich der freiwilligen Partizipation des privaten und nicht-staatlichen Sektors erlassen. Allerdings partizipierten lediglich 5 Millionen aus diesen Sektoren an den neuen Programmen.

3 Reformdruck und historischer Rückblick

Die beschriebenen Reformmaßnahmen und die Neuausrichtung des chinesischen Gesundheitssystems fußen auf einen erheblichen Reformdruck,¹²⁶ dessen Auslöser die teils massiven sozialen und wirtschaftlichen Verwerfungen der jüngeren Transformationspolitik sind. Keineswegs gelang es nämlich der chinesischen Politik für alle Gesellschafts- und Ordnungsbereiche die Rahmenbedingungen so zu setzen, dass sie sich erfolgreich an den neuen transformatorischen Wandel anpassen konnten.¹²⁷

Kostenexplosion bei medizinischen Leistungen, fehlender Krankenversicherungsschutz für die Mehrheit der Bevölkerung (ca. 80%)¹²⁸, Verschlechterung der medizinischen Versorgung sowie Korruption und Verschwendung der Gelder aus den öffentlichen Gesundheitsfonds sind nur einige Schlagwörter, mit denen die negative Lage im chinesischen Gesundheitssystem umrissen werden kann. Denn es kam im Rahmen einer ideologischen wie wirtschaftlichen Öffnung des Gesundheitssektors zu einem beachtlichen Wachstumsprozess und einer regelrechten »Kostenexplosion«. Die Preise stiegen in den letzten zwei Dekaden inflationär mit zweistelligen Wachstumsraten und damit deutlich schneller als das gesamte Wachstum des chinesischen BIPs.¹²⁹ Zugleich konnten die Krankenversicherungssysteme einerseits nicht diesem Kostenschub standhalten, andererseits verloren sie ihren wirtschaftlichen Rückhalt durch das Auflösen der Planwirtschaft, an dessen Struktur sie gekoppelt waren. Sie erodierten fast vollständig. Hauptsächlich in den ohnehin wirtschaftlich schwachen, ländlichen Gebieten Chinas kam es zu einem vollständigen Zusammenbruch des noch von MAO ZEDONG stark propagierten RCMS. Aber auch die bisher beim Versicherungsschutz privilegierte städtische Bevölkerung hat mit Fortschreiten des Transformationsprozesses mehrheitlich ihren vollständigen Krankenversicherungsschutz verloren.

Damit ist durch die »fehlgeschlagene« oder zumindest für die weit überwiegende Mehrheit der chinesischen Bevölkerung nicht positiv verlaufende Anpassung an die neuen transformatorischen Herausforderungen eine fatale Dreiecks-Konstellation aus Armut, fehlender Krankenversicherung und einem gewaltigen Preisanstieg für Gesundheitsgüter entstanden. Diese wirkt sich nun u. a. erheblich auf die medizinische Versorgungssituation der Chinesen aus. 2004 sollen beispielsweise mehr als 40% der Bauern, die medizinische Hilfe benötigten, auf diese aus finanziellen Überlegungen verzichtet haben.¹³⁰ Über einen ähnlich hohen Wert wird auch für die vorangegangenen Jahre berichtet.¹³¹ Hinzu kommt, dass die Kosten medizinischer Leistungen die finanzielle Leistungsfähigkeit der betroffenen Familien oftmals bei weitem übersteigen. Dies wiederum endet nicht selten in einer neuen Verarmung oder im vorzeitigen Abbruch der medizinischen Behandlungen (Teufelskreis).¹³² Berichte nationaler wie internationaler Organisationen belegen, dass Belastungen durch entstandene Krankheitskosten inzwischen zu den größten

¹²⁶ Eine komprimierte Zusammenfassung gibt anschaulich die Briefing Note No. 3 der Weltbank unter dem Titel »Why reform is needed«; vgl. *WORLD BANK (2005b)*.

¹²⁷ Zu nennen sind nur das nach wie vor bestehende Machtmonopol der Kommunistischen Partei (KPCh) und die eklatanten Menschenrechtsverletzungen im politischen Sektor; oder aus einer sozioökonomischen Perspektive, das starke soziale und wirtschaftliche Gefälle: Entwicklungsland vs. Industrienation, welches mit einer Stadt-Land- und Ost-West-Dichotomie korrespondiert.

¹²⁸ Vgl. u. a. *MOH – CENTER FOR HEALTH STATISTICS AND INFORMATION (2004)* auf Basis der Daten des *NHSS 2003*.

¹²⁹ Vgl. *MoH (2004b)*. So stieg der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP von 3,0% (1978) auf 5,4% (2002).

¹³⁰ Vgl. *WORLD BANK (2004)*; *ZHANG, F. (2004a)*; o. V. (2004a). In den ärmsten Regionen des Landes erreichte dieser Wert 1993 sogar fast 73 %; vgl. *MOPH Information*, bei *ZHENG, G. C. (1997)*, S. 360. Beispielsweise kostete ein einfacher stationärer Aufenthalt knapp unter 4.000 Yuan (ca. 400 €, Umrechnungskurs 1:9,8 November 2004), also gut 43% des durchschnittlichen Jahreseinkommens. Für die ärmsten 25% der Bevölkerung bedeutet diese Summe sogar 200% des Durchschnittseinkommens; vgl. *WORLD BANK (2005b, e)*, basierend auf dem *MOH HEALTH YEARBOOK* und Daten des *NBS*.

¹³¹ Vgl. *WORLD BANK (2004b)*; *WORLD BANK / IBRD (EDS.) (1997)*.

¹³² Vgl. u. a. *WHO (2004)*, S. 12 ff.; *WORLD BANK (2005b)*. Zur Rolle der Reduktion von Armut in Entwicklungsländern im Rahmen von sozialen Sicherungssystemen vgl. zusammenfassend z. B. *WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE FÜR WELTKIRCHLICHE AUFGABEN DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ (1997)*.

Risiken für Familien in wirtschaftlich schwachen Regionen gehören, in Armut oder unter die Armutsgrenze zu fallen.¹³³

Insofern verwundert es kaum, dass die chinesische Regierung schon 1985 erheblichen Reformbedarf im Gesundheitswesen sah. Allerdings dauerte es noch gut zehn Jahre bis erste ernsthaftere Reformmaßnahmen starteten, die dann in den beschriebenen Status Quo mündeten. Gerade in den Anfangsjahren setzte die Regierung den Veränderungen im Gesundheitswesen ein politisches Laissez-Faire entgegen, obgleich sie sich - wie gesagt - der Problemlage schon früh bewusst war. Bevor aber kurz der politische Reformweg zu den jüngsten gesundheitspolitischen Antworten aufgezeigt wird, soll vorab noch einmal ausführlicher aufgezeigt werden, warum neue politische Reaktionen unausweichlich wurden. Auch soll auf diese Weise ein besserer Einblick in die stattgefundenen Veränderungen ermöglicht werden.

3.1 Versicherungssysteme: Anpassungsdruck an neue Verhältnisse

3.1.1 Zusammenbruch des RCMS und Rückgang des LIS

Auch wenn die RCMS der ländlichen Bevölkerung in der MAO-Ära zwar einen nur von ihrer wirtschaftlichen, jedoch nicht politischen und geographischen Lage unabhängigen minimalen Versicherungsschutz boten, ist international anerkannt, dass das System des RCMS eine zentrale Rolle bei der Konsolidierung der ländlichen Gesundheitsversorgung spielte.¹³⁴ Insofern bedeutete für die Bauern der Verlust des Sicherungsschutzes und der weitgehend kostenlosen Basisversorgung, dass sich die finanzielle Belastung einer Behandlung wieder auf die privaten Haushalte verlagerte, die nun in Anspruch genommene Leistungen vollständig privat zu finanzieren hatten. Damit erschwerte sich erneut erheblich der Zugang zur medizinischen Versorgung. Wieso kam es also zu diesem schnellen Zusammenbruch eines doch im Grunde positiven, wenn auch nicht problemlosen Versorgungssystems?

Hauptsächlich durch die politische und wirtschaftliche Dezentralisierung sowie der Adoption des »Selbstverantwortungssystems« verlor die ländliche Wohlfahrt und damit auch das RCMS ihren finanziellen und politischen Rückhalt.¹³⁵ Bezogen auf verfügbare Daten des Gesundheitsministeriums und verschiedener Studien¹³⁶ fiel die Anzahl der Dörfer mit einem RCMS von 90% Mitte der 1970er-Jahre, nach einem Tiefpunkt von nur noch knapp 5% Mitte der 1980er-Jahre auf ca. 6% Anfang der 1990er-Jahre (Tabelle 19).

¹³³ Vgl. z. B. ZHU, A. / WU, Y. / YE, Y. (1991); GAO, J. / TANG, S. / U. A. (2001); LINDELOW, M. (2004); GU, X. Y. / ZHOU, S. Q. / LUO, X. S. (1991); YANG, X. M. (1992); DOORSLAER, E. VAN / O'DONNELL, O. / U. A. (2005). In einer Studie nannten 47 %, in einer weiteren 48,9 % der Befragten Ausgaben (Verschuldung) für Gesundheitsleistungen ursächlich für die Armut; vgl. ZHANG, C. M. (1991), S. 83 ff.; LI, X. (1988). Dies bestätigte auch eine nationale Erhebung von 1998. So ließen krankheitsbedingte Kosten die Anzahl der ländlichen Haushalte, die unter der Armutsgrenze leben, um 44 % ansteigen; vgl. LIU, Y. / U. A. (2000, 2002).

¹³⁴ Vgl. so u. a. FENG, X. / TANG, S. / U. A. (1995), S. 1112; WORLD BANK / IBRD (Eds.) (1997).

¹³⁵ Vgl. FENG, X. / TANG, S. / U. A. (1995), S. 1112; allgemein zu den Veränderungen des RCMS auch LIU, X. / CAO, H. (1992), S. 501 ff.; HSIAO, W. C. (1984), S. 932 ff.; HILLIER, S. (1988); ZHU, N. / LING, Z. / U. A. (1989), S. 431 ff.; u. v. m.

¹³⁶ Vgl. u. a. CHINESE RURAL HEALTH CARE SYSTEM RESEARCH GROUP (1991); GU, X. Y. / TANG, S. L. / LI, X. S. (1991); ZHE, G. / QI, G. M. / U. A. (1992), S. 145; LIN, Z. H. / HAO, M. / U. A. (1990a); LIN, Z. H. / HAO, M. / U. A. (1990b).

Tabelle 19: Anteil der Dörfer mit einem RCMS oder (neuen) Gesundheitsstationen

<i>Jahr</i>	Σ <i>Dörfer</i>	<i>%-Anteil der Dörfer mit RCMS</i>	<i>%-Anteil der Dörfer mit einer Gesundheitsstation</i>
1976	677834	92,9%	-
1978	685994	82,0%	-
1980	702908	68,8%	-
1982	717665	52,8%	84,7%
1984	715265	7,6%	87,2%
1986	738139	4,8%	87,8%
1988	734095	5,7%	87,3%
1990	749963	6,1%	86,2%

Quelle: Health Statistics MOH (1976-1990) bei FENG, X. / TANG, S. / U. A. (1995), S. 1113

Aber nicht nur die wirtschaftliche Dezentralisierung und der politische Wandel der Kommunen trugen zur Erosion bei. Wie auch für die Transformation im Allgemeinen ist anerkannt, dass es ein Konglomerat an Gründen wirtschaftlicher, politischer, ideologischer, finanzieller, sozialer und verwaltungstechnischer Natur war, das zur Erosion beitrug. Es war ein komplexes Gefüge von konfliktionären institutionellen Beziehungen sowohl horizontaler als auch vertikaler Art am Zusammenbruch des RCMS beteiligt.¹³⁷

Zu den nicht unmittelbar transformationsbedingten Ursachen gehörten insbesondere administrative und versicherungsökonomische Schwierigkeiten der Programme. Es existierten keine klaren Vorgaben, was passieren sollte, nachdem die Gemeinde- und Dorfverwaltungen ihr formales Recht verloren, einen bestimmten Anteil des landwirtschaftlichen Ertrags für die Investition in das RCMS einzubehalten, z. B. zur Bezahlung der Gesundheitsarbeiter. Falls solche Vorgaben regional doch existierten, fehlten oftmals entsprechende Anreize und Kontrollen zur Einhaltung der Regeln und Vorschriften. Die versicherungsökonomischen Schwierigkeiten lagen dagegen oftmals im Versicherungsdesign selbst begründet. Es existierten keine klaren formalen Richtlinien hinsichtlich der Prämienkalkulation und des Vergütungsmanagements. Viele der Versicherungsprogramme waren ohne Expertenunterstützung ad hoc in der Kulturrevolution errichtet worden.¹³⁸ Vielen Systemen fiel es somit schwer, eine Erstattung an ihre Mitglieder zum Ende bzw. schon in der Mitte einer Einnahmepériode auszusahlen.¹³⁹ Die mangelhafte Finanzsituation wurde aber auch durch fehlende Kontrollmechanismen der finanziellen und politischen Macht begünstigt. Nicht selten löste das gesammelte Geld erhebliche Anreize bei den Verwaltern und Parteikadern aus. So wurde aus einigen Regionen berichtet, dass lokale Parteikader ihre Macht missbrauchten und sich selbst besondere Behandlungen aus dem Fonds zukommen ließen oder Gelder anderweitig veruntreuten.¹⁴⁰ Als Konsequenz verzichteten immer mehr Bauern, insbesondere junge und gesunde, auf eine Teilnahme an dem System, als der politische Druck zu einer Partizipation nachließ. Es verblieben zumeist nur noch Ältere und chronisch Kranke in den Programmen. So machten nicht wenigen Programmen Untreue, Korruption und adverse Selektion zu schaffen. Letztere wirkte sich in einem relativ kurzen Zeitraum massiv auf die Zahlungsfähigkeit und das Risikoprofil der einzelnen Versicherungssysteme aus, da diese gewöhnlich nur auf lokaler Ebene der Brigade angesiedelt waren,¹⁴¹ und damit ein entsprechendes Pooling zum Risikoausgleich vermissen ließen (kleine Gefahrengemeinschaften).

¹³⁷ Vgl. JIANG, J. X. (1992); WANG, G. L. / LI, Q. (1991); INVESTIGATION TEAM OF DEPARTMENT OF ADMINISTRATION OF HUBEI PROVINCE (1991); ZHOU, S. Q. (1991a, c); CARRIN, G. / RON, A. / U. A. (1997), S. 93; LIU, Y. / HSIAO, W. C. / U. A. (1995), S. 1088 ff.; ZHU, N. / LING, Z. / U. A. (1989), S. 431 ff.

¹³⁸ Vgl. GU, X.-Y. / TANG, S. L. (1995), S. 187.

¹³⁹ Vgl. WORLD BANK / IBRD (EDS.) (1997), S. 49

¹⁴⁰ Vgl. LIU, Y. / HSIAO, W. C. / U. A. (1995), S. 1088. Einige Studien belegen, dass Untreue und Korruption zu den größten internen Problemen des RCMS gehörte; vgl. ZHU, A. (1988).

¹⁴¹ Eine Brigade umfasste ca. 1.000 – 3.000 Personen und war somit eine relativ kleine Versicherungsgemeinschaft.

Der relativ rapide Zusammenbruch des RCMS in der ersten Hälfte der 1980er-Jahre wurde aber auch durch ein politisches Laissez-faire unterstützt. Da die Etablierung einer Vielzahl der kooperativen Programme auf die Kulturrevolution zurückging, wurden sie mit dieser Zeit identifiziert; und als die Kulturrevolution seitens der KPCh intern aufgearbeitet wurde, zeichnete sich eine Zurücknahme aller Innovationen aus dieser Zeit ab.¹⁴² Es sollte sich zeigen, dass die hohe politische Affinität des Systems zu Zeiten MAOs nicht nur ein Segen, sondern eine schwere Hypothek war. Die Teilnahme wurde nicht selten unter einem hohen politischen Druck erzwungen.

Auch in den Städten sahen sich die zwei alten Versicherungssysteme GIS und LIS mit dem neuen Wandel und einer weltwirtschaftlichen Öffnungspolitik konfrontiert. Ein Großteil ehemals Versicherte, insbesondere des LIS verloren ihren Versicherungsschutz und weite Teile des bisherigen sozialen Sicherungssystems sind zusammengebrochen. Waren beispielsweise noch Ende der 1970er-Jahre nahezu 90% der städtischen Angestellten vom LIS und fast 100% der Staatsdiener vom GIS erfasst,¹⁴³ kamen 1998 nur noch knapp 44,7% der registrierten städtischen Bevölkerung entweder in den Versicherungsschutz des GIS oder des LIS.¹⁴⁴

Warum es auch in den Städten zu diesen Verwerfungen kam, hatte ebenfalls wieder mehrere, zum Teil aber ähnliche Ursachen wie auf dem Land. Insbesondere die Dezentralisierung von administrativen und fiskalischen Entscheidungs- und Verfügungskompetenzen im Zusammenhang mit der Einführung eines Produktionsverantwortungssystems hatte die massivsten Auswirkungen. Ebenso sollten die Beschlüsse »Temporary Regulations on the Implementation of Labour Contracts in State-owned Enterprises« aus dem Oktober 1986, die die Arbeitsbeziehungen in staatlichen und kollektiv geführten Betrieben neu regelten, erhebliche Auswirkungen auf das danwei-System und damit das LIS haben. Für alle Neueinstellungen wurde die Garantie auf ein lebenslanges Arbeitsverhältnis abgeschafft und durch ein sog. »Vertragssystem« ersetzt (sog. Arbeitsvertragssystem: *laodong hetongzhi* 劳动合同制). Dies war v. a. eine politische Reaktion auf die geänderte Betriebsführung der Unternehmen, die sich nun im (weltwirtschaftlichen) Wettbewerb befanden. Insofern ist es auch nicht weiter verwunderlich, dass die Unternehmen in der Folgezeit bedacht waren, auch bestehende Arbeitsverhältnisse in dieses neue Vertragssystem zu überführen und sich von weiteren sozialistischen Altlasten zu befreien.¹⁴⁵

Denn eine weitere entscheidende Ursache für die Veränderungen bei der betrieblichen Krankenversicherung war die desolante wirtschaftliche Lage eines Großteils der Staatsbetriebe zu Beginn der Öffnungspolitik. Viele Betriebe arbeiteten nur noch mit Verlust und mussten von der Regierung stark subventioniert werden, die dazu mit Fortschreiten des Transformationsprozesses immer weniger bereit war. Die mangelnde finanzielle Leistungsfähigkeit der staatlichen oder kollektiven Unternehmen ist aber auch aus dem Grund von Bedeutung, weil mit Einführung des Produktionsverantwortungssystems 1984, der übergeordnete Risikopool zum Ausgleich teurer Risiken den Unternehmen verloren ging. Denn bis dato wurden bis zu 30% des Krankenversicherungsfonds der Unternehmen gepoolt und von der nächst höheren Verwaltungsebene der Gewerkschaft verwaltet und verteilt.¹⁴⁶ D. h. jedes Unternehmen wurde infol-

¹⁴² Vgl. LIU, Y. / HSIAO, W. C. / U. A. (1995), S. 1088; ZHOU, S. Q. (1991a, c).

¹⁴³ Vgl. LIU, X. / HSIAO, W. C. (1995), S. 1096; YIN, L. / REN, M. (1999).

¹⁴⁴ Vgl. MOH / CENTER FOR HEALTH STATISTICS AND INFORMATION (1999); auch XU, L. / WANG, Y. / U. A. (2007).

¹⁴⁵ Vgl. FLYNN, N. / HOLLIDAY, I. / WONG, L. (2001), S. 6. Allerdings verweist ZHANG darauf, dass infolge der in den danweis vorherrschenden »*qundai guanxi*« (裙带关系) (sog. »Kleid-Gürtel-Beziehung«) als der eigentliche Kern des »*guanxi wang*« 关系网 (»Netzwerk der Beziehung«), die Reformen kaum greifen konnten und v. a. nur die betraf, denen ein solches Verwandtschaftsnetz fehlte, vgl. ZHANG, W. (2005), S. 96 f. Offiziell gab die chinesische Regierung 1997 bekannt, dass 1996 76 Millionen Arbeiter, d. h. 51% der städtischen Arbeitskräfte, in das neue Vertragssystem zumindest rein formal überführt worden seien; vgl. NBS OF CHINA (ED.) – STATISTICAL YEARBOOK (1997), S. 93.

¹⁴⁶ Vgl. WU, M. / XIN, Y. / U. A. (2005), S. 42. Der Regierungshaushalt für GIS und LIS wurde über einen Sozialversicherungsfonds bereitgestellt, der sich proportional am Einkommen der Beschäftigten bemäß. In jeder Firma verwaltete ein Gewerkschaftsbüro (als organisatorische Abteilung des Industriebüros der Regierung) diesen Sozialversicherungsfond und ca. 30% des Krankenversicherungsfonds wurde gepoolt und von der nächst höheren Verwaltungsebene der Gewerkschaft verwaltet. Über den Finanzierungshintergrund gibt die Literatur allerdings wieder ein differenziertes Bild. Insbesondere bestehen unterschiedliche Angaben zu Quersubventionen und Risk-Pooling vor der Reformära. Als ei-

ge des Zusammenbruchs des bis dahin bestehenden Risikoausgleichs alleiniger Risikoträger der Krankheitsrisiken seiner Mitarbeiter. Die Versicherungsfunktion wurde nun vollständig von den Unternehmen als eigenverantwortliche Gefahrengemeinschaft übernommen. Dementsprechend beruhte der Versicherungsschutz ausschließlich auf der finanziellen Prosperität des Unternehmens. Falls also ein Unternehmen Verluste erwirtschaftete, standen keine finanziellen Mittel zur Abdeckung der Gesundheitsausgaben zur Verfügung.¹⁴⁷ Gleichzeitig bedeutete diese soziale Verpflichtung erhebliche finanzielle Belastungen für die einzelnen Betriebe und beeinflusste stark ihre Wettbewerbsfähigkeit auf einem sich öffnenden Markt. Diese finanzielle Belastung nahm im Verlaufe des Transformationsprozesses aufgrund der hohen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen und der sich verändernden Morbiditätsstruktur der Beschäftigten in den staatlichen Unternehmen sogar noch deutlich zu und stieg um mehr als das Doppelte an – von 1978 bis 1997/98 von ca. 6% auf 10% bis 15% der Lohnsumme bzw. der Produktionskosten.¹⁴⁸ Zusätzlich belastete die Ausgabenseite der staatlichen Unternehmen auch der Umstand, dass sie ergänzend zu den staatlichen Einrichtungen als Anbieter von Gesundheitsleistungen auftraten. All dies hatte zur Konsequenz, dass sich für das LIS gleichzeitig ein erhebliches Einnahmen- und Ausgabenproblem stellte, sich sozusagen ein Teufelskreis nach unten aufat.

Die erwähnte veränderte Morbiditätsstruktur der Beschäftigten in den Staatsbetrieben wurde durch eine unintendierte adverse Selektion ausgelöst. Eine Erhebung aus dem Jahre 2000 in Beijing zeigte nämlich bei den Beschäftigten privater und staatlicher Unternehmen statistisch signifikante Unterschiede im Einkommen, Gesundheitsstatus und Alter. Gerade einmal 15% der Beschäftigten in staatlichen bzw. kollektiven Unternehmen waren jünger als 30 Jahre, wohingegen diese Altersgruppe in internationalen Unternehmen mit nahezu 50% aller Beschäftigten dominierte.¹⁴⁹ Dadurch, dass private und internationale Firmen höhere Löhne zahlten,¹⁵⁰ und deutlich bessere Karrierechancen als die behäbigen durch das Senioritätsprinzip geprägten Staatsunternehmen boten, setzten sie insbesondere für junge, gesunde Menschen einen Anreiz auch ohne das Angebot einer Krankenversicherung. Denn eine Krankenversicherung brauchten private Unternehmen nicht zwangsläufig für ihre Angestellten abschließen.¹⁵¹ Insofern kam es zu einer adversen Selektion innerhalb des GIS und LIS, indem die tendenziell gesündere Risikokohorte die Versicherungskohorte verließ. Darüber hinaus war (bzw. ist) der öffentliche Sektor auch noch für die Rentner und Pensionäre und ihre Gesundheitsausgaben mit einem ohnehin überproportional hohen Morbiditätsrisiko zuständig.

Allerdings ließ der starke Selektionsdruck, der auf das soziale Sicherungssystem wirkte, dieses nicht sofort wie das RCMS auf dem Land zusammenbrechen. Ganz generell wirkten sich die mit dem Transformationsprozess geänderten Anreiz- und Selektionsbedingungen erst Mitte, teilweise erst Ende der 1980er-Jahre nachhaltig auf die grundlegenden Strukturen des städtischen Sozialversicherungssystems und das städtische Gesundheitswesen aus. Infolge politischen Protektionismus vor einem zu hohen Wandlungsdruck sollte sich zeigen, dass die Privilegien an die städtische Bevölkerung aus den Zeiten MAOs eine wesentlich höhere Halbwertszeit hatten und immer noch haben.

genverantwortliche Gefahrengemeinschaften schon vor Einsetzen der ersten Reformen, zumindest seit dem Erlass des Finanzministeriums 1969 zur Verwaltung der Versicherungsfonds und Zuordnung der Versicherungsprämien als direkte Betriebsausgaben bezeichnen DONG, W. (2003); HSIAO, W. (1995a); GROGAN, C. M. (1995); LIU, X. Z. / WANG, J. L. (1991); PEARSON, V. (1995), S. 94 oder HO, L. S. (1995) die Unternehmen, wobei jedoch auch hier die ausgleichende Wirkung des Staates betont wird.

¹⁴⁷ Vgl. HU, T.-W. / U. A. (1999), S. 309 ff.

¹⁴⁸ Vgl. GU, X.-Y. / TANG, S. L. (1995), S. 183; HINDLE, D. (2000), S. 124. Defizite im LIS wurden zumeist aus Steuerrückzahlungen beglichen. Die Versicherungsausgaben konnten als Teil der Produktionskosten geltend gemacht werden.

¹⁴⁹ Vgl. WU, M. / XIN, Y. / U. A. (2005), S. 47.

¹⁵⁰ Internationale Versicherungsunternehmen schreiben für Hochschulabsolventen Anfangsgehälter ab 100.000 Yuan aus, einheimischen Top-Managern werden 30.000 – 50.000 Yuan/Monat geboten; vgl. LIU, J. (2004), S. 2. Das Ø-Jahreseinkommen in Shanghai als dem höchsten in ganz China betrug dagegen 2005 gerade einmal 16.000 RMB; vgl. NBS OF CHINA (Ed.) – STATISTICAL YEARBOOK (2005).

¹⁵¹ Vgl. WU, M. / XIN, Y. / U. A. (2005), S. 42.

Dies zeigte sich auch bei den Veränderungen des GIS. Durch den Erhalt des Machtmonopols der KPCh und den damit verbundenen weichen Budgetschränken fällt der Selektionsdruck deutlich geringer aus. Allerdings blieb ein Selektionsdruck infolge politischer und fiskalischer Dezentralisierung auch nicht vollständig aus. Seit 1984 übernahmen z. B. im Rahmen der ersten Steuerreform die jeweiligen Lokalregierungen für das bis dahin von der Zentralregierung (Finanzministerium) getragene Gesundheitsbudget die Verantwortung.¹⁵² Dies hatte zur Konsequenz, dass sich finanzschwache Regionen und Provinzen, oftmals nicht dem wachsenden Kostendruck und den veränderten Bedingungen gewachsen sahen. Sie waren finanziell nicht mehr fähig, die entstandenen Kosten weiterhin zu tragen, und stellten diese ein oder kürzten die Leistungen erheblich.¹⁵³ Dies betraf aber nur wenige Gebiete in der VR China. In den meisten Fällen konnten die Lokalregierungen, wenn auch nicht auf dem gewohnten Niveau, die Leistungen aufrechterhalten; zumal funktionierte die Zentralregierung in Beijing für bestimmte Bereiche indirekt weiter als Finanzier.¹⁵⁴ Die meisten Veränderungen innerhalb des GIS betrafen deshalb Maßnahmen, die zur Kontrolle der ausufernden Kosten getroffen wurden, wie die Einführung von Selbstbehalten und Restriktionen gegenüber teuren Behandlungsmethoden und Arzneimitteln.¹⁵⁵ Das GIS bot daher auch über die Jahre der Reformära hinweg einen hohen Versicherungsschutz seinen Versicherten. Dabei galt generell: je höher die politische Machtstellung, desto höher der Versicherungsschutz (bis hin zur sog. »blue card«) et vice versa.

3.1.2 Qualitätsautonomie, unregulierte Eigenverantwortung und Versorgungsdefizite

Im Gegenzug zur finanziellen Selbstverantwortung erhöhte sich jedoch auch die individuelle Entscheidungsfreiheit und in vielen Regionen, wenn auch nicht in allen, das Niveau der medizinischen Versorgung. Den Patienten steht es frei, abhängig von ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit und ihren Präferenzen, Gesundheitsgüter nachzufragen (Gesundheit als wirtschaftliches Gut unter den Budgetrestriktionen des Familieneinkommens)¹⁵⁶. Patienten, die vorher eine Überweisung benötigten, können nun direkt zum Spezialisten oder zur Fachklinik ihrer Wahl gehen.

Trotz dieser grundsätzlich positiven Wahlfreiheit ist aber zu bedenken, dass in vielen Fällen nicht von einer Wahlfreiheit im engeren Sinne gesprochen werden kann. Den Haushalten fehlt häufig das notwendige Wissen zur Bewertung alternativer Behandlungsmethoden. In der VR ist das Bildungsniveau insgesamt gesehen immer noch sehr gering. Gleichzeitig fehlt es an einer objektiven Aufklärung durch die Leistungserbringer. Auch darf die massiv in China verbreitete Armut nicht vergessen werden, die selbst nicht zur Nachfrage nach einfachsten medizinischen Leistungen befähigt. Nach wie vor leben mehr als 65 Millionen Chinesen (2005) unterhalb der offiziellen Armutsgrenze oder gelten als sehr arm.¹⁵⁷

¹⁵² Vgl. GU, X.-Y. / TANG, S. L. (1995).

¹⁵³ Vgl. GROGAN, C. M. (1995); auch LIU, X. / YI, Y. (2004), S. 32. Es existierten so erhebliche regionale Unterschiede hinsichtlich der Ausgaben für das GIS. Sie reichten z. B. von 63 Yuan pro Kopf in Sichuan bis zu 346 Yuan in Shanghai; vgl. GROGAN, C. M. (1995).

¹⁵⁴ Beispielsweise betrug die Ausgaben 1995 für das GIS 20,67 Milliarden Yuan, wovon 54 % weiterhin von Regierungsbudgets und 46 % von den einzelnen lokalen Regierungsagenturen kamen; vgl. NHEI (1998).

¹⁵⁵ Vgl. WU, M. / XIN, Y. / U. A. (2005), S. 43; auch LIU, X. / YI, Y. (2004), S. 32 f.

¹⁵⁶ Private Zahlungen, gemessen am verfügbaren Haushaltseinkommen, stiegen seit den 1990er-Jahren stetig, sowohl auf dem Land als auch in den Städten. Inzwischen liegt der Anteil insgesamt bei 5 - 6%, für niedrigere Einkommensschichten ist dieser teilweise deutlich höher im zweistelligen Bereich zu finden; vgl. LINDELOW, M. (2004).

¹⁵⁷ Vgl. NBS OF CHINA – STATISTICAL COMMUNIQUÉ NATIONAL DEVELOPMENT (2006); andere Schätzungen gehen von bis zu 200 Millionen aus, Wanderarbeiter mit einem oftmals geringen Einkommen in den Städten sind noch nicht mitgerechnet; vgl. u. a. WORLD BANK (2002a). Dabei ist allerdings zu bedenken, dass die offizielle chinesische Klassifikation der Armutsgrenze von internationalen Standards (z. B. 1 US\$/Tag) abweicht. Als in absoluter Armut lebend gelten im Jahr 2005 Individuen mit einem Einkommen von weniger als 683 Yuan/Jahr (~ 85 US\$/Jahr bzw. 0,23 US\$/Tag), mit einem jährlichen Einkommen von 684-944 Yuan (~117 US\$/Jahr bzw. 0,32 US\$/Tag) als sehr arm.

Ein weiterer Punkt, der im Konflikt mit der neuen Wahlfreiheit steht, ist die Übernahme der Souveränität über die Qualitäts- und Kostenkontrolle der Leistungserbringer durch die Patienten.¹⁵⁸ Infolge des Zusammenbruchs des RCMS und dem Rückgang des LIS wurde dies zunehmend dem Markt und Wettbewerb überlassen. Allein Leistungserbringern und Patienten haben in vielen Fällen zu entscheiden, welche Angebote zu welcher Qualität und welchen Preisen weiterhin Bestand haben sollen. Z. B. können Landärzte heute Medikamente frei nach ihrer Wahl verschreiben, mit Ausnahme von Narkotika und den wichtigsten Tranquilizern;¹⁵⁹ vorausgesetzt, es ist eine entsprechende finanzstarke Nachfrage hierfür gegeben. Allerdings sollte dies nicht ohne Probleme bleiben. Insbesondere zeigte sich in den Folgejahren nach Transformationsbeginn, dass eine erhebliche Principal-Agent-Problematik zwischen Anbietern und Nachfragern von Gesundheitsleistungen sowie eine angebotsinduzierte Nachfrage zu beobachten sind.¹⁶⁰ Keinesfalls waren die Leistungserbringer gewillt auf die Ausnutzung ihres Wissensvorsprungs freiwillig zu verzichten. Dieses Verhalten wird nicht zuletzt auch durch die preislichen Anreizverzerrungen, die nach wie vor auf dem Markt für Gesundheitsleistungen bestehen, begünstigt. Gerade bei dem Problem der asymmetrischen Information und deren Bewältigung handelt es sich in China um einen »rechtsfreien Raum« (Laissez-faire mit Anreizverzerrungen).

Auch hat sich die neue »Wahlfreiheit« nicht nur positiv auf die Gesundheitslage der ländlichen Bevölkerung ausgewirkt. Seitdem die Bauern nicht mehr für die Teilnahme an Präventions- und Aufklärungskampagnen bezahlt werden, erweist sich die Mobilisation für derartige Programme als schwierig (fehlende monetäre Anreize). Entsprechend sind die Qualität und Quantität präventiver Leistungen in vielen Regionen seit Beginn des Transformationsprozesses erheblich gesunken. Verfügbare Evidenz verweist darüber hinaus auf eine Zunahme bei bestimmten Infektionskrankheiten in einigen Gebieten und das Aufkeimen von als ausgerottet erachteten Krankheiten.¹⁶¹ Auch verbessern sich einige zentrale Gesundheitsindikatoren im Verhältnis zu anderen asiatischen Transformations- und Entwicklungsländern deutlich langsamer oder verharren auf einem Anfang der 1980er-Jahre erreichten Niveau (»Plateau-Effekt«).¹⁶²

3.1.3 Politische und fiskalische Dezentralisierung: Wegbruch staatlicher Investitionen

Zusammen mit der Erosion der Versicherungssysteme kam es zu einem Wegfall staatlicher Gelder bei der Finanzierung von Gesundheitsgütern und medizinischen Dienstleistungen. Im Allgemeinen sollte die (investitions)politische und fiskalische Dezentralisierung zwar einerseits erhebliche Wachstumspotentiale frei setzen, die insbesondere die Ostküstenprovinzen in den folgenden 20 Jahren nutzten. Es brachte aber andererseits in Bereichen, in denen z. B. keine Konvergenz politischer Eigeninteressen bestand

¹⁵⁸ Während der 1970er-Jahre bestand auch eine grundlegende Qualitätskontrolle der »Barfußärzte« in der regelmäßigen Teilnahme an Weiterbildungskursen und ihr Gehalt und die Weiterbildungskosten wurden gewöhnlich vom RCMS übernommen. Als Ergebnis des Zusammenbruchs des RCMS in Verbindung mit der Dezentralisierung hinsichtlich der finanziellen Verantwortung für die Gesundheitsleistungen waren die Weiterbildungsinstitute auf die Erhebung von Gebühren angewiesen, die nun die »Ärzte« selbst zu tragen hatten. Die meisten Landärzte waren jedoch nicht bereit diese Gebühr selbst zu bezahlen. Damit ging ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen verloren; vgl. *SHI, W. P.* (1991).

¹⁵⁹ Vgl. *FENG, X. / TANG, S. / U. A.* (1995), S. 1113.

¹⁶⁰ Hierbei handelt es sich allerdings um rein »allgemeine« Aussagen. Welche Faktoren (systemimmanente und -externe), in welchem Verhältnis Anteil an den zu beobachtenden Erscheinungen haben, muss hier offen bleiben.

¹⁶¹ Vgl. z. B. *CHINESE PREVENTIVE CARE STRATEGY AND TARGETS RESEARCH GROUP* (1991); *ZHE, G. / QI, G. M. / U. A.* (1992). Insgesamt betrachtet ist jedoch keine Verschlechterung des Gesundheitsstatus, ersichtlich an gängigen Indikatoren, wie Lebenserwartung oder Kindersterblichkeit, eingetreten bzw. hat sich dieser sogar weiter verbessert (Mortalität < 5 Jahre/Land: 1995 – ca. 51/1.000 Lebendgeburten; 2001 ca. 40/1.000 Lebendgeburten; vgl. *MOH / CENTER FOR HEALTH STATISTICS AND INFORMATION (ED.)* [2002]). Eine Verbindung zwischen Zusammenbruch des RCMS und einem verschlechterten Gesundheitszustand ist zudem nicht nachzuweisen; vgl. *LIU, Y. / HSIAO, W. C. / U. A.* (1995), S. 1090; *CHINA NETWORK* (1994); anders *WORLD BANK / IBRD (EDS.)* (1997).

¹⁶² Beispielsweise ist dies u. a. an den Zwischenergebnissen zu den einzelnen MDG-Zielen der UN ersichtlich; vgl. *WORLD BANK* (2005a); *UN CHINA TEAM* (2003); *WAGSTAFF, A. / CLEASON, M. / WORLD BANK* (2004). So sinkt gerade die Kindersterblichkeit (unter 5 Jahre) deutlich langsamer, teilweise, v. a. in den ärmsten Regionen, steigt sie sogar wieder. Lediglich die Ernährungssituation konnte China erheblich verbessern.

oder sich finanzstarke Investoren ansiedelten, zunehmende Disparitäten zwischen armen und reichen Provinzen sowie zwischen Stadt und Land hervor. So stieg zwar der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP in den Jahren 1980 bis 2002 von 3,2% auf 5,4% (Tabelle 21).¹⁶³ Der Anteil der Regierung an den Gesamtausgaben sank aber im gleichen Zeitraum (bis 1999) von 36% auf 15% (nach WHO-Klassifikation von 59,6% [öffentliche Gesundheitsausgaben 1990] auf 32,6% [2002]).¹⁶⁴ Dabei betragen die Ausgaben für die ländlichen Gesundheitsleistungen von 1991 bis 2000 insgesamt gerade einmal 16% des staatlichen Gesundheitsbudgets (84% gingen an die Städte).¹⁶⁵ Durch die erfolgte investitionspolitische Dezentralisierung stellte erwartungsgemäß auch der Anteil der Zentralregierung bei der Subvention der ländlichen Gesundheitsversorgung einen nur sehr geringen Finanzierungsposten dar. Anfang der 1990er-Jahre betrug dieser nur gut 2,5% der gesamten Gesundheitsausgaben¹⁶⁶.

Tabelle 20: Anteil der verschiedenen Regierungsebenen an den Gesundheitsausgaben (1991-2000)

	1991	1993	1995	1997	1999	2000
Zentralregierung	2.59%	2.15%	2.01%	2%	1.61%	1.49%
Provinz- und Lokalregierungen	97.41%	97.85%	97.99%	98%	98.39 %	98.51%

Quelle: GONG, X. (2004)

Konsequenterweise oblag es damit den lokalen Regierungsbehörden den Rest der Ausgaben zu übernehmen. In zentralen und westlichen Regionen verfügten die Lokalregierungen jedoch nicht über ausreichend finanzielle Kapazitäten, um die nötigen Gelder aufzubringen. Denn viele Dörfer und Gemeinden waren entweder nicht dazu fähig, die verlorenen Ressourcen zu ersetzen, z. B. über neu erhobene Steuern;¹⁶⁷ oder es fehlten Anreize, vorhandene Gelder den Wohlfahrtsfonds zuzuführen. Nicht wenige ländliche Gebiete sahen sich daher mit gravierenden finanziellen Problemen konfrontiert, mit den dann erwarteten Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung. Selbst das Angebot einer rudimentären medizinischen Grundversorgung überforderte manche Kreise und Gemeinden.¹⁶⁸

Da es aber nicht nur im Gesundheitssektor zu Problemen im Rahmen eines »wilden Föderalismus« und einer übersteigerten bzw. hier eher unterlassenen Investitionspolitik kam erfolgte Mitte der 1990er-Jahre eine erneute Steuerreform und Rezentralisierung. Insbesondere für das ländliche Gesundheitswesen sollte die Rezentralisierung allerdings keine positiven Effekte zeigen. Vielmehr war damit eine weitere Verschlechterung der finanziellen Haushaltslage verbunden. Nach der Steuerreform 1994 betrug der Anteil der Zentralregierung beispielsweise nur noch knapp 2% am gesamten Gesundheitsbudget mit sinkender Tendenz (Tabelle 20).¹⁶⁹ Darüber hinaus verschärfte die jüngste »Tax-for-fee-Konversion«¹⁷⁰

¹⁶³ Im Schnitt stiegen damit die anteiligen totalen Gesundheitsausgaben am BIP um ca. 1% alle 10 Jahre. Der größte Wachstumsfaktor waren dabei seit den 1990er-Jahren die privaten Zuzahlungen (out of pocket).

¹⁶⁴ Vgl. NHEI (2000a); WHO (2002). Der Anteil der Privatausgaben stieg dagegen von 23,3% auf 57,8%.

¹⁶⁵ Vgl. WHO (2004b), S. 12.

¹⁶⁶ Vgl. GONG, X. (2004). Mit diesem geringen Anteil wurden zudem hauptsächlich (89%) größere Krankenhäuser subventioniert.

¹⁶⁷ Sofern hierfür rechtlich die Möglichkeit bestand. Zwar wurden im Rahmen der fiskalpolitischen Reformen die Steuereinnahmen zu einem erheblichen Teil den lokalen Behörden überlassen, das formale Recht zur Steuererhebung und Personalhoheit behielt jedoch die Zentrale. Im Laufe der Transformation kam es hier aber zu mehreren Reformen, die für die verschiedensten administrativen Einheiten (Provinz, Kreis, Gemeinde und Dorf) unterschiedlichste Auswirkungen hatten; vgl. u. a. HERRMANN-PLATH, C. (1995, 2000); WORLD BANK (1997); WHO (2004b); zur Neuausrichtung der Gemeindekliniken auch ZUO, X. (1997), S. 80 ff.

¹⁶⁸ Die erheblichen Disparitäten sowohl zwischen Stadt und Land als auch zwischen den Provinzen (v. a. Ost vs. Zentral/West) und die hohen privaten Zuzahlungen führten dazu, dass der WHO-Report 2002 Chinas Gesundheitssystem hinsichtlich seiner Gesamtpformance auf Rang 144 von 191 stufte, und nur auf Rang 188 hinsichtlich seiner »Fairness« bei den finanziellen Beitragszahlungen; vgl. WHO (2002).

¹⁶⁹ Vgl. WHO (2004b). Zu den 1994-Reformen ausführlich CHUNG, J. H. (1995); auch DENG, L. (2001).

¹⁷⁰ Vgl. ausführlich YEP, R. (2004), S. 42 ff.

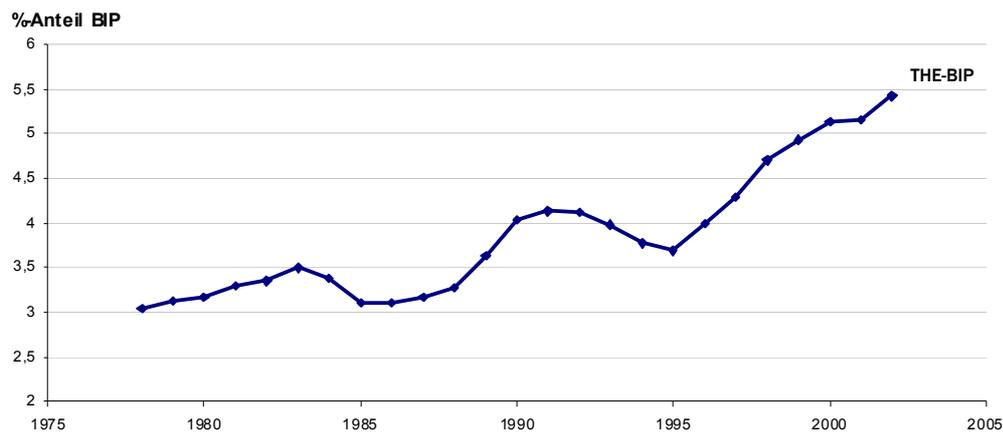
2003 die finanzielle Situation der ländlichen Gesundheitsversorgung nochmals in Form des Verlustes weiterer Einnahmequellen.

Tabelle 21: Gesundheitsausgaben (Total, pro Kopf und %-Anteil am BIP) und ihre Quellen

Jahr	Total (Yuan 100 Millionen)	Pro Kopf	%-Anteil am BIP	%-Anteil d. Regierung	»Soziale Träger«	Out of po- cket
1978	110.21	11.45	3,0 %	32,2 %	47,4 %	20,4 %
1980	143.23	14.51	3,2 %	36,2 %	42,6 %	21,2 %
1985	279.00	26.36	3,1 %	38,6 %	33,0 %	28,4 %
1990	747.39	65.37	4,0 %	25,1 %	39,2 %	35,7 %
1995	2155.13	177.93	3,7 %	18,0 %	35,6 %	46,4 %
2000	4586.63	361.88	5,1 %	15,5 %	25,5 %	59,0 %
2002	5684.63	442.55	5,4 %	15,2 %	26,4 %	58,4 %

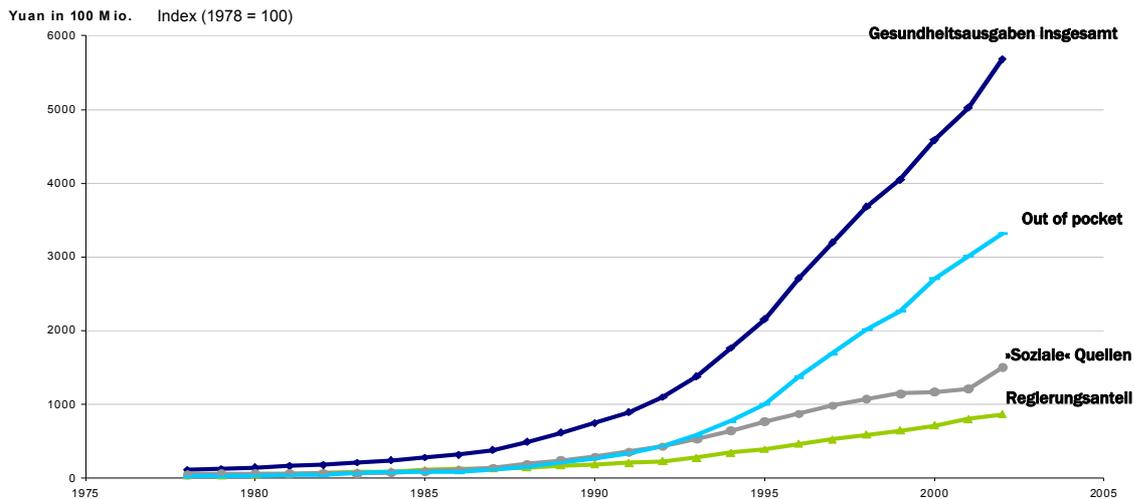
Alle Daten zu realen Werten, normalisiert zu 100 in 1978.

Abbildung 12: Anteil der totalen Gesundheitsausgaben am BIP



Quelle: MOH / CENTER FOR HEALTH STATISTICS AND INFORMATION (ED.) (2004)

Abbildung 13: Totale Gesundheitsausgaben nach verschiedenen Quellen



Alle Daten in realen Werten, normalisiert zu 100 in 1978.

Quelle: MoH / CENTER FOR HEALTH STATISTICS AND INFORMATION (Ed.) (2004)

Auch in den Städten änderten sich seit Beginn der Reformära die Finanzierungsquellen für Gesundheitsausgaben erheblich. Zu der genauen Rolle der Regierung bestehen allerdings, insbesondere was die Finanzierung des LIS betrifft, in der Literatur einige Unklarheiten.¹⁷¹ Von offizieller Seite wird angegeben, dass zwischen 1978 und 1997 die Ausgaben für die beiden Programme um insgesamt 19% pro Jahr stiegen, während die Ausgaben der Regierung jährlich um 11% mithielten.¹⁷² Die entstandene Differenz zwischen Ausgabenwachstum und Regierungsanteil wurde durch private Zuzahlungen der Versicherungsnehmer ausgeglichen. So stieg der Anteil der privat gezahlten Leistungen insgesamt gesehen von 23% 1980 auf 54% 1996 und schließlich auf 60,5% 2001.¹⁷³ Insbesondere das Versicherungsdesign und die damit verbundenen Anreizwirkungen des GIS und LIS führten zu rapiden Inflationstendenzen der Gesundheitsgüter und zu einer allokativ ineffizienten Verteilung der Ressourcen. Durch die gestiegene Finanzierungsdifferenz beim Ausgabenwachstum zwischen privaten und staatlichen Zahlungen nahm der prozentuale Anteil der Regierung an den Gesundheitsausgaben am BIP (Angaben ohne Ausgaben für das GIS) – wie schon auf dem Land – über die Jahre deutlich ab. Er halbierte sich von 28% zu Transformationsbeginn auf 14% im Jahr 1993.¹⁷⁴ Den größten Rückgang verbuchten dabei die Subventionszahlungen für die öffentlichen Krankenhäuser.

¹⁷¹ Bei den festzustellenden Unterschieden ist v. a. darauf hinzuweisen, dass das ausgewiesene Gesundheitsbudget der Regierung nur sehr selektiv ist und bei weitem nicht die staatlich finanzierten Leistungen insgesamt erfasst. Allgemein wird auf jeder Regierungsebene das Budget für den Gesundheitssektor jährlich als Teil der gesamten öffentlichen Ausgaben innerhalb des Planungsprozesses erfasst.

¹⁷² Vgl. MOLSS – STATISTICAL BULLETIN (1999); nach offiziellen Angaben. Beispielsweise betragen 1980 auf nationaler Ebene die gesamten Ausgaben für das LIS 5,3 Milliarden Yuan, 1990 bereits 22,2 Milliarden Yuan (13,3 Milliarden Yuan in 1980er-Werten). Dies bedeutete ein Wachstum von 9,2% pro Kopf und Jahr in der ersten Dekade nach Transformationsbeginn. Die Ausgaben für das GIS als Teil des staatlichen Gesundheitsbudgets stiegen von 14% 1978 auf 30% 1993; vgl. LIU, X. / YI, Y. (2004), S.82. Ein ausführlicher Überblick über die Verteilung der Gesundheitsausgaben im Zeitverlauf findet sich im ANHANG IV.

¹⁷³ Vgl. LIU, X. / YI, Y. (2004), S 45. Sie machen somit den größten Anteil der Finanzierungsquelle der chinesischen Gesundheitsausgaben aus.

¹⁷⁴ Vgl. BLOOM, G. (1997). Ähnlich auch NHEI / Zhao, Y. (2002) wonach der Anteil der Regierung an den gesamten Gesundheitsausgaben von 36% im Jahre 1980 auf 15% im Jahr 2001 gefallen ist.

Tabelle 22: Gesundheitsausgaben in China in der Zeit von 1980 - 2001

	1980	1990	1995	1997	1998	1999	2000	2001
BIP (Milliarden Yuan) ¹	451,8	1854,8	5847,8	7446,3	7834,5	826,8	8944,2	9593,3
THE (Milliarden Yuan) ¹	13,2	73,3	225,8	338,5	377,7	417,9	476,4	515,0
Government HE (%)	36,4	25,0	17,0	15,4	15,6	15,3	14,9	15,5
Social HE ² (%)	40,4	38,0	32,7	27,7	26,6	25,5	24,5	24,0
Individual (%)	23,2	37,0	50,3	56,9	57,8	59,2	60,6	60,5
HE per capita ¹ (yuan)	13,4	65,0	190,6	273,8	302,6	331,9	376,4	403,6
Share of THE in BIP (%)	2,9	4,0	3,9	4,6	4,8	5,1	5,3	5,4

1. BIP, THE and THE per capita are at nominal prices
2. Due to the adjustment of statistical specification, THE in 2001 did not include expenditures on high medical education, personal spending on nourishing food and health protection goods approved by the Ministry of Health and sold in market as dietary supplements.
3. Social Health Expenditures include: a) direct health investments and subsidies to GIS by Government agencies; b) direct health investments and LIS by SOE and urban collective enterprises; c) rural collective health investments and CMS; d) extrabudgetary capital investment; e) private direct investments in practices

Beachte: Die Zahlen weichen geringfügig von den offiziellen Werten des Gesundheitsministeriums (MoH 2004) ab.

Quelle: MoH / NHEI (2000); MoH (2003) für Daten nach 1999

Tabelle 23: Gesundheitsausgaben der Regierung in THE und insgesamt (1990-2000)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Gov. HE in TH	25%	22,8%	20,8%	19,7%	19,1%	17%	16,2%	15,4%	15,6%	15,3%	14,9%
Gov. HE in Gov. expenditure	6%	6%	6,1%	5,8%	5,8%	5,6%	5,8%	5,7%	5,4%	5,0%	4,5%
Public HE in THE	19%	17,1%	15,4%	14,1%	14%	12%	11,4%	10,7%	10,9%	11%	10,5%
Public HE in Gov. expenditure	4,6%	4,5%	4,5%	4,2%	4,3%	4%	4,1%	3,9%	3,8%	4%	3,1%
Public HE in Gov. HE	76,1%	75,1%	74,4%	71,7%	72,8%	70,7%	70,5%	69,4%	69,9%	71%	70,3%

Beachte: Die Zahlen weichen geringfügig von den offiziellen Werten des Gesundheitsministeriums (MoH 2004) ab.

Quelle: ZHAO, Y. / NHEI (2002); ZHAO, Y. (2001)

3.1.3 Kostenexplosion

Zu dem Verlust des, wenn auch meistens minimalen Versicherungsschutzes auf dem Land gesellte sich eine enorme Preissteigerung bei Gesundheitsgütern. Es kann bei zweistelligen Wachstumsraten ohne Übertreibungen von einer Kostenexplosion gesprochen werden. Die Ursachen sind zwar vielfältig und nicht immer eindeutig nachvollzieh- und beweisbar, die Konsequenzen sind aber eindeutig. Wie dargelegt, kann ein Großteil der Bürger, v. a. Bauern, sich nicht mehr medizinische Güter leisten. Aber auch der städtischen Bevölkerung fällt es zunehmend schwer, medizinische Güter nachzufragen und ihre Unzufriedenheit ist zusammen mit den gestiegenen Zuzahlungsraten in den letzten Jahren merklich gestie-

gen.¹⁷⁵ Immer häufiger hört man deshalb ein altes chinesisches Sprichwort: »Einmal im Krankenhaus schlafen und ein Jahr Feldarbeit war umsonst«. Auch internationalen Medien schreiben teilweise vernichtend über die Gesundheitsversorgung in der VR. Tenor ist zumeist, »die VR China, ein Land, in dem man sich Krankheit nicht leisten kann.« Hier wird die Ambivalenz der Transformationsprozesses also zum Damoklesschwert: Wirtschaftliche Öffnung und Erfolg – damit Inflation und technologischer Fortschritt – auf der einen, keine oder nur schlechte Teilhabe am wirtschaftlichen Aufschwung – damit Armut und mangelnde Zahlungsfähigkeit – auf der anderen Seite.

Ein Anteil an den negativen Auswirkungen der erheblichen Kostensteigerungen geht also auf die Ambivalenz des Transformationsprozesses zurück. D. h., dass ein Großteil des Ausgabenanstiegs durch die Inflationsrate bedingt ist, was verschiedene Untersuchungen belegen.¹⁷⁶ Die gestiegene Nachfrage, v. a. nach höherwertigen medizinischen Leistungen sowohl in den Städten wie auf dem Land, ist nämlich zugleich Ausdruck eines Wachstumszeichens für diese Branche. Beispielsweise stiegen die jährlichen Kontakt-/Besuchsraten in den Kreiskrankenhäusern von 1982 bis 1992 von 1,223 Milliarden auf 1,439 Milliarden an, während die der Gesundheitszentren von 1,467 Milliarden auf 1,051 Milliarden im gleichen Zeitraum sanken.¹⁷⁷ Patienten gaben zudem in mehreren Befragungen an, dass sie explizit eine High-Tech-Medizin wünschen würden, weil sie diese generell leistungsfähiger als die TCM einschätzten.¹⁷⁸ Zudem sehen viele Chinesen durch die wirtschaftliche Öffnung die Möglichkeit den technologischen Fortschritt nachzuholen, der ihnen bislang verwehrt war. Denn die Gesundheitsversorgung in der Vor-Reformepoche war sehr limitiert und hatte sich auf einem sehr niedrigen Niveau eingependelt. Gesundheit hat also auch in China eine hohe Einkommenselastizität, ist mithin auf den ersten Blick ein superiores Gut – wobei ein eindeutiger empirischer Nachweis, insbesondere auf Basis mikroökonomischer Daten fehlt (nur Indizien aufgrund makroökonomischer Daten).

Bei aller Vieldeutigkeit, welche weiteren ursächlichen Zusammenhänge stehen hinter der Kostenexplosion? Grundsätzlich gilt, wie bereits erwähnt wurde, dass ebenfalls ein Grund für die veränderte Preis- und Kostensituation bei Gesundheitsgütern die erfolgte unintendierte Privatisierung bzw. Quasi-Privatisierung im Sinne der Selbstverantwortung ist. 2003 befanden sich z. B. 48% der 283.000 registrierten medizinischen Einrichtungen (nicht eingeschlossen sind die Dorfkliniken) in privatem Eigentum, 30% wurden als staatliches Eigentum geführt und 17,3% einem kollektiv-genossenschaftlich betriebenen Unternehmen zugerechnet.¹⁷⁹ Durch den damit bedingten Wegfall staatlicher Subventionen bzw. durch die erfolgte investitionspolitische Dezentralisierung auf die unteren Ebenen, waren die Einrichtungen gezwungen, weitgehend kostendeckende Gebühren für ihre angebotenen Leistungen zu erheben. Durch die fehlende Kontrolle eines »gleichwertigen« Partners waren die Anbieter aber auch versucht, nicht medizinisch notwendige Leistungen zu erbringen (siehe oben die Ausführungen zu den Qualitätsdefiziten). Gerade durch die Anreizstruktur bei den Preisen für Medikamente und High-Tech-Medizin, kam es hier zu einer erheblichen Leistungsausweitung und angebotsinduzierten Nachfrage. Beispielsweise gehen Schätzungen davon aus, dass 40% bis 65% der verschriebenen Medikamente unnötig waren.¹⁸⁰ Zwischenzeitlich

¹⁷⁵ Vgl. *DONG, W. (2003)*, S. 224. So benannten 87 % in einer Umfrage des Statistischen Büros der chinesischen Regierung die mangelhafte Gesundheitsversorgung als größtes Problem, noch vor der Arbeitslosigkeit; vgl. *GONG, H. (2001)*, S. 5.

¹⁷⁶ Vgl. u. a. *LIU, X. Z. / HSIAO, W. C. (1995)*. V. a. die Kosten für öffentliche und kollektive Medizin sei auf die allgemeine Inflation und die Alterung der Bevölkerung zurückzuführen. Die Krankenhaus-Finanzierungspolitik erkläre dagegen 7,4 % des jährlichen Ausgabenanstiegs zwischen 1985 und 1989.

¹⁷⁷ Vgl. *MoH / CENTER FOR HEALTH STATISTICS AND INFORMATION (ED.) (1992)*.

¹⁷⁸ Vgl. zur Bevorzugung tertiärer Leistungen *LIU, G. / LIU, X. / MENG, Q. (1994)*, S. 163; *SONG, F. / RATHWELL, T. / CLAYDEN, D. (1991)*, S. 64 ff.; *RISKIN, S. (1993)*, S. 296 ff. Untersuchungen zur Einkommenselastizität und die Nachfrage nach einem städtischen Angebot, vgl. u. a. *LIU, X. Z. / WANG J. L. (1990)*, S. 14 ff. *LAZARUS* beschrieb das Verhältnis der Chinesen zur technischen Medizin als »a passionate love affair«; (2004), S. 914.

¹⁷⁹ Vgl. *LIU, X. / YI, Y. (2004)*, S. 50. Der größte Anteil der privaten Kliniken befindet sich im städtischen Raum an der Ostküste. Allerdings ist zu beachten, dass nach wie vor 95 % der Krankenhausbetten als not-for-profit geführt gelten; vgl. *MOH / CENTER FOR STATISTICS AND INFORMATION (2002)*.

¹⁸⁰ Vgl. u. a. *HONG, M. (1993)*, S. 17 ff. Dabei sollen auf Ebene der Provinzkrankenhäuser 65% der Arzneimittelausgaben, auf Ebene der Distriktkliniken 41% unnötig gewesen sein; vgl. *LIU, X. / YI, Y. (2004)*, S. 62. Bei *ZHANG, X. / FENG, Z. /*

machten Einnahmen aus Arzneimitteln bis zu 70% des Umsatzes eines Krankenhauses aus,¹⁸¹ und 1996 hatten Arzneimittel einen Anteil von 50% an den totalen Gesundheitsausgaben Chinas erreicht.¹⁸² 1994 stellte das Forschungsbüro des Staatsrates zudem fest, dass Beijing insgesamt über 65 CTs und 8 MRTs verfügte, London dagegen mit einer ähnlichen Einwohnerzahl zu dieser Zeit lediglich über 5 CTs und 1 MRT.¹⁸³ Des Weiteren ergaben die Untersuchungen, dass lediglich 10% der mittels CT untersuchten Patienten tatsächlich an schweren Erkrankungen litten.¹⁸⁴ Auch eine Vielzahl weiterer Studien bestätigte die »unnötige« Verschreibung medizinischer Leistungen und damit die Existenz einer stark angebotsinduzierten Nachfrage.¹⁸⁵

Zur angebotsinduzierten Nachfrage kommt aber gerade in den Städten noch eine versicherungsinduzierte Nachfrage dazu. Beispielsweise war es den Leistungserbringern erlaubt höhere Gebühren für versicherte Patienten zu verlangen. Durch die damit niedrigeren Gebühren für Unversicherte sollten diese unterstützt werden. So betrug die Hospitalisierungsrate für Versicherte 1989 6,2/100 für Unversicherte lag sie dagegen bei der Hälfte, 3,1/100. Die durchschnittliche Verweildauer lag für erstere wieder bei 19 Tagen, für Unversicherte nur bei 9 Tagen.¹⁸⁶ Studien zeigten zudem, dass die Preise für Arzneimittel gut das Doppelte für versicherte Patienten kosteten als für unversicherte.¹⁸⁷ Dieser Trend wurde noch dadurch verstärkt, dass bis Mitte der 1990er-Jahre die städtischen Programme weitgehend eine Vollversicherung waren. So wiesen die versicherten Patienten einen erheblich höheren Konsum an Gesundheitsgütern auf als die unversicherte Population. Auch kam es zu illegalen Akquirierungen von Versicherungsleistungen. Vielfach wurden z. B. von den Versicherten Leistungen und Arzneimittel nachgefragt, die für ihre unversicherten Familienangehörigen bestimmt waren (一人劳保,全家吃药, *yiren laobao, quanjia chi yao*: »Einer ist versichert, die ganze Familie nimmt Medikamente«).¹⁸⁸ Die Wachstumsrate lag hier pro Kopf/Jahr bei 11,1 % von 1980 bis 1990, wobei der Ausgabenanstieg allerdings umso höher ausfiel, je besser der Versicherungsschutz für die entsprechende Population war.¹⁸⁹ Es sollten also nicht nur die Anreize auf der Angebotsseite dazu beitragen, dass in diesem Bereich die Kosten explodierten. Vielmehr kamen hier zwei Aspekte, die Nachfrage der Patienten und die Angebotsinduzierung, v. a. bedingt durch die höheren Gewinnmargen, zusammen (»double Moral Hazard«). Denn die Zahlungen aus dem GIS und LIS waren die Haupteinnahmequellen für die Leistungserbringer in den Städten. Ein Anreiz zur Aufklärung hinsichtlich alternativer oder kostengünstigerer Verfahren auf Seiten der Leistungserbringer be-

ZHANG, L. (2003), S. 33 f. sollen sogar nur 0,06 % der Arzneimittelverschreibungen in Dorfkliniken medizinisch nachvollziehbar gewesen sein.

¹⁸¹ Vgl. LIU, X. / YI, Y. (2004), S. 62; HONG, M. (1995); ZHOU, B. (1989). Beispielsweise betrug 1978 der Anteil noch 37,33%, Ende 1988 war er bereits auf 57,19% gestiegen; vgl. SHI, W. (1991); empirische Untersuchungen zum Verschreibungsverhalten in den ärmeren ländlichen Gebieten auch ZHAN, S. / TANG, S. / GUO, Y. (1997), S. 66 ff.

¹⁸² Vgl. HINDLE, D. (2000), S. 124. Der Anteil an den Gesamtausgaben gehört damit zu den weltweit höchsten.

¹⁸³ Vgl. STATE COUNCIL RESEARCH OFFICE (1994b), S. 9 ff. Zur Diffusion westlicher Technologien in den Anfangsjahren der Transformation vgl. HU, T.-W. (1988), S. 1095 ff.

¹⁸⁴ Vgl. EBENDA. Der Anteil liegt damit deutlich unter dem Wert westlicher Länder mit ca. 50%. Auch diverse weitere Studien – zumeist von unterschiedlicher methodischer Qualität – belegen eine ausgeprägte angebotsinduzierte Nachfrage, v. a. bei gewinnträchtigen Diagnostiken und Arzneimitteln (s. o.); z. B. erschienen bei LIU, X. / MILLS, A. (1999), S. 411 f. wo 20% der Kosten einer Blindarm- oder Lungenentzündung klinisch nicht gerechtfertigt waren; ähnlich auch LIU, X. / LIU, Y. / CHEN, N. (2000), S. 158 ff., die in ihrer Untersuchung in der Provinz Shandong konstatieren, dass Krankenhäuser i. d. R. die offiziellen Gebühren um eine Marge von 90% überschritten. Auch bei freien und von der Regierung kontrollierten Behandlungsstrategien (sog. DOTS), wie der TB, wird versucht, Gewinne zu erzielen, zumeist durch zusätzliche, in ihrem Sinn kaum nachzuvollziehbare Therapien und Medikamente. Das unübersehbare Profitinteresse der Ärzte und Krankenhäuser hat zu einem deutlichen Sinken des Ansehens bei der Bevölkerung geführt, sowie einer zunehmenden Gewalt gegenüber Ärzten und Krankenhauspersonal, vgl. ausführlich zum veränderten Arzt-Patienten-Verhältnis LAZARUS, G. S. (2004).

¹⁸⁵ Vgl. u. a. SUN, G. (1992), S. 60; BO, X. F. / DONG, J. Z. (1993), S. 58; auch wenn hier wieder der genaue Einfluss verschiedener Faktoren offen bleiben muss.

¹⁸⁶ Vgl. STATE COUNCIL RESEARCH OFFICE (1994b), S. 9 ff. Andere Studien zeigten, dass die Verweildauer um 60% höher für Versicherte lag; vgl. MOLSS – STATISTICAL BULLETIN (1999).

¹⁸⁷ Vgl. HILLIER, S.M. / SHEN, J. (1996). Andere Studien zeigen Differenzen bis zum 3,5-fachen; vgl. MOLSS – STATISTICAL BULLETIN (1999); LIU, Y. / HSIAO, W. / EGELSTON, K. (1999); DONG, H. / BOGG, L. / U. A. (1999a, b, c).

¹⁸⁸ Vgl. ZHENG, X. / HILLIER, S. M. (1995).

¹⁸⁹ Vgl. EBENDA.

stand so nicht.¹⁹⁰ Damit hatten weder die Versicherten noch die Leistungserbringer irgendeinen Anreiz, die entstehenden Kosten zu kontrollieren.

Letztendlich muss aber auch ein sich wandelndes Morbiditätsspektrum von infektiösen zu chronischen Krankheiten Berücksichtigung in einer Argumentation bei der Frage nach den Ursachen zum Ausgabenanstieg finden (sog. »health and morbidity transformation«).¹⁹¹ Behandlungen sind wesentlich aufwendiger und damit teurer geworden, eine Heilung ist zudem oftmals nicht mehr möglich. Die Regierung war also gezwungen inzwischen auf die Probleme mit der jüngsten Preisreform zu reagieren, wenngleich wenig erfolgreich (Zurückstellung des Reformteils).¹⁹² Nach wie vor ist damit der auf dem Markt für Gesundheitsgüter zur Anwendung kommende Preismechanismus insgesamt von massiven Anreizverzerrungen durch die Regierung gekennzeichnet und momentan noch nicht fähig, seine marktwirtschaftlichen Funktionen, wie Allokation, Nachfragekoordination oder Sendung von Knappheitssignalen, wahrzunehmen. Dies gilt auch größtenteils für den gänzlich privaten Markt, wo die Preise – zumeist auch hier wieder infolge einer verfehlten Gesundheitspolitik – deutlich höher sind als die in den öffentlichen oder quasi-öffentlichen Einrichtungen.¹⁹³

¹⁹⁰ Auf dieses Problem hat die Regierung, v. a. um die angebotsinduzierte Nachfrage zu reduzieren, mit Kostenselbstbehalten für die Patienten reagiert. Diese lagen in den Anfangsjahren zumeist zwischen 10-30 % für ambulante Behandlungen und 0-10 % für stationäre.

¹⁹¹ Vgl. *WORLD BANK / IBRD (EDS.) (1997)*; *LIU, X. / YI, Y. (2004)*; *NBS OF CHINA (ED.) – STATISTICAL YEARBOOK (1980-2006)*.

¹⁹² Vgl. *MOH / MOF (2000)*; *STATE COMMISSION OF PLANNING AND DEVELOPMENT (2000)*. Zuvor waren auch schon seit Ende der 1990er-Jahre mehrere Reformen gestartet worden, die v. a. das Monopol der Krankenhäuser und die Verbindungen zwischen Verschreibung und Verkauf aufbrechen sollten. Ausführlich über die Reformen auf dem Arzneimittelmarkt; vgl. u. a. *LIU, X. / YI, Y. (2004)*, S. 62. Im Januar 2003 wurde der Markt für Drug Retail Stores auch komplett für ausländische Investitionen geöffnet.

¹⁹³ Neben der anfänglichen Preispolitik (höhere Gebühren) der Regierung ist dies aber auch v. a. der höheren Qualität dieser Einrichtungen geschuldet. Inzwischen ist aber in einigen kleinen Krankenhäusern, die oftmals mit vielen weiteren Einrichtungen um die Patienten konkurrieren, die zur Geltung kommende Gebührenliste geringer als in den größeren staatlichen Häusern. Dies zeigt auch hier, dass der Markt langsam zu arbeiten beginnt, z. B. in Form geringerer Preise bei besserem Service. Allerdings ist dies bislang nicht flächendeckend der Fall.

3.2 **Rückblick: Reformverlauf und gesundheitspolitische Historie**

Dass bei einem Blick auf all diese Verwerfungen ein erheblicher Reformdruck vorlag, ist also wenig verwunderlich. Wie kam es aber konkret zu den jüngsten Reformen von BHIS und NCMS? Auf welche Erfahrungen im Reformweg konnte die Regierung aufbauen? Welche Vorgaben kamen von der Zentrale, welche Antworten wurden von der lokalen Gesundheitspolitik gegeben? Nachfolgend soll deshalb die Geschichte und der Reformverlauf der ländlichen und städtischen Gesundheitspolitik seit Transformationsbeginn etwas genauer dargestellt werden. Es sollen zudem Erklärungsansätze für die derzeitige Systemstruktur aufgezeigt werden.

3.2.1 **Gesundheitspolitischer Rahmenvorgaben der Zentrale**¹⁹⁴

Durch die hohe Dezentralität in der politischen Steuerung ist es sinnvoll kurz die Handlungen der Zentralregierung getrennt zu betrachten. Denn gerade auch die Zentrale war gefordert, auf die genannten Herausforderungen adäquate politische Antworten zu geben; dies umso mehr, wenn man bedenkt, dass in der VR China die Gesundheitsversorgung als eines der grundlegenden menschlichen Bedürfnisse definiert und ist als solches Bestandteil der chinesischen Verfassung. Konkret wird jeder einzelnen Person der Zugang zur medizinischen Versorgung rein formal garantiert.¹⁹⁵ Trotzdem dauerte es bis 1994, bis die ersten gesundheitspolitisch wirklich relevanten Entscheidungen der Zentrale getroffen wurden. Erste Finanzierungsexperimente zur Absicherung des Krankheitskostenrisikos, aber auch vereinzelt zur Vergütung und Neuorganisation der Leistungserbringer wurden dagegen schon ab 1989 auf dem Land initiiert, getreu dem chinesischen Reformmotto »take a step, and then take a look«. Die Zentrale übertrug also erst den lokalen Regierungen die Verantwortung für die Suche nach zielführenden Sicherungslösungen und damit verbundenem überlegenen Wissen. Dies geschah allerdings ohne den grundsätzlich als positiv zu bewertenden dezentralen Such- und Entdeckungsprozess institutionell und politisch zu flankieren bzw. abzusichern. Es existierten weder institutionelle, ordnungspolitische Vorgaben für eine föderale Entscheidungsfindung noch hinreichende Anreize und Sanktionsmechanismen für spezielle gesundheitsbezogene Ziele: Die lokalen Kader waren in keiner Weise »gezwungen«, ihre Macht für eine entsprechend zielgerichtete Suche unter Transformationsbedingungen einzusetzen.

Es war also das Jahr 1994, in dem mit den Beschlüssen der 3. Plenarsitzung des 14. Nationalen Volkskongresses ein erster »ordnungspolitischer« Grundstein gelegt wurde, der die weiteren Reformbemühungen entscheidend beeinflusste. Es wurden nämlich zwei neue Inhaltsbereiche in das soziale Sicherungssystem der VR aufgenommen. Dieses besteht nun aus sechs formalen Komponenten: 1. Sozialversicherung, 2. Sozialhilfe, 3. soziale Wohlfahrt, 4. Begünstigungen, 5. gegenseitige Hilfe und 6. persönliche Sparguthaben/Vermögen. Die letzten beiden (5. und 6.) wurden durch die Beschlüsse hinzugefügt.¹⁹⁶ Gegenseitige Hilfe bezieht sich dabei auf gesellschaftliche Leistungen, soziale Spenden und alle weiteren altruistischen und gegenseitig bedingten Hilfsaktivitäten. Der Einschluss persönlichen monetären Vermögens verdeutlichte die neue Schlüsselrolle von privater Initiative und Selbstverantwortung.¹⁹⁷

¹⁹⁴ Nachfolgende Ausführungen orientieren sich weitestgehend identisch an KÖSTER, A.-D. (2008), S. 229 ff.

¹⁹⁵ Vgl. GU, X.-Y. / TANG, S. L. (1995), S. 182. Formal garantiert darf dabei jedoch nicht im europäischen Sinne einer Solidarität hinsichtlich einer medizinischen Grundversorgung verstanden werden. Vielmehr definiert die chinesische Regierung diesen Grundsatz dahingehend, dass durch die Erhöhung des individuellen Wohlstandes und damit der Kaufkraft der formal-rechtliche Zugang im Sinne der potentiellen Möglichkeit erfüllt ist. Unklar bleibt dabei aber, wie Kostensteigerungen auf Angebotsseite bewertet werden. Ursprünglich besagte auch Art. 21 (in der Fassung von 1982), dass der »... State develops medical and health services, promotes modern medicine and traditional medicine, encourages and supports the setting up of various medical and health facilities by the rural economic collectives, state enterprises and undertakings and neighbourhood organizations and promotes public health activities of a mass character to promote the people's health ...« (vgl. Art. 21, The Constitution of the People's Republic of China, zitiert nach PEARSON, V. [1995], S. 88). Bereits hier fehlt der Verweis auf eine Finanzierungsübernahme durch den Staat.

¹⁹⁶ Vgl. ZHONGGUO SHEHUI GONGZUO (1996).

¹⁹⁷ Vgl. WONG, L. (1998), S. 10.

Aber auch schon zuvor war die chinesische Regierung nicht gänzlich untätig, sondern hatte bereits mit dem 7. *Fünf-Jahres-Plan* (1986-1990) einige grundlegende Prinzipien zur Reformierung der sozialen Sicherungssysteme (für die Städte) erlassen. Sie übten einen nicht unerheblichen Einfluss auf die 1994er-Beschlüsse und weitere Reformziele aus:¹⁹⁸

- Reformen haben auf einer realistischen Bewertung der finanziellen Konditionen des Landes zu basieren, was impliziert, dass beides, Leistungen und Beiträge, auf einem niedrigen Niveau zu starten haben
- Reformen haben sowohl übereinstimmend mit der wirtschaftlichen Produktion und den Marktgesetzen als auch mit der Lebenssituation der Menschen zu erfolgen, mit dem Ziel, eine Balance zwischen Egalität und Effizienz zu erreichen
- Die Finanzierung muss verschiedenen Quellen entstammen, eingeschlossen sind der Staat, die Unternehmen und das einzelne Individuum
- Das Management der durch die Reformmaßnahmen errichteten Institutionen bzw. Organisationen hat kollektiv zu erfolgen und nicht mehr durch das individuelle Unternehmen, was offiziell als »sozialistische Administration« bezeichnet wird
- Die einzelnen Reformen sind in Kombination mit den gesamten Lohnreformen und anderen Staatssubventionen in Angriff zu nehmen¹⁹⁹

Der 8. *Fünf-Jahres-Plan* (1991-1995) unterstrich dann noch einmal die Prinzipien »each according to his work« und »Balance zwischen Egalität und Effizienz«. Zudem legte 1993 in Tradition dieser Prinzipien das Zentralkomitee der KP in dem »Beschluss über einige Fragen zur Errichtung einer sozialistischen Marktwirtschaft« fest:

»Ein System sozialer Sicherung wird auf mehreren Ebenen errichtet. Die Reform der Unternehmen und Einheiten mit Wirtschaftscharakter wird vertieft und die soziale Stabilität geschützt. [...] Die Politik der sozialen Sicherung wird vereinheitlicht sowie die Verwaltung verrechtlicht. Das Niveau der sozialen Sicherung wird der Entwicklung des Bruttosozialprodukts unseres Landes [...] angepasst. Die Richtlinien der sozialen Sicherheit für die städtische und ländliche Bevölkerung sollen weiterhin Differenzen aufweisen. [...] Das kommerzielle Versicherungswesen wird entwickelt und als Ergänzung zur Sozialversicherung gesehen.«²⁰⁰

Diese Ankündigung ist 1995 im »Arbeitsgesetz der VR China« (劳动法 *laodong fa*) als eine gesetzliche Verpflichtung festgeschrieben worden.

In den Zeitraum des 8. Fünf-Jahres-Plans fielen auch erste konkrete das Gesundheitssystem und die Absicherung des Krankheitskostenrisikos betreffende Entscheidungen der Zentrale. So verfolgt die Regierung hier z. B. seit dem 14. Zentralkomitee der KPCh im Jahr 1992 mit Nachdruck verschiedene Reformstrategien.²⁰¹ Als übergeordnete Vorgaben für die einzelnen Reformanstrengungen wurden drei Ziele durch das Gesundheitsministerium publiziert: 1. Höchste Aufmerksamkeit gilt der ländlichen Gesundheitsversorgung, 2. Fokus auf die präventive Medizin, 3. Fokus auf TCM. Im Juli 1994 wurden dann weitere übergeordnete Prinzipien speziell zur Finanzierung der ländlichen Gesundheitsversorgung herausgegeben, die sich inhaltlich allerdings v. a. wieder an den Aussagen des 7. Fünf-Jahres-Plans anlehnten:

¹⁹⁸ Vgl. WONG, L. / MOK, K.-H. (1995), S. 31 f.

¹⁹⁹ Das Arbeitsministerium schlug hier in langfristiger Sicht den graduellen Ersatz staatlich bestehender Sozialversicherungen durch ein auf individuellen Beiträgen basierendes Versicherungsprogramm vor. Vgl. WONG, L. (2001).

²⁰⁰ O. V. (1993a), dt. Übersetzung in: CHINA AKTUELL (1993), S. 1084 ff.

²⁰¹ Hierzu gehören z. B. im Einzelnen die Einführung von Kostenerstattungen und Anreize hinsichtlich Gewinnerzielung und Entwicklung eines alternativen Finanzierungssystems zur Absicherung des Krankheitskostenrisikos.

- Jede »Region« ist für die Organisation einer eigenen kollektiven Finanzierung hinsichtlich der medizinischen Grundversorgung selbst verantwortlich
- Die finanzielle Basis der Fonds hat verschiedenen Quellen zu entstammen (Regierung, Kollektiv/Unternehmen, Individuum)
- Die Priorität muss auf dem Angebot präventiver Leistungen liegen
- Die Versicherungsprogramme und der Leistungsumfang haben mit der jeweiligen regionalen und ökonomischen Lage übereinzustimmen

Durch die verheerende Versorgungslage auf dem Land wurde insgesamt in den 1990er-Jahre die Wiederbelebung des RCMS zu einer politischen Top-Priorität auf Zentralebene – zumindest offiziell. So beschrieb ein Dokument des Staatsrates aus dem Jahre 1991 den unbedingten Bedarf, die noch bestehenden RCMS auszuweiten. Den Beschlüssen von 1992 war ebenfalls vorausgegangen, dass die Politik diesen Ansatz des Staatsrates, wie angeführt, im 8. Fünf-Jahres-Plan unterstrich sowie des weiteren dies mit dem 10-Jahres-Programm für Nationale Ökonomie und soziale Entwicklung auf der 4. Konferenz des 17. Nationalkongresses der KPCh im April 1991 offiziell verabschiedete. Im Dezember desselben Jahres gab der Staatsrat dann das Dokument No. 92 (»Regulation of Cost and Sharing Labour Management for Peasants«) heraus. Dieses machte öffentlich Werbung für die dörflichen Wohlfahrtsfonds, um eine Unterstützung von CHCSs (modifiziertes RCMS) zu fördern und damit eine spätere Etablierung auf lokaler Ebene zu erleichtern. Dies hatte zur Konsequenz, dass seit März 1994 offiziell der Fokus auf die Wiedereinführung des RCMS gelegt wurde,²⁰² was aber in den folgenden zehn Jahren erneut nur mehrere vereinzelte Reformprojekte stimulieren sollte.

1998 fanden weitere administrative Reformschritte mit der Umstrukturierung des Arbeitsministeriums zum Ministerium für Soziale Sicherheit und Arbeit (MOLSS) und einem zentralen Erlass zur neuen Sozialversicherung in den Städten statt.²⁰³ Letzterer wurde kurz zuvor, 1997, vom Zentralkomitee und vom Staatsrat als »Urban Employees' Basic Health Care Insurance System« (Veröffentlichung 1998)²⁰⁴ beschlossen und stellte entscheidende Weichen für weitere gesundheitspolitische Entwicklungen. Diese sollten dann ab dem Jahr 2000 bzw. 2001 auch den Weg in die alltägliche Praxis der chinesischen Politik auf Lokalebene finden. Im Zusammenhang mit der konkreten Umsetzung auf lokaler Ebene veröffentlichte der Staatsrat abermals die 1997er-Beschlüsse im August 2000 und nannte weitere verfolgte Ziele in der Ausrichtung der zukünftigen Gesundheitspolitik in den Städten.²⁰⁵

²⁰² Vgl. GU, X.-Y. / TANG, S. L. (1995); entsprechend auch MOH (1997); STATE COUNCIL (1997a, b); STATE COUNCIL / CENTRAL COMMITTEE OF CP (1997a). Eine große Anzahl der Anfang der 1990er-Jahre herausgegebenen Regierungsdokumente bestätigt das politische Interesse der Regierung in Beijing am RCMS als eine der Prioritäten der nationalen Gesundheitspolitik. Als Begründung wird zumeist die hohe Bedeutung der Programme für die Volksgesundheit genannt. Allerdings ist dies oftmals nicht von politischer Propaganda zu trennen. So wird nämlich auch seitens der Regierung über die staatlichen Medien öffentlich »Stimmung« gegen die medizinischen Leistungserbringer gemacht, um von eigenem Versagen und widersprüchlichen Verhalten abzulenken.

²⁰³ 1998 hat es generell eine Reform der Staatsorgane für die soziale Sicherheit (社会保障体系 *shehui baozhang tixi*) gegeben. Bis dahin waren vier Ministerien für das Sozialversicherungssystem verantwortlich: das Arbeitsministerium für die Versicherung der städtischen Arbeitnehmer, das Ministerium für Personalangelegenheiten (人事部 *renshi bu*) für die Absicherung der Staatsbediensteten, das Ministerium für zivile Angelegenheiten (民政部 *minzheng bu*) für die Versorgung auf dem Land und das Gesundheitsministerium (卫生部 *weisheng bu*) für die (ländliche) Krankenversicherung. 1998 wurde eben der Verantwortungsbereich des Arbeitsministeriums um Bereiche der sozialen Sicherung erweitert, und umbenannt in MOLSS. Seitdem obliegt ihm die Hauptverantwortung für alle Bereiche der sozialen Absicherung der Beschäftigten in städtischen Betrieben. ZHENG SILIN, Minister für Arbeit und Soziale Sicherheit, betont zwar, dass hiermit eine »einzige landesweit die soziale Sicherheit verwaltende Stelle entstand [...], sodass die segmentierte Verwaltung der sozialen Sicherheit ein Ende nahm« (ZHENG S. [2004], S. 5 f.), aber das System ist im Grunde nicht wesentlich vereinfacht worden. Denn nach wie vor sind die anderen Ministerien an der Umsetzung der Sozialversicherungs-Richtlinien beteiligt, wodurch die unklaren Kompetenzabgrenzungen zwischen den einzelnen beteiligten Ämtern und Organen auch heute nicht ausgeräumt sind; vgl. WESENER, F. (2005), S. 11 f.

²⁰⁴ Vgl. STATE COUNCIL (2000a), S. 1; STATE COUNCIL / CENTRAL COMMITTEE OF CP (1997b).

²⁰⁵ Vgl. HU, X. (2000).

- Einführung eines Cost-Sharing-Systems, um die steigenden Gesundheitsausgaben zu kontrollieren und eine medizinische Basisversorgung sicherzustellen
- Förderung des Wettbewerbs, der Qualität und Effizienz im Gesundheitssektor, u. a. durch Wahlfreiheit der Patienten hinsichtlich der Krankenhäuser und behandelnden Ärzte
- Aufbruch regional-industrieller Monopole in der pharmazeutischen Forschung, in Produktion und im Verkauf, mit dem Ziel der Förderung eines besseren Managements zur Sicherstellung einer höheren Qualität der Arzneimittel und Kostenreduktion

Dennoch blieb auch mit Gründung des »neuen« Ministeriums die administrative Zuständigkeit im Gesundheitswesen getrennt, obgleich auch für die vertikale gesundheitspolitische Steuerung und Planung eine Neugestaltung angestrebt wurde. Die beschriebene Dezentralisierung betraf nämlich auch die politische Ebene, so dass ebenfalls die Gesundheitsplanung auf die regionalen Einheiten übertragen wurde (sog. regional health development planning [RHDP]).²⁰⁶ Allerdings fehlten bis Ende 1997 hier klare Anweisungen und Kompetenzabgrenzungen, was die allemal schon hohe Unsicherheit in der gesundheitspolitischen Steuerung weiter verstärkte. Erst ab 1997 bzw. 1998 wurden erste »Formalisierungsschritte« unternommen, die 1999 in den »Guidelines on Regional Health Planning« – herausgegeben vom Staatsrat – und einem weiteren diese Richtlinien ergänzenden Dokument vom NRPC, dem Finanz- und Gesundheitsministerium, mündeten. Diese Papiere enthielten auch die Neuabgrenzung der Verantwortlichkeiten. So setzt die Zentrale weiterhin die allgemeingültigen, übergeordneten Richtlinien fest, die Provinzregierungen beschließen aber dann die konkreten Kriterien zur Allokation der medizinischen Ressourcen und Gesundheitsgüter. Die Präfekturalregierung (Städte) entwirft schließlich die regionalen Gesundheitsentwicklungspläne und organisiert ihre konkrete Implementierung in den wirtschaftlichen Alltag. Zudem erhielt das Gesundheitsministerium noch einmal formal den Auftrag, die gesamte Gesundheitswirtschaft übergeordnet und umfassend zu steuern. Damit sollte zwar rein formal der Anfangspunkt einer neuen politischen Entwicklungsrichtung gelegt werden, die tatsächliche Umsetzung dieser Neuregelungen und Richtlinien wurde jedoch v. a. durch weiterhin bestehende Interessenkonflikte (konfliktionäres Institutionenverhältnis), fehlendes Wissen und zu geringe Personalkapazitäten in den unteren Ebenen verhindert.²⁰⁷ Nur sehr wenige Städte und Provinzen adaptieren die neuen RHDP-Vorgaben.

Für die jüngsten Reformen hinsichtlich der ländlichen Gesundheitsversorgung sollten ebenfalls, wie in den Städten, die ersten Jahre des neuen Jahrtausends ausschlaggebend sein. Die Idee der Entwicklung eines NCMS wurde zuerst während der National Rural Health Conference 2001 diskutiert, die damit verbundenen politischen Positionen später, Ende 2002, während des 16. Parteikongresses der KPCh.²⁰⁸ Dort wurde auch das Ziel der KPCh formuliert, eine allumfassende »Xiaokang«-Gesellschaft aufzubauen. Um dieses übergeordnete Ziel zu erreichen, verabschiedete die Regierung ein neues Entwicklungskonzept, »Put people first and promote overall, harmonized and sustainable development«, in dem folgende fünf Substrategien (als »fünffacher Ausgleich« 五保个统筹, *wu ge tongchou*) zum Ausdruck kamen:²⁰⁹ Balance zwischen 1. ökonomischen und sozialen Interessen, 2. Städten und ländlichen Gebieten, 3. einzelnen Regionen, 4. der Natur (Umwelt) und den Menschen sowie 5. inländischen Reformen und einer weiteren Öffnung des Landes. 2003 wurden dann vom Staatsrat die konkreten Richtlinien zur

²⁰⁶ Vgl. LIU, X. / YI, Y. (2004), S. 88.

²⁰⁷ Vgl. EBENDA, S. 89. Diese bezeichnen die Wirkungskraft der Neuregelung als »remained in paper«.

²⁰⁸ Vgl. STATE COUNCIL / CENTRAL COMMITTEE OF CP (2002a, b, c, d). Der 16. Parteitag 2002 setzte zudem erneut einen Schwerpunkt auf die Reform der sozialen Sicherung, und zwar im Rahmen von Jiang Zemins Theorie der »drei Repräsentanten« (三个代表 *san ge daibiao*); vgl. auch JIANG, Z. (2002).

²⁰⁹ Dies wird als ein Bestandteil der Erfüllung der Maxime angesehen, eine »harmonische Gesellschaft« (和谐社会 *hexie shehui*) aufzubauen, in der dem »Menschen als Maßstab« mehr Beachtung geschenkt werden soll, und auf der Grundlage der Wirtschaftsentwicklung die wachsenden materiellen und geistigen Bedürfnisse befriedigt werden sollen. Das Konzept selbst ist dabei wieder Bestandteil des »wissenschaftlichen Konzepts der Entwicklung«, welches auf eine »umfassende und koordinierte« Abstimmung zwischen Sozialem und Wirtschaftlichem abzielt (科学发展观 *kexue fazhan guan*, wissenschaftliches Konzept von Entwicklung) und der Leitlinie, eine Gesellschaft von bescheidenem Wohlstand aufzubauen (建设小康社会 *jianshe xiaokang shehui*); vgl. O. V. (2004e), Ü 13.

Etablierung der ländlichen NCMS herausgegeben. Zuvor, 2001, wurden bereits die »Guidelines on Rural Health Reform and Development« im Anschluss an die Gesundheitskonferenz erlassen. Ebenfalls 2003 wurden in Kooperation mit dem Sozialministerium, dem MOLSS und dem Finanzministerium die Richtlinien zur Etablierung eines sog. »Medical-Financial-Assistance-System« (MFA) verabschiedet.

Dieser kurze historische Abriss von politischen Reformentscheidungen soll aber keineswegs den Eindruck eines »geplanten« Vorgehens in der Gesundheitspolitik vermitteln. Vielmehr waren die einzelnen Entscheidungen, wie oben angeführt, zumeist das reaktive Ergebnis eines zunehmenden Selektions- und Wandlungsdruckes auf die soziale Sicherung durch die primären ökonomischen und fiskalpolitischen Reformen (Rückwirkungen). Ebenfalls waren sie eine Antwort auf die »unerwünschten« sich einstellenden inneren Institutionen, nachdem die Zentrale infolge eines weitgehend gesundheitspolitischen Laissez-faires die regulierende Verantwortung über das Gesundheitswesen den Leistungserbringern selbst überlassen hatte (u. a. auch Übertragung auf einen ineffizienten Preismechanismus). Des Weiteren stimulierten die einzelnen Lokalregierungen zunächst einzelne Reformexperimente auf dezentraler Ebene zur Lösung der sich zeigenden Probleme, an denen sich dann die Zentrale in Beijing orientierte.²¹⁰ Denn bekanntlich lag die gesundheitspolitische Steuerung anfangs in den Händen der lokalen Kader; dies freilich aber nicht ohne Kenntnis und inoffizielle bzw. offizielle Zustimmung entsprechender Parteigrößen oder der zuständigen Staatsorgane.²¹¹

Zwar ist inzwischen, wie ersichtlich wurde, die gesundheitspolitische Aktivität der Zentrale verstärkt in Erscheinung getreten.²¹² Auch hat sie, in Anerkennung des Rule-of-Law-Gedankens 2004 eine eigene Abteilung für Gesundheitspolitik und -gesetzgebung im Gesundheitsministeriums aufgebaut, welche offiziell die Aufgabe hat, zukünftige Gesetze zu skizzieren bzw. zu entwerfen sowie deren spätere Umsetzung durch entsprechende Maßnahmen sicherzustellen. Aber es gilt nach wie vor, dass entgegen all den bereits gesammelten Erfahrungen und vorliegenden empirischen Ergebnissen aus den getesteten Experimenten die zentrale politische Führung über keine ausgereiften Konzepte zur (langfristigen) ordnungspolitisch ausgelegten Lösung der Krisen in der sozialen Sicherung verfügt. Dies galt v. a. für die Vergangenheit und gilt durchaus auch für die Gegenwart. So bezogen sich die bisherigen Gesetze der neuen Abteilung dann auch nicht auf ordnungspolitische Grundsatzentscheidungen zu den zentralen Bereichen der Finanzierung, Qualitätssicherung und Sicherstellung des Zugangs zu einer medizinischen Versorgung sowie der Steuerung des Angebots durch den Aufbau einer effizienten Wettbewerbsordnung, sondern sie betrafen v. a. eher unbedeutende Bereiche innerhalb des Gesundheitsministeriums, wie z. B. Regulierungen des Angebots an gesundem Essen, die Steuerung »ergänzender« Gesundheitsgüter, etc.²¹³

Insofern ist es nicht verwunderlich, dass die vorhandenen und bislang präsentierten Konzepte der zentralen Gesundheitspolitik nicht frei von Widersprüchen sind. Anspruch und Wirklichkeit stehen weit auseinander. Auch wird entgegen den offiziellen Angaben der Gesundheits- und Sozialpolitik nur ein geringer politischer Stellenwert eingeräumt. Ersichtlich ist dies u. a. an den weiteren Ausgabenkürzungen und einem Personalabbau in den unteren Ebenen der Ministerien. Darüber hinaus erfolgt die staatliche (Zwangs-)Durchsetzung der erlassenen Gesetze entgegen allen anders lautenden Ankündigungen nur

²¹⁰ Die Beschlüsse von 1997 zur städtischen Krankenversicherung gehen beispielsweise auf mehrere Pilotprojekte und Modellvorhaben in den Städten zurück, konkret v. a. auf das »Two-Jiang-Projekt«. Ausführlich zu dem Projekt und weiteren vgl. z. B. *WORLD BANK / IBRD (EDS.) (1997)*, S. 57 ff. oder *CHEUNG, A. (2001)*, S. 69 ff.

²¹¹ Beispielsweise wurden die zwei Städte für das »Two-Jiang-Projekt« bewusst von der Zentralregierung ausgesucht, nachdem 1993 in der 3. Plenarsitzung des XIV. ZK der KPCh die Reformierung der städtischen Krankenversicherung durch eine Kombination aus einer Sozialversicherung (gepoolter Wohlfahrtsfonds) und individuellen MSA beschlossen wurde. Sie sollten dazu geeignet sein, die Formulierung einer national-weiten Richtlinie zu unterstützen; vgl. *LIU, X. / YI, Y. (2004)*, S. 33.

²¹² Dass die Zentrale in jüngster Vergangenheit verstärkt wieder ihre Rolle als Gesetzgeber und übergeordnete Regulierungsinstanz wahrgenommen hat, belegt allein schon die Tatsache, dass in den letzten Jahren über zehn Gesetze zur Neuausrichtung des Gesundheitswesens erlassen wurden, nachdem über ein Jahrzehnt keine Gesetzesaktivitäten zu verzeichnen waren.

²¹³ Vgl. *LIU, X. / YI, Y. (2004)*, S. 89.

sehr unregelmäßig und keinesfalls nachhaltig. Denn nach wie vor ist Korruption in den Behörden weit verbreitet und das Modernisierungsziel ist oberstes Primat zentralstaatlicher Politik. Um letzteres zu erreichen, verlässt sich die Zentrale auf gewachsene informale Sicherungslösungen wie die Familie und traditionelle Werte, die in der Vergangenheit schon dazu beigetragen hatten, dass die relativ geringe staatliche Aktivität im Bereich der sozialen Sicherung keine negativen Folgen zeitigen sollte. Allerdings werden durch die Transformation sowie durch Maßnahmen zum Erreichen des Modernisierungsziels selbst (z. B. Einhaltung einer konstanten Bevölkerungszahl) diese traditionellen Sicherungslösungen konterkariert.

Allgemein kann aber davon ausgegangen werden, dass sich die Regierung in Beijing klar über die sozioökonomischen Beziehungen ist, wie veröffentlichte Stellungnahmen, z. B. im Papier des Staatsrates aus dem Oktober 2003 »Health and Macro-economics in China« nahe legen; oder wie aus offiziellen Reden von Regierungsmitgliedern, z. B. der stellvertretenden Executive Ministers GAO QIANG in Genf zur »2nd Ministerial-Level Consultative Conference on Macroeconomics' and Health«, ersichtlich wird. Es ist also nicht vorrangig eine Frage des politischen »Nicht-Wissens«, das mögliche Anpassungsleistungen erschwert. Sondern, betrachtet man die bisherigen Ausführungen, ist dies häufig vielmehr eine Frage von Opportunitätskostenkalkülen, die mit der Verfolgung persönlicher Eigeninteressen (Vermögensposition) und dem Erreichen des Modernisierungsziels verknüpft sind. Für die einzelnen politischen Kader besteht nämlich gerade keine Win-Win-Situation in weiten Teilen des gesundheitspolitischen Handelns. Darüber hinaus lässt der institutionelle Rahmen zu, dass Kosten sozialisiert oder auf zukünftige Generationen verschoben werden (Auseinanderfallen von Handeln und Haften). Indirekt – v. a. eine »solidarische« Komponente der Absicherung der Krankheitskosten betreffend – ist dies auch eine Frage von Pfadabhängigkeit, insbesondere informeller Art.

Trotz dieser Erschwernis beim Verlassen tradierter Pfade und all der beschriebenen vergangenen und gegenwärtigen Probleme sind Anpassungsleistungen – politischer wie wirtschaftlicher Natur – erfolgt bzw. zumindest versucht worden. Sie sind aber eben in der beschriebenen politischen Konstellation und den vorhandenen Netzwerken erfolgt. Wie dies jenseits der anfangs aufgezeigten neuen Sicherungslösungen in den Städten und auf dem Land passierte, soll nachfolgend dargelegt werden.

3.2.2 Anpassungsleistungen der lokalen Gesundheitspolitik

Natürlich kann auch ein politisches Laissez-faire als »Anpassungsleistung« gedeutet werden. Im Folgenden sollen aber nur Leistungen im positiven Sinne, sprich im Sinne einer Suche nach neuen, »erfolgreichen« institutionellen Sicherungsmöglichkeiten als Anpassungsleistungen gedeutet werden. V. a. soll es darum gehen, Muster bzw. Strukturen auf dem Weg zu den jüngsten Reformmaßnahmen aufzuzeigen. Durch die unterschiedlichen Systeme in Stadt und Land erfolgt die Darstellung wieder getrennt.

3.2.2.1 Reformexperimente und politische Pilotprojekte: Der Weg zum NCMS auf dem Land

Wie den bisherigen Ausführungen zu entnehmen ist, wurde Mitte der 1990er-Jahre der Fokus – zumindest offiziell – auf die ländliche Gesundheitsversorgung gelegt. Aber auch mit dem Streben nach einer Wiedereinführung der RCMS war von Anfang an klar, dass die Finanzierung im Wesentlichen durch lokale Abgaben und persönliche Beiträge der Familien erfolgen sollte. Damit waren die Grundsatzentscheidungen 1994 wieder konsistent mit dem historischen chinesischen Verständnis der Hilfe zur Selbsthilfe in der sozialen Sicherungsfrage. Konsequenterweise existierte so auch keine formal festgelegte Agenda, sondern die in diesem Zusammenhang initiierten Reformexperimente und einzelnen Adaptionen zeigten ein hohes Maß an Selbststeuerung, insbesondere in wirtschaftlich prosperierenden

Regionen. Der Eigeninitiative der Dörfer und Gemeinden fiel eine wichtige Rolle zu, was auch weiterhin beim NCMS der Fall ist.

Als wichtige Reformprojekte gelten die sog. Co-operative-Health-Care-Schemes (CHCS). Sie können als eine neue Generation von RCMS bezeichnet werden, standen aber auch deutlich in der Tradition der alten Systeme. Dabei handelte es sich aber nicht um keinen einheitlichen Systementwurf, sondern um verschiedene, verstreute und zahlenmäßig geringe Modellprojekte, die unabhängig voneinander getestet wurden und die auf einem genossenschaftlichen Grundgedanken basierten. Zudem lag der Schwerpunkt eindeutig auf der Suche nach neuen Arrangements auf der Finanzierungsseite (Sicherungsschutz).

Eine der bekanntesten Studien zur Reformierung der ländlichen Gesundheitsversorgung war die sog. »China-RAND health insurance study« in der Provinz Sichuan, die mehr als eine Dekade verschiedenste Evidenzergebnisse lieferte.²¹⁴ Konkret wurde das Versicherungsexperiment, an dem 26 Dörfer und zwei Kreise mit insgesamt 40.400 Menschen beteiligt waren, 1989 mit Unterstützung der Weltbank gestartet.²¹⁵ Mehr als 99% der ländlichen Bevölkerung partizipierten in den Pilotregionen an dem Modellvorhaben. Dieses testete eine genossenschaftlich organisierte Krankenversicherung, deren Ziel es war, »to confine minor treatment within the villages and major treatment within the township« (*xiaobing buchucun, dabing buchuzhen*).²¹⁶ Drei verschiedene Versicherungsdesigns mit verschiedenen Kostenerstattungsraten für ambulante und stationäre Leistungen wurden implementiert. Die Versicherungsprämien lagen bei ca. 1,5% des durchschnittlichen Einkommens und versicherte Bauern konnten bestimmte Leistungen der dörflichen Gesundheitsstationen und der Gemeinde-Kliniken weitgehend kostenlos nachfragen. Dagegen konnten sie aber Krankenhäuser auf Kreisebene nur im Notfall in Anspruch nehmen bzw. bei Überweisung durch das Gesundheitszentrum der Gemeinden bei schwerwiegenden Erkrankungen.²¹⁷

Auch die Mehrheit der weiteren Experimente – ebenso wie das NCMS – wurde mit Unterstützung internationaler Organisationen gestartet und begleitet. Zu ihnen gehörten in chronologischer Reihenfolge u. a. die »WHO 14-County Study« in den frühen 1990er-Jahren,²¹⁸ die »30-Poor County Study« mit Unterstützung der Harvard University in den Jahren 1993 bis 1995,²¹⁹ die »UNICEF 10-County Study« 1997 bis 2000,²²⁰ das »Loan-8-Project« von der Weltbank in den späten 1990er-Jahren²²¹ und die »Harvard 2-County Study«.²²²

Parallel zu diesen von den großen NGOs geförderten und vorangetriebenen Reformexperimenten konnte ebenfalls Mitte der 1990er-Jahre in wohlhabenden Regionen, namentlich in den reichen Küstengebieten, beobachtet werden, dass sich verschiedenste kleinere private Versicherungssysteme durchsetzten. Sie sicherten Leistungen hinsichtlich Prävention, kurativer Medizin (als primary care) und MCH ab.²²³ Auch hatte sich bereits seit den späten 1980er-Jahren im Kreis Jinshang, im Regierungsbezirk der Stadt Shanghai, ein ländliches Versicherungssystem durch Einführung eines Zuzahlungsmechanismus etab-

²¹⁴ Vgl. SINE, J. J. (1994); RON, A. / ABEL-SMITH, B. / TAMBURI, G. (1990), S. 93 ff.; CRETIN, S. N. / ALBERT, P. / U. A. (1995); CRETIN, S. N. / DUAN, N. / U. A. (1990), S. 667 ff. Hier sind die Ergebnisse im Einzelnen ausführlich nachzulesen.

²¹⁵ Vgl. WORLD BANK / IBRD (EDS.) (1997), S. 49 f.

²¹⁶ Vgl. CHEUNG, A. B. (2001), S. 73.

²¹⁷ Vgl. WORLD BANK / IBRD (EDS.) (1997), S. 50.

²¹⁸ Vgl. ausführlicher zum Programmdesign und den Evaluationsergebnissen CARRIN, G. / RON, A. / U. A. (1999); YANG, H. (1995). Neben dieser von 1994 - 1997 laufenden Studie unterstützte die WHO seit den 1980er-Jahren generell auch die Ausbildung des Managements hinsichtlich medizinischer und gesundheitsökonomischer Kenntnisse. Ebenfalls war die WHO an den gesundheitspolitischen Überlegungen zur letzten ländlichen Gesundheitssystemreformierung beteiligt.

²¹⁹ Vgl. LUO, W. (1995).

²²⁰ Vgl. LIU, Y. / RAO, K. / U. A. (2003); LIU, Y. / REN, R. / U. A. (2000). Des Weiteren hat UNICEF, aber auch die UNPD themenspezifische Projekte (z. B. Impf- und Aufklärungskampagnen) finanziell und fachlich unterstützt.

²²¹ Vgl. LIU, Y. (2003). Insgesamt hat die Weltbank seit dem RAND-Sichuan-CMS-Experiment 9 größere Reformprojekte begleitet und finanziell unterstützt.

²²² Vgl. HSIAO, W. (2004). Zu weiteren von internationalen Organisationen unterstützten Projekte u. a. auch LIU, X. / Yi, Y. (2004), S. 44; WORLD BANK / IBRD (EDS.) (1997), S. 50 ff. und die dort angegebenen Verweise.

²²³ Vgl. LIU, G. / LIU, X. / MENG, Q. (1994), S. 172; GU, X.-Y. / TANG, S. L. (1995), S. 187.

liert.²²⁴ Generell standen aber all diese national endogenen Experimente wieder in Tradition des RCMS, sowohl in Teilen der Finanzierung – kollektiv über Beiträge der Bauern, ländlichen Unternehmen und lokalen Wohlfahrtsfonds – als auch in Vergütungsfragen der Leistungserbringer (fee-for-service).

Additiv zu diesen Experimenten »überlebten« einige der alten Programme. Sie wurden auch ohne Modellvorhaben organisatorisch neu strukturiert und wieder aufgebaut.²²⁵ Insbesondere konnten diese Programme neue Finanzierungsquellen generieren, v. a. Beiträge von nicht-landwirtschaftlichen Unternehmen in Gemeinden und/ oder Dörfern.²²⁶ Einige legten dabei das Hauptaugenmerk auf die Absicherung schwerwiegender Krankheiten (大病统筹, *dabing tongcho*). Andere hatten präventive Leistungen und gesundheitliche Aufklärung in ihren Leistungskatalog mit aufgenommen.²²⁷ Obwohl prinzipiell präventive Leistungen immer noch mit Geldern aus dem landesweiten Gesundheitsbudget der Provinz- und Zentralregierung bezahlt werden, wurden zusätzliche Zahlungen geleistet. So sollten Anreize hinsichtlich eines präventiven Angebots durch Reduktion der Verdienstspanne zu kurativen Leistungen gesetzt werden. Initiiert wurden diese CHCSs insbesondere in wirtschaftlich prosperierenden Gebieten häufig von lokalen Führungskadern, wobei den Gesundheitsbüros der Kreisregierungen eine zentrale Stellung zufiel.²²⁸ Die konkrete Umsetzung, Implementierung und Betreuung verblieb dann jedoch meistens in Händen der unteren lokalen Ebenen, häufig bei der Gemeinderegierung unter Führung von dessen stellvertretenden Vorsitzenden.²²⁹

Bei aller Heterodoxie in den Detailfragen der einzelnen Programmexperimente waren einige grundlegende Merkmale (neben dem genossenschaftlichen Charakter), wie z. B. eine Integration in die lokalen sozialen Sicherungssysteme (zusammen mit der Sozialhilfe und den »fünf Garantien«) (Non-Profit-Programme), lokal-staatliche Verwaltung (Managementkomitees aus Repräsentanten verschiedenster Interessenparteien) und Vergütung der Leistungserbringer auf Basis einer Einzelleistungsvergütung (fee-for-service) kennzeichnend.²³⁰ Zudem finanzierten sich die CHCSs aus Zahlungen verschiedener Quellen, die ihre Beiträge in unterschiedlichster Zusammensetzung in einen gepoolten Wohlfahrtsfonds einzahlten. Zwar fehlte es dem CHSC, wie herausgestellt wurde, an landesweit einheitlichen Lösungen, einen allgemeinen Überblick über die wichtigsten Finanzströme des CHCS innerhalb des ländlichen, dreistufigen Gesundheitssystems in den Gemeinden versucht jedoch Abbildung 14 zu geben:

²²⁴ Vgl. BAO, J. T. / U. A. (1991), S. 99 ff.

²²⁵ Vgl. ZHOU, S. Q. (1991b, c); LU, Y. F. A. (1991); WANG, Z. Q. / YANG, S. M. (1991); JIANG, W. Z. / CHEN, J. Y. (1992); ZHAO, F. X. (1992); STATE COUNCIL RESEARCH OFFICE (1994a); JIANG, Z. (2001). Zumeist war aber hier die Unterstützung durch die Regierung erheblich ausgeprägt.

²²⁶ Vgl. GU, X.-Y. / TANG, S. L. (1995), S. 187.

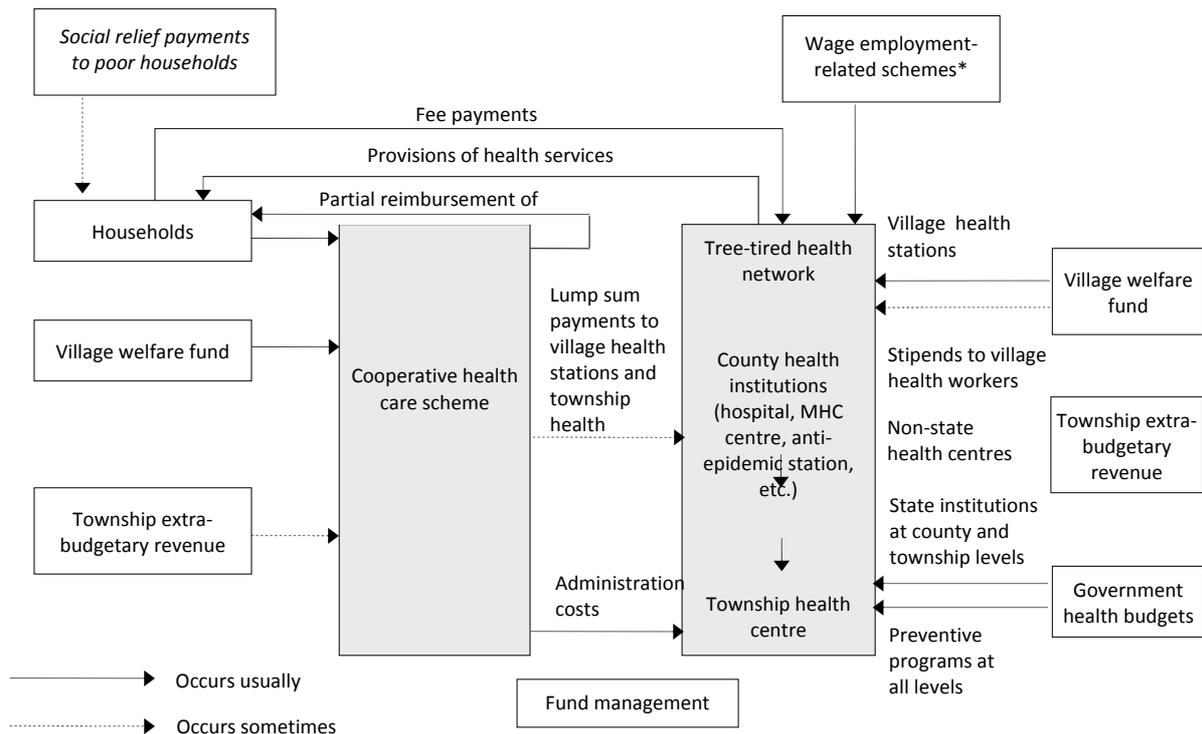
²²⁷ Vgl. MOPH (1991a); LIN, Z. H. / HAO, M. / U. A. (1990a); JIANG, S. A. (1992); ZHU, Y. (1991).

²²⁸ Vgl. ZHOU, S. Q. (1991c); LI, Y. K. / BAO, J. G. / ZHANG, X. M. (1992); ZHOU, S. Q. (1992a); FENG, X. / TANG, S. / U. A. (1995). Wenn erst einmal die politische Entscheidung gefallen war, ein solches Programm aufzustellen, war die Partizipation von Dörfern und privaten Haushalten generell hoch. Normalerweise mussten, sobald sich ein Familienmitglied zur Teilnahme entschied, alle anderen Familienmitglieder nachziehen und sich auch versichern.

²²⁹ Jedes Dorf hatte sein eigenes Fonds-Management bzw. seine Komitee-Gruppe, welche unter der Autorität des dörflichen Verwaltungskomitees stand. Die Gruppe setzte sich gewöhnlich aus dem Dorf »head«, einem Buchhalter und Repräsentanten der Dorfbewohner und der Gesundheitsarbeiter zusammen. Sie war für die Gesundheitsarbeiter verantwortlich und sollte über die Möglichkeiten einer Partizipation und über das Programm informieren. Es handelte sich generell um ein Bindeglied zwischen privaten Haushalten und dem Gemeinde-Komitee.

²³⁰ Vgl. ausführlich FENG, X. / TANG, S. / U. A. (1995), S. 1114.

Abbildung 14: Finanzströme des CHCS innerhalb des dreistufigen Gemeindenetzwerks



Quelle: FENG, X. /TANG, S. /U.A. (1995), S. 1116

Insgesamt zeigt dieser kurze Abriss einzelner konkreter politischer »Anpassungsleistungen«, dass der bisherige Reformverlauf auf dem Land durch das Motto »take a step, and then take a look«, im Wesentlichen also durch lokal begrenzte Experimente gekennzeichnet ist. Dies gilt selbst für das neue kooperative Gesundheitsprogramm. Denn obwohl das NCMS prinzipiell landesweit gültig sein soll und damit unter das Muster »Ausdehnung lokaler Experimente« fällt, verbleibt die Regierung bei der konkreten Umsetzung bei einem lokal beschränkten, experimentellen Vorgehen. Somit arbeitet das NCMS auch wieder auf Basis eines dezentralen Entscheidungsmechanismus mit hohen lokalen Regelungskompetenzen.

3.2.2.2 Reformversuche: Auf dem Weg zum BHIS in den Städten

Wie aus den Ausführungen zum politischen Reformablauf und dem Status Quo der städtischen Gesundheitsversorgung ersichtlich bedeuteten die jüngsten Reformen »revolutionäre« Veränderungen für die Städte. Der Staat gab erstmals offiziell Anspruch und Ziel eines vollständigen und kostenlosen Schutzes seiner städtischen Bevölkerung auf. Dies deuteten aber auch schon die Erklärungen der Regierung in den Jahren zuvor an. Durch die Aufnahme von individuellem Vermögen und gegenseitiger (freiwillig-altruistischer) Hilfe in den Kanon der Instrumente der sozialen Sicherung war zudem eine ideelle Rechtfertigung gegeben. Obgleich faktisch nie dieser »vollständige« Schutz existiert hatte, besaß der ideologische Anspruch unter MAO und in den Anfangsjahren der Transformation dennoch stets Kraft.

Im Einzelnen basiert das neue System, das fast ausschließlich auf die Reformierung des sozialen Sicherungssystems der abhängigen Beschäftigungsverhältnisse in staatseigenen oder staatsnahen Betrieben abzielt, auf mehreren seit Anfang der 1990er-Jahre initiierten Experimenten und Modellvorhaben zur

Finanzierung von Gesundheitsgütern und verschiedenen Versicherungsformen.²³¹ Auch hier blieb sich also die Regierung mit dem Motto »take a step, and then take a look« sowie »Ausdehnung lokal getesteter Experimente« treu. Zudem orientierte sich der Umbau der Sozialversicherung in historischer Kontinuität an dem Prädikat »Hilfe zur Selbsthilfe«. Insofern sind die jüngsten Reformen und Zielerklärungen der (zentralen) Regierung weniger als prospektives Verhalten auf die neuen Herausforderungen zu deuten, sondern eher als reaktives auf den bereits stattgefundenen Wandel.

Allerdings gestaltete sich die »Suche« bei einer retrospektiven Betrachtung weniger ziellos als die auf dem Land. Schon früh war der Zentralregierung in Beijing die grobe »Marschrichtung« der lokalen Experimente klar, selbst wenn auf dezentraler Ebene auch spontane und von oben unintendierte Testvorhaben – v. a. in der Anfangsphase – durchgeführt wurden. Letztendlich diente aber die spätere lokale Lösungssuche insbesondere der institutionellen »Feinjustierung« und Bestätigung der zentralstaatlichen Überlegungen zur Kostenkontrolle im städtischen Sozialversicherungswesen. Denn der Erfolg des bereits erwähnten *Two-Jiang*-Projektes war keinesfalls nur einer überlegenen Versicherungsstruktur geschuldet,²³² die mit den neuen »marktwirtschaftlichen« Anforderungen am besten umgehen konnte. Er war vielmehr auch das Resultat der starken politischen Unterstützung dieser Projekte im Rahmen einer (nutzenmaximierenden) Lösungssuche der politisch Verantwortlichen. So wurde auf der 3. Plenarsitzung des XIV. ZK der KPCh 1993 klar festgelegt, dass das zukünftige städtische Krankenversicherungssystem auf einer »gemischten« Finanzierungslösung aus Sozialversicherung (gepollter Wohlfahrtsfonds) und individuellen MSA (Sparen) fußen sollte.²³³ Anderweitige institutionelle Lösungen zur Finanzierung des Krankheitskostenrisikos wie eine gänzliche Steuerfinanzierung oder rein private Lösungen wurden zuvor aus verschiedenen Gründen politisch ausgeschlagen. Eine steuerfinanzierte Lösung wurde v. a. aufgrund des bislang ineffizienten Steuersystems und des wirtschaftlichen Status als Entwicklungsland verworfen. Eine private Lösung wurde schließlich infolge ideologischer Ressentiments und der geringen Kaufkraft der Mehrheit der Bevölkerung nicht weiter in Betracht gezogen.

Der etwas konsistentere Verlauf der Reformprojekte lässt auch eine Strukturierung nach einzelnen, zeitlich aufeinander folgenden Phasen zu: Beispielsweise stellten hauptsächlich einzelne noch unkoordinierte, kleinere Reformexperimente, die die lokale Ebene anstieß und die zunächst nur graduelle Veränderungen v. a. bei der Nachfragesteuerung der bestehenden staatlichen Versicherungssysteme vornahmen, den Ausgangspunkt lokaler Optimierungsstrategien dar (*Phase 1: Selbststeuerung*).²³⁴ Diese wurden dann von größeren, größtenteils von der Zentrale in Beijing koordinierten Pilotprojekten, die das System von GIS und LIS grundsätzlich reformieren sollten, abgelöst (*Phase 2*). Schließlich wurden diese lokal begrenzten Experimente erst auf wenige weitere, insbesondere weit entwickelte Städte ausgedehnt und die landesweite Einführung durch die Zentrale beschlossen (*Phase 3*). Daraufhin wurden verstärkt Reformen für die Angebotsseite angestoßen und eine »Solidaritätsausweitung« in Angriff genommen (*Phase 4*) (Tabelle 24).²³⁵

²³¹ Vgl. HINDLE, D. (2000), S. 125; TANG, S. / U. A. (2003).

²³² Vgl. u. a. CHEUNG, A. B. (2001), S. 69 ff.; WORLD BANK / IBRD (EDS.) (1997), S. 57 ff.; LIU, G. / CAI, R. / U. A. (1999), S. 103 ff.; DIES. (2001), S. 143 ff. Das Experiment startete 1994. Auch von Seiten der Politik wurde der Erfolg dieses Projekts wahrgenommen. So sprachen sich sowohl die staatliche Reformkommission, das Finanzministerium und das Arbeitsministerium als auch das Gesundheitsministerium auf der »National Working Conference of Widening Pilot Spots for Employee Health Insurance System Reform« im April 1996 für eine landesweite Einführung eines solchen Versicherungssystems aus. Schließlich entschied auch der Staatsrat (siehe Document No. 16, 1996), dass alle Provinzregierungen eine Krankenversicherung nach dem Vorbild des *Two-Jiang*-Experiments einführen sollen.

²³³ Zur Restrukturierung des Finanzierungssystems bediente sich die chinesische Regierung nämlich neben den Erfahrungen aus den nationalen Experimenten auch internationaler Expertise. Insgesamt standen vier grundlegende Richtungen für den weiteren Reformverlauf zur Diskussion. 1. Steuerfinanzierte Versicherungsprogramme, 2. kommerzielle Versicherungen (Privatisierung der Finanzierung); 3. individuelle Sparkonten und 4. Sozialversicherungsformen.; vgl. LEE, P. (1998).

²³⁴ Dabei handelte es sich aber um keine »verbotenen« Experimente. Sie waren zumeist durch Beschlüsse des Staatsrates autorisiert; vgl. LIU, X. / YI, Y. (2004), S. 32.

²³⁵ So ähnlich auch WANG, H. / HUANG, G. (2000); MA, X. / U. A. (2001); LIU, G. / YUAN, P. / U. A. (2002); LIU, Y. (2002). Dagegen teilen LIU und YI den bisherigen Reformverlauf in drei übergeordnete Phasen ein; vgl. (2004).

Tabelle 24: Historischer Verlauf lokaler Optimierung in den Städten

<i>Zeitlicher Rahmen</i>	<i>Inhaltliche Kennzeichen</i>
Phase 1 1988 – 1994	Kleine, unkoordinierte und lokal basierte Reformen in wenigen Städten mit Fokus auf die Nachfrageseite (verschiedene Kosten-Teilungsmechanismen) unter dem geltenden GIS- und LIS-System (graduelle Reformen).
Phase 2 1995 – Nov. 1998	Erste Reformprojekte initiiert durch die Zentrale (Two-Jiang-Projekt). Erste fundamentale Veränderungen der existierenden Systeme (GIS+LIS). Errichtung eigener Versicherungsagenturen durch die lokalen Büros des MOLSS. Nationale Ausdehnung des Two-Jiang-Projekts.
Phase 3 Dez. 1998 – 2003	Veröffentlichung der nationalen Beschlüsse zum BHIS: Erste Anstrengungen der Zentrale zur landesweiten Ausdehnung. Erste lokale Adaptionen und Anpassungen des neuen Finanzierungsmodells an lokale Gegebenheiten. Beginn der flächendeckenden, landesweiten Einführung des BHIS, modifiziert nach lokalen Gegebenheiten (z. B. Pathway- oder Compartmental-Modell); Verschmelzung von GIS und LIS.
Phase 4 Ab 2000/2001	Beginn der Reformierung des Arzneimittel- und Krankenhausmarktes (»4.Welle«). Ausweitung der systeminternen »solidarischen Komponente« der BHIS und Sozialpolitik im Gesundheitswesen durch erste Testungen von MFA-Programmen.

Quelle: KÖSTER, A-D. (2008), S. 290

Am Anfang der Marschrichtung standen also eher unkoordinierte Testvorhaben. Zu diesen gehörten konkret seit Ende der 1980er-Jahre v. a. Experimente zu verschiedenen Finanzierungsideen. Es wurden der Gebrauch einfacher »Output-based-Budget-shared«-Modelle, rigorosere Preissetzungsmethoden (Preispolitik), verschiedenste Formen des Sozial-Poolings und Aspekte eines HMO-Modells getestet.²³⁶ Nach 1990 initiierte die Regierung dann mehrere große Pilotstudien. Im Mai 1992 wurde Shenzhen als erste Stadt ausgewählt, die ein neues System zur Verschmelzung von GIS und LIS testen sollte. Weitere Pilotprojekten,²³⁷ die auch im Zusammenhang mit den 1993-Überlegungen zu sehen sind, können Tabelle 25 entnommen werden:

Tabelle 25: Entwicklungen und Merkmale einzelner Reformexperimente

<i>Zeitraum</i>	<i>Ort</i>	<i>Merkmale</i>
Mitte 1980er-/Anfang 1990er Jahre	u. a. Dangdong, Huangshi, Siping und Zhuzhou	»Unkontrollierte« Experimente zum · Sozialpooling, · administrativen Preissetzung, · Selbstbehalten, · Budgetzuteilungen, · HMO-Modelle.
1992 bzw. 1995	Shenzhen	Testung von Finanzierungssystemen, die die Verschmelzung von GIS und LIS ermöglichen, halb-staatliche Versicherungsform mit Selbstbehalten und MSA.
Ab 1994/1995	Zhenjiang und Jiujiang	Adaption des Finanzierungssystems aus Singapur. Hauptbestandteil der Finanzierung: · SPF und MSA (ausgestaltet nach dem Pathway-Modell), · Selbstbehalte, · Trennung der Finanzierungssteuerung und Verwaltung der Leistungserbringer.
Ab 1995	Qingdao und Yantai	Drei Fonds-Modell, bestehend aus: · individuellen Konten (verwaltet von den Unternehmen), · Versicherungsfonds (Unternehmenskontrolle), · Sozialfonds (Verwaltung durch Lokalregierung).
Ab 1995	Shanghai, Zhuhai, Fushan oder Dongguan	Modifizierung des Modells aus Shenzhen: · Differenzierte Finanzierung für ambulant und stationär, · Globalbudgetierung für die Krankenhäuser
Ab 1997	Hainan / Sichuan	Testung der sog. plate-Methode: Administrative Trennung von SPF und MSA (ausgestaltung nach dem Compartment-Modell)

Quelle: KÖSTER, A-D. (2008), S. 272

Trotz unterschiedlicher Ausgestaltung wiesen alle Experimente einige gemeinsame Merkmale auf, wie z. B. eine freiwillige Partizipation (keine Versicherungspflicht), das Bestehen der Versichertenpopulation

²³⁶ Vgl. HO, L. (1995). Z. B. autorisierte der Staatsrat 1989 auch verschiedene Experimente zur Reformierung der Krankenversicherung in Dangdong, Huangshi, Siping und Zhuzhou.

²³⁷ Vgl. LIU, X./YI, Y. (2004), S. 32; zur Modifikation ab 1995 WORLD BANK / IBRD (EDS.) (1997), S. 56 f.

sowohl aus staatlichen und nicht-staatlichen Arbeitnehmern, Wanderarbeitern als auch Selbständigen sowie Rentnern/Pensionären und eine nur sehr geringe staatliche Unterstützung (Subventionszahlungen).²³⁸ Die Finanzierung bestand dann konkret darin, dass sowohl die einzelnen Unternehmen einen bestimmten prozentualen Anteil der gesamten Lohnsumme als auch jeder Arbeitnehmer monatlich einen bestimmten Prozentsatz seines Einkommens an das Versichertenbüro zu überweisen hatte, welche durch Selbstbehalte (5 - 20%) der Patienten bei Leistungsanspruchnahme ergänzt wurden. Hierzu wurden, auch um Anreize gegen eine versicherungsinduzierte Nachfrage zu setzen, wieder die sog. MSA auf individueller Ebene errichtet, in denen ungenutzte Prämienanteile aufgespart werden konnten. Generell hatten MSA in allen Finanzierungsexperimenten einen hohen Stellenwert.

Insgesamt kristallisierten sich dann dennoch, bei aller Heterogenität der einzelnen Experimente, Mitte der 1990er-Jahre drei wesentliche Strategierichtungen heraus, die auf die dringend notwendig gewordene Kostenkontrolle der kollektiven und öffentlichen Versicherungsprogramme abzielten:²³⁹

- Einführung von »gemischten« Finanzierungsgrundlagen, die insbesondere aus einem gepoolten Wohlfahrtsfonds (Ausgleich der Gefahrengemeinschaft) und individuellen MSA bestanden. Nicht in Anspruch genommene Gelder aus den MSA konnten auf das nächste Jahr übertragen werden. Zusätzlich existierten ggf. noch ein Finanzpool für extrem teure Risiken sowie eine Vielzahl von Selbsthalten und Zusatzversicherungen
- Finanzierungsformen, die einzig auf individuellen MSA basierten. Die Arbeitgeber überwiesen dabei jedes Jahr einen bestimmten Anteil des Gehaltes an diese Konten, die konkrete Finanzierung aller medizinischen Leistungen lag dann in der Eigenverantwortung des jeweiligen Individuums
- Unternehmen und Firmen gingen ein Vertragsverhältnis mit den Leistungserbringern, ähnlich den Health Maintenance Organizations (HMOs) in den USA ein. V. a. waren die Verträge dahingehend ausgestaltet, dass die Krankenhäuser auftretende Verluste aus der Behandlung zu tragen hatten

Entgegen der häufig verbreiteten positiven Propaganda hinsichtlich der einzelnen Experimente, auch hinsichtlich der letztlich politisch favorisierten Strategie,²⁴⁰ wiesen jedoch alle diese Projekte nicht unerhebliche Probleme auf. Die augenscheinlichsten bestanden in erheblichen politischen und verwaltungstechnischen Einschränkungen hinsichtlich der Testung (Überforderung der lokalen Regierungsadministration), einem widersprüchlichen Design und unrealistischen Finanzierungsvorstellungen. Da diese neuen »innovativen« Versicherungsformen – wie schon auf dem Land – auf einer freiwilligen Basis ohne Berücksichtigung risikoadjustierter Beitragsbemessung fußten, also wenig konform mit den Eigeninteressen der einzelnen Individuen waren, entschied sich ein Großteil der Firmen, Arbeitnehmer oder Selbständigen gegen eine Versicherung. Z. B. waren im September 1993 14% der städtischen Arbeitnehmer aus Shenzhen in die neue Versicherung eingeschrieben, verwaltet von einem extra eingerichteten Versicherungsbüro der Stadtregierung.²⁴¹ Mitte 1994 lag diese Rate dann nur noch bei knapp 10%.²⁴² V. a. Unternehmen, die eine vorwiegend junge und gesunde Belegschaft hatten, sprich private und internationale Firmen mit entsprechend hohen Löhnen, schrieben sich nicht ein; dahingegen partizipierten v. a. staatliche Einrichtungen, die durch ältere Arbeitnehmer mit einem höheren Morbiditätsrisiko gekennzeichnet waren, an dem neuen System. Dies führte zu einer adversen Selektion von guten und einer Partizipation von schlechten Risiken mit den dann entsprechend zu erwartenden Konsequenzen für die Finanzierungsgrundlage der Versicherung und die Attraktivität der Leistungen. Auch hier zeigte sich, dass das Problem der adversen Selektion immer in dem Fall auftritt, in dem das Design der Versicherung nicht nach dem Äquivalenzprinzip ausgestaltet ist und das Angebot gleichzeitig ohne Zwang

²³⁸ Vgl. WONG, V.C.W. / CHIU, S.W.S. (1998), S. 279.

²³⁹ Vgl. EBENDA, S. 277 f.

²⁴⁰ Vgl. hierzu ausführlich CHEUNG, A. B. (2001), S. 77 ff.; WORLD BANK / IBRD (EDS.) (1997), S. 57 ff.

²⁴¹ Vgl. O. V. (1993b); WONG, L. / LEE, G. (1994).

²⁴² Vgl. SHENZHEN MEDICAL INSURANCE MANAGEMENT BUREAU (1994).

erfolgt; also dann, wenn eine weitgehende »Umverteilung« – v. a. verstärkt durch den Bezug auf die Lohnzahlungen – dem System direkt immanent ist.

Zudem verfügten die Versicherungen häufig über keine Mechanismen, außer der Einführung von Selbstbehalten, um der angebotsinduzierten Nachfrage entgegenzuwirken. Darüber hinaus hatte das Verwaltungspersonal, wie schon angesprochen, nicht die entsprechenden Erfahrungen mit dem »Betrieb« einer Versicherung, so dass es zu erheblichen Managementfehlern kam.²⁴³ Die MSA führten ebenfalls zu einer tendenziell verspäteten Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen, konkret zu höheren und schwereren Komplikationsraten.²⁴⁴

²⁴³ Vgl. *EBENDA*.

²⁴⁴ Vgl. *WHO (2004b)*; auch *WORLD BANK / IBRD (Eds.) (1997)*, 59 f.; *YIP, W. / HSIAO, W. (1997)*; grundlegend zu Auswirkungen von MSA *MAYNARD, A. / DIXON, A. (2002)*.

4 Schlussfolgerungen und Erkenntnisse

Welche Schlussfolgerungen lassen die chinesischen Erfahrungen nun zu? Können überhaupt übergeordnete Erkenntnisse aus der speziellen chinesischen Situation – transformatorischer Umbruch mit einem hohen Anpassungsdruck bei gleichzeitig sehr begrenzten finanziellen Mitteln – gezogen werden und sollte dies getan werden? Zunächst gilt, dass sicherlich auch aus der besonderen chinesischen Situation heraus Erkenntnisse gewonnen werden können, die die gesundheitspolitische Diskussion bereichern können. Nur werden dies weniger allgemeine abstrakte Erkenntnisse jenseits bekannter modelltheoretischer Annahmen aus der Gesundheitsökonomie sein, als vielmehr ein spezieller, den chinesischen Umständen zuzuordnender Erkenntnisgewinn. Zu offensichtlich sind die bestehenden Differenzen, die China im Vergleich zu anderen Ländern aufweist. Gesundheitspolitik bewegt sich dort in einem ganz speziellen Umfeld und Werte, Traditionen, politisches Verständnis sowie Anspruchsverhalten der Bevölkerung hinsichtlich einer sozialen Sicherung sind kaum mit anderen Ländern vergleichbar. Die nachfolgend abgeleiteten Schlussfolgerungen sollen deshalb auch nicht als »Lehren« verstanden werden, sondern vielmehr als eine Wissenserweiterung in der gesundheitspolitischen Diskussion.

Hier gilt dann zunächst zu berücksichtigen, dass eine »Transformation« des chinesischen Gesundheitswesens in Richtung Marktwirtschaft und Demokratie gerade erst angefangen hat und noch erhebliche Defizite bestehen. Der Aufbau einer marktwirtschaftlichen Ordnung ist noch nicht annähernd so weit fortgeschritten wie der in der allgemeinen Wirtschaft. Das Gesundheitswesen wird nach wie vor stark von planwirtschaftlichen Elementen dominiert. Der Staatseinfluss ist enorm und Reformen werden für eigene politische Interessen missbraucht. Auf der anderen Seite fehlt der Wandel hin zu demokratischen Strukturen fast völlig – dies trifft allerdings auch größtenteils auf alle anderen Wirtschaftsbereiche zu. Die KPCh herrscht nach wie vor autoritär – wenn auch fragmentiert und dezentral – eine Macht-/Regelbindung des staatlichen Handelns oder eine Gewaltkontrolle findet nicht statt. Hier sind in Zukunft Änderungen dringend von Nöten, sollen die aufgetretenen Verwerfungen nicht weiter verschärft werden. Dass dies aber kurz- bis mittelfristig kaum von innen, quasi endogen aus der chinesischen Gesellschaft heraus, erfolgen wird, ist ebenso offensichtlich. Die KPCh müsste freiwillig auf ihr Machtmonopol und die Kader auf ihre Vermögenspositionen verzichten. Es ist daher auch nicht sinnvoll, noch mehr staatlichen Einfluss im Gesundheitswesen zu fordern, wie es viele internationale Wissenschaftler tun.

Denn zu den Erkenntnissen, die der gesundheitspolitische Reformverlauf zuließ, gehörte nämlich eine Bestätigung ganz allgemeiner ökonomischer Sachverhalte sowohl mikro- und makroökonomischer als auch institutionenökonomischer Natur. Diese waren u. a.: eigeninteressiertes, rationales Verhalten, Pfadabhängigkeiten, Einkommenssuperiorität von Gesundheitsgütern, Principal-Agent-Probleme sowie eine versicherungs- und angebotsinduzierte Nachfrage bei asymmetrischer Informationsverteilung. Insofern wäre statt mehr Staat der Aufbau einer marktwirtschaftlichen Wettbewerbsordnung sinnvoller, die zudem die besonderen Anreizkonstellationen von Gesundheitsgütern in ihrer Regelungsstruktur aufnimmt. Denn hierbei hat die VR China – trotz aller Defizite – einen unschlagbaren Vorteil: Die gesellschaftlichen Werte, auch in der sozialen Sicherung, verhalten sich komplementär zu denen von einer marktwirtschaftlichen Ordnung geforderten.

Zusammenfassend gehören zu den einzelnen Schlussfolgerungen, die aus den chinesischen Erfahrungen abgeleitet werden können, daher folgend genannte. Sie spiegeln sowohl die genannten eher allgemeinen ökonomischen Erkenntnisse wider als auch solche, die der speziellen Situation in China geschuldet sind. Sie werden in Form von Musteraussagen dargestellt (ohne Anspruch auf Vollständigkeit):

- 1.) Gegenwart und Vergangenheit beeinflussen die zukünftige Entwicklung von Gesundheitssystemen. Die einmal gesetzten Regeln und geschaffenen Vermögenspositionen erhöhen oder er-

niedrigen relative Handlungskosten bei allen weiteren gesundheitspolitischen Entscheidungen (Pfadabhängigkeitsphänomen)

- 2.) Der Wunsch nach Egalität lässt sich nicht durch eine planwirtschaftliche Gestaltung des Gesundheitswesens realisieren. Vielmehr erhöht es den Anpassungsdruck und die -kosten für zukünftige Generationen
- 3.) Ein einzelner Ordnungsbereich, z. B. das Gesundheitswesen und dessen Politik kann auch nicht isoliert betrachtet und gesteuert werden. Die Subsysteme einer Gesellschaft sind interdependent miteinander verknüpft und bei einem »Fortschritt« aufeinander angewiesen. Gerade die Sozial- und Gesundheitspolitik ist von wirtschaftspolitischen Vorgaben abhängig (Interdependenz der Ordnungen)
- 4.) Wahrgenommener Reformdruck hängt von der individuellen politischen Kosten-Nutzen-Perspektive der politisch Verantwortlichen ab. Als Lösungsansätze haben es langfristig-orientierte Strategien schwerer sich durchzusetzen als solche mit kurzfristigen Wirkungseintritt (rationales Eigeninteresse der Kader)
- 5.) Das Problem eines überproportionalen Kostenanstiegs von Gesundheitsgütern zeigt sich auch bei einem niedrigen Wirtschaftsniveau und es zeigt sich auch unabhängig von der Art des Versicherungsschutzes – staatlich oder privat. Entscheidend für die Kostenkontrolle sind eher adäquate Vergütungsstrukturen und Qualitätssicherungsmechanismen. Um aber das Ziel eines hohen medizinischen Versorgungsniveaus gleichmäßig und zu vertretbaren Kosten zu erreichen, müssen die Finanzierungsseite und die des Leistungsangebots gleichermaßen angegangen werden
- 6.) Bei einem politisch korrupten und wirtschaftlich unsichern Umfeld dominieren Sicherungsformen, die keine hohen Vertrauenskosten haben
- 7.) Erfolgreiche Gesundheitspolitik bedarf einer klaren Kompetenzabgrenzung und Regelbindung (Machtbindung und vorhersagbare Berechenbarkeit), auch um Sicherungsformen mit einer höheren Anonymität, aber damit höheren Effizienz in der Risikostreuung und Vertrauenskosten durchzusetzen
- 8.) Eine dezentrale Steuerung erlaubt eine gute Ausnutzung des dezentral verstreuten Wissens, bedarf aber gleichzeitig einer geregelten Föderalismusstruktur und bei einem gleichzeitigen Sozialauftrag einen (nicht leistungshemmenden) Finanzausgleich, um keine Verwerfungen zu erzeugen

Zusammenfassendes gilt zudem aus dem chinesischen Reformverlauf noch folgendes festzuhalten: Insgesamt ist zwar die Politik verantwortlich für das Verhalten der Wirtschaftakteure. Sie kann durch die ihr übertragene Regelungshoheit und direkte Markteingriffe das Verhalten der Wirtschaftsakteure steuern. Allerdings ist der Wunsch einer problemlosen und klar »gelenkten« Steuerung auf ein bestimmtes Ziel hinaus eine Illusion - insbesondere in komplexen Gesamtprozessen.

4.1 Aussage 1: Historisches Erbe ist ein relevanter Kostenfaktor bei gesundheitspolitischen Entscheidungen

Gegenwart und Vergangenheit beeinflussen zukünftige Entwicklungsverläufe sowohl in der Politik als auch in allen anderen gesellschaftlichen Ordnungsbereichen. Dieses in der Wissenschaft als *Pfadabhängigkeit* bezeichnete Phänomen lässt sich in China bei vielen (Einzel)Aspekten der älteren und jünger-

ren gesundheitspolitischen Entscheidungen nachweisen. Ebenso ist es die bereits oben erwähnte grundlegende Erkenntnis, dass die »Gesundheitspolitik« bzw. die durch gesundheitspolitische Entscheidungen gesetzten Regeln und direkte Markteingriffe erheblich die Anreize beeinflussen, die an die einzelnen Wirtschaftsakteure ausgehen. Sie fordern damit bestimmte Verhaltensmuster heraus. Insofern ist auch die Gesundheitspolitik primär verantwortlich für die zu beobachtenden Ambivalenzen.

Wichtig ist nun aber, die Handlungen der Gesundheitspolitiker weder isoliert als Taten von Gutmenschen oder als alleiniges Ergebnis von »bewusst« nutzenmaximierendem Verhalten zu verstehen. Vielmehr ist das Versagen der chinesischen Gesundheitspolitik gerade nicht allein auf geplantes und zielgerichtetes Handeln zurückzuführen. Es ist einerseits selbst oftmals interdependent von anderen Ordnungsbereichen abhängig, z. B. waren gesundheitspolitische Entscheidungen »unintendierte« Nebenwirkungen der allgemeinen Transformationspolitik (u. a. Fiskalpolitik). Andererseits ist hier auch die eben angesprochene Dimension von Pfadabhängigkeit z. B. im Sinne einer kostenerhöhenden historischen Hypothek, die neue Innovationen erschwert oder sogar verhindert von Bedeutung. Die politischen Reaktionen können dabei sowohl bewusst im Sinne der Nutzenmaximierung erfolgen als auch unbewusst im Rahmen von internalisierten, unreflexierten Denkmustern.

Beispielsweise verhindern heute die an die städtische Bevölkerung von MAO verteilten »Zuckerkugeln« eine »rationale« Sozial- und Gesundheitspolitik (»historische Hypothek«). Es werden – unter Überlegungen des Machterhalts der Partei im Zusammenhang mit dem Modernisierungsziel und einer Vermögenssicherung der Parteifunktionäre – Privilegien gefestigt und Gelder unter »Knappheitsgesichtspunkten« verschwendet.²⁴⁵ Beispielsweise wurden Mitte der 1990er-Jahre gerade einmal 15% der chinesischen Bevölkerung von einer staatlich subventionierten Sozialversicherung erfasst (GIS oder LIS). Diese Gruppe nahm aber 44% der gesamten Gesundheitsausgaben des Landes in Anspruch.²⁴⁶ Aber nicht nur der Kostenaspekt ist bei der Abwägung möglicher Entscheidungsalternativen damit verbunden. Auch die Hoffnung, an vergangene Erfolge anknüpfen zu können, spielt eine wesentliche Rolle.²⁴⁷

Denn ein weiteres Merkmal der Gesundheitspolitik in der VR China ist, dass der Staat keine eigentliche »Sozialpolitik« innerhalb der »sozialen« Sicherung betreibt. Soziale Sicherung wird immer noch als Aufgabe der Gesellschaft definiert. D. h. der sozialistische Staat verbleibt bei der Definition »seiner« Verpflichtungen bei einem Subsidiaritätsprinzip und orientiert sich damit am traditionellen Verständnis von Sozial- und Gesundheitspolitik.²⁴⁸ Der Staat sorgt für die Definition einer sozialen Reihenfolge, für wirtschaftliche Stabilität und Prosperität, weniger für direkte Hilfe. Dies bestätigt auch die politische Interpretation des verfassungsmäßig zugesicherten Zugangs zu einer medizinischen Versorgung für alle Chinesen: Indem der Staat nämlich die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des einzelnen Individuums bzw. seiner Familie erhöht, erfüllt er indirekt auch den genannten verfassungsmäßigen Anspruch (Individualprinzip). Auch die rechtliche Absicherung der Familienpflichten reiht sich in dieses Verständnis ein und schafft zudem eine formale Absicherung, die sich komplementär zu den informellen gesellschaftlichen Regelungen

²⁴⁵ So auch u. a. CHEUNG, A. B. (2001), S. 69; u. v. m. Auch Veteranen und sonstigen hohen Parteimitgliedern wird besondere Aufmerksamkeit vor dem Hintergrund des politischen Machterhalts geschenkt. Insofern kommt dann auch ZHANG zu folgendem Schluss: »... bilden die systemerhaltenden Gruppen, nämlich Stadtbewohner und Veteranen, ihre Hauptzielgruppe. Landbewohner und die gerade erwähnten marginalisierten Gruppen werden hingegen nur wenig berücksichtigt.« (2005), S. 144. Ähnlich äußert sich die BERTELSMANN-STIFTUNG (HG.): »Die Handlungslogik in ökonomischen Fragen blieb bisher oftmals dem strategischen Machterhalt der KPCh untergeordnet. Die Wahl und Ablaufplanung einzelner Reformschritte, Reforminstrumente und Reformstrategien unterliegen eher einer politisch motivierten Handlungslogik und nicht primär wirtschaftlichen Effizienzkriterien.« (2003), S. 14.

²⁴⁶ Vgl. LIU, Y. (1996), S. 65. Die daraus resultierende Stadt-Land-Dichotomie zeigt sich auch in fast allen anerkannten gesundheitssystembezogenen Indikatoren: So kamen 2003 zwar 2,34 Krankenhausbetten auf 1.000 Einwohner. Jedoch variierte die Anzahl regional stark und reichte von 6,14 Betten/1.000 an der Ostküste bis 1,48 Betten/1.000 in den westlichen Provinzen. 2003 verfügte z. B. Beijing über 4,14 Ärzte und 3,46 Krankenschwestern auf 1.000 Einwohner, während Guizhou nur auf 0,97 Ärzte und 0,58 Krankenschwestern pro 1.000 Einwohner kam; vgl. MOH / CENTRE FOR HEALTH STATISTICS AND INFORMATION (ED.) (2004).

²⁴⁷ Vgl. WHO (2004b); HILLIER, S. M. / XIANG, Z. (1994).

²⁴⁸ Die starken lokal dezentralisierten investitions- und sozialpolitischen Verpflichtungen können dabei ebenfalls in dieser Tradition der relativ dezentralen Verantwortung in der (sozial)politischen Steuerung gesehen werden.

gen verhält. Die starke Rolle der Familie trug wiederum dazu bei, dass die geringe staatliche Aktivität in der Gesundheitspolitik keine übermäßig negativen Folgen bislang zeigte.²⁴⁹

Eine weitere historische Hypothek ist das wirtschaftliche und technologische Defizit in der Gesundheitsversorgung bedingt durch die kommunistische Misswirtschaft. Aufgeschobene Anpassungs- und ausgebliebene Innovationsleistungen sind heute die Konsequenz. Denn dass eine Planwirtschaft eine Egalität in der gesundheitlichen Versorgung ohne Kosten herbeiführen kann, entpuppte sich nicht nur in China als eine teils verheerende Illusion.

4.2 Aussage 2: Planwirtschaft erhöht Anpassungsdruck und sichert keine Egalität

Dass allerdings noch viele Menschen gerne an diese Illusion glauben, zeigt auch folgende konträr diskutierte Frage. Sie lautet: Hat der Transformationsprozess in China die Zerstörung des »egalitären« Gesundheitssystems unter MAO zur Folge gehabt?²⁵⁰ Denn es wird häufig generalisierend angenommen, dass im Vergleich zur Egalität unter der Ära MAOS die kapitalistischen Reformen, die mit DENG XIAOPING assoziiert werden, in einer Ungleichheit der Gesellschaft und der Gesundheitsversorgung resultierten.²⁵¹ Das kurz nach der Gründung der VR China errichtete Versorgungssystem wird als eine effektive Versorgung zu geringen Kosten für die Massen gepriesen und die verschiedensten Errungenschaften, die mit diesem System assoziiert werden gelobt. Insbesondere sind dies der zweifelsohne innovative Einsatz von paramedizinischem Personal,²⁵² der Fokus auf die präventive Medizin und die Elimination von bedeutenden Infektionskrankheiten durch Massenkampagnen und damit verbunden die erhebliche Verbesserung einschlägiger Gesundheitsindikatoren.²⁵³

Dabei wird allerdings verkannt, dass die sich die gegenwärtig zeigenden Verwerfungen, Dichotomien und Probleme zumeist gerade als das fortgeschriebenes Ergebnis der maoistischen Gesundheitspolitik und dem nach wie vor bestehenden Machtmonopol der kommunistischen Partei zeigen. Zudem war das Gesundheitssystem unter MAO keinesfalls egalitär. Die gegenwärtig zu beobachtende Ungleichverteilung, z. B. entlang der geographischen Linie, der administrativen Verwaltung oder entlang des Geschlechts – zwischen Mann und Frau –,²⁵⁴ ist nämlich nicht erst durch die einsetzenden Reformen entstanden. Sie existierte bereits seit Gründung der VR China und teilweise schon viel früher. Allerdings ist diese Ungleichverteilung durch die starken Umbruchprozesse und dem Wegfall der Verschleierung von Kosten deutlicher zu Tage getreten (Kontinuität bestehender Phänomene bei sich erhöhenden Transaktionskosten).

²⁴⁹ Insofern kann hier BELARDI gefolgt werden, wonach grundsätzlich Familiarität und Konfuzianismus in einer Interaktion zum Zentralismus stehen und gemeinsam die Ausweitung zum Sozialstaat begrenzen; vgl. (2001), S. 1609.

²⁵⁰ Generell existieren v. a. in der angelsächsischen und chinesischen Literatur zwei Richtungen, wie der Wandel bewertet wird. Die eine Seite hebt massiv die Ungleichheit und steigende Disparitäten hervor, insbesondere um den Harvardprofessor HISAO und weitere Vertreter der Harvard School of Public Health wie LIU und LI; oder empirisch z. B. AKIN, J. S. / U. A. (2004), S. 293 ff. Die andere hält den falsch verstandenen Egalitarismus unter MAO und nicht signifikante Veränderungen nach Transformationsbeginn dagegen, wie u. a. CHEUNG, A. B. (2001); HENDERSON, G. (1989, 1993), CROLL, E. (1994) oder SMITH, J. CH. (1998).

²⁵¹ Vgl. stellvertretend WHYTE, M. K. (1986), HINTON, W. (1990) und viele andere.

²⁵² Vgl. u. a. SIDEL, K. W. / SIDEL, R. (1975, 1982); NEW, P. K. / NEW, M. C. (1975); LAMPTON, D. M (1977); TURSHEN, M. (1978).

²⁵³ Vgl. BLENDON, R. J. (1979); JAMISION, D. T./ EVANS, J. R./ U. A. (1984); HENDERSON, G. / COHEN, M. S. (1984); WORLD BANK / IBRD (EDS.) (1997); WORLD BANK (2004). V. a. gilt dies für die erhebliche Verbesserung der Lebenserwartung und anderer die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems beschreibenden Indikatoren, wie Mütter- und Säuglingssterblichkeit im Vergleich zu den asiatischen Nachbarn und Entwicklungsländern.

²⁵⁴ Vgl. ausführlich hierzu CROLL, E. (1994); BURMGARNER, J. R. / U. A. / IBRD (1992); SMITH, J. CH. (1998), S. 127 ff. ; MOH (2004c). Neben der ländlichen Bevölkerung an sich, können negative Auswirkungen v. a. für die weibliche Bevölkerung in den wirtschaftlich schwachen Regionen manifestiert werden. Die Müttersterblichkeit lag so 1991 in den wirtschaftlich schwachen Regionen bei 202/100.000, was dem Zehnfachen des Durchschnitts in Beijing oder Shanghai entsprach und doppelt so hoch war wie der Landesdurchschnitt; vgl. SMITH, C. J. (1998), S. 128; BURMGARNER, J. R. / U. A. / IBRD (1992), S. 45 ff. Insofern vermitteln einheitliche Statistiken ein stark verzerrtes Bild.

Egalität war nämlich auch unter *MAO* entgegen der sozialistischen Rhetorik eher Wunsch als denn Realität,²⁵⁵ nur drückte sich dies weniger in der Kaufkraft als in der politischen Einstellung aus. Die Qualität sozialer Sicherungsleistungen hing im Wesentlichen vom politischen Status sowie der geographischen Lage ab und orientierte sich nicht an den tatsächlichen Bedürfnissen und Präferenzen der Individuen. Die Realität bestand darin, dass die Unterdrückung von Pluralität und neuem Wissen sowie damit die Vernachlässigung von menschlichen Bedürfnissen lange Zeit hervorstechendes Merkmal des kommunistischen Chinas war. Auf individueller Ebene, v. a. in den Städten, war der berufliche Status für verschiedenste Privilegien ausschlaggebend und auf kollektiver Ebene die politische Bedeutung bestimmter Unternehmen oder Organisationen. Im Vergleich zum »produktiven« Sektor und anderen privilegierten Gruppen, v. a. dem Militär und der Partei, waren Beschäftigte sozialer Einrichtungen und Wohlfahrtsorganisationen Bürger zweiter Klasse. Sie genossen in der Regel einen deutlich geringeren Versicherungsschutz als z. B. die Staatsbeamten. Die Verteilung von Leistungen und Begünstigungen wurde zudem mehr durch »Gutdünken« als durch etablierte Regeln oder politische Richtlinien bestimmt.²⁵⁶

Paradoxerweise sollte dann auch noch, stützt man sich auf die vorhandenen Daten, die höchste »Egalität« auf dem Land in der Kulturrevolution erreicht sein, also mit den gewaltsamen Exzessen der Ultralinke.²⁵⁷ Den Preis hierfür bzw. die entstandenen Kosten kann man sich denken. Ein Aspekt, nämlich der Kostenaspekt, sei dieser direkt oder indirekt im Sinne von Opportunitätskosten dargestellt, findet in den positiven Stellungnahmen zum maoistischen Gesundheitssystem so gut wie keine Berücksichtigung. Dabei waren die Kosten nicht unerheblich. Sie konnten z. B. in Form von Zwang oder dem Verlust von Freiheit, schlimmstenfalls des eigenen Lebens in Erscheinung treten. Auch die Verwehrung neuen Wissens und medizinischer Innovation sowie die aufgeschobenen Anpassungskosten infolge des bestehenden Protektionismus müssen hierzu gerechnet werden. Die Gesundheitsversorgung im kommunistischen China war keineswegs kostenlos. »Ungleichheit« bestand ebenfalls unter *MAO* und vergrößerte sich in der zeitlichen Betrachtung.²⁵⁸ Eine »Klassenmedizin« war teilweise stärker ausgeprägt als in den westlichen Marktwirtschaften.²⁵⁹

Insbesondere die Art der Kosten der medizinischen Versorgung hat sich infolge der einsetzenden Transformation geändert, was in dieser Diskussion um Gleichheit und Ungleichheit eine zentrale Rolle spielt. Sie sind nicht mehr vorwiegend »verdeckt« wie zu Zeiten *MAOS*, sondern sind nun »sichtbar« nach außen zu Tage getreten, z. B. im Sinne von »monetärer Zahlungsfähigkeit«. Die Kosten werden somit auch von Außenstehenden bewusst wahrgenommen. Es sollte dann aber auch sichtbar werden, dass bereits Mitte der 1990er-Jahre Chinas Gesundheitssystem keines der Elemente mehr aufwies, die über die Jahrzehnte vorher westliche Beobachter beeindruckt hatten: der Fokus auf Prävention, minimale direkte monetäre Kosten für die Patienten oder die innovative Nutzung von Humankapital. Im Gegenzug hatten sich diese Prinzipien und charakteristischen Merkmale in Richtung Privatisierung, Wettbewerb und Professionalisierung verschoben.²⁶⁰ Zudem stiegen Wahlfreiheit, Wohlstand und Qualität der medizinischen Versorgung – wenn auch ungleich verteilt.²⁶¹

²⁵⁵ Vgl. SMITH, J. CH. (1998), S. 131. Insbesondere die Bauern waren durch ihr geringes Einkommen gezwungen, preiswerte Lebensmittel für die städtische Bevölkerung sicherzustellen; DERS. (1993).

²⁵⁶ Vgl. SMITH, J. CH. (1993).

²⁵⁷ Dieser »statistischen« Einschätzung widersprechen einige Erfahrungsberichte aus Zeiten der Kulturrevolution. So wird hier vielmehr der erhebliche wirtschaftliche und finanzielle Schaden der Kulturrevolution hervorgehoben, an deren Ende auch die Gesundheitsversorgung am Boden lag. CHEUNG beschreibt so auch die Lage des Gesundheitswesens im Anschluss an die Kulturrevolution 1976: »hard to see a doctor, hard to enter a hospital, hard to have an operation« (2001), S. 68.

²⁵⁸ Vgl. DELFS, R. (1990); RISKIN, C. (1987). Dies steht deutlich im Gegensatz zu einem Bild der Egalität, welches oft in früheren Veröffentlichungen dargestellt wird; z. B. GURLEY, J. A. (1970) oder MURPHEY, R. (1980).

²⁵⁹ Anerkannte Sinologen sprechen daher und aufgrund der starken Einschränkung von Freiheitsrechten bei China nicht von einem Land mit einer sozialen Vision, sondern von einem mit einer sozialen Kontrolle.

²⁶⁰ Vgl. HENDERSON, G. (1993); HILLIER, S. M. / XIANG, Z. (1994).

²⁶¹ Allerdings ist die Gefahr des Verlustes sozialer Stabilität nicht zu ignorieren: Während die »Neureichen« einen immer besseren Lebensstandard genießen können und Zugang zu qualitativ hochwertigeren medizinischen Leistungen haben als jemals zuvor, erleben die »neu Verarmten« eine Situation, in der kein garantiertes soziales Netz mehr existiert.

4.3 Aussage 3: Interdependenz der verschiedensten Ordnungsbereiche kann nicht ausgegrenzt werden

Wie schon zu Zeiten MAOS der Kommunismus und die Planwirtschaft die Gesundheitspolitik beeinflussen, so sind dies heute die Transformationspolitik, Marktwirtschaft und weltwirtschaftliche Öffnung. Diese Beeinflussung reicht sogar soweit, dass sich die Gesundheitspolitik als eine Art »Spiegelbild« der wirtschaftlichen Transformation darstellt. Ein Großteil der charakteristischen Elemente der wirtschaftspolitischen Transformation, wie Primat der *Dezentralisierung* von Entscheidungskompetenzen und Verantwortung, *Regionalisierung* und lokaler *Protektionismus* mit Formen eines »wilden Föderalismus« und räumlich isolierten Lösungen (regionaler Korporatismus), *Zweigleissystems* aus plan- und marktwirtschaftlichen Elementen, *Wettbewerb vor Privatisierung*, ohne allerdings eine konsistente und zueinander komplementäre Wettbewerbsordnung zu etablieren (Laissez-faire), *schrittweises* und weitgehend ungeplantes *Vorgehen*, gemäß dem Motto »take a step, and then take a look« treffen auch auf die Gesundheitspolitik zu. Dies ist auch der Fall obwohl ein sozialpolitischer Wandel anfänglich nicht von der Regierung fokussiert, geschweige denn beabsichtigt wurde.

Allerdings ist eindeutig ein Primat die Transformationspolitik und das erfolgreicher wirtschaftlicher Reformen zu konstatieren. Bei einer Hierarchisierung des institutionellen Wandels waren wirtschaftliche Reformen Veränderungen im »Sozial- und Gesundheitsbereich« vorgelagert. Gesundheitspolitische Reformansätze waren vielmehr entweder eine »reaktive« oder »unintendierte« Antwort auf den bereits stattgefundenen wirtschaftlichen Wandel. Es kann nicht von einer »eigenen« und »unabhängigen« Transformation des Gesundheitssystems gesprochen werden (»*Paralleles Mitlaufen des Gesundheitsordnung*«).

Unabhängig ist die Gesundheitssystemtransformation auch nicht vom wirtschaftlichen Erfolg der »allgemeinen« Transformation verlaufen. Der Wandel in der sozialen Sicherung und im Gesundheitswesen ist unmittelbar an die Entwicklung in der Wirtschaft gekoppelt und auf deren Fortschritt angewiesen gewesen. Je nach wirtschaftlicher Entwicklung und Stärke variierten z. B. sowohl die Formen der finanziellen Sicherung vor dem Krankheitsrisiko als auch das Angebot an Gesundheitsgütern. Dies galt sowohl für die Reformversuche auf dem Land als auch in den Städten. Es bestand ein starker Zusammenhang zwischen Finanzierungspolitik und lokalen, wirtschaftlichen und politischen Gegebenheiten auf der einen und dem Zusammenspiel mit den durch die Zentralregierung gesetzten Anreizen und Vorgaben/Sanktionen auf der anderen Seite. Es korrelierten zumeist die Beitragshöhe, die eingeschlossene Population und der Versicherungsumfang des neuen BHIS oder NCMS mit dem jeweiligen Entwicklungsstand und der wirtschaftlichen Prosperität der Region bzw. Stadt.²⁶² Es zeigt sich also, dass auch in China die relativen Kosten der Sozial- und Gesundheitspolitik wesentlich durch die institutionelle Konsistenz in verschiedenen wirtschaftlichen Entwicklungsbereichen – z. B. Höhe der Steuereinnahmen, funktionierender Versicherungsmarkt, Geldwertstabilität, etc. – determiniert werden. Infolgedessen konnten auch in der VR wie für alle weiteren Industrienationen generell eine Zunahme der »solidarischen« Komponente – wenn auch noch in einem äußerst geringem Umfang – sowie eine Ausweitung des gewährten Versicherungsumfangs mit steigendem Wohlstand beobachtet werden. Dies galt gerade auch für eine Transformationssituation, die mit einem wirtschaftlichen Wandel im Sinne des »Aufholens« durch Industrialisierung und Wohlstandserhöhung verbunden ist.

Aber nicht nur die zumeist offensichtliche Verbindung zwischen Wohlstandsniveau (= Wirtschaftssystem) und Versicherungsniveau zeigt sich am Beispiel der VR China. Auch die Rolle von kulturellen Ideologien bzw. Identitäten (= Wertesystem) und die Systemöffnung des Landes weisen einen interdependenten Zusammenhang auf. Im letzteren Fall sind dies konkret der Zugang zu internationalen Vorbildern (Singapur und die USA), der Grad der weltwirtschaftlichen Integration und damit auch Verpflichtungen auf

²⁶² Vgl. WANG, Y. / COLLINS, C. / U. A. (2004), S. 439 ff. Hierin fällt auch die Abhängigkeit von weiteren administrativen Regelungen hinsichtlich der Entscheidungs- und Verantwortlichkeitshoheit der lokal agierenden Parteikader.

weltweite Regelungsstandards, der Einfluss der nationalen Reputation im globalen Netzwerk oder Auseinandersetzungen mit »westlichen« Anspruchshaltungen (Druck zur Armutsreduktion) gewesen. Insgesamt sorgt also die Interdependenz verschiedenster Ordnungsbereiche dazu, dass ihre Wirkung bei gesundheitspolitischen Entscheidungen mit einkalkuliert werden muss. Sie nimmt also auch Einfluss auf die relative Kostenhöhe der Gesundheitspolitik.²⁶³

Unter diesem Aspekt des relativen Kostengedankens für die chinesischen Gesundheitspolitiker gibt Tabelle 26 noch einmal einen komprimierten – wenngleich infolge der hohen Komplexität nur beispielhaften – Überblick über einige Determinanten und damit verbunden Konsequenzen des erfolgten gesundheitspolitischen Wandels:

Tabelle 26: Beispiele zum institutionellen Wandel im chinesischen Gesundheitssystem

<i>Institutionelle Erscheinungen</i>	<i>Konsequenzen</i>
Regelungen zur staatlichen Subventionierung einzelner Individuen über Steuergelder	
<ul style="list-style-type: none"> • Je nach politischer und wirtschaftlicher Relevanz (Kostenaspekt) finden einzelne Bereiche und Individuen eine höhere politische Aufmerksamkeit und Privilegiengewährung als eher »unbedeutende« Branchen und Gruppen 	<ul style="list-style-type: none"> → Subventionierung über Steuergelder erfolgt selektiv und uneinheitlich, v. a. nach machtpolitischen Interessen → Fehlende Berücksichtigung einer gesellschaftlichen Gesamtstabilität (Laissez-faire gegenüber wirtschaftlich schwachen Individuen)
Regelungen zum Finanzierungsangebot zur Absicherung des Krankheitsrisikos	
<ul style="list-style-type: none"> • Je nach wirtschaftlicher Branche und Eigentumsform übernimmt der Staat das Finanzierungsangebot und damit eine Lückenfüllerfunktion • Je nach Kostenhöhe findet gegenüber politisch irrelevanten Bevölkerungsgruppen ein Laissez-faire-Verhalten statt • Je nach bestimmten institutionellen Konsistenzen zur wirtschaftlichen und politischen Entwicklung werden die Kosten der Wahl bestimmter Finanzierungsformen beeinflusst 	<ul style="list-style-type: none"> → Kurz- bis mittelfristige Perspektive lässt langfristig effiziente und nachhaltige Institutionen »unattraktiv« erscheinen → Nebeneinander von privaten Lösungen und staatlichem Angebot → Vernachlässigung der Sicherstellung eines verfassungsmäßig zugesicherten Zugangs zur med. Versorgung
Regelungen zur Angebotssteuerung von Gesundheitsgütern	
<ul style="list-style-type: none"> • Je nach Kostenhöhe findet gegenüber politisch und wirtschaftlich irrelevanten Anbietern eine Laissez-faire-Politik statt; bei politisch relevanten Anbietern dagegen verbleibt der Staat protektionistisch tätig: <p>Die Kosten der Wahl bestimmter Angebotsreformen werden jeweils durch das persönliche Verhältnis zu den einzelnen Anbietern sowie von der wirtschaftlichen und politischen Entwicklung (ideologischer Wandel und Anpassungsdruck) beeinflusst</p> <p>Reformierungen der Angebotsseite, die über eine bloße Dezentralisierung von Entscheidungs- und selektiven Verfügungsrechten hinausgehen, werden nachgelagert angegangen (siehe 4. Welle der lokalen Optimierungen). Es wird stattdessen versucht, die Kontrolle über einen zeitweise begrenzten bzw. in einigen Bereichen auch dauerhaften direkten Eingriff in den Markt zu erreichen</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Widersprüchliche und »perverse« Anreizstruktur → Fehlende, in sich konsistente Wettbewerbsordnung → Ineffiziente Infrastruktur bleibt erhalten und lässt auch keine Erfolge durch die Adressierung der (alleinigen) Nachfragesteuerung zu (Problem der angebotsinduzierten Nachfrage nicht adressiert) → Kein wirklicher Aufbruch regional korporatistischer Strukturen → Korruption, Vetternwirtschaft und Patronage, »under the table payments«
Regelungen zur Gesundheitsplanung und politischen Steuerung	
<ul style="list-style-type: none"> • Eine Reformierung des politischen Systems auf vertikaler, v. a. aber auf horizontaler Ebene bleibt aus • Je nach geerbter Machtstruktur und Machtzuweisung der obersten Instanzen können einzelnen Ministerien und Behörden ihre Interessen und Reformvorstellungen besser durchsetzen als eher politisch »unbedeutende« Institutionen 	<ul style="list-style-type: none"> → Fehlende Kompetenzabgrenzungen und ineffiziente Parallelstrukturen → Unklarheiten und Verantwortungsvakuum; fehlende Durchsetzungsstärke → Nebeneinander von personeller Überfrachtung und Bürokratisierung und fachlichem Personalmangel

Quelle: In *Anlehnung an Köster, A.-D- (2008), S. 320*

²⁶³ So auch *HERRMANN-PILLATH, C. (1990)*.

4. 4 Aussage 4: Politisch »objektive« Reformbewertung und Durchsetzung langfristig orientierter Lösungen sind problembehaftet

Die in Tabelle 26 zusammengefassten Handlungen der Kader zeigen unmissverständlich, dass der wahrgenommene Reformdruck mitbestimmt wird von der individuellen Kosten-Nutzen-Perspektive der politisch Verantwortlichen (rationales Eigeninteresse). Die Kader gingen bislang nur solche Probleme an, die das Modernisierungsziel und den eigenen Machtanspruch nicht zu gefährden drohten. Dagegen wurde eher als gefahrlos eingeschätzten Verwerfungen und Probleme ein Laissez-faire-Verhalten entgegengebracht. Dies wurde insbesondere an der mangelnden Reformbereitschaft für die Bauern auf dem Land ersichtlich, wo fehlende Reformen keinen unmittelbaren Einfluss auf den Erfolg des Modernisierungsziels haben. So sind die Bauern weder knapp vorhanden (im Sinne von Humankapital), noch sind sie wirtschaftlich-industriell in Staatsbetrieben tätig und erzielen eine hohe Wirtschaftsleistung bzw. behindern die Modernisierung der Staatsbetriebe. Dagegen erfuhren die Städter zuerst umfassende Reformen – die sie zwar auch schlechter stellten, allerdings nicht in ähnlicher Weise wie die Bauern. Sie besitzen nämlich die Privilegierung wichtig für die politisch Verantwortlichen zu sein.

Eine (rationale) Kosten-Nutzen-Abwägung aus Eigeninteresse beeinflusst ebenso die Lösungsauswahl. Beispielsweise kann die selektive Erweiterung des BHIS für privilegierte »solidarische« Komponenten aus verschiedensten Aspekten heraus negativ bewertet werden. Allerdings war dies eine kostenminimale Lösung bei Berücksichtigung des Transformationsumstands und des Fehlens vergleichbarer politischer Alternativen mit ähnlichen relativen Kosten, um kurzfristig nationalem wie internationalem Druck nachgeben und zur Stabilisierung des weiteren Transformationsverlaufs beizutragen. Ein marktwirtschaftlich konformes und nachhaltiges Umverteilungssystem wäre aus kurzfristigen Opportunitätskostenüberlegungen nämlich in einem solchen Fall zu »teuer«. Ähnliches gilt auch für den arbeitnehmerbezogenen und umlagefinanzierten Aufbau des BHIS in den Städten selbst, dessen Entstehung vor dem Hintergrund der Existenz eines nach wie vor erheblich ineffizienten Steuersystems, ideologischer Restriktionsvariablen und v. a. der Existenz historischer Altlasten aus den Zeiten MAOS (Privilegierung der Städter) zu sehen ist. Es konnte so wieder einerseits eine kurzfristige Stabilisierung und Problemlösung erreicht werden. Dies führt aber andererseits zu erheblich negativen Auswirkungen auf den Faktor Arbeit, Anreizinkompatibilitäten und einer Instabilität der Finanzierungsgrundlage auf lange Sicht, insbesondere bei einer »alternden« Gesellschaft.

Denn hier zeigt sich auch die fehlende Nachhaltigkeit der Finanzierung (Fondslösung). Durch die fokussierte 1-Kind-Politik wird auch die VR China in den nächsten Jahrzehnten in einigen Gebieten, wo die Bevölkerungspolitik erfolgreich war (also insbesondere in den Städten) überproportional altern. Zwar weisen z. B. die Fonds in den Städten gegenwärtig eine solide »Finanzgrundlage« auf. Die jährlichen Überschüsse und Rücklagen sowohl innerhalb des Sozialfonds als auch den privaten MSA sind beachtlich. Dennoch ist mit Blick auf die Zukunft anzumerken, dass einerseits, relativ gesehen, die Ausgaben in den vergangenen Jahren stärker als die Einnahmen gewachsen sind. Andererseits ist davon auszugehen, dass auch die Finanzierungsgrundlage abnehmen wird, wenn der Anteil der Rentner im System deutlich ansteigen wird. Es ist also bei Beibehaltung dieser Versicherungslösung die Gefahr einer dauerhaften staatlichen Intervention (»Interventionsspirale«) gegeben.

Tabelle 27: Finanzvolumen (Yuan in Milliarden) des neuen BHIS 2002-2005

	2001	2002	2003	2004	2005
Fondseinnahmen BHIS, davon	60.8	k. A.	k. A.	114.1 (+22,5%)	140.5 (+23,2%)
SPF				62.3 (+20,5%)	82.0 (+24%)
Ausgaben BHIS (Yuan), davon	40.8	k. A.	k. A.	86.2 (+31,6%)	107.9 (+25,2%)
SPF				46.4 (+28,1%)	61.5 (+25%)
Finanzvermögen BHIS (insgesamt), davon	45.1	k. A.	k. A.	95.8	127.8
SPF Balance				55.3	75.0
MSA (gesamt)				40.5	52.8

Quelle: Selektive Daten aus *NBS OF CHINA (2003-2006)*

4.5 Aussage 5: Kontrolle von Kostensteigerungen und überproportionales Wachstum der Gesundheitsausgaben sind unabhängig von formaler Eigentumsform und Art der Krankenversicherung

4.5.1 Verbesserung der Versorgung und Kostenkontrolle

Die asymmetrische Informationsverteilung und das »uno-actu-Prinzip« beim Angebot von Gesundheitsgütern (d. h. dem Zusammenfallen von Leistungserstellung und Konsum) bzw. generell das Fehlen einer adäquaten Nutzenbewertung im Zusammenspiel mit der individuellen Zahlungsbereitschaft und -fähigkeit führen dazu, dass dem Gesundheitsgütern ein Kostenproblem – oder positiv ausgedrückt: ein stetiger Wachstumsmotor – immanent ist. Insofern müssen Reformen, die eine Gesundheitsversorgung neu ausrichten und einen bezahlbaren Versicherungsschutz ermöglichen wollen, immer Finanzierung und Leistungsangebot zusammen adressieren. Insbesondere müssen die Anreize, die beide »Marktseiten« aufeinander ausüben, genau berücksichtigt werden. Die Politik muss Leistungsversorgung und Vergütung genauso regulieren wie die Sicherstellung von Finanzierungsmitteln. Eine alleinige oder getrennte Betrachtung läuft ins Leere, wie auch China erfahren hat.

Einen Schlüsselaspekt bei der Kostenkontrolle stellte in der VR die Vergütungsform dar. Ihre Ausgestaltung erwies sich in verschiedensten Studien der Weltbank als der entscheidende Kostendämpfungsfaktor. Konsequenterweise tendieren die Vergütungssysteme des Landes inzwischen vermehrt zu pauschalisierten Vergütungsformen, die durch die Übernahme des Mengenrisikos durch den Leistungserbringer (innerhalb des definierten Leistungskomplex der Pauschale) weit weniger kostentreibend wirken als die bislang weit verbreitete Einzelleistungsvergütung. Weit weniger relevant ist dagegen bei einer Kostenkontrolle die gewählte Form des Versicherungsschutzes. Dieser konnte in China privat oder staatlich organisiert sein, ohne einen wesentlichen Einfluss auf den Kostenverlauf zu nehmen. Hatten die Versicherungsunternehmen zudem keine andere Form der Mengen- und Kostenkontrolle als die Einführung von Selbstbehalten und Leistungsbeschränkungen, wies sich dies ebenfalls insgesamt auf die Gesundheitsausgaben weit weniger restriktiv aus als eine mengenbeschränkende Vergütung. Denn trotz der hohen Selbstbehalte und des fehlenden Versicherungsschutzes bei der weit überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung stiegen die Kosten für Gesundheit stark an. Im Schnitt stiegen die anteiligen totalen Gesundheitsausgaben am BIP um ca. 1% alle 10 Jahre. Out-of-pocket-Zahlungen wurden dabei sogar zum Wachstumstreiber. Dies ist insofern auffällig, als dass China einige der wenigen Länder weltweit ist, bei denen dies trotz des Rückgangs des staatlichen Anteils bzw. staatlicher verfügbarer Zwangsbeiträge geschehen ist. Es erweist sich also als möglich, dass auch bei starken familiären Sicherungsformen im Zusammenhang mit einer starken allgemeinen Wohlstandssteigerung ein Wachstum des Gesundheitssektors vorkommt.

Aber auch die Vergütungsform und -höhe ist für die Kostenkontrolle allein nicht entscheidend. Will die Politik zudem nicht in eine Interventionsspirale der Kostendämpfung verfallen, so muss sie entsprechende Werkzeuge der Kostenkontrolle den Versicherungen (bzw. allgemein institutionellen Nachfragern) – staatlich oder privat spielt hier wieder kaum eine Rolle – an die Hand geben. Ohne diese Werkzeuge und Handlungsmacht bleibt auch ein Wettbewerb der Versicherungsunternehmen um ein günstiges Versicherungsangebot ohne Einfluss auf den Kostenverlauf. Denn nur wenn ein Machtausgleich auf Augenhöhe stattfand, konnte einer angebotsindizierten Nachfrage entgegengewirkt werden. Durch die Existenz von Transaktionskosten wird es aber nicht allein mit »vorgelagerten« Anreizlösungen zu schaffen sein, sondern zusätzlicher Kontrollmechanismen (z. B. Peer-Review-Verfahren) bedürfen. In welchem Umfang dies sinnvoll ist, müssen dann betriebliche Kosten-Nutzen-Berechnungen für den zusätzlichen Aufwand zeigen. In diesem Zusammenhang muss die Politik zudem darauf achten, dass es zu keinen »zu« engen Verbindungen zwischen Leistungserbringern und Kostenerstatter kommt – sofern kein HMO-Modell vorliegt. Ansonsten kann das Fondsmanagement keine »Purchasing Rolle« gegenüber dem Leistungsangebot einnehmen,²⁶⁴ sondern wird zu diskretionärem Verhalten verleitet – wie unzählige Korruptionsfälle belegten.

Entsprechendes gilt auch für die Leistungserbringer untereinander. Hier darf der Einfluss auf die Menge verschiedener Leistungsbereiche nicht unregelt sein. Dies zeigte sich in der VR v. a. bei der Arzneimitteldistribution. Dadurch dass Verordnungshoheit und der spätere Verkauf von Medikamenten in einer Hand zusammen liegen, ist durch eine angebotsinduzierte Nachfrage unmittelbar ein erheblicher Einfluss auf die eigene Gewinnhöhe möglich. Reformen blieben erfolglos, da die eigentlichen Schlüsselstrukturen und Fehlanreize weiter bestehen blieben. Eine Trennung ist nämlich allein nicht ausreichend. Es müssen zudem Anreize vorhanden sein, dass die neuen Rahmenbedingungen angenommen werden und das gewünschte Verhalten »gelebt« wird. Ein Preissystem mit interner »Sozialkomponente« und Quersubventionen eignete sich hierfür gerade nicht. Ebenso wird sich eine Umsetzung schwertun, wenn es dadurch zu einer Unterbezahlung der Leistungserbringer kommt (ohne ausreichende Substitutionsmöglichkeiten) und es aber gleichzeitig bei hohen Gewinnmargen in den Medikamentenpreisen bleibt. So verwundert es auch kaum, dass auch dort, wo die Separierung von Verordnung und Verkauf bereits erfolgreich umgesetzt war, der Großteil der Umsätze von den Behörden wieder an die Krankenhäuser zurückgegeben wurde.

Ist neben der Kostenkontrolle zudem nur ein rudimentäres Versorgungsniveau mit nur geringer bis gar keiner endogenen Innovationskraft als ein politisches Ziel beabsichtigt, dann zeigen die chinesischen Erkenntnisse, dass eine Angebotssteuerung bzw. die staatliche Übernahme des Angebots effektiver ist als ein eigenes Versicherungssystem bzw. vom Angebot losgelöste Sicherungslösungen. Ein höherwertiges Versorgungsniveau mit zudem einer vitalen endogenen Innovationsleistung bedarf allerdings anreizgerechter Lösungen auf beiden Seiten – wieder parallel angegangen.

4.5.2 Einkommenssuperiorität von Gesundheitsgütern

Der Anreiz zur Mengenausweitung und Preissteigerungen sind Gesundheitsgütern nicht nur größtenteils immanent, sie sind dies auch im erheblichen Umfang, wenn restriktive Rahmenbedingungen fehlen. Es kommt dann zu verhältnismäßig sehr hohen Inflationsraten. Diese lagen in der VR deutlich über dem Wachstum nicht nur des verfügbaren Haushaltseinkommens, sondern auch dem des BIPs (siehe steigender Anteil am BIP). Neben falschen Rahmenbedingungen für das Angebot lässt dies aber auch Rückschlüsse auf eine scheinbare Einkommenssuperiorität von Gesundheitsgütern zu. D. h. die Präferenz der Nachfrager nach Gesundheitsgütern steigt überproportional (> 1) bei steigendem Einkommen. Aufgrund mangelnder empirischer Evidenz zu den (tatsächlichen) Präferenzen der Nachfrager, z. B.

²⁶⁴ Vgl. MAO, Z. (2005), S. 3. Neben der Interessenvertretung der Bauern spielte das Fonds-Management beim Betrieb und der Steuerung der Leistungserbringer eine zentrale Rolle.

gegenüber einer höherwertigen Versorgung mit steigendem Wohlstand, muss es jedoch bei diesen übergeordneten Schlussfolgerungen bleiben und kann nicht als bewiesen gelten. V. a. fehlen dafür neben sauberen makroökonomischen Zahlen belastbare mikroökonomische Daten.

In diesem Verhältnis muss ebenfalls offen bleiben, inwieweit sich sozialmedizinische Erkenntnisse, die auch in der VR zu beobachten sind, auswirken. Hierzu gehört z. B., dass das Krankheitsrisiko bei Niedrigverdienern wesentlich höher ist als bei Gut- und Besserverdienern. Erste haben sowohl ein höheres Risiko an Infektionskrankheiten als auch inzwischen in China weit verbreiteten »Wohlstandserkrankungen« zu leiden. Rein theoretisch müsste also durch einen geringeren Bedarf eine »Gegenwirkung« zur Einkommenssuperiorität geben: Denn es muss – wieder rein theoretisch gesehen – ein prozentual wie absolut geringerer Einkommensanteil bei steigendem Einkommen aufgewendet werden, um einen gegebenen Gesundheitszustand zu halten bzw. zu erreichen.

4.6 Aussage 6: Moderne, anonyme Sicherungsformen brauchen ein verlässliches und berechenbares Umfeld

4.6.1 Dominanz von einfachen und informellen Sicherungslösungen bei Korruption und lokal begrenztem Vertrauen

Bei starken familiären Solidaritätsformen und einer weitgehenden Zurückhaltung des Staates dominieren in der VR China nach wie vor informale Institutionen in der sozialen Sicherung. Es überwiegen immer noch lokale und auf eine primäre Gruppe begrenzte Sicherungs- und Finanzierungslösungen – zumeist ohne formale Absicherung. Dies ist v. a. hauptsächlich auf dem Land im Rahmen von Selbststeuerungsmechanismen zu beobachten. Die enge Begrenztheit auf eine primäre Gruppe erfordert nämlich nur geringe Vertrauenskosten und minimiert die hohen Transaktionskosten in der »Transformation« des chinesischen Gesundheitssystems. Es sind so auch weniger Lösungen anzutreffen, die sich auf eine große anonyme Gesellschaft beziehen. Es sind die »einfachen« Sicherungsformen wie das Sparen – soweit noch möglich über Kinder bzw. die Verwandtschaftsbande oder den Clan sowie monetäre Formen, die sich behaupten.¹¹²⁹ Besonders »erfolgreich« waren dann auch solche Sicherungsformen im gesundheitspolitischen Reformverlauf, die an dieser vorhandenen institutionellen Struktur anzuknüpfen verstanden, z. B. die MSA bzw. die Struktur »Fonds und MSA«.

Denn sie knüpfen nicht nur an die Lokalität und Individualität an, sondern senken auch durch individuelle Kontrollmöglichkeiten die ansonsten notwendigen hohen Vertrauenskosten, z. B. in eine alleinige Fondslösung. Sie vermitteln das fehlende »Sicherheitsgefühl«. So schätzen z. B. gerade die Bauern die Verlässlichkeit staatlicher Versprechen bei freiwilliger Teilnahme als sehr gering ein und maßen dieser Einschätzung die gleiche Wertigkeit bei, wie die Abschätzung eines individuellen Nutzens aus einem Versicherungsschutz. Nicht wenige von ihnen hatten nämlich bereits in der Vergangenheit erhebliche negative Erfahrungen mit einem korrupten Fondsmanagement gemacht. Auch verschiedene weitere Studien belegten, dass zu den Faktoren, die eine Teilnahme am NCMS beeinflussen, neben der individuellen Einschätzung der zukünftigen Gesundheitsausgaben die Zahlungsfähigkeit sowie insbesondere das Vertrauen in die Organisation und die Zahlungs- und Einzugsmethoden zählen.²⁶⁵

Alternativ können sich auch dann private Sicherungslösungen mit einer anonymen und komplexen Wirkungsweise durchsetzen, wenn sie gerade diese genannten Faktoren erfüllen. Empirische Daten zeigen hier, dass eine verlässliche Unternehmensführung ebenfalls vertrauensbildend sein kann. Dies war in manchen Gegenden der VR sogar stärker der Fall als bei den staatlichen Lösungen, wenn keine korrupten kaderkapitalistischen Strukturen vorlagen. Insgesamt konnte der private Versicherungsmarkt – ge-

²⁶⁵ Vgl. LIU, Y./REN, R. / U. A. (2000); ZHAN, Z. (2005), S. 21 f.

kennzeichnet sowohl durch privat-kommerzielle als auch nicht kommerzielle Versicherungsformen –²⁶⁶ stärker zunehmen als der staatliche. Sein Wachstum verlief relativ gesehen z. B. auf dem Land und in den Städten²⁶⁷ stärker als das Wachstum des staatlich-subventionierten Sektors aus BHIS, GIS und LIS (siehe Abbildung 15 und Tabelle 15, bezogen u. a. auf die Ergebnisse der letzten drei großen nationalen Gesundheits-Surveys (NHSS) aus den Jahren 1993, 1998 und 2003).²⁶⁸ Ermöglicht wurde dies durch die prinzipielle Konkurrenz von staatlichen und privaten Versicherungen, die durch die weitgehende Freiwilligkeit der Partizipation an staatlichen Programmen miteinander herrührte – weniger stehen staatliche Programme untereinander im Wettbewerb (lokale Abschottung). Dies gilt für Land und Stadt gleichermaßen. Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass sich der Markt für private Krankenversicherungen erst in einem sehr frühen Entwicklungsstadium befindet und insgesamt noch erhebliche Defizite aber auch ein hohes Entwicklungspotential aufweist. Bislang zentrieren sich private Angebote v. a. in den großen und wirtschaftlich am weitesten entwickelten Städten,²⁶⁹ wie z. B. Beijing oder Shanghai.²⁷⁰ Insbesondere wird für die Zukunft erwartet, dass infolge der hohen privaten Zuzahlungen im BHIS private Versicherungsformen auch für die staatlich Beschäftigten an Bedeutung gewinnen werden.

²⁶⁶ Es fehlen aber hier bislang umfassendere Erkenntnisse zur konkreten Zusammensetzung und den vorliegenden Versicherungsangeboten; so auch XU, L. / WANG, Y. / U. A. (2007). Erste Untersuchungen zeigen, dass v. a. Kinder und Jugendliche von ihren Eltern privat versichert werden; vgl. BARNINGHAUSEN, T. / U. A. (2007).

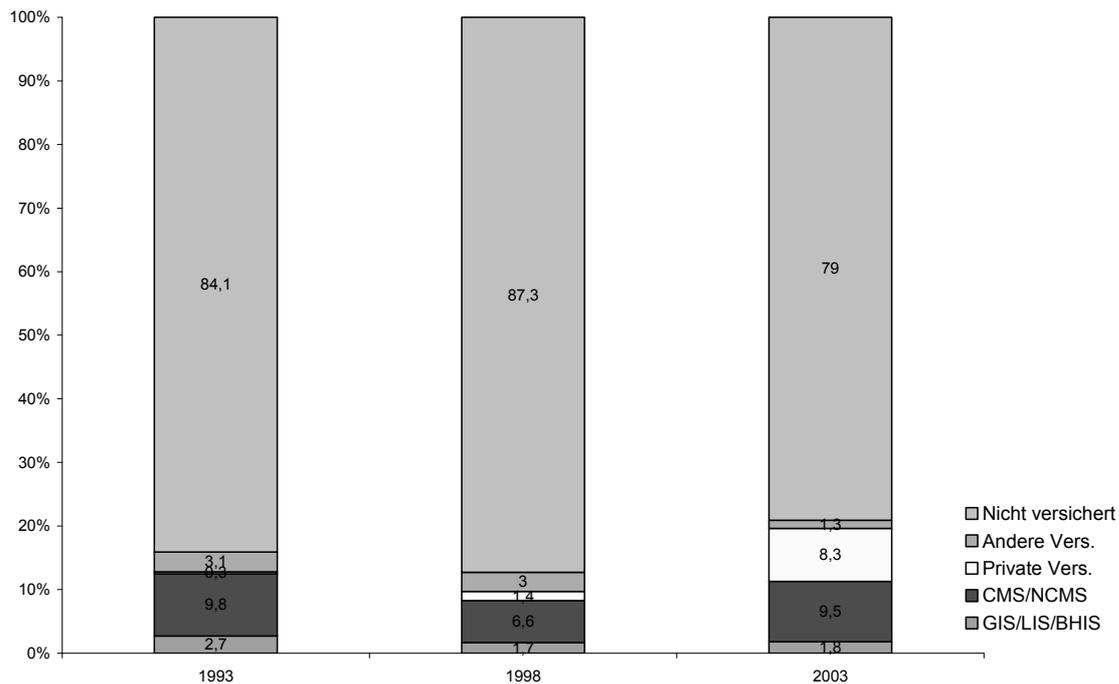
²⁶⁷ Vgl. XU, L. / WANG, Y. / U. A. (2007). Denn im Vergleich zu einem geringen Wachstum des nicht-staatlichen Versicherungsschutzes nahm die Bedeutung staatlicher Versicherungsformen von 44,7% auf 39% in den Jahren von 1998 bis 2003 ab.

²⁶⁸ Es ist hier jedoch zu beachten, dass die genannten Zahlen nur nationale Trends aufnehmen. Sie geben keinen Aufschluss über die zweifelsohne bestehenden erheblichen regionalen Diversifikationen. Allgemein zur Limitation des NHSS vgl. u. a. WAGSTAFF, A. / LINDELOW, M. / U. A. (2007), ausführlich zum Studiendesign offiziell auch MOH (1998); MOH / CENTRE FOR HEALTH STATISTICS AND INFORMATION (2005).

²⁶⁹ Z. B. können erst seit dem Dezember 2001 ausländische Unternehmen, die keine Lebensversicherungen anbieten, Filialen in China etablieren oder einen Anteil von bis zu 50% an »gemischten« Joint Ventures halten. Seit 2005 bestehen zudem auch keine regionalen Beschränkungen mehr (generelle Öffnung des Versicherungsmarktes). Ausländische Anbieter auf dem chinesischen Markt sind u. a. CNP Assurances, AXA (Frankreich), CGU, Royal & Sun Alliance (UK), Transamerica (Niederlande), Gerling Versicherungen, Allianz (Deutschland), Züricher Versicherungen (Schweiz). Die größten und bedeutendsten nationalen Versicherungsunternehmen sind Ping An Insurance, PICC Life und China Pacific Insurance Company, Ltd. Ein Überblick über die Entwicklung privater Versicherungen findet sich u. a. bei ZHANG, W. (2005), S. 98 ff. Insbesondere ist die PICC – wie erwähnt – auch Partner bei den Sozialversicherungsreformen.

²⁷⁰ Offiziell sollen v. a. mit Fokus auf die reichen Städte mehr als 300 verschiedene Typen von Krankenversicherungspolicen verschiedener kommerzieller Versicherungen verkauft worden sein; vgl. O. V. (2001a). Insgesamt gesehen haben aber erst ca. 40% der Chinesen irgendeine Form einer Versicherung abgeschlossen und bei Geldanlagen dominiert nach wie vor das individuelle Sparen. Nach Angaben von Versicherungsunternehmen wäre es daher zunächst erst einmal absolut notwendig, den »Versicherungsgedanken« in der Bevölkerung zu verbreiten; vgl. LIU, J. (2004), S. 2.

Abbildung 15: Versicherungsschutz der ländlichen Bevölkerung 1993 – 2003 (nach NHSS)



Quelle: MOH (1994); MOH / CENTER FOR HEALTH STATISTICS AND INFORMATION (1999, 2004)

4.6.2 Erwartungsstabilität bedarf einer klaren Kompetenzabgrenzung und Regelbindung (Machtbindung und vorhersagbare Berechenbarkeit) in der Gesundheitspolitik

Damit es zu einer stabilen Erwartungshaltung der Individuen kommen kann und auch gesundheitspolitisch Reformen konsistent durchgesetzt werden können, ist eine klare Kompetenzabgrenzung der politischen Zuständigkeiten und eine klare Macht-/Regelbindung notwendig. Eine starke Fragmentierung, Kompetenzüberlagerungen und Raum zur Willkürlichkeit zeigen sich wie in China dagegen als sehr hinderlich. Ansonsten verleiht es bei Lippenbekenntnissen der Politiker und Verschiebungen von Verantwortlichkeiten. Hilfreich kann in diesem Zusammenhang auch eine klare Vision sein. Diese fehlt allerdings in China noch. Es existiert nach wie vor keine ernst gemeinte Antwort auf die Frage, wo sich das chinesische Gesundheitssystem selbst in 20 Jahren sieht. Auch die neuen Ansprüche der chinesischen Regierung, den Aufbau einer »Xiakang-Gesellschaft« voranzutreiben und den »Menschen als Maßstab« zu nehmen, waren bislang eher Lippenbekenntnisse als denn tatsächlich gewollte normative Rahmenvorgaben für die weitere gesellschaftliche Entwicklung und die transformationspolitischen Steuerungskonzepte.

Dies gilt trotz der oben getätigten Aussage, dass sich eine »Marschrichtung« der lokalen Optimierungssuche *retrospektiv* in den Städten ausmachen lässt. Allerdings kommunizierte die Zentralregierung in einer zeitäquivalenten Betrachtung keineswegs in ausreichender Weise ihr geplantes Vorhaben oder verpflichtete sich »verbindlich« zu ihren Aussagen, so dass die einzelnen Wirtschaftsakteure verlässliche Erwartungen hätten bilden können. Vielmehr trug die Zentrale anfangs durch fehlende Reformen auf der politischen und administrativen Ebene selbst zu einer weiteren Transaktionskostenerhöhung bei.

4.7 Aussage 7: Dezentrale Steuerung steht im Zielkonflikt zwischen einer guten Ausnutzung von verstreutem Wissen und bestimmten sozial- und gesundheitspolitischen Zielen

Ein dezentraler Steuerungsansatz erlaubt zwar die bestmögliche Ausnutzung des in der Gesellschaft weit verstreuten Wissens. Beachtliche Wachstumsraten belegen dies eindrucksvoll. Allerdings ist eine solche Steuerung selbst nicht problem- und kostenlos umzusetzen und bedarf einer geregelten Föderalismusstruktur. Ansonsten kann es wie im Falle China gesehen auf der anderen Seite zur Stärkung von lokalen Egoismen, Säkularisierung und der Erhöhung von Regionalismen kommen.

Besonders negativ sind solche fehlenden Regelungen, wenn sich die Zentralregierung gleichzeitig dazu aus der lokalen und damit gesamtstaatlichen Verantwortung zurückzieht. Eine eventuell ausgleichende Steuerungsinstanz geht auf diese Weise nämlich verloren und es entsteht ein Verantwortungsvakuum, das nur in den wenigsten Fällen durch informelle Institutionen aufgefangen werden kann. Eine reine »Wächterrolle« war bekanntlich in einem frühen Entwicklungszustand bei gleichzeitig sehr hoher Wandlungsdynamik nicht förderlich für eine positive Entwicklung des chinesischen Gesundheitswesens gewesen.

Aber nicht nur die Existenz eines Gesetzesrahmens sowie klarer Kompetenzabgrenzungen und Handlungszuweisungen sind eine sinnvolle Begleitung für die dezentrale Machtverteilung. Ebenso gehört hierzu der finanzielle Ausgleich zur Erreichung von sozialpolitischen Zielen. Sind solche Ziele für das ganze Land beabsichtigt, dann muss zudem ein inter-provinzieller (Finanz-)Ausgleich bzw. ein (Finanz-)Ausgleich zwischen Provinz und Zentrale stattfinden. Ansonsten können sozial- und gesundheitspolitische Ziele (von gesellschaftlicher Bedeutung) bestenfalls nur selektiv für bestimmte Gebiete erreicht werden. Ein Beispiel hierfür sind Impfkampagnen und gesundheitliche Aufklärungsarbeit. So waren, dadurch, dass die lokalen Regierungen auf ihre eigenen Ressourcen angewiesen sind, die öffentlichen Gesundheitsausgaben gerade in den ärmsten Provinzen am niedrigsten ausgefallen, wo aber infolge der vorhandenen Morbiditätsstruktur Public-Health-Programme am nötigsten gewesen wären. Kommt es nun zu keiner Unterstützung (finanzieller, personeller, fachlicher Art), dann verlieren gerade diese wirtschaftlich schwachen Gebiete weiter an Attraktivität und setzen sich der Gefahr aus, »Opfer« eines massiven Leistungseinbruchs durch Seuchen und Epidemien zu werden. Es besteht also eine potenzielle Gefahr, eine (gesundheitliche und wirtschaftliche) Negativspirale in Gang zu setzen (Zielkonflikt der dezentralen Steuerung).

Eine finanzielle Unterstützung von Individuen bzw. instrumentellen Maßnahmen ist dabei grundsätzlich immer dann notwendig, wenn (politische) Ziele erreicht werden sollen, die der »Markt« per se so nicht erreichen kann. Dies ist z. B. der Zugang zu einer medizinischen Versorgung für *alle* Chinesen unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit, wie es in der chinesischen Verfassung genannt ist. Hier versagt der Markt, da eine essentielle Marktfunktion, nämlich die Ausschlussfunktion des Preismechanismus (Rationierung), nicht gewünscht ist. Wie eine notwendige Unterstützung nun möglichst markt- und damit anreizkonform ausgestaltet werden kann und sollte, ist allerdings noch nicht gesagt. Dies ist eine ebenso zwingend zu diskutierende Frage. Sie muss gleichzeitig beantwortet werden, um den potentiellen Zielkonflikt aus sozialpolitischen Absichten und dezentraler Steuerung nicht in ein anderes Extrem, das von massiver Leistungshemmung und verteilungspolitischen Abhängigkeiten gekennzeichnet ist, zu verkehren.

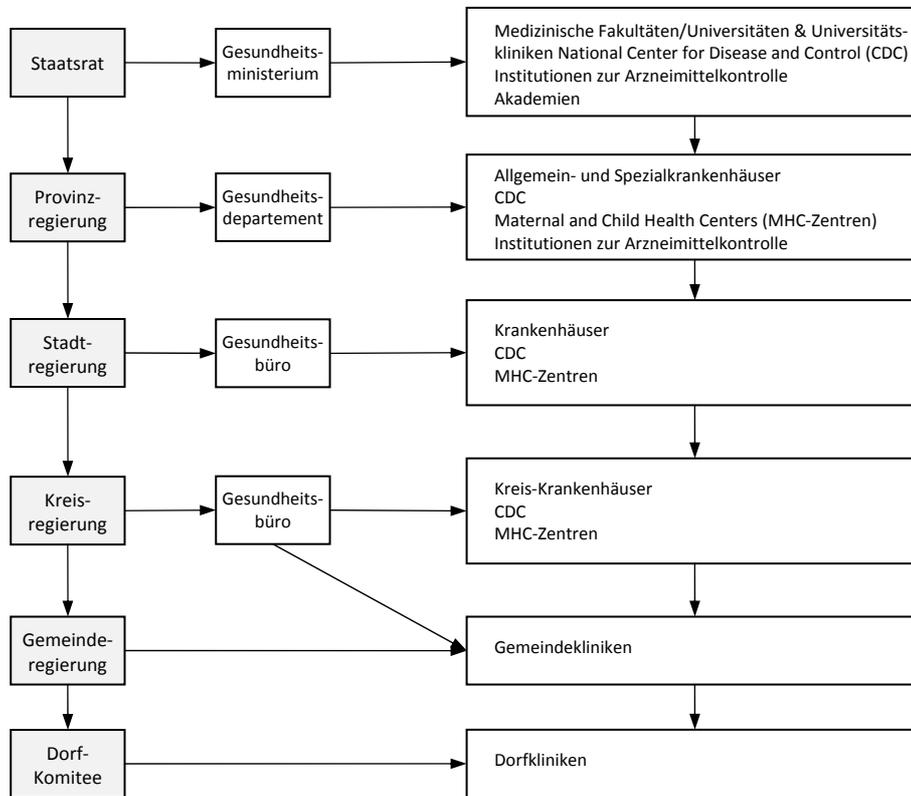
Anhang²⁷¹

²⁷¹ Entnommen AUS KÖSTER, A.-D. (2008).

Anhang I: Gesundheitspolitisch relevante Ministerien

I.1 GESUNDHEITSMINISTERIUM

Abbildung 16: Verwaltungsstruktur des Gesundheitsministeriums /-departements / -büro auf verschiedenen administrativen Ebenen des Gesundheitssektors



Quelle: In Anlehnung an Liu, Y. / Yi, X. (2004), S. 16

Tabelle 28: Einzelne Funktionen und Aufgaben des Gesundheitsministeriums

Recherche, öffentliche Bekanntmachung und Verkündung von Gesetzen, Verordnungen und Richtlinien, sowie Gesundheitsschutzbestimmungen, Setzung strategischer gesundheitsbezogener Ziele, Erlass von technischen Gesundheitsstandards
Untersuchung und Planerstellung zur Entwicklung der ländlichen Gesundheitsversorgung, der medizinischen Grundversorgung, Mutter- und Kindvorsorge, Regulierung der Verteilung von Ressourcen
Erlass von präventiven Krankheitsschutzprojekten, Organisation integrierter Kontrollmechanismen bei »bedeutsamen« Krankheiten, Veröffentlichung von Listen mit Infektionskrankheiten, für die eine Quarantäne und ein staatliches Monitoring erforderlich sind
Oberste Reformdelegation für das Angebot im Gesundheitswesen und die medizinischen Leistungserbringer, Erlass von professionellen Qualitätsstandards für die medizinische Leistungserbringung
Überwachung und Management der Verteilung von Blutprodukten
Entwicklungsprojekte für medizinische Wissenschaften und die Medizintechnologie
Überwachung und Verwaltung der präventiven Versorgung, v. a. hinsichtlich des Schutzes vor Infektionskrankheiten, Erlass von Qualitätsstandards für Lebensmittel- und Kosmetikprodukte
Regulierung der Entwicklungsprojekte für die einzelnen gesundheitsbezogenen Berufe und deren Ausbildungsvorschriften, Festsetzung der Standards für gesundheitsbezogene Berufe und Gesundheitsorganisationen
Organisation und Steuerung der internationalen Kooperationen im Bereich Public Health
Kontrolle der Ausbreitung von plötzlich epidemieartig auftretenden Krankheiten

Quelle: In Anlehnung an Liu, Y. / Yi, X. (2004), S. 17

Tabelle 29: Abteilungen des Gesundheitsministeriums und ihre Hauptaufgaben

<i>Departements des MoH</i>	<i>Aufgabenbereich</i>
1. General Büro	Koordination der Arbeit innerhalb des Gesundheitsministeriums
2. Abteilung für Human Resources	Erstellung von Entwicklungsplänen für die Gesundheit von Arbeitskräften Koordination eines nationalen Management-Trainings Erarbeitung von Reformen für das personelle und Waren-System innerhalb des Gesundheitsapparates
3. Abteilung für Planung und Finanzen	Erstellung von mittel- bis langfristigen Gesundheitsentwicklungsplänen Führung der regionalen Gesundheitsentwicklungspläne Koordination der Zuteilung von nationalen Gesundheitsressourcen Vorschlag von Gesundheitspolitiken und Gesundheitsschutz, sowie Serviceentgeldpolitiken Erstellen von Regeln zum Gesundheitskosten-Management, sowie dessen Regulierung Aufstellung nationaler Kriterien für Kapitalinvestoren Erarbeitung des Budgets für den Gesundheitsbereich
4. Abteilung für Gesundheitspolitik Gesetzgebung	Organisation von Studien für Gesundheitsreformen und Entwicklungsverfahren Formulierung des nationalen Plans für das Rechtssystem im Gesundheitswesen Erstellung wichtiger Konferenz-Dokumente und Erlass von Gesetzen und Verordnungen Ausarbeitung und Koordinierung von Hygienemaßstäben
5. Verwaltung für medizinische Pflege	Gesundheitssystemverwaltungs- und Institutionenreform Praktizierungserlaubnisse und klinische Standards
6. Abteilung für Mutter-, Kindgesundheit und Gemeindegesundheit	Gesetze, Regeln und Regulierungen bzgl. der MCC, Gemeindegesundheitservice, gesundheitliche Bildungsmaßnahmen, Gesundheitsförderung, Familienplanung und Raucherkontrolle
7. Ländliches Gesundheitsmanagement	Relevante Gesetze, Regeln und Maßnahmen für den ländlichen Gesundheitsbereich Ländliche Gesundheitsschutzprogramme und deren Umsetzung Maßnahmen in Bezug auf das neue CMS und deren Durchsetzung Konstruktion des ländlichen Servicenetzes Überwachung der Dorfarztregistrierung
8. Abteilung für Gesundheitsaufsicht und Gesetzesdurchsetzung	Koordinierung der Gesundheitsaufsicht und der Arbeit zur Durchsetzung von Gesetzen Aufsicht und Koordination von Lebensmittelschutz, Kosmetik- und Berufssicherheit Überwachung der Blutbanken Organisation und Überwachung von Trainingsmaßnahmen
9. Abteilung für Krankheitskontrolle und Vorsorge (National Patriotic Public Health Campaign Committee)	Gesetze zur Krankheitskontrolle und Prävention sowie zu den NPPHC-Plänen Umwelt-Gesundheit, Gesundheitsförderung, Infektionskrankheiten, Berufskrankheiten, Epidemieerkrankungen und Immunisierung Auflistung von quarantänepflichtigen Erkrankungen und Überwachung
10. Abteilung für Notfallbewältigung (Führungsquartier für Public Health Notfälle)	Erstellung von Prinzipien und Verfahren, Erlass von gesetzlichen Grundlagen für medizinische Notfall-Ereignisse Errichtung eines Warnsystems für Notfallereignisse im öffentlichen Gesundheitssystem Organisation von Trainings für den Umgang mit öffentliche Notfällen Organisation des Notfallschutzes
11. Abteilung für Wissenschaft, Technologie und Bildung	Erstellung von Entwicklungsplänen zur medizinischen Forschung und Technik sowie Priorisierung
12. Abteilung für internationale Zusammenarbeit	Koordination der internationalen Kooperationen

Quelle: In Anlehnung an Liu, Y. / Yi, X. (2004), S. 17 ff.

Tabelle 30: Institutionen des Gesundheitsministeriums

<i>angegliederte Institutionen des MOH</i>
Krankenhäuser (Beijing Hospital, Sino-Japan Friendship Hospital)
Nationales Zentrum für Krankheitskontrolle und Prävention
Nationales Zentrum für Gesundheitsinspektion und -aufsicht
Zentrum für Gesundheitsinformationen und Statistik
Zentrum Für Medizinische Untersuchungen
Zentrum des Instituts für gesundheitsökonomische Forschung
Zentrum für medizinische Wissenschaft und technologische Entwicklung
Internationales Zentrum für Kooperation und Gesundheitsaustausch
Büro für ausländische Darlehen
Zentrum für Gesundheitspersonalaustausch
Zentrales Komitee für patriotische Public Health Kampagnen
Chinesische Medizinvereinigung
Chinesische Akademie für medizinische Forschung
Chinesische Akademie für präventive Medizin
Akademie der traditionell en chinesischen Medizin
Institut für industrielle Gesundheitsexperimente
Institut für Krankenhausmanagement
Institut für gesundheitliche Bildung
People's Medicine Publishing House
Health Daily (Tageszeitung)
Chinesische Medizin Vereinigung
Chinesische medizinische Präventionsgesellschaft

Quelle: In Anlehnung an *Liu, Y. / Yi, X. (2004)*, S. 18

I.2 WEITERE GESUNDHEITSPOLITISCH RELEVANTE MINISTERIEN

I.2.1 Staatliche Food and Drug Administration

Die staatliche »Food and Drug Administration« (SFDA) wurde in den 1990er-Jahren nach dem US-amerikanischen Vorbild aufgebaut. Sie ist eine Aufsichtsbehörde für Lebensmittel und Pharmazeutika, die separat vom Gesundheitsministerium unter der direkten Aufsicht des Staatsrats operiert. Innerhalb der SFDA befinden sich vier Arbeitsbereiche, die direkt mit dem Gesundheitssystem in Verbindung zu bringen sind. Diese sind verantwortlich für die Arzneimittelregistrierung, Medizintechnik, Arzneimittelsicherheit (Aufsicht und Management) und die Arzneimittelmarktaufsicht. Insgesamt setzt sich die SFDA aus 7 Abteilungen zusammen: 1. Generalbüro, 2. Abteilung für pharmazeutische Registrierung, 3. Abteilung für medizinische Ausstattung, 4. Abteilung für die Sicherheitsaufsicht, 5. Abteilung für die Marktaufsicht, 6. Abteilung für Human Resources, 7. Abteilung für Internationale Kooperationen.

Die SFDA ist verantwortlich für die Verwaltungsaufsicht und die fachliche Kontrolle der Forschung & Entwicklung, Produktion, Vertrieb und Abgabe von Medizinprodukten (inkl. TCM, chemische Materialien und deren Präparate, Antibiotika, bio-chemische Medizin, biologische Produkte, diagnostische Wirkstoffe, radioaktive Medizin, Narkosemittel, toxische Medizin, psychiatrische Mittel, medizinische Apparate und Instrumente, Hygienematerial und Verpackungstoffe, etc.).

Tabelle 31: Verantwortungsbereiche der SFDA

	Aufgabenbereich
1.	Formulierung und Überarbeitung von Gesetzen sowie Regulierungen zur Arzneiverwaltung und -aufsicht über deren Einführung
2.	Formulierung, Überarbeitung, Ausfertigung von gesetzlichen Standards für Arzneimittel und Formulierung des staatlichen Basis-Arzneimittelkatalogs
3.	Registrierung neuer Arzneimittel, Generikaproduktion, Arzneimittelimport und -Produktion sowie verschiedener chinesischer Kräutermedizin. Organisation und Erfassung von nichtverschreibungspflichtigen Arzneimitteln, Untersuchung und Verkündigung des Katalogs der nichtverschreibungspflichtigen Medikamente. Wieder-Evaluierung von Arzneien, Überwachung und Testung von Nebenwirkungen, negativen Begleiterscheinungen, Untersuchung und Durchführung von klinischen Studien, zur klinischen Pharmakologiebasis und die Aussonderung von Arzneimittel
4.	Formulierung, Überarbeitung und Ausfertigung (öffentlich autorisiert) von gesetzlichen Standards für medizinische Geräte und Instrumente sowie Formulierung von klassifizierten Produktkatalogen für die Verwaltung. Registrierung von importierten medizinischen Apparaten, sowie von Basismaterial für klinische Experimente, Herausgabe von Registrierungszertifikaten und Produktionserlaubnissen für medizinische Apparate und Instrumente. Zertifizierung von Qualitätssystemen und der Produktsicherheit von medizinischen Geräten
5.	Formulierung und Überarbeitung von Verwaltungsspezifikationen zur Arzneimittelproduktionsqualität, Qualität des Managements medizinischer Einrichtungen und Verfahren sowie Überwachung der Einführung neuer Verfahren
6.	Formulierung und Überarbeitung von Verwaltungsspezifikationen nicht klinischer Studienqualität, sowie der klinischen Studienqualität und Überwachung der Einführung
7.	Aufsicht, Testung und Erprobung der Qualität der Medizinproduktion sowie der Qualität von Arzneimitteln in den medizinischen Institutionen. Herausgabe des »State's Bulletin of Medicine Quality“ sowie Vernichtung von minderwertiger, verkaufter chinesischer Kräutermedizin
8.	Untersuchung von Arzneimittelanzeigen, Verwaltungsschutz für Arzneimittel und Erteilung von Instruktionen für Arzneiinspektionsagenturen
9.	Aufsicht und Verwaltung der Narkosemittel, Psychopharmaka und radioaktiver Mittel, sowie von speziellen Arzneimitteln und Apparaten
10.	Einführung eines Identifizierungssystems für den Gesamt-Verkauf sowie den Weiterverkauf. Formulierung von Regeln zum Kauf und Verkauf verschreibungspflichtiger Medikamente, nichtverschreibungspflichtiger Arzneimitteln, traditionell-chinesischer Arznei und Materials, sowie von Rohstoffen
11.	Formulierung eines Qualifizierungssystems für praktizierende Apotheker (inkl. Praktizierende der TCM), Registrierung von praktizierenden Apothekern (inkl. Praktizierende der TCM)
12.	Ausführung der Staatspolitik für die Medizinindustrie in Koordination mit makro-orientierten Steuerungsorganen im Rahmen von Verwaltung und Aufsicht
13.	Organisation des Austausches und der Kooperation mit ausländischen Regierungen und internationalen Organisationen unter dem Aspekt der medizinischen Verwaltung und Aufsicht

Quelle: In Anlehnung an *Liu, Y. / Yi, X. (2004), S. 21 f.*

I.2.2 Sozialministerium

Das Sozialministerium (MoCA) ist im Gesundheitsbereich v. a. in die Verwaltung und Steuerung der MFA eingebunden, die den sehr Armen (zumeist die »Fünf-Garantie-Haushalte«) finanzielle Unterstützung in monetärer Form (Barzahlungen) bei der Begleichung medizinischer Rechnungen gewährt. Dieses Programm wurde 2002 etabliert und steht unter dem Mandat des Staatsrates. Es ist hierarchisch entsprechend den Verwaltungsstrukturen (Zentralebene bis hin zur Gemeinde-Ebene) aufgebaut.

I.2.3 Finanzministerium

Das Finanzministerium (MoF) nimmt eine zentrale Stellung im Gesundheitssektor ein. Es stellt den Kostenträger der verbliebenen staatlichen Finanzierung der Leistungserbringer dar (Staatsbudget), die durch das Gesundheitsministerium verteilt wird und es übernimmt die Kosten für die staatlichen Angestellten in den Sozialversicherungen. Im Gesundheitsbudget sind enthalten: ein Budget für einmalige Kapitalinvestitionen und ein Budget für dauerhafte Betriebsausgaben (Unterstützung von Public-Health-Einrichtungen). Die gesamte direkte staatliche Finanzierung im Gesundheitssektor beträgt ca. 12 % (2004) an den totalen Gesundheitsausgaben. Hiervon wird der Großteil von den lokalen Regierungsebenen aufgebracht, womit die Zentralregierung einen sehr geringen Einfluss auf die Verteilungsentscheidungen der lokalen Ebenen hat.

I.2.4 Militär

Das Militär hat seine eigene Krankenversorgung und medizinisches Bildungssystem. Militär-Krankenhäuser umfassen drei Varianten: 1. Krankenhäuser der Gesundheitsabteilung des Logistikdepartements der Volksbefreiungsarmee, 2. Krankenhäuser der Militärverwaltung, 3. Krankenhäuser der Armee-Polizei. Die Anzahl der großen Militärkrankenhäuser (über 300 Betten) beträgt ca. 150. Die PLA verfügt über vier medizinische Universitäten, ein Medizincollege und zehn professionelle medizinische Schulen.

I.2.4 Weitere Ministerien / Regierungsinstitutionen

- Die Generalverwaltung für »Quality Supervision, Inspection and Quarantine« (GAQSIQ) ist zuständig für die Quarantänebestimmungen und die Überwachung importierter Nahrungsmittel
- Das nationale Bevölkerungs- und Familienplanungskomitee (NPFPC) ist verantwortlich für die Steuerung der Familienplanung und angegliederter Aufgaben
- Die nationale Entwicklungs- und Reformkommission ist verantwortlich für die weitere Entwicklung der Gesundheitsplanung, die Arzneimittelpreise und die Preise aller weiteren medizinischer Leistungen. Es entwickelt die Preiskriterien und -mechanismen weiter
- Eine Vielzahl von Ministerien und Regierungsbehörden (wie z. B. in den Bereichen SATCM, NPFPC, Bildung, Transport, Eisenbahn, Verteidigung, Bau, Hüttentechnik, Elektrizität, Maschinenbau, Post und Telekommunikation, Luftfahrt, Nuklearindustrie, Kohle und zivile Angelegenheiten) ist durch den Betrieb von Kliniken und Krankenhäusern direkt am Angebot von Gesundheitsleistungen beteiligt (staatliches Leistungsangebot)

Anhang II: Geschichte und politische Entwicklung Chinas

Tabelle 32: Perioden der chinesischen Geschichte

Frühkultur	
ca. 7000–4000 v. Chr.	Hemudu-Kultur
ca. 5000–3000 v. Chr.	Yangshao-Kultur
ca. 3300–2200 v. Chr.	Liangzhu-Kultur
Frühe Dynastien	
21. - 17. Jahrh. v. Chr.:	Xia Dynastie (夏朝)
17. Jahrh. - 1025 v.Chr.:	Shang(Yin)-Dynastie (商朝)
1045 – 221 v. Chr.	Zhou-Dynastie (周朝)
Kaiserzeit	
221–207 v. Chr.	Qin-Dynastie (秦朝)
206 v. Chr.–220 n. Chr.	Han-Dynastie (漢朝)
220 - 280	Zeit der 3 Reiche (三國)
280 - 316	Westliche Jin-Dynastie (西晉朝)
316 - 420	Östliche Jin-Dynastie (東晉朝)
420 - 589	Zeit der Nördlichen und Südlichen Dynastien (Nanbeichao) (南北朝)
589 - 618	Sui-Dynastie (隋朝)
618 - 907	Tang-Dynastie (唐朝)
907 - 960	Die Fünf Dynastien und zehn Königreiche (五代朝十國)
960 - 1279	Song-Dynastie (宋朝)
1279 - 1368	Yuan-Dynastie (Mongolen - Fremdherrschaft) (元朝)
1368-1644	Ming-Dynastie (明朝)
1644-1911	Qing-Dynastie (Mandschu - Fremdherrschaft) (清朝)
Zeit der Republiken	
1911 -1949	Republik China (中华民国/中華民國, Zhōnghuá míngúó)
seit 1949	Volksrepublik China (中华人民共和国/中華人民共和國, Zhōnghuá rénmín gònghéguó)

Tabelle 33: Ereignisse in der jüngeren Geschichte Chinas (Festland)²⁷²

Zeit der Kolonialherrschaft	
1884/85	▪ Chinesisch-französischer Krieg: Annam fällt an Frankreich
1887	▪ Abtretung Macaus an Portugal
1894/95	▪ Chinesisch-japanischer-Krieg aufgrund von Streitigkeiten um die Vorherrschaft in Korea. Als Folge der chinesischen Niederlage Abtretung von Taiwan und den Pescadoreen an Japan und Verzicht der Herrschaftsansprüche auf Korea im Vertrag von Shimonoseki. Ausländer erhalten das Recht, auf chinesischen Territorium Industriebetriebe zu errichten
	▪ Besetzung Jiaozhou in der Provinz Shandong durch deutsche Truppen. Russland pachtet Dalian und Lüshun (Port Arthur). Baubeginn der ostchinesischen Eisenbahn durch Russland (bis 1901)
	▪ Deutschland pachtet die Halbinsel Jiaozhou und besetzt Qingdao. England pachtet Weihaiwei und die New Territories (für 99 Jahre) und erwirkt Konzessionen zum Bau der Beijing-Hankou-Eisenbahn. Frankreich pachtet die Bucht von Guangzhou und erhält Konzessionen zum Bau der Indochina-Bahn
	▪ 11.6-21.9.: Beendigung der »Hundert-Tage-Reformbewegung« nach einem Reformprogramm von KANG YOU-WEI durch einen Staatsstreich. Übernahme der Regierungsgewalt durch die Kaiserin-Witwe CIXI. Gefangennahme des amtierenden Kaisers GUANGXU
1900	▪ Aufstand der ausländerfeindlich ausgerichteten und teilweise von der Qing-Regierung unterstützten Yihetuan (»Boxer-Aufstand«). Nach Angriff der »Boxer« auf Beijing und Tianjin erklärt China den Westmächten den Krieg. Besetzung Beijings durch alliierte Streitkräfte. Flucht der Kaiserin-Witwe und des Hofes aus Beijing
	▪ Verpflichtung Chinas im internationalen Boxerprotokoll zu hohen Entschädigungszahlungen
	▪ Einleitung gemäßigter Reformen durch die Qing-Regierung

²⁷² Quellsynthese, bis 1997 in Anlehnung an FISCHER, D. (1998/2000). Entnommen aus KÖSTER, A.-D. (2008).

1904/05	<ul style="list-style-type: none"> Russisch-japanischer Krieg: Übernahme von Dalian, Port Arthur sowie Russlands Konzessionen in der südlichen Mandschurei nach dem Sieg Japans. Japan wird damit zur vorherrschenden imperialistischen Macht im Nordosten Chinas
	<ul style="list-style-type: none"> Abschaffung des traditionellen Prüfungssystems Gründung der Tongmenghui (»Liga der Verbündeten«) durch <i>SUN YAT-SEN</i> im japanischen Exil
1906-09	<ul style="list-style-type: none"> Serie von Aufständen und Protestbewegungen gegen die Qing-Regierung
1908	<ul style="list-style-type: none"> Tod des Kaisers <i>GUANGXU</i> und der Kaiserin-Witwe <i>CIXI</i>
Erste chinesische Republik	
1911	<ul style="list-style-type: none"> Revolution von 1911 als Reaktion u. a. auf die Eisenbahnpolitik der Qing-Regierung. Truppenaufstand in Wu-chang. Verschiedene Provinzgouverneure erklären ihre Unabhängigkeit. Verhandlung unter Führung des Marschalls <i>YUAN SHIKAI</i> mit den Aufständischen und der Qing-Regierung Dezember: Gründung der Republik in Nanjing. Wahl <i>SUN YAT-SENS</i> von 16 Provinzen zum provisorischen Präsidenten
1912	<ul style="list-style-type: none"> Abdankung der Qing-Dynastie. Offizielle Erklärung Chinas zu Republik Februar: Wahl von <i>YUAN SHIKAI</i> zum neuen Präsidenten. Vorher Rücktritt <i>SUN YAT-SENS</i>, um einen Bürgerkrieg zu vermeiden Zusammenschluss vier kleinerer politischer Gruppen, darunter die Tongmenghui, unter Leitung <i>SUN YAT-SENS</i> zur »Guomindang« (Nationalpartei)
1915	<ul style="list-style-type: none"> Auflösung des Parlaments, <i>YUAN SHIKAI</i> erklärt sich zum Kaiser, Versuch der Gründung einer neuen Monarchie Japan legt die sog. »Einundzwanzig Forderungen« vor
Zeit der Kriegsherren („warlords“) (1916-27)	
1916	<ul style="list-style-type: none"> Tod <i>YUAN SHIKAI</i>S Machtübernahme durch sog. »warlords«. Sie haben unabhängig voneinander über eine bestimmte Region des Landes Kontrolle
1917	<ul style="list-style-type: none"> China erklärt seinen Beitritt zum Ersten Weltkrieg. Ablehnung der »Einundzwanzig Forderungen« Japans
1919	<ul style="list-style-type: none"> Mai: »Vierte-Mai-Bewegung«: Studentendemonstrationen gegen den Versailler Vertrag in Beijing. Japan bekommt hier die Rechte Deutschlands an der Provinz Shandong zugesprochen. Ausdehnung der Protestbewegung auf das ganze Land. Aus der v. a. nationalistischen Bewegung wird zunehmend eine intellektuelle Erneuerungsbewegung, die sich gegen die traditionellen Denk- und Herrschaftsstrukturen der Kaiserzeit richtet
1921	<ul style="list-style-type: none"> 1. Juli: Gründung der Kommunistischen Partei Chinas (KPCh) in Shanghai auf dem ersten nationalen Treffen von Vertretern der in verschiedenen Regionen entstandenen Parteizellen (12 Gründungsdelegierte, darunter <i>MAO ZEDONG</i>)
1924	<ul style="list-style-type: none"> Bündnis zwischen Guomindang (GMD) und KPCh, Kooperation mit der Sowjetunion. Die Einheitsfront aus Nationalpartei und Kommunisten richtet sich gegen die Herrschaft der »warlords« und Japans
1925	<ul style="list-style-type: none"> Tod <i>SUN YAT-SENS</i>
1926	<ul style="list-style-type: none"> Beginn des »Nordfeldzuges« der gemeinsamen Truppen aus Nationalisten und Kommunisten von Guangzhou aus gen Norden. Beginnende Streitigkeiten zwischen Kommunisten und Nationalisten
»Nanjinger Dekade« (1927 -37)	
1927	<ul style="list-style-type: none"> April: Zerfall des Bündnisses aus KPCh und GMD nach einem Überraschungsangriff der Nationalisten auf Shanghaier Gewerkschaften und Kommunisten Vorbereitung der Einrichtung einer Regierung in Nanjing und Einigung Chinas durch <i>CHIANG KAI-SHEK</i>, Nachfolger <i>SUN YAT-SENS</i> bei der GMD
1928	<ul style="list-style-type: none"> Anerkennung der Regierung unter <i>CHIANG KAI-SHEK</i> Rückzug der Kommunisten in den Süden und Gründung regional begrenzter »Sowjets«
1930	<ul style="list-style-type: none"> Gründung des Jiangxi-Sowjets durch <i>MAO ZEDONG</i> und andere Kommunisten
1931	<ul style="list-style-type: none"> September: Bombardement der Stadt Shenyang durch die Japaner und Unterwerfung der japanischen Kontrolle
1932-1934	<ul style="list-style-type: none"> Japan vollendet die Besetzung der Mandschurei
1934	<ul style="list-style-type: none"> Errichtung eines Marionettenstaates »Manzhuguo« in der Mandschurei durch Japan. Ernennung des letzten Kaisers der Qing-Dynastie Pu Yi zum regionalen Diktator März: Inthronisierung <i>PU YI</i>s als Kaiser <i>KANGDE</i> Versuch der GMD, die Kommunisten im Süden zu zerschlagen
1934/35	<ul style="list-style-type: none"> »Langer Marsch«: Nach dem Verlust des Sowjets Jiangxi Rückzug der KPCh durch einen mehrere tausend Kilometer langen Marsch über Westchina nach Nordchina in den Sowjet Yan'an, Shaanxi
1937	<ul style="list-style-type: none"> Juli: Angriff japanischer Truppen, Start einer breit angelegten Offensive September: Vereinbarung einer zweiten »Einheitsfront« aus GMD und KPCh gegen Japan. Verzicht auf die Bildung neuer Sowjets durch die KPCh und Einstellung militärischer Aktivitäten der GMD gegen die Kommunisten

ten	
Chinesisch-Japanischer Krieg (1937-45)	
1942	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beginn einer finanziellen und personellen Unterstützung <i>CHIANG KAI-SHEKS</i> durch die USA (Wendepunkt des Krieges)
1943	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anerkennung Chinas als eine der »Großen Vier« Mächte neben den USA, der Sowjetunion und Großbritannien, die die Friedensverhandlungen (gegen Deutschland, Italien und Japan) bestimmen ▪ Dezember: Verpflichtung der anderen Großmächte auf der Konferenz in Kairo zur Unterstützung Chinas bei der Rückgewinnung seiner territorialen Rechte von Japan
1945	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ende des 2. Weltkrieges; Kapitulation Japans. China erhält Taiwan mit Beschluss der Potsdamer Konferenz zurück
Chinesischer Bürgerkrieg (1945-49)	
1945	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wiederausbruch der Differenzen zwischen GMD und KPCh. Schlichtungsversuche seitens der USA zwischen beiden Parteien
1946	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erste offene Kampfhandlungen zwischen KPCh und GMD in Shanghai, der Provinz Shandong und in Nordostchina ▪ Dezember: Entwurf einer neuen Verfassung durch die GMD. Boykott der Regierungsversammlung seitens der KPCh und andere nicht der GMD angeschlossenen Parteien
1947	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Juni: Aufhebung des Waffenembargos durch die USA. Offene Unterstützung der Nationalregierung mit Waffen gegen die Kommunisten ▪ November: Gewinn der freien Wahlen durch die GMD. Verabschiedung der Verfassung durch die Nationalregierung
1948	<ul style="list-style-type: none"> ▪ April: Wahl <i>CHIANG KAI-SHEK</i> zum Präsidenten durch die Nationalregierung ▪ Zunehmende militärische Erfolge der KPCh gegen die GMD, v. a. auch aufgrund zunehmender Unterstützung durch die Bevölkerung bedingt durch die wirtschaftliche Verschlechterung (Inflation)
Volksrepublik (ab 1949)	
1949	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1. Oktober: Offizielle Gründung der VR China durch <i>MAO ZEDONGS</i> in Beijing. Kurz zuvor Beschluss der Politischen Konsultativkonferenz u. a. über die Wiedereinsetzung Beijings als Hauptstadt, die Bildung einer Volksregierung und einer neuen Verfassung (»Gemeinsames Programm«) ▪ Flucht der verbleibenden Truppen und Anhänger der Nationalregierung nach der Eroberung von Chongqing und Chengdu durch die Kommunisten nach Taiwan
Phase der wirtschaftlichen und politischen Umgestaltung (1950-52) und Koreakrieg (1950-53)	
1950	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mai: Verabschiedung eines Ehegesetzes zur Stärkung der Rechte der Frauen und Legalisierung von Scheidungen ▪ Juni: Erlass des Gesetzes zur Bodenreform: Enteignung der Grundbesitzer, religiöser Einrichtungen, Schulen und anderen nicht landwirtschaftlichen Organisationen sowie Verteilung des Bodens an die Bauern. Einleitung einer Kampagne gegen Kontrarevolutionäre, v. a. gegen Anhänger und Unterstützer der GMD ▪ November: Eingreifen auf Seiten Nordkoreas in den Koreakrieg. Auftrag an die 7. US-Flotte Taiwan vor den Übergriffen der VR China zu schützen ▪ Dezember: Verhängung eines inoffiziellen Wirtschaftsembargos durch die USA, das über 20 Jahre in Kraft bleiben soll
1951	<ul style="list-style-type: none"> ▪ »Drei-Anti-Kampagne« zur Bekämpfung der Korruption, Verschwendung und Bürokratismus ▪ Arbeitsmarktgesetz zur Einführung des LIS und der städtischen Sozialversicherung
1952	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arbeitsmarktgesetz zur Einführung des GIS ▪ »Fünf-Anti-Kampagne« gegen Bestechung, Steuerhinterziehung, Veruntreuung von Staatseigentum, Betrug und Verrat von Staatsgeheimnissen, die sich v. a. gegen Kapitalisten, westliche Intellektuelle und die »nationale Bourgeoisie« wendet
Phase der Kollektivierung und Massenkampagnen (1954-60)	
1954/55	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verabschiedung der ersten Verfassung der VR China (als Ersatz des »Gemeinsamen Programms«) ▪ Unterzeichnung eines Verteidigungs- und Kooperationsabkommens zwischen China, Taiwan und den USA
1956	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beginn einer umfassenden Kollektivierung der Landwirtschaft, Verstaatlichung der restlichen Privatbetriebe. Auf Drängen <i>MAOS</i> Beschleunigung und Vertiefung der landwirtschaftlichen Kollektivierung durch die Einrichtung »landwirtschaftlicher Produktionsgenossenschaften höheren Typs«
1957	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verfassung der Schrift »Über die zehn großen Erziehlungen« und Einleitung der »Hundert-Blumen-Bewegung« durch <i>MAO ZEDONG</i>. Abrupter Abbruch der Blumenbewegung durch die »Anti-Rechts-Kampagne« und damit der Verhaftung und Landverschickung mehrerer hunderttausend Intellektueller ▪ Versuch der Eindämmung der Ein-Personen-Führung <i>MAO ZEDONGS</i> durch die Aufwertung von <i>LIU SHAOQUI</i> und <i>DENG XIAOPING</i> durch den VII. Parteikongress ▪ Unterzeichnung eines Geheimabkommens mit der Sowjetunion zum Aufbau einer Atomindustrie
1958	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verkündung eines »Großen Sprungs nach vorn« durch <i>MAO ZEDONG</i> auf dem VIII. Parteikongress, bei dem durch weitgehende Auflösung privatwirtschaftlicher Haushalte und die Dezentralisierung arbeitsintensiver Pro-

	<p>duktion sowie durch die Schaffung von Volkskommunen in der Industrieproduktion Wachstumsraten von 45 % und in der Landwirtschaft von 20% erreicht werden sollen. Als Folge dieser quantitativen und qualitativen Überforderung kommt es zur Wirtschaftskrise und Hungerkatastrophen in den folgenden Jahren</p>
1959	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Flucht des Dalai Lamas aus der tibetischen Hauptstadt Lhasa nach Unruhen. Nichtanerkennung der ausgerufenen Unabhängigkeit Tibets seitens der Regierung in Beijing
<p>Phase wirtschaftlicher »Readjustierung“ und nationaler Selbständigkeit (1961-65)</p>	
1961	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bekanntgabe des Ende des »Großen Sprungs nach vorn« durch das Zentralkomitee, nachdem es sich mehrheitlich gegen das Entwicklungsprogramm ausgesprochen hat. Beschluss eines Programms der »Readjustierung«, in dem der Leichtindustrie und Landwirtschaft ein relativ höherer Anteil als der Schwerindustrie zugesprochen wird. Rückgabe von Privatzellen an die Bauern und Wiedereinführung einer privaten Nebenwirtschaft sowie Aufhebung weiterer Aspekte der totalen Kollektivierung
1962	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kriegerische Auseinandersetzung entlang der indisch-chinesischen Grenze aufgrund von Grenzstreitigkeiten
1963	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Öffentliche Bekanntgabe des Bruchs mit der Sowjetunion
1964	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zündung der ersten Atombombe
<p>Phase der Kulturrevolution (1966-76)</p>	
1966	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lancierung der Kulturrevolution im Frühsommer durch MAO ZEDONG zur Stärkung seiner eigenen Machtposition innerhalb der Partei. Sicherung der Unterstützung des Militärs unter Führung von LIN BIAO. Zur Durchsetzung seiner Ziele bedient er sich insbesondere der Jugend in Form sog. »Roter Garden«. ▪ Schließung aller Schulen und Universitäten im Sommer zum Großteil über mehrere Jahre zur Beteiligung der Schüler und Studenten an der Revolution. Sperrung des Landes für ausländische Besucher ▪ August: Beschluss des 11. Plenums des VIII. ZK über ein 16-Punkte-Programm zur »Großen Proletarischen Kulturrevolution«. Entmachtung DENG XIAOPINGS als Vizepräsident
1967	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausdehnung der Revolution auf die Arbeiter in den Fabriken, was aber auf Widerstand unter den Arbeitern stößt. Involvierung des Militärs zum Jahresende, um die Ausschreitungen der Roten Garden unter Kontrolle zu bringen
1968	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gründung von sog. Revolutionskomitees, Beginn der Auflösung der roten Garden ▪ Oktober: Aufforderung der Jugend zum »Lernen der Massen« auf dem Land und Mitarbeit in der Landwirtschaft. Die »Xiefang«-Aktion betrifft ca. 15 Millionen Jugendliche ▪ Enthebung LIU SHAOQI als Staatspräsident allen seiner Ämtern als »Revisionist«
1969	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Als Folge von Grenzkonflikten mit der UdSSR militärische Auseinandersetzungen im Gebiet des Usuri-Flusses ▪ Beschluss einer neuen Verfassung auf der 2. Tagung des IX. ZK, ohne Verabschiedung durch das NVK. Stärkung der Rolle des Militärs unter LIN BIAO. Lockerung der Isolationspolitik. Ernennung verschiedener Botschafter für Vertretungen im Ausland
1970	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wiederaufnahme der Lehrtätigkeiten an der Qinghua-Universität in Beijing als erste Universität nach der Schließung im Jahre 1966
1971	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Juni: Aufhebung des seit über 21 Jahren bestehenden Handelsembargos durch die USA. Vorbereitung eines Besuchs des amerikanischen Präsidenten durch den nationalen Sicherheitsberater HENRY KISSINGER ▪ Ersetzung der in der ersten Phase der Kulturrevolution gegründeten Revolutionskomitees durch sog. Parteikomitees auf Provinzebene. Tod LIN BIAOS, der als Nachfolger von MAO ZEDONGS gehandelt wurde, bei einem bis heute nicht geklärten Flugzeugunglück, angeblich bei der Flucht in die UdSSR ▪ Übernahme des Sitz von Taiwan bei den Vereinten Nationen im Spätherbst
1972	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Februar: Besuch des amerikanischen Präsidenten Richard Nixon. In den Jahren zuvor bereits diplomatische Anerkennung der VR durch Frankreich und Kanada. Im Anschluss an die Annäherung mit den USA folgen Großbritannien, Westdeutschland, die Niederlanden, Griechenland, Australien und Japan mit einer diplomatischen Anerkennung. Voraussetzung ist die Unterstützung des Anspruchs Chinas auf die Insel Taiwan
1973	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rehabilitierung Deng Xiaopings auf Drängen ZHOU ENLAIS durch MAO ZEDONG. DENG wird erneut Ministerpräsident und Mitglied des Politbüros
1974	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kriegerische Auseinandersetzung mit Südvietnam um die Parcel und Spratley-Inseln
1975	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verabschiedung einer neuen Verfassung durch den IV. NVK. Fokussierung einer umfassenden Modernisierung der Landwirtschaft, Industrie, nationalen Verteidigung, Wissenschaft und Technik durch ZHOU ENLAIS. Weiterführung dieses Ansatzes unter dem Programm »Vier Modernisierungen«
1976	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Januar: Tod ZHOU ENLAIS. Aufschwung radikaler Kräfte innerhalb der Partei. Es kommt zu Trauerkundgebungen und Sympathiebekundungen für Deng Xiaoping auf dem Tiananmen in Beijing. Räumung des Platzes und Verhaftungen durch das Militär ▪ Ernennung HU GUOFENG zum Ministerpräsidenten. Enthebung Deng Xiaopings allen seinen Ämtern, allerdings Beibehaltung seiner Mitgliedschaft im Politbüro ▪ September: Tod MAO ZEDONGS im Alter von 82 Jahren. Kurze Zeit später Verhaftung der Mitglieder der sog. Viererbande um Maos Witwe JIANG QING und weiterer dreißig z. T. hochrangiger Parteimitglieder für ihre verantwortliche Rolle bei der Kulturrevolution
1977	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lockerung der Kontrolle über kulturelle Aktivitäten. Aufhebung der Verbote gegenüber den Werken von SHAKESPEARE, HUGO, BEETHOVEN, CHOPIN und BACH ▪ Juli: Bestätigung HUA GUOFENG als Parteivorsitzender auf dem 3. Plenum des X. ZK. Rehabilitierung DENG

	<p>XIAOPINGS und Wiederwahl in all seine früheren Ämter. Offizielle Beendigung der Kulturrevolution</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ August: Annahme einer neuen Verfassung auf dem XI. ZK und Bestätigung der Politik der »Vier Modernisierungen« durch HUA GUOFENG. Allerdings übertriebene Erwartungen an wirtschaftlichen Entwicklungen seitens HUAS
<p>Phase des Transformationsprozesses (1978 – heute)</p>	
1978	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Forderung DENG XIAOPING zur Rehabilitierung Intellektueller und weiter während der Kulturrevolution verurteilte Rechtsabweichler ▪ Juli: Aufhebung der Ablehnung gegenüber ausländischen Investitionen ▪ August: Unterzeichnung eines Friedens- und Freundschaftsvertrags mit Japan. Erklärung der vollen diplomatischen Beziehungen mit den USA ab dem Jahr 1979. Voraussetzung ist die Anerkennung Chinas Forderung auf den Anschluss Taiwans bei gleichzeitiger Anerkennung der Waffenlieferungen der USA an Taiwan durch China ▪ Dezember: Einleitung einer deutlichen Abwendung der Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik HUA GUOFENGs und der Kulturrevolution auf dem 3. Plenum des XI. ZK. Entstehung einer »Mauer der Demokratie« in Beijing, Forderung nach einer politischen Modernisierung und Demokratisierung werden laut
1979	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erlass eines Gesetzes für Gemeinschaftsunternehmen mit ausländischen Kapital (Joint-Venture-Gesetz) ▪ erster Besuch eines chinesischen Ministerpräsidenten der USA ▪ Beschluss eines Kurses der »Readjustierung, Umgestaltung, Konsolidierung und Niveaueanhebung« durch das ZK und des Staatsrats für die weitere Entwicklung. Deutlicher Abkehr von den überzogenen Wachstumserwartungen HUA GUOFENGs ▪ März: Zerschlagung der Demokratiebewegung. Verhaftung und Verurteilung zu 15 Jahren Haft eines ihrer prominenten Vertreter WEI JINGSHENG ▪ Mai: Unterzeichnung eines Handelsabkommens mit den USA über den Status einer »most favored nation« ▪ September: Beschluss des 4. Plenums des XI. ZK über die Einführung erster Formen eines Systems der Produktionsverantwortlichkeit
1980	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Februar: Posthume Rehabilitierung des ehemaligen Staatspräsidenten LIU SHAOQUIS. Ernennung HU YAOBANGS zum Generalsekretär der Partei, dadurch deutliche Schwächung der Position HUA GUOFENGs ▪ April/Mai: Aufnahme in den Internationalen Währungsfond (IMF) und die Weltbank ▪ September: Wahl ZAO ZHIYANGS zum Ministerpräsidenten anstelle von HUA GUOFENG auf der 3. Sitzung des V. NVK. Rücktritt angeblich aus Altersgründen von DENG XIAOPING. Beschluss über ein Einkommenssteuergesetz von Joint-Venture-Unternehmen sowie die landesweite Einführung der 1-Kind-Politik außer in Gebieten mit nationalen Minderheiten
1981	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Januar: Verhängung von Todesurteilen gegen die Mitglieder der »Viererbande«, spätere Umwandlung zu lebenslangen Freiheitsstrafen ▪ März: Erstmalige Ausgabe von Staatsanleihen ▪ Juni: Enthebung HUA GUOFENGs aus allen seinen Ämtern auf dem 6. Plenum des XI. ZK. Beschluss über die Geschichte der Partei und die Klärung der Kulturrevolution. Einräumung von Fehlern in der Politik MAO ZEDONGS, insgesamt aber positive Beurteilung seines Wirkens
1982	<ul style="list-style-type: none"> ▪ März-Juli: Umstrukturierung und Verjüngung des Staatsrates und der Parteigremien des NVK. Erklärung über die Möglichkeit zur Errichtung von Sonderverwaltungszone in der neuen Verfassung, was als Lösung für Hongkong, Macao und Taiwan angesehen wird ▪ September: Streichung der Position des Parteivorsitzenden auf dem XII. Parteikongress. Stärkung der Position HU YAOBANGS als Generalsekretär. Besuch der britischen Premierministerin Margret Thatcher in Beijing, Vorbereitung der Gespräche über die Zukunft Hongkongs nach 1997 ▪ Oktober: Wiederaufnahme der bilateralen Beziehungen zur UdSSR nach drei Jahren Pause ▪ Dezember: Verabschiedung einer neuen Verfassung, wodurch der NVK offiziell zur obersten Gewalt im Staat wird. Wiedereinführung des Amtes des Staatspräsidenten
1983	<ul style="list-style-type: none"> ▪ April: Wiederaufnahme der diplomatischen Beziehungen mit Indien nach 15 Jahren Pause. Unterzeichnung eines Abkommens mit den UdSSR über den sog. Barterhandel ▪ Juni: Bekanntgabe über die Steuerzahlungspflicht von Staatsunternehmen durch den Staatsrat. Zukünftig keine Übernahme von Verlusten bei gleichzeitigem Recht der Gewinneinbehaltung nach Steuern und eine gewisse Selbstbestimmung. Ausnahme von dieser Regelung bei verschiedenen Unternehmen in strategischen Branchen ▪ Oktober: China wird 113. Mitglied der International Atomic Energy Agency (IAEA)
1984	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Februar: Beschluss der 2. Stufe der Reformen in der Landwirtschaft. Öffnung von 14 Küstenstädten für ausländische Investoren durch das ZK ▪ Mai: Erhöhung der Entscheidungsautonomie von Staatsbetrieben. Abschluss von Verträgen über Produktionsmengen, Wirtschaftlichkeit und Steuerabgaben mit den Unternehmensleitungen. Nach mehr als zwei Jahren Verhandlungen Unterzeichnung einer »Gemeinsamen Erklärung« über die Zukunft Hongkongs nach 1997 mit der britischen Regierung. Sicherung der wirtschaftlichen und sozialen Ordnung für die nächsten 50 Jahre ▪ Oktober: Verabschiedung des »Beschluss über die Reformen des Wirtschaftssystems« auf dem 4. Plenum des XII. ZK: Ausdehnung der Marktelemente in der Wirtschaft, intensivere Nutzung ausländischen Kapitals, weitere Förderung von sog. Sonderwirtschaftszonen (SWZ) und der offenen Küstenstädte

1985	<ul style="list-style-type: none"> ▪ März: Beschluss zur Ausweitung der Preisreformen auf dem 3. Plenum des VI. NVK zur Ausweitung der Preisreformen. Aufgrund befürchteter Preissteigerung jedoch nur modifizierte Umsetzung ▪ September: Neustrukturierung und Verjüngung des Ständigen Ausschusses des ZK
1986	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Januar: Senkung der abzugebenden Getreidemengen mit dem Ziel, die Getreideproduktivität zu steigern ▪ März: China wird Mitglied der Asiatischen Entwicklungsbank, Taiwan behält weiterhin seinen Mitgliedschaft nach einem Kompromissbeschluss ▪ Juni: Intensivierung der Beziehungen zu Westeuropa ▪ August/September: Experimentelle Einrichtung eines ersten Wertpapiermarktes in Shenyang. Danach Öffnung eines Wertpapiermarktes in Shanghai. Beschluss der »Leitlinien für den Aufbau einer sozialistischen Zivilisation« auf dem 6. Plenum des XII. Parteitages: Festhaltung an den Ideen MAO ZEDONGS, Befürwortung einer ähnlichen politischen Reform wie die »Hundert-Blumen-Bewegung« von 1956 ▪ Oktober: Verabschiedung von Bestimmungen zur Regelung und Einführung von Arbeitsverträgen. Damit Verabschiedung einer lebenslangen Arbeitsplatzgarantie im Staatssektor ▪ Dezember: Studentendemonstrationen in Beijing, Nanjing, Shanghai, Hefei, Wuhan, Tianjin und anderen Städten. Forderung nach mehr Freiheit in der Berufswahl, verbesserten Lebensbedingungen, Wahlen und Pressefreiheit. Kein Eingreifen des Militärs, wofür der KPCh-Generalsekretär HU YAOBANG verantwortlich gemacht wird
1987	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Januar: Enthebung HU YAOBANG aus seinem Amt des Generalsekretärs. Ausschluss weiterer liberaler Intellektueller aus der Partei ▪ April: Unterzeichnung einer »Gemeinsamen Erklärung« über die Rückgabe Macaus 1999 von Portugal an die VR China. Wie für Hongkong soll die Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung weitere 50 Jahre Bestand haben ▪ September: Erster Kredit der Asiatischen Entwicklungsbank zur Förderung technologischer Innovationen in der Leichtindustrie ▪ November: Wahl ZHAO ZIYANGS zum Generalsekretär auf dem XIII. Parteitag. Rücktritt DENG XIAOPINGS von seinem Posten im Zentralkomitee, Ernennung LI PENGs zum Ministerpräsidenten. Erklärung des Widerspruchs zwischen dem Festhalten an sozialistischen Idealen und der Ausdehnung der Marktkoordination in der Wirtschaft durch die Betonung, dass sich China in der »ersten Stufe des Sozialismus« befinde und in dieser Frühphase des Sozialismus »kapitalistische« Instrumente zur Wirtschaftspolitik angemessen und notwendig seien
1988	<ul style="list-style-type: none"> ▪ März: Ernennung YANG SHANGKUNS zum Staatspräsidenten auf der ersten Tagung des VII. NVK. Erhebung der Insel Hainan in den Status einer eigenständigen Provinz und einer SWZ. Absicherung mit einem Verfassungszusatz der in der Vergangenheit vermehrt entstanden Rechte von Privatunternehmen. Im Herbst Erlass von ersten Rechtsbestimmungen zu Privatunternehmen durch den Staatsrat ▪ Als Folge von Pläne zu einer weitergehenden Preisreform und stärkeren Inflationstendenzen Aufkommen von Panikkäufen in der Bevölkerung. Als weitere Folge der gespannten wirtschaftlichen Lage Schwächung der Befürworter einer raschen Reform wie ZHI ZIYANG und Aufkeimen einer Diskussion um den weiteren Reformkurs
1989	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einsatz von Militärtruppen zur Unterdrückung der Unruhen in Tibet ▪ April: Tod HU YAOBANGS, ehemaliger Generalsekretär der KPCh. Spontane Sympathie- und Trauerkundgebungen unter Studenten in Beijing und anderen Städten Chinas, aufgrund HU's Haltung bei den Studentenprotesten vom Dezember 1986. Beginn eines Hungerstreiks und Studentenprotesten auf dem Tiananmen in Beijing ▪ Mai/Juni: Ausruf des Ausnahmezustands über Beijing. In der Nacht vom 3. auf den 4. Juni Eingriff des Militärs auf dem Tiananmen mit mehreren hundert Toten. Enthebung ZHAO ZIYANGS aus allen seinen politischen Ämtern aufgrund seiner offenen Sympathie gegenüber den Studenten. Einfrierung ihrer Kredite an die VR China einiger internationaler Finanzierungsorganisationen als Reaktion auf das Massaker ▪ August: Verlängerung des vor einem Jahr eingeleiteten Konsolidierungsprogramms durch den Staatsrat
1990	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Januar: Aufhebung des Ausnahmezustandes über Beijing. Verkündung über die Wiederherstellung der Stabilität im Inland ▪ April: Distanzierung vom Transformationsprozess in Osteuropa auf der Sitzung des VII. NVK. Besuch LI BENGs als erster Ministerpräsident der Sowjetunion seit 1964. Unterzeichnung verschiedenster Handelsabkommen und Kooperationsverträge ▪ Mai: Aufhebung des Ausnahmezustandes in Tibet ▪ Juni: Grundsatzerklärung JIANG ZEMINS zur Haltung gegenüber Taiwan. Absicht einer Lösung in der Form »Ein Land, zwei Systeme« ▪ November: Aufhebung der Kreditsperren durch die Asiatische Entwicklungsbank und die Weltbank
1991	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchführung mehrerer Strafprozesse gegen Studenten und andere Aktivisten der Protestbewegung von 1989 ▪ November: Veröffentlichung eines »Weißbuches« über die Situation der Menschenrechte. Betonung der Rechte der Existenz und der wirtschaftlichen Entwicklung als wesentliche Menschenrechte ▪ Dezember: Der Staatsrat gibt das Dokument No. 92 (»Regulation of Cost and Sharing Labour Management for Peasants«) heraus, welches die Wiedereinführung der RCMS anstrebt
1992	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Januar: Anerkennung elf ehemaliger sowjetischer Staaten der neuen Gemeinschaft unabhängiger Staaten (GUS). Beendigung der Konsolidierungsphase (seit 1988) und neuer Schub für die Wirtschaftsreformen durch einen Besuch DENG XIAOPINGS in den SWZ ▪ April: Beschluss des Bauvorhabens des »Drei-Schluchten-Staudamms« durch das NVK ▪ September: Aufhebung im großen Umfang der Planpreise für Materialien und Güter durch das staatliche Preis-

	<p>verwaltungsamt</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bestätigung des von <i>DENG XIAOPING</i> forcierten Reformkurses auf dem XIV. Parteitag der KPCh. Erklärung des Ziels eines Ausbaus einer »sozialistischen Marktwirtschaft«. Korrektur des 8. Fünfjahresplans und Veränderung der Machtverhältnisse zwischen Kommissionen und Ministerien ▪ Dezember: Verkündung eines Zehn-Punkte-Plans zur Unterstützung der Landwirtschaft nach anhaltenden Bauernprotesten
1993	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>JIANG ZEMIN</i> wird neuer Staatspräsident der VR ▪ Eine auf der Basis von Kaufkraftberechnungen basierende Studie des IMF kommt zu dem Ergebnis, dass die VR China mit ihrem BSP inzwischen die 3. Größte Volkswirtschaft der Welt sei. Ablehnung der Ergebnisse durch die Regierung, da Status als Entwicklungsland gefährdet ▪ Juli: Ernennung des stellvertretenden Ministerpräsidenten <i>ZHU RONGJI</i> zum Zentralbankpräsidenten (in Personalunion) aufgrund krisenhafter Entwicklungen im Bankensektor und Mängeln in der geldpolitischen Steuerung. Einleitung drastischer Maßnahmen zur Bekämpfung der Inflationstendenzen und zur Rezentralisierung der Geld- und finanzpolitischen Kompetenzen ▪ September: Entlassung des politischen Häftlings <i>WEI JINGSHENG</i> nach 15 Jahren Haft ▪ Abbruch der sino-britischen Gespräche über die Zukunft Hongkongs
1994	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Staatsrat erlässt erstmals neue Richt- bzw. Leitlinien zum Management medizinischer Einrichtungen ▪ Erweiterung des offiziellen sozialen Sicherungssystems um zwei weitere Inhaltsbereiche (»gegenseitige Hilfe“ und »persönliche Sparguthaben/Vermögen«) auf der 3. Plenarsitzung des XIV. NVK ▪ Januar: Entspannung der chinesisch-französischen Beziehungen und Aufhebung der Handelsbeschränkung gegenüber Frankreich durch die VR China ▪ März: Interessenkonflikte zwischen NVK und Ministerien über die zukünftige Machtverteilung zwischen den Organen ▪ Stopp verschiedener Reformprojekte wie die Emission neuer Aktien und die Preisreform aufgrund anhaltender Inflationsgefahr. Heftige Auseinandersetzungen über die Prioritäten der Wirtschaftspolitik (z.B. Beschäftigungsziele vs. Preisstabilität) parallel zu den Versuchen einer Etablierung einer effektiven »makroökonomischen Steuerung“ ▪ August: Veröffentlichung eines Programms »zur Durchführung patriotischer Erziehung“ seitens des ZK der KPCh, das ein Signal für die wachsende Betonung des Nationalismus bzw. Patriotismus in der Regierungsideologie setzt ▪ Dezember: Scheitern der Verhandlungen über die (Wieder-) Aufnahme Chinas ins GATT
1995	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ankündigung einer verstärkten Bekämpfung der Korruption in Partei und Staat durch den Staatspräsidenten und Generalsekretär der KPCh <i>JIANG ZEMIN</i> ▪ Streitigkeiten zwischen den USA und der VR China hinsichtlich des Schutzes geistigen Eigentums sowie über den Status Taiwans, ausgelöst durch einen inoffiziellen Besuch des taiwanesischen Präsidenten <i>LEE TENGHUI</i> in den Vereinigten Staaten ▪ Juni: Einräumung eines Beobachterstatus bei der Welthandelsorganisation (WTO), Nachfolgeorganisation des GATT ▪ Oktober: Veröffentlichung des 9. Fünfjahresplans und der langfristigen Wirtschaftsziele bis zum Jahr 2010 ▪ November/Dezember: Erneute Verhaftung und Verurteilung des prominenten Dissidenten <i>WEI JINGSHENG</i> zu 14 Jahren Haft
1996	<ul style="list-style-type: none"> ▪ April: Fünf-Länder Abkommen zwischen Russland, China, Kasachstan, Kirgistan und Tadschikistan ▪ Oktober: Veröffentlichung eines Weißbuches zur Ernährungslage der Bevölkerung, in dem die chinesische Regierung ihre Fähigkeit zur ausreichenden Ernährung der Bevölkerung betont. Im Gegensatz zur politischen Meinungsfreiheit sieht die Regierung eine ausreichende Ernährung als ein wesentliches Menschenrecht
1997	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beschluss der KPCh und des Staatsrates zur Reformierung des Gesundheitssektors und der gesundheitlichen Entwicklung. Grundstein für die weiteren Reformen im Gesundheitssektor, v. a. im städtischen Bereich ▪ 19. Februar: Tod <i>DENG XIAOPINGS</i> ▪ März: Auf der 5. Tagung des VIII. NVK wird u. a. der Status einer provinzfreien (»regierungsunmittelbaren«) Stadt für Chongqing (mit Umland) beschlossen ▪ April: Nach fast 50 Jahren wird die Schifffahrtsverbindung zwischen beiden Seiten der Taiwan-Straße wiedereröffnet ▪ Juni: Arbeiterunruhen bedingt durch den Reformkurs und der damit verbundenen Schließung bzw. Sanierung maroder Staatsbetriebe in verschiedenen Städten Chinas, insbesondere in der Provinz Sichuan ▪ 1. Juli: Übergabe Hongkongs von der britischen Kolonialregierung an die VR China
1998	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beschluss des Staatsrates zur Einführung eines neuen städtischen Krankenversicherungssystems (BHIS) ▪ März: Ernennung <i>ZHU RONGJIS</i> zum neuen Ministerpräsidenten
1999	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 20. Dezember: Rückgabe von Macau

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gemeinsame Leitlinien von NDRC, MoF und MoH zur Implementation einer regionalen Gesundheitsplanung, die die alte zentrale Steuerungssystematik auch formal erneuern soll
2000	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Richtlinien des Staatsrates zur Reformierung der städtischen Gesundheitsversorgung und dem Arzneimittelverteilungssystems ▪ Das MoH, MoF, SATCM und NDRC) geben eine gemeinsame Erklärung zur Einführung neuer Managementstandards von städtischen Gesundheitseinrichtungen ab, die eine neue Klassifikation in Profit- und Non-Profit-Einrichtungen vorsieht ▪ Veröffentlichung des 10. Fünfjahresplans
2001	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verkündung von Richtlinien zur ländlichen Gesundheitsreform und Entwicklung, die Grundlage der 2003 eingeführten NCMS wird ▪ Erneute Verabschiedung eines Gesetzes zur Arzneimittel-Steuerung und –Verwaltung, um das Chaos auf dem pharmazeutischen Markt in den Griff zu bekommen ▪ Oktober: USA und China vereinbaren eine enge Zusammenarbeit im Kampf gegen den Terror (u. a. Austausch von Geheimdienstinformationen) ▪ März: China erhöht seine Militärausgaben deutlich ▪ März: Die KPCh sagt der Kulturbewegung Falun Gong den Kampf an. Vorausgegangen war eine deutliche Attacke gegen die Führer der Kultbewegung von ZHU RONGJI vor dem VK ▪ Juli: Die KPCh öffnet sich auch Unternehmern und nimmt 80 Jahre nach ihrer Gründung private Manager auf, sofern sie der Parteilinie folgen ▪ November: China und die ASEAN gründen eine Freihandelszone ▪ November: Beitritt zur WTO
2002	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verabschiedung eines neuen Gesetzes zur Bevölkerungs- und Familienplanung der VR, das die rigiden Vorschriften etwas lockert ▪ März: Zum wiederholten Male sagt die Führungsspitze der Korruption den Kampf an. ZHU RONGJI kritisiert die korrupte und verschwenderische Bürokratie im eigenen Land ▪ November: HU JINTAO wird beim KP-Parteitag zum neuen KP-Generalsekretär gewählt
2003	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Atemwegserkrankung SARS bricht aus und lässt das Wirtschaftswachstum der VR kurzfristig einbrechen. ▪ Erlass von Richtlinien zum neuen »Response to Public Health Emergency«-System ▪ Der Staatsrat verkündigt die nationale Etablierung eines neuen ländlichen kooperativen Gesundheitssystems (NCMS). Landesweite Pilotprojekte in ausgewählten Kreisen starten. Gleichzeitig erfolgt eine gemeinsame Erklärung von MoCA, MoH und MoF zur Einführung ländlicher MFA-Programme ▪ März: WEN JIABAO wird zum neuen Ministerpräsidenten der VR ernannt
2004	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erneut bricht mit der Vogelgrippe eine auch für den Menschen gefährliche Infektionskrankheit aus, die die Regierung nur schlecht in den Begriff bekommt und das wirtschaftliche Wachstum kurzfristig bremst ▪ Veröffentlichung eines Weißbuches zur sozialen Sicherung welches die Defizite in der Absicherung, aber gleichzeitig auch die Kompatibilität zur Wirtschaftsentwicklung betont ▪ September: HU JINTAO wird zum Vorsitzenden der Zentralen Militärkommission der Partei gewählt
2005	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es ist die Einführung einer Sozialrechtsordnung geplant, die aber auf unbekannte Zeit verschoben wird ▪ März: HU JINTAO übernimmt formell die Funktion des Vorsitzenden der Staatlichen Zentralen Militärkommission von JIANG ZEMIN und vereinigt damit die wichtigsten drei Funktionen im Staat in seiner Person ▪ Dezember: Statistische Neubewertung des Dienstleistungssektors, wodurch sich die Größe der chinesischen Wirtschaft um 17% erhöht., damit 4. stärkste Volkswirtschaft der Welt (gemessen am BIP) ▪ Veröffentlichung des 11. Fünfjahresplans

Anhang III: Ausgabenstrukturen der Gesundheitsversorgung

Tabelle 34: Gesundheitsausgaben (THE) der VR China (1978 - 2002) und ihre Zusammensetzung

	<i>Gesundheitsausgaben insgesamt (THE) (Mrd. Yuan)</i>	<i>Regierungsanteil (Mrd. Yuan)</i>	<i>Regierungsanteil (%)</i>	<i>Soziale Quellen (Mrd. Yuan)</i>	<i>Soziale Quellen (%)</i>	<i>Out of pocket (Mrd. Yuan)</i>	<i>Out of pocket (%)</i>	<i>Pro Kopf THE (yuan)</i>	<i>THE als % am BIP</i>
1978	11,021	3,544	32,16	5,225	47,41	2,252	20,43	11,45	3,04
1979	12,619	4,065	32,21	5,988	47,45	2,567	20,34	12,94	3,12
1980	14,323	5,191	36,24	6,097	42,57	3,035	21,19	14,51	3,17
1981	16,012	5,968	37,27	6,243	38,99	3,801	23,74	16	3,29
1982	17,753	6,899	38,86	7,011	39,49	3,844	21,65	17,46	3,35
1983	20,742	7,764	37,43	6,455	31,12	6,523	31,45	20,14	3,5
1984	24,207	8,947	36,96	7,361	30,41	7,901	32,64	23,20	3,38
1985	27,9	1,0767	38,58	9,196	32,96	7,940	28,46	26,36	3,11
1986	31,59	12,222	38,69	11,034	34,93	8,330	26,37	29,38	3,1
1987	37,958	12,727	33,53	13,726	36,16	11,505	30,31	34,73	3,17
1988	48,804	14,539	29,79	19	38,93	15,266	31,28	42,96	3,27
1989	61,55	16,785	27,27	23,783	38,64	20,982	34,09	54,61	3,64
1990	74,7,9	18,73	25,06	29,313	39,22	26,704	35,73	65,37	4,03
1991	89,3,9	20,407	22,84	35,445	39,67	33,506	37,5	77,14	4,13
1992	109,686	22,859	20,84	43,15	39,34	43,666	39,81	93,61	4,12
1993	137,778	27,211	19,75	52,48	38,09	58,101	42,17	116,25	3,98
1994	176,124	34,221	19,43	64,5	36,62	77,406	43,95	146,95	3,77
1995	215,513	38,728	17,97	76,787	35,63	99,998	46,4	177,93	3,69
1996	270,942	46,166	17,04	87,568	32,32	137,21	50,64	221,38	3,99
1997	319,671	52,362	16,38	98,395	30,78	168,91	52,84	258,58	4,29
1998	367,872	59,007	16,04	107,088	29,11	201,78	54,85	294,86	4,70
1999	404,75	64,112	15,84	114,585	28,31	226,05	55,85	321,78	4,93
2000	458,663	70,955	15,47	117,188	25,55	270,52	58,98	361,88	5,13
2001	502,593	80,063	15,93	121,125	24,1	301,41	59,97	393,80	5,16
2002	568,463	86,463	15,21	150,358	26,45	331,4	58,34	442,55	5,42

All data in real terms, normalized to 100 in 1978.

Beachte: Die ermittelten Werte des NHEI weichen von diesen Werten des Gesundheitsministeriums geringfügig ab.

Quelle: MOH/CENTER FOR HEALTH STATISTICS AND INFORMATION (ED.) (2004)

Tabelle 35: 22-37 Ausgaben für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

<i>Item</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>
Total Expenditure for Public Health (100 million yuan)	3776,5	4178,6	4586,6	5025,9	5790,0	6584,1	7590,3
Government Budgetary Expenditure	587,2	640,9	709,5	800,6	908,5	1116,9	1293,6
Social Expenditure	1006,0	1064,6	1171,9	1211,4	1539,4	1788,5	2225,4
Resident Individual Expenditure	2183,3	2473,1	2705,2	3013,9	3342,1	3678,7	4071,4
Structure of the Expenditure for Public Health (%)	100,0						
Government Budgetary Expenditure	16,0	15,8	15,5	15,9	15,7	17,0	17,0
Social Expenditure	29,1	28,3	25,5	24,1	26,6	27,2	29,3
Resident Individual Expenditure	54,8	55,9	59	60,0	57,7	55,8	53,6

a) The data in this table are calculated at current prices.

b) Data in the table are estimated.

Quelle: *NBS OF CHINA (Ed.) – STATISTICAL YEARBOOK (2006)*

Tabelle 36: Gesundheitshaushalt der Regierung

<i>Jahr</i>	<i>Regierungshaushalt Gesundheit (100 Mio. Yuan)</i>	<i>%-Anteil an den THE</i>	<i>%-Anteil am BIP</i>	<i>%-Anteil an den gesamten Regierungsausgaben</i>
1978	35,44	32,16	0,98	3,16
1979	40,64	32,21	1,01	3,17
1980	51,91	36,25	1,115	4,22
1981	59,67	37,27	1,23	5,24
1982	68,99	38,86	1,30	5,61
1983	77,63	37,43	1,31	5,51
1984	89,46	36,96	1,25	5,26
1985	107,65	38,58	1,2	5,37
1986	122,23	38,69	1,2	5,54
1987	127,28	33,53	1,06	5,63
1988	145,39	29,79	0,97	5,84
1989	137,83	27,27	0,99	5,94
1990	187,28	25,06	1,01	6,07
1991	204,05	22,84	0,94	6,03
1992	228,61	20,84	0,86	6,11
1993	272,06	19,75	0,79	5,86
1994	342,28	19,43	0,73	5,91
1995	357,34	19,97	0,66	5,68
1996	461,61	17,04	0,68	5,82
1997	523,56	16,38	0,7	5,67
1998	590,06	16,04	0,75	5,46
1999	640,96	15,84	0,78	4,86
2000	709,52	15,47	0,79	4,47
2001	800,61	15,93	0,82	4,24
2002	864,49	15,21	0,82	3,92

Quelle: NHEI/ZHAO, Y. (2005)

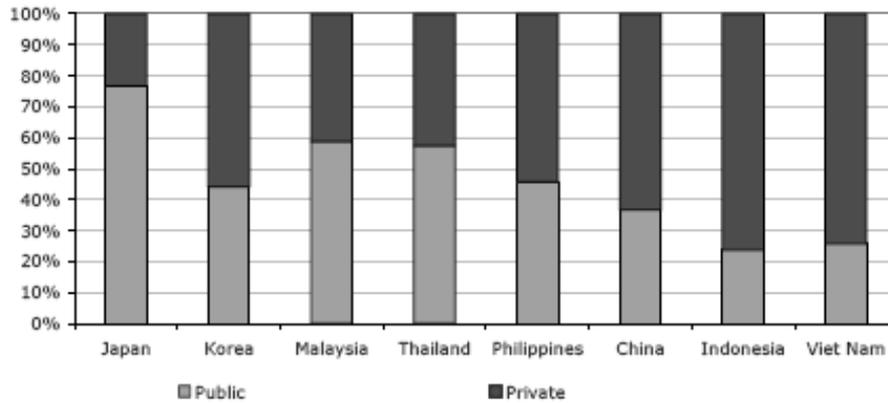
Tabelle 37: Gesundheitsausgaben (THE) nach WHO-Klassifikation

<i>Jahr</i>	<i>Öffentliche Gesundheitsausgaben</i>		<i>Private Gesundheitsausgaben</i>	
	<i>Yuan in 100 Mio.</i>	<i>%-Anteil an den THE</i>	<i>Yuan in 100 Mio.</i>	<i>%-Anteil an den THE</i>
1990	446,11	59,64	301,86	40,36
1991	518,56	57,58	381,97	42,42
1992	603,57	55,01	493,65	44,99
1993	736,32	53,07	651,12	46,93
1994	900,45	51,12	861,06	48,88
1995	1045,11	48,44	1112,64	51,56
1996	1196,65	44,11	1516,51	55,89
1997	1324,58	41,36	1877,63	58,64
1998	1432,89	38,87	2253,88	61,13
1999	1527,99	37,72	2522,64	62,28
2000	1609,77	35,1	2976,86	64,9
2001	1626,79	32,37	3399,14	67,93
2002	1851,84	32,58	3832,79	67,42

Public expenditures on health include social security funded on health expenditure, government tax funded health expenditure and external assistance on health. Private expenditures on health include expenditures from private insurance, non-profit institutions, privately owned enterprises, initial investments of private practitioners, out-of-pocket, rural collective economy and others (WHO 2002).

Quelle: NHEI/ZHAO, Y. (2005)

Abbildung 17: Health expenditure in selected Asian Countries (2000)



Quelle: WHO (2002), Annex 5

Tabelle 38: Zusammensetzung der Gesundheitsausgaben (THE) nach Leistungserbringer

Unit: %	1990	1995	1998	1999	2000	2001	2002
TEH by providers (RMB100million)	860.6	2395.5	3805.3	4331.6	4870.4	5254.8	5872.8
As % of total							
1. Hospitals	56,07	61,94	61,95	63,16	64,9	62,5	67,68
1.1 City hospitals	32,76	41,72	44,05	45,33	47,16	47,96	50,52
1.2 County hospitals	10,81	8,6	8,19	8,6	8,74	6,04	8,7
1.3 City health centers for community	0	0	0	0	0	0	0,45
1.4 Township health centers	10,62	10,16	9,12	7,87	7,63	6,61	7,26
1.5 Other hospitals	1	0,81	0,6	0,46	0,45	1,03	0,11
2. Nursing care facilities	0,89	0,64	0,45	0,92	0,92	0,87	0,63
3. Providers of ambulatory health care	20,93	16,65	14,14	13,69	13,61	14,52	13,44
4. Retail sale providers of medical goods	2,23	4,53	5,78	6,92	6,37	6,6	7,85
5. Public health facilities	6,54	5,5	5,88	5,16	5,07	5,21	6,29
6. Health administration	0,34	0,37	0,45	0,53	0,55	0,63	0,76
7. Others	13,89	11,01	11,35	10,54	9,51	10,53	3,97

Based on OECD Classification.

Quelle: SMITH, P. / WONG, CH. / ZAO, Y. (2004), S. 8

Tabelle 39: Zusammensetzung der Gesundheitsausgaben (THE) nach Funktionen

% (unless otherwise noted)	1990	1995	1998	2000	2001	2002
TEH by function (RMB 100million)	860.6	2395.5	3805.3	4870.4	5254.8	5872.8
As % of total						
1. Services of curative care	39.89	44.91	42.98	49.24	48.82	50.7
1.1 Inpatient curative care	25.91	30.66	29.23	32.57	31.99	33.6
1.2 Outpatient curative care	13.98	14.25	13.76	16.67	16.83	17.1
2. Services of rehabilitative care	0.89	0.64	0.45	0.92	0.87	0.6
3. Ancillary services to health care	1.41	1.92	1.99	0.00	0.00	2.0
4. Medicines dispensed to outpatients	35.60	33.47	32.59	31.01	30.13	31.1
5. Prevention and public health services	7.97	7.67	10.18	8.77	9.02	10.9
6. Health administration	2.84	1.46	1.40	1.47	1.49	1.6
7. Capital formation of health provider	11.40	9.92	10.40	8.59	9.67	3.2

Quelle: SMITH, P. / WONG, CH. / ZAO, Y. (2004), S. 9

Tabelle 40: Total Medical Expenditures

	1992	1997	2002	2002/1992	2002/1997
Total medical expenditure (RMB100million yuan)	955.41	2588.0	5225.5	5.47	2.02
Outpatient expenditure	570.74	1436.4	2556.7	4.48	1.78
Inpatient expenditure	351.96	962.28	2197.8	6.24	2.28
Retail sale expenditure on drugs	32.71	189.27	460.94	14.09	2.44
Per capita medical expenditure (yuan)	80.65	207.58	406.78	5.04	1.96
Per capital outpatient expenditure	48.16	115.14	199.81	4.15	1.74
Per capital inpatient expenditure	29.70	77.13	171.10	5.76	2.22
Per capita retail sale expenditure on drugs	2.79	15.31	35.87	12.86	2.34

Estimates for the national medical expenditure, and breakdowns of CTEH by providers, outpatient expenditure and inpatient expenditure are based on national household health services surveys in 1993, 1998, and 2003.

Quelle: SMITH, P. / WONG, CH. / ZAO, Y. (2004), S. 9

Tabelle 41: Urban and Rural Medical Expenditures

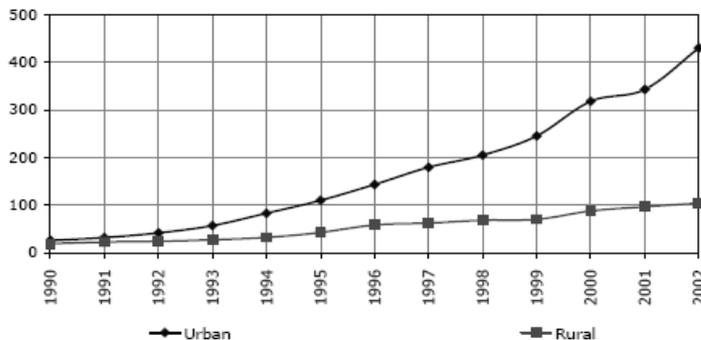
	1992	1997	2002	2002/1992	2002/1997
Urban medical expenditure (RMB100million)	382.62	1148.71	2826.62	7.39	2.46
Outpatient expenditure	213.48	593.56	1364.68	8.07	2.30
Inpatient expenditure	169.14	555.15	1461.94	8.64	2.63
Per capita medical expenditure (yuan)	115.34	276.08	563.32	4.88	2.04
Per capital outpatient expenditure	64.35	142.66	271.78	4.22	1.91
Per capital inpatient expenditure	50.99	133.42	291.54	5.71	2.19
Rural medical expenditure (RMB100million)	540.08	1250.01	1937.86	3.59	1.55
Outpatient expenditure	357.26	842.88	1201.99	3.36	1.43
Inpatient expenditure	182.82	407.13	735.87	4.03	1.81
Per capita medical expenditure (yuan)	63.28	150.32	247.86	3.91	1.65
Per capital outpatient expenditure	41.86	101.36	153.63	3.67	1.52
Per capital inpatient expenditure	21.42	48.96	94.05	4.39	1.92
Per capita urban medical expenditure / that of rural	1.82	1.84	2.27		

Estimates for the national medical expenditure, and breakdowns of CTEH by providers, outpatient expenditure and inpatient expenditure are based on national household health services surveys in 1993, 1998, and 2003.

Note: Total medical expenditure in this table doesn't include expenditure on retail sale medical goods

Quelle: SMITH, P. / WONG, CH. / ZAO, Y. (2004), S. 10

Abbildung 18: Per capita medical care expenditure



Quelle: MOH / CENTER FOR HEALTH STATISTICS AND INFORMATION (ED.) (2004)

Tabelle 42: Trends in health expenditures across regions

	1995	1996	1997
Health Exp. Per Capita (Yuan)			
High income regions	686.3	812.6	996.0
Middle income regions	267.4	332.6	368.7
Lower income regions	154.1	190.1	210.5
Poor regions	117.0	141.6	155.8
Maximum/minimum	5.9	5.7	6.4
% of Health Exp. In GDP			
High income regions	5.18	5.24	5.67
Middle income regions	3.18	3.39	3.39
Lower income regions	3.66	3.76	3.72
Poor regions	6.43	6.65	6.6

Note: High income regions: Beijing, Shanghai, Tianjing

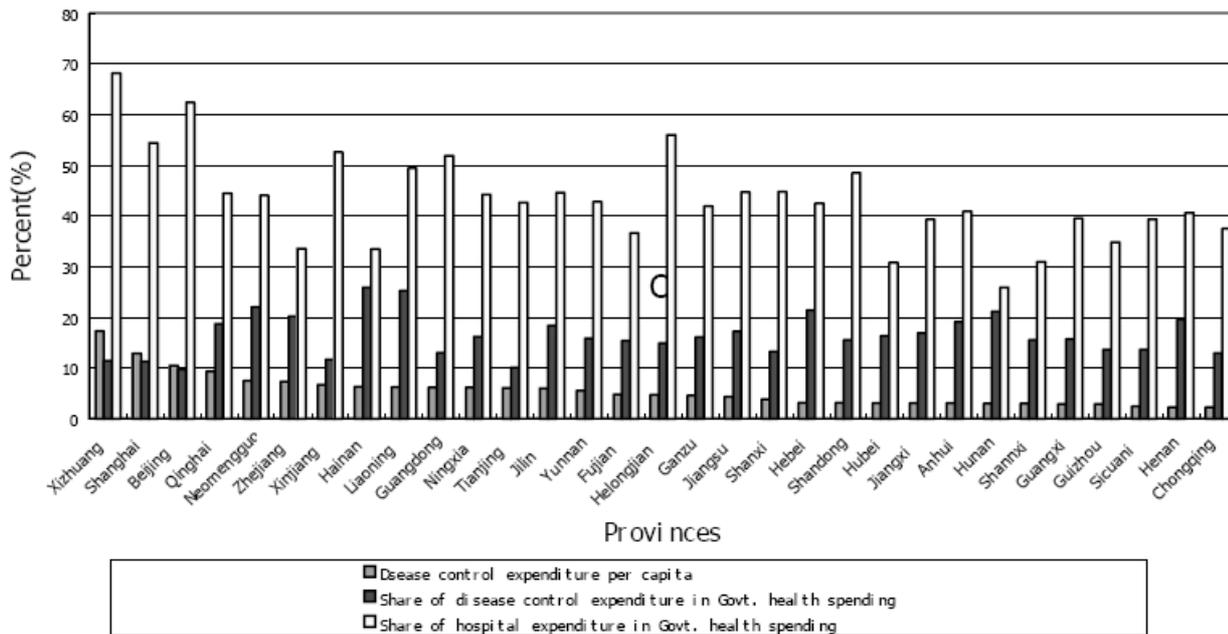
Middle income regions (9 provinces): Zhejiang, Guangdong, Jiangsu, Liaoning, Qinghai, Xinjiang, Hainan, Fujian, Hebei

Lower Income Regions (9 provinces): Heilongjiang, Yunnan, Ningxia, Jilin, Shandong, Shanxi, Hebei, Hunan, Inner Mongolia

Poor regions (9 provinces): Sichuan, Guangxi, Tibet, Shannxi, Gansu, Jiangxi, Anhui, Henan, Guizhou

Quelle: *WORLD BANK (2002b), Table 7.6.*

Abbildung 19: Geographic differences in the share of government spending on disease control and hospital expenditure



Quelle: *GONG, H. (2003)*

Abbildung 20: Government Subsidies in Medical institutions by Type (2002)

	Hospitals	THCs	EPS/CDC	MCH Center
Total Expenditure (billions yuan)	191.39	38.66	12.99	5.49
Government Subsidy (billions yuan)	16.04	5.10	5.41	1.50
% of Gov. Subsidy in expenditure	8.38	13.20	41.65	27.34

Quelle: *MoH/CENTER FOR HEALTH STATISTICS AND INFORMATION (ED.) (2004)*

Tabelle 43: 22-29 Anzahl von Gesundheitseinrichtungen und Betten nach Regionen

(10 000 units)

<i>Region</i>	<i>1985</i>	<i>1990</i>	<i>1995</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>
Hebei	8,34	19.13	40.93	78.28	81.33	99,14
Shanxi	7,37	20.14	31.09	60.35	59.15	64,44
Inner Mongolia	8,59	19.27	48.49	104.46	113.20	116,82
Liaoning	8,29	24.84	48.57	109.51	100.55	115,8
Jilin	11,07	27.47	57.83	102.65	120.51	132,13
Heilongjiang	10,03	28.71	74.84	117.20	126.55	120,22
Jiangsu	7,82	22.68	49.07	129.52	146.98	142,5
Zhejiang	9,25	28.41	103.20	200.06	252.03	266,52
Anhui	6,48	14.67	34.07	58.05	68.88	72,99
Fujian	8,95	20.08	44.39	87.38	101.64	118,71
Jiangxi	6,99	16.13	39.48	63.48	72.42	80,86
Shandong	6,7	17.13	40.25	118.69	114.94	127,59
Henan	8,06	18.02	34.43	63.55	68.10	73,8
Hubei	8	17.56	34.90	69.67	87.60	90,51
Hunan	7,49	18.29	35.78	82.23	95.71	102,81
Guangdong	11,91	34.13	67.51	100.31	118.68	116,9
Guangxi	6,58	12.52	29.04	52.38	60.95	66,19
Hainan	-	19.70	24.58	44.15	39.10	62,27
Sichuan	6,31	14.27	29.35	72.84	82.45	78,3
Guizhou	4,09	7.87	16.28	27.68	30.86	32,36
Yunnan	5,58	13.74	32.04	64.31	69.04	69,02
Shaanxi	7,52	18.18	41.30	91.40	86.02	103,9
Gansu	6,4	13.85	29.18	70.60	75.72	82,68
Qinghai	6,32	18.49	34.70	78.20	85.62	118,01
Ningxia	8,12	17.18	41.50	88.53	98.21	123,32
Xinjiang	7,84	16.43	47.96	73.67	86.60	99,81
Maximum	11,9	34,1	103,2	200,1	252	266,5
Minimum	4,1	7,9	16,3	27,7	30,9	32,4
Max-min-ratio	2,9	4,3	6,3	7,2	8,2	8,2
Mean	7,8	19,2	42,7	85	94	103
SD	1,68	5,73	17,71	33,76	41,78	42,7
Coeff. Variation	0,22	0,3	0,41	0,4	0,44	0,41
Note: The four municipalities with provincial status have been removed to avoid comparing suburban health care with rural health care in other provinces. Tibet has been removed as an outlier						

Quelle: CHINA RURAL HOUSEHOLDS SURVEY YEARBOOK (2003)

Anhang IV: Gesundheitsindikatoren und Ausstattung des chinesischen Gesundheitswesens

Tabelle 44: Veränderung von Gesundheitsindikatoren im maoistischen China

<i>Indicator</i>	<i>1949</i>	<i>1979</i>
Total No. of hospitals (county and above)	2,803 (in 1950)	9,902 (in 1980)
Total No. of township hospitals		55,413 (in 1980)
Total No. of village clinics		
Total No. of hospital beds	99,800 (in 1950)	1,195,750 (in 1980)
Total No. of doctors	380,800 (in 1950)	1,153,234 (in 1980)
Total No. of nurses	37,800 (in 1950)	465,798(in 1980)
No. of doctors per1,000 population	0.67	0.95 (in 1975)
No. of nurses per 1,000 population	0.06	0.41 (in 1975)
No. of beds per 1,000 population	0.18	2.02 (in 1980)
Percent of urban population covered by health insurance schemes	0.0	80% of urban population
Percentage of rural population covered by CMS	0.0	90% (of villages)
Life expectancy (year)	35	67.9 (in 1981)
Immunization coverage rate	0.0	90%
Infant mortality per 1,000 population	200	48 (in 1975)
Maternal mortality per 1,000 population	15	

Quelle: MOH (Ed.) / CHINESE HEALTH AND STATISTICS DIGEST (1949-1980)

Tabelle 45: 22-24 Anzahl der Gesundheitsinstitutionen (1978-2005)

Unit

<i>Year</i>	<i>Total</i>	<i>Hospitals and Health Centers</i>	<i>Sana-toriums</i>	<i>Clinics</i>	<i>Specialized Prevention & Treatment Centers or Stations</i>	<i>Center for Disease Control and Prevention (EPS)</i>	<i>MHC Cen-ters</i>	<i>Research Institutions of Medical Science</i>	<i>Other Insti-tutions</i>
1978	169732	64311	389	94395	887	2989	2571	219	3971
1980	180553	65315	470	102474	1138	3105	2745	282	5024
1985	200866	59342	640	126604	1566	3410	2996	323	5985
1989	206724	61613	651	128112	1747	3591	3112	328	7570
1990	208734	62126	650	129332	1781	3618	3148	337	7742
1991	209036	62768	642	128665	1818	3652	3187	335	7969
1992	204787	61006	639	125873	1845	3673	3187	339	8225
1993	193586	60460	600	115161	1872	3729	3115	436	8213
1994	191742	67524	587	105984	1905	3711	3190	437	8404
1995	190057	67460	582	104406	1895	3729	3179	427	8379
1996	322566	67556	528	237153	1887	3737	3172	427	8106
1997	315033	67479	506	229474	1893	3747	3180	426	8328
1998	314097	66614	503	229349	1889	3746	3191	423	8382
1999	310996	66935	485	226588	1877	3763	3180	421	7747
2000	324771	66095	471	240934	1839	3741	3163	405	8123
2001	330348	64840	461	248061	1783	3813	3132	397	7861
2002	306038	63858	365	219907	1839	3580	3067	298	13124
2003	291323	62968	305	204468	1749	3584	3033	284	14932
2004	297540	60864	292	208794	1583	3588	2998	276	19145
2005	298997	60397	274	207404	1502	3585	3021	263	22551

a) Number of health institutions excluded the private clinics before 1995.

b) Number of hospitals before 2002 included specialized prevention and treatment institutions, and centre for disease control and prevention (epidemic prevention stations) included health prevention and care centres.

c) Number of health institutions since 2002 are the number of registrated institutions, and excluding medical colleges, drug test institutions and family planning guidance stations of non-health departments.

Quelle: NBS OF CHINA (ED.) – STATISTICAL YEARBOOK (2006)

Tabelle 46: 22-25 Anzahl der angestellten professionellen Gesundheitsberufe (1978-2005)

(10 000 persons)

<i>Year</i>	<i>Total</i>				<i>Number of Doctors per 1.000 population</i>
		<i>Medical and Technical Personnal</i>	<i>Doctors</i>	<i>Senior and Junior Nurses</i>	
1978	310,6	246,4	103,3	40,7	1,08
1980	353,5	279,8	115,3	46,6	1,17
1985	431,3	341,1	141,3	63,7	1,36
1989	478,7	380,9	171,8	92,2	1,56
1990	490,6	389,8	176,3	97,5	1,56
1991	502,5	398,5	178,0	101,2	1,56
1992	514,0	407,4	180,8	104,0	1,57
1993	521,5	411,7	183,2	105,6	1,58
1994	530,7	419,9	188,2	109,4	1,60
1995	537,3	425,7	191,8	112,6	1,62
1996	541,9	431,2	194,1	116,3	1,62
1997	551,6	439,8	198,5	119,8	1,65
1998	553,6	442,4	200,0	121,9	1,65
1999	557,0	445,9	204,5	124,5	1,67
2000	559,1	449,1	207,6	126,7	1,68
2001	558,4	450,8	210,0	128,7	1,69
2002	523,8	427,0	184,4	124,7	1,47
2003	527,5	430,6	186,8	126,6	1,48
2004	535,4	439,0	190,5	130,8	1,50
2005	542,7	446,0	193,8	135,0	1,52

a) Doctors since 2002 refer to the certified (assistant) doctors, nurses refer to the registration nurses, so the numbers decreased somewhat.

Quelle: NBS OF CHINA (Ed.) – STATISTICAL YEARBOOK (2006)

Tabelle 47: 22-26 Anzahl der Betten in Gesundheitseinrichtungen

(10 000 units)

Year	Total					Number of Beds per 1.000 Populatiton (unit)
		Hospitals and Health Centers	Sanatoriums	MHC-Centers	Other Health Institutions	
1978	204,2	184,7	5,1	1,2	13,2	1,93
1980	218,4	197,1	6,8	1,6	12,9	2,02
1985	248,7	222,9	10,6	3,5	11,7	2,14
1989	286,7	253,8	12,3	4,5	16,2	2,28
1990	292,5	259,2	12,3	4,7	16,3	2,32
1991	299,2	265,5	12,5	4,8	16,3	2,32
1992	304,9	270,9	12,5	5,0	16,5	2,34
1993	309,9	276,7	11,9	4,5	16,8	2,36
1994	313,4	280,3	11,8	4,8	16,5	2,36
1995	314,1	279,6	11,6	5,1	17,7	2,39
1996	310,0	283,4	10,9	5,6	10,1	2,34
1997	313,5	286,9	10,4	6,0	10,2	2,35
1998	314,3	287,8	10,2	6,3	10,0	2,40
1999	315,9	289,1	9,9	6,6	10,4	2,39
2000	317,7	290,8	9,7	7,1	10,1	2,38
2001	320,1	290,2	9,5	7,4	13,6	2,39
2002	313,6	290,7	6,9	8,0	8,0	2,32
2003	316,4	295,5	4,8	8,1	8,0	2,34
2004	326,8	304,7	5,4	8,7	8,2	2,40
2005	336,8	313,5	5,2	9,4	8,7	2,45

Quelle: NBS OF CHINA (ED.) – STATISTICAL YEARBOOK (2006)

Tabelle 48: 22-28 Durchschnittliche Anzahl von Betten und angestellten Personen in Krankenhäusern und Gesundheitszentren

(10 000 units)

Item	2004			2005		
	Beds (unit)	Personnal (person)	Here: Medical and Technical Personnal	Beds (unit)	Personnal (person)	Here: Medical and Technical Personnal
Hospitals	128,5	170,4	135,4	130,7	170,2	135,6
General Hospitals	137,8	185,9	148,5	141,3	187,4	150,2
Hospitals Specialized in Traditional Chinese Medicine	105,4	155,5	126,2	109,8	158,5	128,8
Specialized Hospitals	113,4	116,7	85,7	108,9	109,6	80,8
Health Centers	16,1	24,8	21,3	16,5	24,9	21,4
Urban	16,0	32,0	27,5	14,8	30,9	26,7
Rural	16,1	24,7	21,2	16,6	24,7	21,3

Quelle: NBS OF CHINA (ED.) – STATISTICAL YEARBOOK (2006)

Tabelle 49: 22-29 Anzahl von Gesundheitseinrichtungen und Betten nach Regionen

(10 000 units)

<i>Region</i>	<i>Health Institutions (unit)</i>	<i>Hospitals</i>	<i>Health Centers</i>	<i>Clinics</i>	<i>EPS</i>	<i>MHC Centers</i>	<i>Total Beds (bed)</i>	<i>Hospitals and Health Centers</i>
National Total	298997	18703	41694	207404	3585	3021	3350810	3134930
Beijing	4818	516	152	3841	28	18	79067	75715
Tianjin	2472	271	191	1748	24	23	41513	39491
Hebei	18046	817	1966	14096	192	184	162061	153981
Shanxi	9430	884	1640	6094	157	131	107980	103030
Inner Mongolia	7629	474	1358	4863	146	116	69047	63786
Liaoning	14925	915	1077	11433	128	114	177524	161244
Jilin	8755	563	817	5098	74	71	87279	82118
Heilongjiang	8326	886	933	5716	195	148	119692	112536
Shanghai	2526	247	100	1865	22	24	89758	78411
Jiangsu	15324	1004	1472	9497	154	112	197515	184237
Zhejiang	12555	553	2339	6581	138	87	140734	131067
Anhui	9197	683	2001	5415	132	117	126587	119625
Fujian	7934	357	953	5876	93	89	81645	73187
Jiangxi	10669	486	1520	7914	115	112	84836	79272
Shandong	16323	1121	1786	11138	176	150	247574	231277
Henan	14554	1172	2088	10021	183	167	212407	202289
Hubei	9459	572	1176	6549	113	96	139147	128651
Hunan	15008	782	2542	10748	150	135	151297	141566
Guangdong	16318	960	1463	12225	134	124	208936	192839
Guangxi	9416	458	1295	7035	106	103	93532	87112
Hainan	2464	190	312	1759	30	26	18651	17480
Chongqing	6380	358	1102	4668	43	42	64174	61234
Sichuan	23832	1149	5176	16200	208	197	193171	184347
Guizhou	6571	383	1456	4174	103	84	61594	58325
Yunnan	10110	648	1483	7262	153	148	106334	98836
Tibet	1378	97	666	458	81	55	6767	6412
Shaanxi	11701	833	1769	8228	125	115	106391	99549
Gansu	11849	382	1358	9547	103	100	63314	59855
Qinghai	1478	130	406	607	57	24	15088	14747
Ningxia	1463	134	266	900	25	21	17754	16836
Xinjiang	8087	678	831	5848	197	88	79441	75875

Quelle: NBS OF CHINA (Ed.) – STATISTICAL YEARBOOK (2006)

Tabelle 50: 22-30 Anzahl der angestellten Personen in Gesundheitseinrichtungen nach Regionen (2005)

(person)

<i>Region</i>	<i>Total</i>	<i>Medical and Technical Personnel</i>	<i>Doctors</i>	<i>Nurses</i>
National Total	5426851	4460187	1938272	1349589
Beijing	156969	119943	50642	42897
Tianjin	77580	61085	24996	19606
Hebei	274424	229696	105582	54456
Shanxi	173902	146671	66689	42138
Inner Mongolia	121180	102587	50308	27052
Liaoning	265194	209346	91519	72912
Jilin	157021	125702	56411	38917
Heilongjiang	191172	150657	65135	45015
Shanghai	132004	103479	43956	39379
Jiangsu	316054	257137	108700	80543
Zhejiang	236197	198148	88050	60259
Anhui	193973	159788	66102	47329
Fujian	118652	100945	44314	34197
Jiangxi	138697	115986	49701	35679
Shandong	381760	323759	140628	97886
Henan	362263	289157	111134	77132
Hubei	262263	215037	89507	69442
Hunan	254423	212483	92073	59640
Guangdong	364520	297334	118023	98791
Guangxi	158370	129151	54563	44596
Hainan	37189	30056	11811	10860
Chongqing	94761	78780	37321	20842
Sichuan	280516	236028	113697	61231
Guizhou	94854	81723	40928	23538
Yunnan	142175	118429	55837	38001
Tibet	10781	8913	4593	1896
Shaanxi	165170	136550	60316	38499
Gansu	97139	83016	35246	22405
Qinghai	22923	19518	8478	6418
Ningxia	27560	22817	10586	7376
Xinjiang	117165	96266	41426	30657

Quelle: NBS of China (Ed.) – Statistical Yearbook (2006)

Tabelle 51: 22-31 Anzahl der angestellten Personen nach Berufsgruppen

(10 000 persons)

<i>Type of Personnel</i>	1950	1980	1990	1995	2000	2004	2005
Total	61,1	353,5	490,6	537,3	559,1	535,7	542,7
Medical Technical Personnel	55,5	279,8	389,8	425,7	449,1	439,3	446,0
Other Technical Personnel	-	2,8	8,6	12,1	15,8	20,9	22,6
Managerial Personnel	2,2	31,1	39,7	45,0	42,7	31,6	31,3
Logistics Workers	3,4	39,8	52,6	54,5	51,6	43,9	42,8
Doctors & Assistant Doctors	38,1	115,3	176,3	191,8	207,6	190,6	193,8
Doctors	32,7	71,0	130,3	145,5	160,3	152,2	155,6
Senior Nurses & Nurses	3,8	46,6	97,5	112,6	126,7	130,8	135,0
Pharmacists	8,1	30,8	40,6	41,9	41,4	35,5	35,0
Laboratory Technicians	-	11,4	17,0	18,9	20,1	21,2	21,1
Others	12,8	75,7	58,4	60,5	53,3	61,1	61,1
Number of Medical Technical Personnel per 1 000 Population			3,5	3,6	3,6	3,5	3,5

Quelle: NBS OF CHINA (Ed.) – STATISTICAL YEARBOOK (2006)

Tabelle 52: 22-32 Anzahl von Konsultationen und stationären Behandlungen in medizinischen Einrichtungen (2005)

<i>Medical Institutions</i>	<i>Visits (100 million person-times)</i>			<i>Inpatients (10 000 persons)</i>		
	<i>Total</i>	<i>Non- profit</i>	<i>Profit</i>	<i>Total</i>	<i>Non- profit</i>	<i>Profit</i>
Total	23,05	22,23	0,75	7184	6987	176
Hospitals	13,87	13,29	0,56	5108	4931	170
General Hospitals	10,58	10,17	0,39	4153	4032	114
Hospitals Specialized in Traditional Chinese Medicine	2,14	2,11	0,03	567	557	10
Specialized Hospitals	0,95	0,83	0,12	339	297	42
Sanitariums	0,02	0,02		28	28	
Health Service Centers for Community	0,59	0,59		27	26	
Health Centers	6,99	6,95	0,02	1641	1629	4
Rural	6,79	6,75	0,02	1622	1611	3
Outpatient Departments	0,42	0,25	0,17	7	5	2
MCC Centers	0,97	0,96		349	346	
Specialized Disease Prevention & Treatment Institutions	0,18	0,17		23	21	

Quelle: NBS OF CHINA (ED.) – STATISTICAL YEARBOOK (2006)

Tabelle 53: 22-33 Auslastung von Betten in medizinischen Einrichtungen (2005)

<i>Medical Institutions</i>	<i>Utilization Rate (%)</i>			<i>Average Stay Days in Hospital</i>		
	<i>Total</i>	<i>Non- profit</i>	<i>Profit</i>	<i>Total</i>	<i>Non- profit</i>	<i>Profit</i>
Total	62,9	63,5	47,8	9,2	9,2	9,4
Hospitals	70,3	71,4	48,3	10,9	10,9	9,5
General Hospitals	70,4	71,3	46,0	10,2	10,2	8,7
Hospitals Specialized in Traditional Chinese Medicine	65,0	65,5	47,0	10,8	10,8	10,6
Specialized Hospitals	75,7	78,5	53,5	18,9	19,9	11,7
Sanitariums	38,8	38,0	38,2	12,7	12,2	9,2
Health Service Centers for Community	60,7	60,6	44,0	17,2	17,1	7,9
Health Centers	37,8	37,7	41,5	4,7	4,7	7,1
Rural	37,7	37,7	43,5	4,6	4,6	7,4
MCC Centers	62,6	62,8		5,3	5,4	
Specialized Disease Prevention & Treatment Institutions	57,5	57,5	55,4	20,6	21,1	12,1

Quelle: NBS OF CHINA (ED.) – STATISTICAL YEARBOOK (2006)

Tabelle 54: 22-34 Todesrate der zehn häufigsten Krankheiten in städtischen Gebieten (2005)

<i>No.</i>	<i>Cause of Death</i>	<i>As % of Total Deaths</i>
	Total	92,03
1	Malignant Tumour	22,94
2	Cerebrovascular Disease	21,23
3	Heart Trouble	17,89
4	Diseases of the Respiratory System	12,57
5	Trauma and Toxicosis	8,25
6	Diseases of the Digestive System	3,30
7	Endocrine, Nutritional & Metabolic Diseases	2,50
8	Disease of the Genitourinary System	1,56
9	Mental Disorders	0,95
10	Disease of the Nervous System	0,84
	Male Total	91,55
1	Malignant Tumour	26,05
2	Cerebrovascular Disease	19,01
3	Heart Trouble	16,22
4	Diseases of the Respiratory System	12,37
5	Trauma and Toxicosis	9,27
6	Diseases of the Digestive System	3,67
7	Endocrine, Nutritional & Metabolic Diseases	1,93
8	Disease of the Genitourinary System	1,45
9	Disease of the Nervous System	0,79
10	Mental Disorders	0,79
	Female Total	89,88
1	Cerebrovascular Disease	21,82
2	Heart Trouble	20,09
3	Malignant Tumour	18,36
4	Diseases of the Respiratory System	12,83
5	Trauma and Toxicosis	6,90
6	Endocrine, Nutritional & Metabolic Diseases	3,27
7	Diseases of the Digestive System	2,79
8	Disease of the Genitourinary System	1,70
9	Mental Disorders	1,15
10	Disease of the Nervous System	0,97

Quelle: NBS OF CHINA (ED.) – STATISTICAL YEARBOOK (2006)

Tabelle 55: 22-35 Todesrate der zehn häufigsten Krankheiten in ländlichen Gebieten (2005)

<i>No.</i>	<i>Cause of Death</i>	<i>As % of Total Deaths</i>
	Total	91,87
1	Diseases of the Respiratory System	23,45
2	Cerebrovascular Disease	21,17
3	Malignant Tumour	20,29
4	Heart Trouble	11,77
5	Trauma and Toxicosis	8,47
6	Diseases of the Digestive System	3,24
7	Disease of the Genitourinary System	1,32
8	Endocrine, Nutritional & Metabolic Diseases	1,17
9	Pulmonary Tuberculosis	0,55
10	Mental Disorders	0,44
	Male Total	92,16
1	Malignant Tumour	23,05
2	Diseases of the Respiratory System	21,20
3	Cerebrovascular Disease	20,60
4	Heart Trouble	10,35
5	Trauma and Toxicosis	9,89
6	Diseases of the Digestive System	3,85
7	Disease of the Genitourinary System	1,27
8	Endocrine, Nutritional & Metabolic Diseases	0,91
9	Pulmonary Tuberculosis	0,67
10	Mental Disorders	0,37
	Female Total	90,95
1	Diseases of the Respiratory System	26,60
2	Cerebrovascular Disease	21,95
3	Malignant Tumour	15,93
4	Heart Trouble	13,75
5	Trauma and Toxicosis	6,49
6	Diseases of the Digestive System	2,39
7	Endocrine, Nutritional & Metabolic Diseases	1,54
8	Disease of the Genitourinary System	1,39
9	Mental Disorders	0,54
10	Pulmonary Tuberculosis	0,37

a) Statistics in the table cover full or partial areas of 78 counties, including counties in Beijing.

Quelle: NBS OF CHINA (Ed.) – STATISTICAL YEARBOOK (2006)

Tabelle 56: 22-36 Inzidenz und Todesrate infektiöser Krankheiten (2005)

<i>Item</i>	<i>Incidence Disease Rate (per 100 000 persons)</i>	<i>Death Rate (per 100 000 persons)</i>	<i>Mortality Rate (per 100 Infectious Disease Patients)</i>
Total	268,3050	0,7552	0,2815
The Plague	0,0008	0,0002	30,0000
Cholera	0,0744	0,0003	0,4111
Viral Hepatitis	91,4222	0,0924	0,1011
Dysentery	34,9168	0,0105	0,0300
Typhoid and Paratyphoid Fever	2,6536	0,0011	0,0404
AIDS	0,4299	0,1006	23,4122
Gonorrhoea	13,7908	0,0001	0,0006
Syphilis	9,6707	0,0057	0,0585
Poliomyelitis		*	*
Measles	9,4176	0,0042	0,0447
Pertussis	0,2940	0,0002	0,0520
Diphtheria	0,0001		
Epidemic Encephalitis	0,1773	0,0158	8,8870
Scarlet Fever	1,9172	0,0002	0,0080
Hemorrhage Fever	1,5967	0,0207	1,2981
Hydrophobia	0,1940	0,1940	100,0000
Leptospirosis	0,1082	0,0034	3,1802
Brucellosis	1,4085	0,0003	0,0217
Anthrax	0,0407	0,0009	2,2556
Encephalitis B	0,3898	0,0164	4,1985
Schistosomiasis	0,2405	0,0002	0,0636
Malaria	3,0329	0,0034	0,1135
Dengue Fever	0,0031	0,0001	2,5000
Newborn Tetanus	0,1902	0,0211	11,0829
Pulmonary Tuberculosis	96,3134	0,2602	0,2701
SARS		*	*
HpAI	0,0005	0,0004	71,4286

a) The unit of incidence disease rate and death rate of newborn baby tetanus is 1‰.

b) * refers that there is no death cases.

Quelle: *NBS OF CHINA (Ed.) – STATISTICAL YEARBOOK (2006)*

Tabelle 57: Inzidenzrate (1/100 000) ausgesuchter Infektionskrankheiten (1974 – 1988)

	1974	1977	1979	1981	1984	1986	1988
Thyphus und Parathyphus	8,8	12,84	10,61	12,72	9,75	9,76	14
Hepatitis (A und B)	74,2	104	103,8	106	67,8	97,2	132

Quelle: *MOPH (1991), Health Statistic Information in China 1948-1988*

Anhang V: Daten zur sozialen Sicherung der VR

Tabelle 58: 23-37 Basis-Statistiken zur Sozialversicherung (v. a. in den Städten)

Year	Unemployment Insurance			Medical Insurance	
	Staff and Workers at the Year-end (10 000 persons)	Beneficiaries of Unemployment Insurance Fund (10 000 persons)	Unemployed Relief (10 000 yuan)	Staff and Workers at the Year-end (10 000 persons)	Retirees (10 000 persons)
1994	7968,0	196,5	50755	374,6	25,7
1995	8238,0	261,3	81964	702,6	43,3
1996	8333,1	330,8	138704	791,2	64,5
1997	7961,4	319,0	186780	1588,9	173,1
1998	7927,9	158,1	203907	1508,7	369,0
1999	9852,0	271,4	318722	1509,4	555,9
2000	10408,4	329,7	561984	2862,8	924,2
2001	10354,6	468,5	832563	5470,7	1815,2
2002	10181,6	657,0	1167736	6925,8	2475,4
2003	10372,4	741,6	1334448	7974,9	2926,8
2004	10583,9	753,5	1374983	9044,5	3359,2
2005	10647,7	677,8	1367667	10021,7	3761,2

1. Number of people participating in the insurance programs refers to people participating in the basic medical care insurance programs according to related regulations by the end of reference period, including number of staff and workers and retirees participating in this insurance programs. Retired or Resigned Personnel refers to people who have formally completed formalities for their retirement or quitting work and enjoy the corresponding retirement treatments

Year	Work Injury Insurance		
	Staff and Workers at the Year-end (10 000 persons)	Beneficiaries at the Year-end (10 000 persons)	Population Covered Maternity Insurance at the Year-end (10 000 persons)
1994	1822,1	5,8	915,9
1995	2614,8	7,1	1500,2
1996	3102,6	10,1	2015,6
1997	3507,8	12,5	2485,9
1998	3781,3	15,3	2776,7
1999	3912,3	15,1	2929,8
2000	4350,3	18,8	3001,6
2001	4345,3	18,7	3455,1
2002	4405,6	26,5	3488,2
2003	4574,8	29,5	3655,4
2004	6845,2	51,9	4383,8
2005	8478,0	63,0	5408,0

Quelle: NBS OF CHINA (ED.) – STATISTICAL YEARBOOK (2006)

Tabelle 59: 23-41 Statistik zum BHIS nach Regionen(2005)

Region	Population Covered at the Year-end (10 000 persons)			Revenue and Expenses (10 000 yuan)		
	Total	Employees	Retirees	Revenue	Expenses	Balance at the Year-end
National Total	13782,9	10021,7	3761,2	14053007	10787360	12781199
Beijing	574,8	419,7	155,1	1020106	777404	560083
Tianjin	299,1	180,8	118,3	322544	311564	48169
Hebei	562,1	422,6	139,6	495703	375205	440793
Shanxi	324,9	251,9	73,0	256014	157503	265953
Inner Mongolia	292,0	206,0	86,0	215838	157638	188131
Liaoning	864,2	584,2	280,0	685606	551872	601820
Jilin	283,0	209,1	73,9	179795	134239	170637
Heilongjiang	602,9	432,5	170,4	423163	332442	318535
Shanghai	728,6	452,7	275,9	1510763	1464370	660798
Jiangsu	1124,1	821,1	303,0	1179901	905982	1044373
Zhejiang	639,6	476,5	163,1	840808	567871	1110044
Anhui	387,1	274,4	112,7	303672	238710	256601
Fujian	333,0	255,8	77,2	404369	259821	557482
Jiangxi	276,7	201,7	75,0	145167	112788	117566
Shandong	861,5	684,8	176,7	820726	631723	641006
Henan	641,5	487,4	154,1	414793	305254	455730
Hubei	502,0	354,9	147,2	415504	296284	462525
Hunan	503,4	356,8	146,6	453295	338844	392955
Guangdong	1235,3	1055,0	180,3	1417976	933241	2153549
Guangxi	285,9	203,6	82,3	259445	176180	292685
Hainan	87,2	62,8	24,5	59385	52291	38817
Chongqing	237,7	145,8	91,9	207123	135065	189379
Sichuan	647,0	426,8	220,2	623791	430297	694515
Guizhou	180,5	129,0	51,5	117655	85554	106568
Yunnan	320,7	225,2	95,5	387659	335928	296534
Tibet	15,2	10,4	4,8	16517	16018	5700
Shaanxi	348,8	247,4	101,3	240267	177114	223500
Gansu	176,6	130,4	46,2	123129	111720	78989
Qinghai	62,0	41,6	20,4	78302	62816	82512
Ningxia	64,5	47,3	17,2	58171	42951	56174
Xinjiang	321,1	223,6	97,5	375820	308671	269076

1. Number of people participating in the insurance programs refers to people participating in the basic medical care insurance programs according to related regulations by the end of reference period, including number of staff and workers and retirees participating in this insurance programs. Retired or Resigned Personnel refers to people who have formally completed formalities for their retirement or quitting work and enjoy the corresponding retirement treatments

2. Balance of basic medical care insurance refer to the balance of medical care insurance of social comprehensive funds and individual accounts at the end of the reference period, including bank savings, special fiscal accounts, investment in bonds and others.

Quelle: NBS OF CHINA (ED.) – STATISTICAL YEARBOOK (2006)

Tabelle 60: 23-38 Beitragseinnahmen, Ausgaben und Reserven des jeweiligen Sozialfonds

(100 million yuan)

<i>Year</i>	<i>Total</i>	<i>Basic Pension Insurance</i>	<i>Unemployment Insurance</i>	<i>Medical Insurance</i>	<i>Work Injury Insurance</i>	<i>Maternity Insurance</i>
Revenue						
1989	153,6	146,7	6,8			
1990	186,8	178,8	8,0			
1991	225,0	215,7	9,3			
1992	377,4	365,8	11,7			
1993	526,1	503,5	17,9	1,4	2,4	0,8
1994	742,0	707,4	25,4	3,2	4,6	1,5
1995	1006,0	950,1	35,3	9,7	8,1	2,9
1996	1252,4	1171,8	45,2	19,0	10,9	5,5
1997	1458,2	1337,9	46,9	52,3	13,6	7,4
1998	1623,1	1459,0	72,6	60,6	21,2	9,8
1999	2211,8	1965,1	125,2	89,9	20,9	10,7
2000	2644,5	2278,1	160,4	170,0	24,8	11,2
2001	3101,9	2489,0	187,3	383,6	28,3	13,7
2002	4048,7	3171,5	215,6	607,8	32,0	21,8
2003	4882,9	3680,0	249,5	890,0	37,6	25,8
2004	5780,3	4258,4	291,0	1140,5	58,3	32,1
2005	6968,6	5093,3	333,0	1405,3	93,0	44,0
Expenses						
1989	120,9	118,8	2,0			
1990	151,9	149,3	2,5			
1991	176,1	173,1	3,0			
1992	327,1	321,9	5,1			
1993	482,2	470,6	9,3	1,3	0,4	0,5
1994	680,0	661,1	14,2	2,9	0,9	0,8
1995	877,1	847,6	18,9	7,3	1,8	1,6
1996	1082,4	1031,9	27,3	16,2	3,7	3,3
1997	1339,2	1251,3	36,3	40,5	6,1	4,9
1998	1636,9	1511,6	56,1	53,3	9,0	6,8
1999	2108,1	1924,9	91,6	69,1	15,4	7,1
2000	2385,6	2115,5	123,4	124,5	13,8	8,3
2001	2748,0	2321,3	156,6	244,1	16,5	9,6
2002	3471,5	2842,9	186,6	409,4	19,9	12,8
2003	4016,4	3122,1	199,8	653,9	27,1	13,5
2004	4627,4	3502,1	211,0	862,2	33,3	18,8
2005	5401,0	4040,3	207,0	1078,7	48,0	27,0
Balance at the Year-end						
1989	81,6	68,0	13,6			
1990	117,3	97,9	19,5			
1991	169,7	144,1	25,7			
1992	252,8	220,6	32,1			
1993	303,7	258,6	40,8	0,4	3,1	0,8
1994	365,7	304,8	52,0	0,7	6,8	1,4
1995	516,8	429,8	68,4	3,1	12,7	2,7
1996	696,1	578,6	86,4	6,4	19,7	5,0
1997	831,6	682,8	97,0	16,6	27,7	7,5
1998	791,1	587,8	133,4	20,0	39,5	10,3
1999	1009,8	733,5	159,9	57,6	44,9	13,9
2000	1327,5	947,1	195,9	109,8	57,9	16,8
2001	1622,8	1054,1	226,2	253,0	68,9	20,6
2002	2423,4	1608,0	253,8	450,7	81,1	29,7
2003	3313,8	2206,5	303,5	670,6	91,2	42,0
2004	4493,4	2975,0	386,0	957,9	118,6	55,9
2005	6066,1	4041,0	511,0	1278,1	164,0	72,0

1. Revenue of insurance programs refer to payments made by employers and individuals participating in medical care insurance programs in accordance with the basis and proportion stipulated in state regulations, and income from other sources that become source of medical insurance fund, including income of social comprehensive funds paid by employers, income from individual accounts, government financial subsidies, interest income and other income.
2. Expenses of insurance programs refer to payment made from social comprehensive funds to those retired and resigned people covered in basic medical care insurance within the scope and standards of expenditure according to related national policies, and medical care payment made from individual accounts to staff and workers and retirees, and other expenses, including medical expenses of hospital inpatients, medical expenses for outpatients and emergency patients, payment from individual accounts and other expenditure.
3. Balance of basic medical care insurance refer to the balance of medical care insurance of social comprehensive funds and individual accounts at the end of the reference period, including bank savings, special fiscal accounts, investment in bonds and others.

Quelle: NBS OF CHINA (ED.) – STATISTICAL YEARBOOK (2006)

Tabelle 61: 23-34 Value and Composition of Social Insurance and Welfare for Retired and Resigned Persons

Year	Total	Pensions for Termination	Retirement Pensions	Resignation Allowances for Living Expenses	Medical Care Expenses	Others
Absolute Figure (100 million yuan)						
1990	465,2	34,6	239,4	5,0	76,2	110,0
1991	554,4	38,6	271,5	5,7	94,5	144,1
1992	685,6	47,1	338,8	6,7	116,3	176,7
1993	901,7	57,1	435,5	8,6	154,3	246,2
1994	1218,9	103,2	766,5	12,4	192,8	144,0
1995	1522,4	121,9	986,3	15,3	236,3	162,6
1996	1797,7	137,7	1199,3	17,1	265,6	178,0
1997	2043,8	162,6	1423,9	23,5	277,6	156,2
1998	2330,9	167,7	1708,5	24,1	286,9	143,7
1999	2708,3	186,1	2035,2	27,2	320,1	139,7
2000	3040,5	201,1	2305,7	30,3	346,9	156,5
2001	3337,2	223,4	2618,7	27,8	312,9	154,4
2002	3870,7	263,7	3143,0	33,4	266,0	164,6
2003	4359,9	269,5	3592,1	37,6	271,3	189,4
2004	4814,9	281,5	3929,4	38,8	372,8	192,4
2005	5492,4	297,0	4654,0		314,7	226,7
Composition (Total=100)						
1990	100,0	7,4	51,5	1,1	16,4	23,6
1991	100,0	7,0	49,0	1,0	17,0	26,0
1992	100,0	6,9	49,4	1,0	17,0	25,8
1993	100,0	6,3	48,3	1,0	17,1	27,3
1994	100,0	8,5	62,9	1,0	15,8	11,8
1995	100,0	8,0	64,8	1,0	15,5	10,7
1996	100,0	7,7	66,7	1,0	14,8	9,9
1997	100,0	8,0	69,7	1,1	13,6	7,6
1998	100,0	7,2	73,3	1,0	12,3	6,2
1999	100,0	6,9	75,1	1,0	11,8	5,2
2000	100,0	6,6	75,8	1,0	11,4	5,1
2001	100,0	6,7	78,5	0,8	9,4	4,6
2002	100,0	6,8	81,2	0,9	6,9	4,3
2003	100,0	6,2	82,4	0,9	6,2	4,3
2004	100,0	5,8	81,6	0,8	7,7	4,0
2005	100,0	5,4	84,7		5,7	4,1

a) Data in this table excluded pensions or expenses paid by the civil affairs agencies.

Quelle: NS OF CHINA (ED.) – STATISTICAL YEARBOOK (2006)

Literaturverzeichnis

- AHL, B. (2007), Rechtssprechung und Rechtswirklichkeit, in: Fischer, D. / Lackner, M. (Hg.), Länderbericht China – Geschichte – Politik – Wirtschaft – Gesellschaft, Bundeszentrale für politische Bildung, Bd. 631, Bonn, 3. Aufl., 2007, 433 - 45.
- AHMAD, E. / HUSSAIN, A. (1989/99), Social Security in China: A Historical Perspective, in: Ahmad, E./ Sen, A. / u. a. (Eds.), Social Security in Developing Countries, Oxford, 1999, pp. 247-304.
- AKIN, J. S. / U. A. (2004), Did the distribution of health insurance in China continue to grow less equitable in the nineties ? Results from a longitudinal survey, in: *Social Science of Medicine*, Vol. 58, No. 2, Jan. 2004, pp. 293-304.
- AUSWÄRTIGES AMT (2007), China – Wirtschaft, [<http://www.auswaertiges-amt.de/diplo/de/Laenderinformationen/China/Wirtschaft.html>, abgerufen am 01.08.2007].
- AXELROD, R. (1984/95), The Evaluation of Cooperation, New York; dt. Übersetzung: Die Evolution der Kooperation, München u. a., 3. Aufl., 1995.
- AXELROD, R. (1990), Normen unter evolutionärer Perspektive, in: Müller, U. (Hg.), Evolution und Spieltheorie, München, 1990, S. 105-28.
- BAO, J. T. / U. A. (1991), Rural Health Insurance Scheme in Tinxing Township of Jinshan County, Study of Health Care Financing System in Rural China, in: *Shanghai Scientific and Technical Press*, 1991, pp. 99-107.
- BARNIGHAUSEN, T. / U. A. (2007), Willingness to pay for social health insurance among informal sector workers in Wuhan, China: a contingent valuation study, in: *BMC Health Services Research*, Vol. 7, No. 114, 2007.
- BARRO, R. J. (1981), Money, Expectations and Business Cycles. Essays in Macro-economics, New York, u. a. 1981.
- BELARDI, N. (2001), Soziale Arbeit in Asien, in: Otto, H.-U. / Thiersch, H. (Hg.): Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Neuwied, 2001, S. 1605-21.
- BERTELSMANN-STIFTUNG (HG.) (2003), Ländergutachten China, BTI 2003, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2003
- BLENDON, R. J. (1979), Can China's Health Care be transplanted without China's economic policies?, in: *New England Journal of Medicine*, Vol. 300, 1979, pp. 1453-58.
- BLOOM, G. / GU, X.-Y. (1997a), Introduction to health sector reform in China, in: *IDS Bulletin*, Vol. 28, No. 1, Jan. 1997, pp. 1-11.
- BLOOM, G. / HAN, L. / XIANG, L. (2001), How Health Workers Earn a Living in China, in: *Human Resources for Health Development Journal*, Vol. 5, No. 1-3, Jan.–Dec. 2001, pp. 25-38.
- BLUMENTHAL, D. / HSIAO, W. (2005), Privation and its Discontents – The Evolving Chinese Health Care System, in: *New England Journal of Medicine*, Vol. 353, No. 11, 15th Sep. 2005, pp. 1165-70.
- BO, X. F. / DONG, J. Z. (1993), Medical and Health Reforms (Yiliao weisheng gaige jubu weinan: guangyu woguo yiliao weisheng gaige de diaocha), Part 1, in: *China's Economic Structure Reform (Zhongguo jingji tizhi gaige)*, No. 1, 1993, pp. 56-8.
- BROWN, D. (2001), The long march to primary health care in China: from collectivism to market economics, in: *Public Health*, Vol. 115, No. 1, Jan 2001, pp. 2-3.
- BURMGARNER, J. R. / U. A. / IBRD (1992), China: long-term issues and options in the health transition - A World Bank country study, Washington D. C., 1992.
- CARRIN, G. / RON, A. / U. A. (1999), The reform of the rural cooperative medical system in the People's Republic of China: Interim experience in 14 pilot countries, in: *Social Science & Medicine*, Vol. 48, No. 7, Apr. 1999, pp. 961-72.

- CARRIN, G / RON, A. / U. A. (1997), Reforming the rural cooperative medical system in China, in: *IDS Bulletin*, Vol. 28, No. 1, 1997, pp. 92-98.
- CHEN, J. / BLOOM, G. / WILKES, A. (1997), The Impact of China's Health Sector Reform on County Hospital, in: *World Hospitals and Health Services*, Vol. 33, No. 1, 1997, pp. 19-23.
- CHEUNG, A. B. (2001), Health Policy Reform, in: Wong, L. / Flynn, N. (Eds.), *The Market in Chinese Social Policy*, Basingstoke, New York, 2001, pp. 63-87.
- CHINA NETWORK (1994), China Network for training and Research in Health Economics and Health Care Financing, Financing and organization on health care for the poor rural population in China: report on project activities, a conference paper presented at the IHPP Asia Meeting, Olangapo city. 16.-17. May 1994.
- CHINESE RURAL HEALTH CARE SYSTEM RESEARCH GROUP (1991) (EDS.), *Research on the rural health care in China* (in Chinese), Shanghai, 1991.
- CHINESE PREVENTIVE CARE STRATEGY AND TARGETS RESEARCH GROUP (1991), *Background Data on Chinese Preventive Care Strategy and Targets by the Year 2000*, MoPH, Beijing, 1991.
- CHUNG, J. H. (1995), Beijing confronting the provinces: the 1994 tax-sharing reform and its implications for central-provincial relations in China, in: *China Information*, Vol. 98, No. 2-3, 1995, pp. 1-23.
- CITY GOVERNMENT OF WUHAN (2004), *Wuhan city regulation about basic health insurance for urban informal sector workers*, Wuhan, 2004.
- CLEASON, M. / WANG, H. / HU, S. (2004), *A Critical Review of Public Health in China*, Draft, August 2004, Washington D. C., 2004 [[http://siteresources.worldbank.org/INTEAPREGTOPHEANUT/ Resources/public health,09-13-04.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTEAPREGTOPHEANUT/ Resources/public%20health,09-13-04.pdf)].
- CRETIN, S. N. / ALBERT, P. / U. A. (1995), *China Rural Health Insurance Experiment*, Paper presented at International Health Policy Program Sixth Meeting of Participants, Beijing, 2-7 Oct. 1995.
- CRETIN, S. N. / DUAN, N. / U. A. (1990), Modelling the effect of insurance on health expenditures in the People's Republic of China, in: *Health Services Research*, Vol. 25, No.4, 1990, pp. 667-85.
- CROLL, E. (1994), *From Heaven to Earth: Images and Experience of Development in China*, London, 1994.
- DELFS, R. (1990), Stress symptoms: Changing health needs undermine medical system, in: *Far Eastern Economic Review*, 149 (30), pp. 21-2.
- DENG, L. (2001), *Current situations and strategies in China's tax reform*, Beijing, 2001.
- DONG, W. (2006), Can health care policy be emulated? The Singaporean medical saving accounts model and its Shanghai replica, in: *Journal of Public Health*, Vol. 28, 2006, pp. 209-14.
- DONG, W. (2003), Healthcare-financing reforms in transitional society: a Shanghai experience, in: *Journal of Health Population & Nutrition*, Vol. 21, No. 3, Sep. 2003, pp. 223-34.
- DONG, H. / BOGG, L. / U. A. (1999a), A Description of outpatient drug use in rural China: Evidence of difference due to insurance coverage, in: *International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 14, No. 1, 1999, pp. 41-56.
- DONG, H. / BOGG, L. / U. A. (1999b), Association between health insurance and antibiotics prescribing in four counties in rural China, in: *Health Policy*, Vol. 48, No. 1, 1999 pp. 29-45.
- DONG, H. / BOGG, L. / U. A. (1999c), Drug policy in China: pharmaceutical distribution in rural areas, in: *Social Science & Medicine*, Vol. 48, No. 6, Mar. 1999, pp. 777-86.
- DOORSLAER, E. VAN / O'DONNELL, O. / U. A. (2005), *Paying out of pocket for health care in Asia: Catastrophic and poverty impact*, EQUITAP Working Paper, No. 2, Erasmus University, Rotterdam / IPS, Colombo, 2005.
- FANG, B. (2003), Design and implementation of NCMS in Jinhua, in: *Chinese Rural Health Care Management (Zhong Guo Nong Cun Wei Sheng Guan Li)*, No. 8, 2003, pp. 22-3.
- FEI, X. (1939/47), *Peasant Life in China: A Field Study of Country Life in the Yangtze Valley*, Chicago, 1947.
- FENG, Y.-L. (1949), *The Spirit of Chinese Philosophy*, translated by Hughes, R. E., London, 1949.

- FENG, X. / TANG, S. / U. A. (1995), Cooperative medical schemes in contemporary rural China, in: *Social Science & Medicine*, Vol. 41, No. 8, Oct. 1995, pp. 1111-18.
- FISCHER, D. / SCHÜLLER, M. (2007), Wandel der ordnungspolitischen Konzeptionen seit 1949, in: Fischer, D. / Lackner, M. (Hg.), *Länderbericht China – Geschichte – Politik – Wirtschaft – Gesellschaft*, Bundeszentrale für politische Bildung, Bd. 631, Bonn, 3. Aufl., 2007, 227-47.
- FLYNN, N. / HOLLIDAY, I. / WONG, L. (2001), Introduction, in: Wong, L. / Flynn, N. (Eds.), *The Market in Chinese Social Policy*, Basingstoke, New York, 2001, pp. 1-11.
- FORBES, I. (2002), The effects of increased market competition on hospital services in Shandong and Henan Provinces, in: *Australian Health Review*, Vol. 25, No. 2, 2002, pp. 52-65.
- FU, J. (2004a), Catalogue provides more medicine to the insured, in: *China daily (Renmin Ribao)*, Vol. 24, No. 7626, 2004.
- GAO, J. / TANG, S. / U. A. (2001), Changing access to health services in urban China: implication for equity, in: *Health Policy and Planning*, Vol. 16, No. 3, 2001, pp. 302-12.
- GAO, J. / TANG, S. (2000), Health Insurance and Hospitalisation in Urban China: Bending to the Wind of Change, in: *World Hospitals And Health Services*, Vol. 36, No. 3, 2000, pp. 23-38.
- GENERAL OFFICE OF MOH (2003), Notification of NCMS Pilot Counties, Ministry of Health, Beijing, 2003.
- GONG, X. (2004), The evaluation of the policy of regional health planning in China, Shanghai, China, Fudan University, 2004.
- GONG, H. (2001), Present most three concerning issues to the general public (Zhongguo Guoqing Guoli), Beijing, 2001.
- GONG'AN COUNTY NCMS OFFICE (2003), The NCMS implementation plan, Gong'an, 2003.
- GROGAN, C. M. (1995), Urban economic reform and access to health care coverage in the People's Republic of China, in: *Social Science & Medicine*, Vol. 41, No. 8, Oct. 1995, pp. 1073-84.
- GU, X.-Y. / TANG, S. L. (1995), Reform of the Chinese health care financing system, in: *Health Policy*, Vol. 32, 1995, pp. 181-91.
- GU, X.-Y. / TANG, S. L. / LI, X. S. (1991), Comparison an evaluation of China's rural medical care system, in: *Chinese Social Medicine (Zhong Guo She Hui Yi Xue)*, Vol. 12, No. 1, 1991.
- GU, X.-Y. / ZHOU, S. Q. / LUO, Y. Q. (1991), Financing health care in rural China, in: *Health Soft Sciences (Wei Sheng Ruan Ke Xue)*, Vol. 10, No. 1, 1991.
- GURLEY, J. A. (1970), *China's Economy and the Maoist Strategy*, New York, 1970.
- HE, Y. (2005), Proposals of NCMS- related Problems, in: *Chinese Health Management*, No. 1, 2005, pp. 53-5.
- HEILMANN, S. (2007), Das politische Sytem der VR China: Modernisierung ohne Demokratie?, in: Fischer, D. / Lackner, M. (Hg.), *Länderbericht China – Geschichte – Politik – Wirtschaft – Gesellschaft*, Bundeszentrale für politische Bildung, Bd. 631, Bonn, 3. Aufl., 2007, 181 - 97.
- HENDERSON, G. E. (1993), Public Health in China, in: Joseph, W. A. (Ed.), *China Briefing*, Boulder, 1992, pp. 103-23.
- HENDERSON, G. E. (1989), Issues in the Modernization of Medicine in China, in: Simon, D. F./ Goldman, M. (Eds.), *Science and Technology in Post-Mao China*, Harvard Contemporary China Series, No. 5, The Council on East Asian Study, Cambridge, 1989, pp. 199-221.
- HENDERSON, G. E. / COHEN, M. S. (1984), *The Chinese Hospital. A Socialist Work Unit*, New Haven, 1984.
- HERBERER, T. (1998/2000), Zwischen Krise und Chance: Neue soziale Herausforderungen des ländlichen China, in: Herrmann-Pillath, C. / Lackner, M. (Hg.): *Länderbericht China – Politik, Wirtschaft und Gesellschaft im chinesischem Kulturraum*, Bonn, 2. durchgesehene Aufl., 2000, S. 379-405.
- HERRMANN-PILLATH, C. (2000), Regierungswettbewerb als analytisches Paradigma einer Theorie der Systemtransformation großer Länder, in: Nutzinger, H. G. (Hg.), *Osterweiterung und Transformationskrisen*, Schriften des Vereins für Socialpolitik, Bd. 277, Berlin, S. 213-54.

- HERRMANN-PILLATH, C. (1998/2000), Chinesische Identität und langfristiger sozioökonomischer Wandel, in: ders. / Lackner, M. (Hg.): Länderbericht China – Politik, Wirtschaft und Gesellschaft im chinesischen Kulturraum, Bonn, 2. durchgesehene Aufl., 2000, S. 58 - 77.
- HERRMANN-PILLATH, C. (1995), Marktwirtschaft in China: Geschichte – Strukturen – Transformationen, Opladen, 1995.
- HERRMANN-PILLATH, C. (1990), Lebensrisiken, soziale Sicherung und Krise der Reformpolitik der VR China, BIOST, Nr. 28-1990, Köln, 1990.
- HEUSER, R. (2007), Das Rechtssystem in der Entwicklung, in: Fischer, D. / Lackner, M. (Hg.), Länderbericht China – Geschichte – Politik – Wirtschaft – Gesellschaft, Bundeszentrale für politische Bildung, Bd. 631, Bonn, 3. Aufl., 2007, 421 - 32.
- HILLIER, S. M. (1988), Health and Medicine in the 1980', in: Benewick, R. / Wingrove, P. (Eds.), Reforming the Revolution: China in Transition, London, 1988.
- HILLIER, S. M. / SHEN, J. (1996), Health care systems in transition: People's Republic of China, Part I: An overview of China's health care system, in: *Journal of Public Health Medicine*, Vol. 18, No. 3, 1996, pp. 258-65.
- HILLER, S. M. / XIANG, Z. (1994), Rural Health Care in China: Past, Present and Future, in: Dwyer, D. (Ed.), China: The Next Decades, Harlow, 1994, pp. 95-115.
- HINDLE, D. (2000), China in transition: the new health insurance scheme for the urban employed, in: *Australian Health Review*, Vol. 23, No. 3, 2000, pp. 122-31.
- HINTON, W. (1990), The Great Reversal: The Privatization of China, 1978-1989, New York, 1990.
- HO, L. S. (1995), Market reforms and China's health care system, in: *Social Science & Medicine*, Vol. 41, No. 8, Oct. 1995, pp. 1065-72.
- HONG, M. (1995), Three decades of free medical care about to end, in: *Window*, 10.09.1993, pp. 16-19.
- HSIAO, W. (2004), Disparity in health: the underbelly of China's economic development, in: *Harvard China Review*, Vol. 5, 2004, pp. 64-70.
- HSIAO, W. (1995), The Chinese health care system: lessons for other countries, in: *Social Science & Medicine*, Vol. 41, No. 8, Oct. 1995, pp. 1047-56.
- HSIAO, W. (1984), Transformation in Health Care in China, in: *New England Journal of Medicine*, Vol. 310, No. 14, 1984, pp. 932-36.
- HU, H. (1995), Report of High-Tech Medical Equipment (HTME), Paper presented at health care seminar, Beijing, 2nd-5th May 1995.
- HU, S. (2003), Overview of NCMS models in China, in: *Chinese Primary Health Care (Zhong Guo Chu Ji Wei Sheng Bao Jin.)*, No. 9, 2003, pp. 1-6.
- HU, T.-W. (1988), Diffusion of western medical technology in China since the economic reform, in: *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, Vol. 4, 1988, pp. 1095-1101.
- HU, T.-W. (1980), Health Services and the Economic development in the People's Republic of China, in: Dernberger, R. (Ed.), China's Development Experience in Comparative Perspective, 1980, pp. 229-60.
- HU, Y. (2000), Medical insurance reform jitter, in: *Shanghai Star*, Nov 28, 2000.
- HUANG, X. / YANG, X. (1987), From Iron Rice bowls to labour markets: Reforming the social security system, in: Reynolds, B. L. (Ed.), Reform in China: Challenges and choices, Armonk, 1987, pp. 147-60.
- INFORMATION OFFICE OF THE STATE COUNCIL OF THE PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA (2004), China's social security white paper 2004, in: *China Daily (Renmin Ribao)*, 7. Sept. 2004, [http://www2.chinadaily.com.cn/english/doc/2004-09/07/content_372369.htm, abgerufen am 21.09.05].
- INVESTIGATION TEAM OF DEPARTMENT OF ADMINISTRATION OF HUBEI PROVINCE (1991), Rural cooperative medical care in the past 30 years in Wuxue City, in: *MoPH Health News Letter (Wei Sheng Bu Wei Sheng Tong Xun)*, Vol. 28, No. 1, 1991.
- JAMISON, D. T. / EVANS, J. R. / U. A. (1984), China - The Health sector, A World Bank country study, The World Bank, Washington D.C., 1984.

- JIANG, J. X. (1992), Removing factors contributing to collapse: re-establishing the cooperative medical care system, in: *Chinese Primary Health Care (Zhong Guo Chu Ji Wei Sheng Bao Jin)*, Vol. 2, No. 8, 1992.
- JIANG, S. A. (1992), Assessment of effectiveness of a township health centre-based medical care insurance, in: *Chinese Primary Health Care (Zhong Guo Chu Ji Wei Sheng Bao Jin)*, Vol. 5, No. 9, 1992.
- JIANG, Z. (2002), Build a well-off society in an all-round way and create a new situation in building socialism with Chinese characteristics, Report to the 16th National Congress of the Communist Party of China, November 8th, Beijing, 2002.
- JIANG, Z. (2001), The Rural Cooperative Medical System Schemes in the well developed regions, Paper presented at the Joint Workshop on Rural Health Services and Financing under Health VII/SP and »Best Practice«-Project, held by UNDP, WHO and the Chinese Ministry of Health in Beijing on December 10th - 13th 2000.
- JIANG, W. Z. / CHEN, J. Y. (1992), An initial report of an innovative cooperative health care scheme in Jitan County, in: *Chinese Rural Health Service Administration (Zhong Guo Nong Cun Wei Sheng She Ye Guan Li)*, Vol. 8, 1992, p. 29.
- JIANG Z. / ZHANG L. / YIN, L. (2001), *The social security of China: Past and Future*, Institute of Economic Research, Hitotsubashi University Tokyo, 2001.
- JIN, S. (1995), A Case Study of on Health Finance of Shanxi, Jiangsu, and Guizhou Provinces. Paper presented at health care seminar, Beijing, 2nd-5th May 1995.
- KOPLAN, J. P. / LIU, X. / LEI, H. (2005), *Public Health in China: Organization, Financing and Delivery of Services*, Background paper for the World Bank China Rural Health Study, Final draft, July 27th 2005, Washington D. C., 2005. [http://siteresources.worldbank.org/INTEAPREGTOPHEANUT/Resources/502734-1129734318233/WorldBankChinaPaperFINAL727_2_.pdf].
- KORZEC, M. (1992), *Labor and the failure of reform in China*, London, 1992.
- KÖSTER, A.-D. (2008), *Gesundheitspolitik und Transformation in China – Reformoptionen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem zwischen Pfadabhängigkeit und Innovation*, Schriften zur Gesundheitsökonomie, Bd. 60, Diss. Univ. Bayreuth, Bayreuth, 2008.
- LAFFONG, J.-J. / SENIK-LEYGONIE, C. (1997), *Price controls and the economics of institutions in China*, Development Centre, OECD, Paris, 1997.
- LAMPTON, D. M. (1977), *The Politics of Medicine in China. The Policy Process 1949-1977*, Boulder, 1977.
- LAZARUS G. S. (2004), Challenges facing Chinese health care, in: *Journal of American Academic Dermatology*, Vol. 59, No. 6, Jun. 2004, pp. 913-18.
- LEE, P. N. S (1998), *Inaugurating Medical Care Insurance Reform in China*, Hong Kong, 1998.
- LEE, P.N.S. (1997), *The Provision of Occupation Benefits in Chinese Industrial Enterprises: The State, Work Unit and Society*, paper presented at the International Conference on Public Sector Management Reform in China, Hong Kong Public Administration Association, Hong Kong Polytechnic University, 6-7 Juny 1997, Hong Kong.
- LEE, P.N.S. (1993), *Reform in the Social Security System in China*, in: Nagel, S. S. / Mills, M. K. (Eds.), *Public Policy in China*, Westport, 1993.
- LI, X. (1988), *Cooperative Medical System is a good form of health care financing in poor areas*, in: *China Rural Health Service Administration (Zhong Guo Nong Cun Wei Sheng She Ye Guan Li)*, Vol. 12, No. 25, 1988.
- LI, Y. K. / BAO, J. G. / ZHANG, X. M. (1992), *Measurement and selection of reimbursement ratios of collective medical care*, in: *Chinese Health Service Management (Zhong Guo Wei Sheng Shi Ye Guan Li)*, Vol. 17, No. 1, 1992.
- LIANG, S. (1975), *Essence of Chinese Culture (Zhongguo Wenhua Yaohi)*, Taipeh, 1975.
- LIEBERTHAL, K. G. / LAMPTON, D. M. (ED.) (1992), *Bureaucracy, Politics and Decision-Making in Post-Mao China*, Berkeley, 1992.

- LIN, Z. H. / HAO, M. / U. A. (1990a), The effects of collective insurance schemes and other factors on primary health care in a rural community, in: *Chinese Social Medicine (Zhong Guo She Hui Yi Xue)*, Vol. 6, 1990, p. 69.
- LIN, Z. H. / HAO, M. / U. A. (1990b), A study of medical insurance demands and their constraints in rural China, in: *Chinese Social Medicine (Zhong Guo She Hui Yi Xue)*, Vol. 6, 1990, p. 75.
- LINDELOW, M. (2004), Reforming Service Delivery in China – The Case of the Health Sector, Beijing, 9th Aug. 2004.
- LIU, J. (2004), Social Security White Paper Published, in: *Beijing Today*, 10.09.2004, p. 2.
- LIU, Y. (2003), Major finding from the World Bank Health Loan 8 projects, Beijing, Paper presented at the Training of the Trainers Workshop on Rural Health Financing and Reforms, organized by the World Bank Institute at Lingnan Hotel in Beijing, November 2003.
- LIU, Y. (2002), Reforming China's urban health insurance system, in: *Health Policy*, Vol. 60, No. 2, 2002, pp. 133-50.
- LIU, Y. (1996), Is community financing necessary and feasible for rural China? in: *Health Policy*, Vol. 38, No. 2, Dec. 1996, pp. 155-71.
- LIU, X. Z. / CAO, H. (1992), China's cooperative medical system: Its historical transformations and trend of development strategy, in: *Journal of Public Health*, Vol. 13, 1992, pp. 501-11.
- LIU, X. Z. / HSIAO, W. C. (1995), The cost escalation of social health insurance plans in China: its implication for public policy, in: *Social Science & Medicine*, Vol. 41, No. 8, Oct. 1995, pp. 1095-101.
- LIU, X. / LI, S. (1997), Drug policy in China. Transformations, current status and future prospects, in: *Pharmacoeconomics*, Vol. 12, No. 1, Jul. 1997, pp. 1-9.
- LIU, X. / MILLS, A. (2002), Financing reforms of public health services in China: lessons for other nations, in: *Social Science & Medicine*, Vol. 54, No. 11, Jun. 2002, pp. 1691-8.
- LIU, X. Z. / MILLS, A. (1999), Evaluating payment mechanisms: how can we measure unnecessary care? In: *Health Policy and Planning*, Vol. 14, No. 4, 1999, pp. 409-13.
- LIU, X. Z. / WANG, J. L. (1991), An Introduction to China's Health Care System, in: *Journal of Public Health Policy*, Vol. 12, Spring 1991, pp. 104-16.
- LIU, X. Z. / WANG, J. L. (1990), The income effect on the health service utilization, in: *Journal of Shandong Medical University (Social Science Edition)*, Vol. 4, 1999, pp. 14-7.
- LIU, X. / YI, Y. (2004), The Health Sector in China - Policy and Institutional Review, Final draft, Washington D. C., Aug. 2004 [http://siteresources.worldbank.org/INTEAPREGTOPHEANUT/Resources/502734-11297343182_33/policyandinstitutionalreview-final.pdf].
- LIU, X. / LIU, Y. / CHEN, N. (2000), The Chinese experience of hospital price regulation, in: *Health Policy and Planning*, Vol. 15, No. 2, 2000, pp. 157-63.
- LIU, G. / LIU, X. / MENG, Q. (1994), Privatization of the medical market in socialist China: a historical approach, in: *Health Policy*, Vol. 27, No. 2, Feb. 1994, pp. 157- 74.
- LIU, G. / NOLAN, B. / WEN, CH. (2004), Urban Health Insurance and Financing in China, Draft, Washington D. C., July 27th 2004 [http://www.worldbank.org.cn/english/content/cr4_en.pdf].
- LIU, Y. / HSIAO, W. C. / EGGLESTON, K. (1999), Equity in health and health care: the Chinese experience`, in: *Social Science & Medicine*, Vol. 49, No. 10, Nov. 1999, pp. 1349– 56.
- LIU, G. / CAI, R. / U. A. (2001), China's urban health insurance experiment in Zhenjiang: cost and utilization analyses, in: Hu, T. / Hsieh. C. (Eds.), *Economics of Health Care Reform in Pacific Rim*, Cheltenham, 2001, pp. 143-58.
- LIU, G. / CAI, R. / U. A. (1999), Urban healthcare reform initiative in China: findings from its pilot experiment in Zhenjiang City, in: *International Journal of Economic Development*, Vol. 1, No. 4, 1999, pp. 504-25.
- LIU, G. / YUAN, P. / U. A. (2002), Healthcare reforms in urban China: Issues and challenges, Capel Hill, 2002.
- LIU, Y. / HSIAO, W. C. / U. A. (1995), Transformation of China's rural health care financing, in: *Social Science & Medicine*, Vol. 41, No. 8, Oct. 1995, pp. 1085-93.

- LIU, Y. / RAO, K. / U. A. (2003), Towards establishing a health protection system for rural China, Conference on China's Rural Social Security, held by ADB and the China State Development and Planning Commission, Beijing, 2003.
- LIU, Y./REN, R. / U. A. (2000), Major factors affecting CMS operations: Experience from the 10-county-study, Paper presented at the International Seminar of Rural Health Care Financing, held by the UNICEF and Chinese Ministry of Health, Beijing, December 11th –13th, 2000.
- LUO, W. (1995), The Health Financing Study in rural areas of China, Paper presented at Health Care Seminar, Beijing, 2nd - 5th May 1995.
- MA, X. / U. A. (2001), The current status of urban health insurance reform in China, in: *Chinese Health Economics (Zhong Guo Wei Sheng Jing Ji)*, No. 3, 2001, pp. 50-51.
- MAO, Z. (2005), Pilot Program of NCMS in China: System design and progress, Final draft, Washington D. C., Oct. 2005 [<http://siteresources.worldbank.org/INTEAPREGTOPHEANUT/Resources/502734-1129734318233/NCMS-report-revisedversion.pdf>].
- MAYNARD, A. / DIXON, A. (2002), Private health insurance and medical savings accounts: theory and experience, in: Mossialos, A. D. E. / Figueras, J. / Kutzin, J. (Eds.), *Funding health care: options for Europe*, Buckingham, 2002, pp. 107-27.
- MEISING, K. (Hg.) (2005), *Chinesische Religion und Philosophie: Konfuzianismus – Mohismus – Daoismus – Buddhismus; Grundlagen und Einblicke*, Wiesbaden, 2005.
- MENG, Q. (2005a), Review of organization reforms in China, Final draft, Washington D. C, Oct. 2005. [<http://siteresources.worldbank.org/INTEAPREGTOPHEANUT/Resources/502734-1129734318233/Reviewofproviderorganization-0730-Acceptanceofchanges.pdf>]
- MENG, Q. (2005b), Review of Health Care Provider Payment Reforms in China, Final draft, Washington D. C, March 2005 [<http://siteresources.worldbank.org/INTEAPREGTOPHEANUT/Resources/502734-1129734318233/Reviewofproviderpaymentreforms-final.pdf>].
- MENG, Q. / WENIG, Z. / U. A. (2004), The health system of Natong and Zibo, in: Bloom, G. / Tang, S. (Eds.), *Health care transition in urban China*, Hants, 2004, pp. 17-38.
- MINISTRY OF HEALTH, PROVINCE HUBEI (2004), NCMS implantation plan, Wuhan, 2004.
- MoH (2004a), Report on NCMS pilot, Ministry of Health, Beijing, 2004.
- MoH (Ed.) (2004b), Research Report on China National Health Accounts, 2004.
- MoH (2004c), Current Situation Analysis on Women and Children's Healthcare for the Migrant Population, Need Assessment for their Health Care, and Study on the Mode of Service Provision, Ministry of Health, Beijing, 2004.
- MoH (Ed.) (2003), China National Health Accounts Report, Ministry of Health, Beijing, 2003.
- MoH (Ed.) (2002), General Survey of Community Health Services, Ministry of Health, Beijing, 2002.
- MoH (1999a), Analytical Report of the Second State Health Service Survey 1998, (Chinese Version), Ministry of Health, Beijing, 1999, pp. 181-92.
- MoH (Ed.) (1999b), Report of the Division of Primary and Women's Health, Ministry of Health, Beijing, 1999.
- MoH (1998), The design and guidance for the second National Health Service Survey, Ministry of Health, Beijing, 1998.
- MoH (1997), Proceedings of the 1996 National Health Conference, Ministry of Health, Beijing, 1997.
- MoH (1994), Research on National Health Services – An Analysis Report of the National Health Service Survey in 1993, Ministry of Health, Beijing, 1994.
- MoH (Ed.) (1986), A Report to the State Council on the Policies of Health Reform, Ministry of Health, Beijing, 1986.
- MoH (1980) The Application Report to the State Council on the Permission of the Private Medical Practice, Beijing, Ministry of Health, 1980.
- MoH (Ed.) (JG.), Chinese Health Statistical Digest, Ministry of Health, Beijing, verschiedene Jahrgänge.

- MOH / CENTRE FOR HEALTH STATISTICS AND INFORMATION (2005), Primary Analysis Report on the Survey of New Cooperative Medical Scheme, Ministry of Health, Beijing, 2005.
- MOH / CENTER FOR HEALTH STATISTICS AND INFORMATION (2004), Preliminary report on the results of the 2003 National Health Services Survey, Ministry of Health, Beijing, 2004.
- MOH / CENTER FOR HEALTH STATISTICS AND INFORMATION (1999), Reports on the 1998 National Health Service Survey results, Ministry of Health, Beijing, 1999.
- MOH / CENTER FOR HEALTH STATISTICS AND INFORMATION (1999), Preliminary report on the results of the 1998 National Health Services Survey, Beijing, Ministry of Health, 1999.
- MOH / CENTER FOR HEALTH STATISTICS AND INFORMATION (ED.) (JG.), Statistical Communiqué On Health Care Development, Beijing, verschiedene Jahrgänge [<http://www.MOH.Gov.Cn/Tjxxzx/Tjsj/Tjgb/1200404270011.htm>].
- MOH / MOF (2000), Provisional Methods for the Management of Drug Revenues and Expenditures in Hospitals, in: *Health Planning and Financing*, No. 229, Beijing, 2000.
- MOLSS (2006), On widening migrant workers` participation in health insurance schemes. <http://trs.molss.gov.cn/was40/mainframe.htm>. [abgerufen am 18.02.2007].
- MOLSS (2005), Statistic Report of labour and social security development for 2004 by Ministry of Labour and Social Security, Beijing, 2005 [http://www.molss.gov.cn/gb/zwx/2005-12/14/content_99533.htm].
- MOLSS (2003), Publicity report on social and labour security system, Ministry of Labour and Social Security, Beijing, 2003.
- MOLSS – STATISTICAL BULLETIN (JG.), Statistical Bulletin on Development in Labour and Social Security, Beijing, diverse Jahrgänge, [<http://www.molss.gov.cn/tongji/Gb/Gb2001.htm>].
- MoPH (1991a), Selected Statistics on China's Health Data: 1978-1990 (in Chinese), Ministry of Public Health, Beijing, 1991.
- MoPH (1991b), The eight five-year plan and targets for the year 2000 for China's health service (abstract), in: *Chinese Public Health Management (Zhong Guo Gong Gong Wei Sheng Guan Li)*, Vol. 5, 1991, p. 257.
- MoPH (1989), The development of China's health service in the past 40 years: health statistic information in China, 1949-1988, Ministry of Public Health, Beijing, 1989.
- MOPH / CENTER FOR HEALTH STATISTICS AND INFORMATION (2002), 2002 National Health Expenditures at various Periods (Quanguo Gege Shiqi Weisheng Shiyefei), in: *China Health Statistics Abstract 2002 (2002 Nian Zhongguo Weisheng Tongji Tiyao)*, Beijing, 2002 [<http://www.MOH.Gov.Cn/Statistics/Digest01>].
- MURPHY, R. (1980), *The Fading of the Maoist Vision: City and Country in China's Development*, New York, 1980.
- NBS OF CHINA (ED.) – STATISTICAL YEARBOOK (JG.), *China Statistical Yearbook (Zhongguo Tongji Nianjian)*, National Bureau of Statistics, Beijing, verschiedene Jahrgänge [<http://www.stats.gov.cn/english/statisticaldata/yearlydata/>].
- NBS OF CHINA (ED.) – STATISTICAL COMMUNIQUÉ SOCIAL SECURITY (JG.), *Statistical Communiqué on Labour and Social Security*, Ministry of Labour and Social Security - National Bureau of Statistics, Beijing, diverse Jahrgänge. [<http://www.stats.gov.cn/english/StatisticalCommuniques/>]
- NBS OF CHINA (ED.) – STATISTICAL COMMUNIQUÉ NATIONAL DEVELOPMENT (JG.), *Statistical Communiqué of National Economy and Social Development - National Bureau of Statistics*, Beijing, diverse Jahrgänge. [<http://www.stats.gov.cn/english/StatisticalCommuniques/>]
- NEW, P. K. / NEW, M. L. (1975), The link between health and the political structure in the new China, in: *Human Organization*, Vol. 34, 1975, pp. 237-51.
- NHEI (2000a), *The Measuring Results of Chinese Total Health Expenditure (1980-1998)*, National Health Economics Institute, Ministry of Health, Beijing, 2000.

- NHEI (2000b), Studies on China's National Health Account. Beijing, Paper presented at the Conference on China Rural Health Reform and Development, held by CHEI and IDS on November 7th – 9th, 2000, Beijing.
- NHEI / ZHAO, Y. (2005), Assessing Government Health Expenditure in China, Final Draft, Beijing, Oct. 2005, [http://siteresources.worldbank.org/INTEAPREGTOPHEANUT/Resources/502734-1129734318233/government_healthexpenditureandNHA-final.pdf].
- NHEI / ZHAO, Y. (2002), Trend in total health expenditure and factors affecting its increase, in: *Chinese Health Economics (Zhong Guo Wei Sheng Jing Ji)*, No. 2, 2002.
- o. V. (2004), New health insurance fails to reach out to many, in: *China Daily (Renmin Ribao)*, 6./7.11.2004, p. 3.
- o. V. (2002a), in: *Lianhe zaobao*, 12.09.2002.
- o. V. (2002b), in: *Beijing qingnianbao*, 02.09.2002.
- o. V. (2002c), in: *Beijing qingnianbao*, 08.07.2002.
- o. V. (2001), in: *Beijing qingnianbao*, 2001.
- o. V. (1993a), Guanyu jianli shehui zhuyi shichang jingji tixi ruogan wenti de jue ding in: *Renmin Ribao*, 17.11.1993; dt. Übersetzung in: *China aktuell*, 1993, Hamburg, S. 1084 -88.
- o. V. (1993b), in: *Shenzhen Special Economic Zone Post*, 27. 09.1993.
- PAN, X. / U. A. (2006), Service utilization in community health centres in China: a comparison analysis with local hospitals, in: *BMC Health Services Research*, 2006, Vol. 6, No. 93, 03. Aug. 2006.
- PARTSCH, M. (1983), Prinzipien und Formen sozialer Sicherung in nichtindustriellen Gesellschaften, Berlin, 1983.
- PEARSON, V. (1995), Health and Responsibility: But whose? In: Wong, L. / MacPerson (Eds.), *Social Change and Social Policy in Contemporary China*, Aldershot, 1995, pp. 88-112.
- RISIKIN, C. (1987), *China's Political Economy: The Quest for Development since 1949*, New York, 1987.
- RON, A. / ABEL-SMITH, B. / TAMBURI, G. (1990), *Health Insurance in Developing Countries, The Social Security Approach*, International Labour Office, Geneva, 1990, pp. 93-106.
- SCHARPING, T. (2007), Bevölkerungspolitik und demographische Entwicklung, in: Fischer, D. / Lackner, M. (Hg.), *Länderbericht China – Geschichte – Politik – Wirtschaft – Gesellschaft*, Bundeszentrale für politische Bildung, Bd. 631, Bonn, 3. Aufl., 2007, 50 - 71.
- SCHÖNFELDER, B. (1987), *Sozialpolitik in den sozialistischen Ländern, mit einem Beitrag von Carsten Hermann-Pillath, Die sozialistischen Staaten*, Bd. 2, München, 1987.
- SHANGHAI HEALTH INSURANCE BUREAU / SHANGHAI LABOUR AND SOCIAL SECURITY BUREAU (EDS.) (2006), Policy document on uninsured elderly participating basic health insurance schemes, Beijing, 2006 [http://www.law-lib.com/law_view.asp?id=171662, abgerufen am 04.01.2007].
- SHEN, W. (2004), Practice and Approach to NCMS in Developed Areas, in: *Chinese Health Economics Research (Zhong Guo Wei Sheng Jing Ji)*, Vol. 4, 2004, pp.42-3.
- SHENZHEN MEDICAL MANAGEMENT INSURANCE BUREAU (1994), Thinking about furthering the reform on the medical insurance system of Shenzhen, Paper presented at the International Conference on the Establishment and Improvement of Guangzhou Social Security System, Guangzhou, 4th -6th July 1994.
- SHI, W. P. (1991), Strategic aspects of re-establishing cooperative medical system, in: *Chinese Rural Health Service Administration (Zhong Guo Nong Cun Wei Sheng She Ye Guan Li)*, Vol. 6, No. 31, 1991.
- SIDEL, R. / SIDEL, V. W. (1982), *The Health of China*, Boston, 1982.
- SIDEL, V. W./ SIDEL, R. (1975), The Health Care Delivery System of the People's Republic of China, in: Newell, K. W. (Ed.), *Health, By the People*, World Health Organization, Geneva, 1975, pp.1-12.
- SINE, J. J. (1994), Demand for Episodes of China in the China Health Insurance Experiment. PhD. diss. Rand Graduate School, Santa Monica, 1994.

- SMITH, CH. J. (1998), Modernization and health care in contemporary China, in: *Health and Place*, Vol. 4, No. 2, Jun. 1998, pp. 125-39.
- SMITH, CH. J. (1993), (Over)eating success: The health consequences of the restoration of capitalism in rural China, in: *Social Science & Medicine*, Vol. 37, No. 6, Sep. 1993, pp. 761-70.
- SMITH, P. / WONG, CH. / ZAO, Y. (2004), Public Expenditure and Resource Allocation in the Health Sector in China, Draft, Washington D. C., July 2004 [http://www.worldbank.org.cn/english/content/cr1_en.pdf].
- SONG Y. (2004), Survey of and Reflection on Implementation of NCMS in Xuzhou, in: *Chinese Health Management (Zhong Guo Wei Sheng Guan Li)*, Vol. 24, No. 11, 2004, pp.32-4.
- SONG, F. / RATHWELL, T. / CLAYDEN, D. (1991), Doctors in China from 1949 to 1988, in: *Health Policy and Planning*, Vol. 6, No. 1, 1991, pp. 64-71.
- STATE DRUG ADMINISTRATION (2000), National actions in reducing drug prices, Publicity Report, Beijing, 2000.
- STATE COUNCIL RESEARCH OFFICE (1994a), A Study of the Rural Cooperative Medical System, Beijing, 1994.
- STATE COUNCIL RESEARCH OFFICE (1994b), China's labour medical and health scheme: suggestions on reform options, in: *Beijing Economic Journal*, Vol. 5, No. 9, 1994, pp. 9-16.
- SUN, G. (1993), Health Care Administration in China, in: Nagel, S. S. / Mills, M. K. (Eds.), *Public Policy in China*, Greenwood, 1993.
- SUN, G. (1992), Health Care Administration in China, in: Nagel, S. S. (Ed.), *Public Policy in China*, Westport, pp. 53-62.
- TANG, S. / U. A. (2003), Addressing inequity in access to health care in urban China: a review of health care financing reform experiment, Working Paper Series No. 2004-5, Human Development Sector, East Asia and the Pacific Region, The World Bank, Washington D. C., 2003.
- TAUBMANN, W. (2007), Naturräumliche Gliederung und wirtschaftsgeographische Grundlagen, in: Fischer, D. / Lackner, M. (Hg.), *Länderbericht China – Geschichte – Politik – Wirtschaft – Gesellschaft*, Bundeszentrale für politische Bildung, Bd. 631, Bonn, 3. Aufl., 2007, 15 - 49.
- TU, W.-M. (1985), *Confucian Thought*, Albany, 1985
- TURSHEN, M. (1978), Women and Health: Lessons from the People's Republic of China, in: *Antipode*, Vol. 10, No. 1, 1978, pp.51-63.
- UNDP (2003), *The China Human Development Report*, New York, World Bank, 2003.
- WAGSTAFF, A. / LINDELOW, M. / U. A. (2007), Extending health insurance to the rural population: an impact evaluation of China's new cooperative medical scheme, Research Working Paper No. WPS 4150, Washington D. C., 01.03.2007.
- WAGSTAFF, A. / LINDELOW, M. (2005), Can insurance increase financial risk?: the curious case of health insurance in China, Policy Research Working Paper No. 3741, World Bank, Washington, D.C., 2005.
- WANG, F. (1998), Some thoughts about the combination of medical saving account and social pooling account, in: *Chinese Health Economics (Zhong Guo Wei Sheng Jing Ji)*, Vol. 17, No. 4, 1998, pp. 34-36.
- WANG, H. (1999), Controlling for the growth of medical expenditures using the combined mechanisms of medical saving account and social pooling account, in: *Chinese Health Economics (Zhong Guo Wei Sheng Jing Ji)*, Vol. 18, No. 4, 1999, pp. 40-42.
- WANG, R. (1986), Erziehung durch die Großeltern und Kindespietät als spezielle Funktionen der traditionellen chinesischen Familie, in: *ZA-Information*, Nr. 18/1986, S. 67-74.
- WANG, H. / HUANG, G. (2000), Assessing the reform models of China's urban health insurance system, in: *Chinese Health Policy (Zhong Guo Wei Sheng)*, Vol., 2000, pp. 9-11.
- WANG, G. L. / LI, Q. (1991), Practice medical care in diverse forms to exercise good rural medical and health work, in: *MOPH News Letter (Wei Sheng Bu Wei Sheng Tong Xun)*, Vol. 30, No. 1, 1991.
- WANG, Z. Q. / YANG, S. M. (1991), Initiatives and development of cooperative medical care in township/townenterprises in Taicang County, in: *Chinese Rural Health Service Administration (Zhong Guo Nong Cun Wei Sheng She Ye Guan Li)*, Vol. 12, 1991, p. 28.

- WANG, H. / U. A. (2005), Equality of Being Benefited from CMS in China Rural Areas, in: *Chinese Health Economics (Zhong Guo Wei Sheng Jing Ji)*, Vol. 24, No. 2, 2005, pp. 16-19.
- WANG, Y. / COLLINS, C. / U. A. (2004), Health system decentralization and human resources management in low and middle income countries, in: *Public Administration and Development*, Vol. 22, 2004, pp. 439-53.
- WEGGEL, O. (1997), *China im Aufbruch. Konfuzianismus und politische Zukunft*, München, 1997.
- WEGGEL, O. (1996), *Das nachrevolutionäre China. Mit konfuzianischen Spielregeln ins 21. Jahrhundert?* Hamburg, 1996.
- WESENER, F. (2005), *Soziale Sicherung in der VR China - Bestandsaufnahme und Perspektiven*, Friedrich-Ebert-Stiftung, Beijing, Dezember 2005.
- WHO (2004a), *Health policy and system research in China*, Geneva, 2004.
- WHO (2004b), *Implementing the New Cooperative Medical Schemes in rapidly changing China: Issues and Options*, Office of the World Health Organization Representative in China, Beijing, April 2004.
- WHO (2002), *World Health Report 2002: Reducing risk, promoting healthy life*, Geneva, 2002.
- WHYTE, M. K. (1986), *Social trends in China: The Triumph of Inequality?* In: Barnett, A. D./ Clough, R. (Eds.), *Modernizing China*, Boulder, 1986, pp. 103-24.
- WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSGRUPPE FÜR WELTKIRCHLICHE AUFGABEN DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ (1997), *Soziale Sicherungssysteme als Elemente der Armutsbekämpfung in Entwicklungsländern*, Sachverständigengruppe Weltwirtschaft und Sozialethik, Wien, 1997.
- WONG, L. (2001), *Welfare Policy Reform*, in: Wong, L. / Flynn, N. (Eds.), *The Market in Chinese Social Policy*, Basingstoke, New York, 2001, pp. 38-62.
- WONG, L. (1998), *Marginalization and Social Welfare in China*, London, New York, 1998.
- WONG, L. (1995), *Reforming Welfare and relief – socializing the state's burden*, in: Wong, L. / MacPerson (Eds.), *Social Change and Social Policy in Contemporary China*, Aldershot, 1995, pp. 50-69.
- WONG, V. C. / CHIU, S. W. (1998), *Health-care reforms in the People's Republic of China – strategies and social implications*, in: *Journal of Management and Medicine*, Vol. 12, No. 4-5, 1998, pp. 270-86.
- WONG, L. / LEE, G. (1994), *Welfare in a Stratified Immigrant Society – Shenzhen's Social Policy Challenge*, Department of Public and Social Administration, City University of Hong Kong, Hong Kong, 1994.
- WONG, L. / MOK, K.-H. (1995), *The reform and the changing social context*, in: Wong, L. / MacPerson (Eds.), *Social Change and Social Policy in Contemporary China*, Aldershot, 1995, pp. 1-26.
- WORLD BANK (2005a), *China's Progress Towards the Health MDGs, Rural Health in China: Briefing Note Series, Briefing Note No.2, March 2005, Washington D. C., 2004* [http://www.worldbank.org.cn/english/content/BN2_en.pdf].
- WORLD BANK (2005b), *China's Health Sector – Why Reform is Needed, Rural Health in China: Briefing Note Series, Briefing Note No.3, April 2005, Washington D. C.* [http://www.worldbank.org.cn/english/content/BN3_en.pdf].
- WORLD BANK (2005c), *Health Service Delivery in China: A Review, Rural Health in China: Briefing Note Series, Briefing Note No.4, February 2005, Washington D. C., 2005* [http://www.worldbank.org.cn/english/content/BN4_en.pdf].
- WORLD BANK (2005d) *Public Expenditure and the Role of Government in the Chinese Health Sector, Rural Health in China: Briefing Note Series, Briefing Note No.5, May 2005, Washington D. C., 2005* [http://www.worldbank.org.cn/english/content/BN5_en.pdf].
- WORLD BANK (2005e), *Rural Health Insurance—Rising to the Challenge, Rural Health in China: Briefing Note Series, Briefing Note No.6, May 2005, Washington D. C., 2005* [http://www.worldbank.org.cn/english/content/BN6_en.pdf].
- WORLD BANK (2005f), *Improving China's Rural Health system*, World Bank Office, Beijing, September 2005.
- WORLD BANK (2004), *Taking Stock of China's Rural Health Challenges, Briefing Note Series, Briefing Note No.1, October 2004, Washington D. C., 2004* [http://www.worldbank.org.cn/english/content/BN1_en.pdf].

- WORLD BANK (1997): The Chinese Economy. Fighting Inflation, Deepening Reforms, Washington, D. C., 1997.
- WORLD BANK / IBRD (EDS.) (1997), Financing health care. Issues and options for China, Series China 2020, No. VIII, World Bank, Washington D. C., 1997.
- WU, T.-Y. (1990), Der Konfuzianismus und die chinesische Reformpolitik. Philosophische und historische Grundlagen, in: Krieger, S./ Trauzettel, R. (Hg.), Konfuzianismus und die Modernisierung Chinas, Mainz 1990, S. 357-67.
- WU, M. / XIN, Y. / U. A. (2005), Private and public cross-subsidization: financing Beijing's health insurance reform, in: *Health Policy*, Vol. 72, No. 1, Apr. 2005, pp. 41-52.
- WU, M. Z. / ZHANG, M. / U. A. (2006), Qualitative Study on the Implementation and Determinants of the New Cooperative Medical System in Rural China, Study report from World Bank-MOH-NCMS-study, Beijing, 2006.
- XU, L. / WANG, Y. / U. A. (2007), Urban health insurance reform and coverage in China using data from National Health Services Surveys in 1998 and 2003, in: *BMC Health Services Research*, Vol. 7, No. 37, 2007.
- YANG, H. (1995), Political Research on Re-establishing and Improving the Chinese Rural Cooperative Medical Care System, Paper presented at health care seminar, Beijing, 2nd –5th May 1995, Beijing Medical University, Beijing, 1995.
- YANG, X. M. (1992), Approaches to fund collection of cooperative medical care in poor areas, in: *Chinese Primary Health Care (Zhong Guo Chu Ji Wei Sheng Bao Jian)*, Vol. 8, No. 15, 1992.
- YANG, X. / WANG, F. / U. A. (2004), The experiences of NCMS pilot in Hubei, in: *Chinese Rural Health Care Management (Zhong Guo Nong Cun Wei Sheng Guan Li)*, Vol. 7, 2004, pp. 5-6.
- YANZHOU NCMS OFFICE (2004), The NCMS implementation plan, Yanzhou, 2004.
- YEP, R. (2004), Can »Tax-for-Fee«-Reform Reduce Rural Tension in China? The Process, Progress and Limitations, in: *China Quarterly*, Vol. 177, 2004, pp. 42-70.
- YI, L. / REN, M. (1999), Healthcare safety system reform, Guangzhou, 1999.
- YIN, H. (2002), The national rural health conference was convened in Beijing, in: *The People's Daily*, 29th Oct. 2002.
- YIP, W. / HSIAO, W. (1997), Medical saving accounts: Lessons from China, in: *Health Affairs*, Vol. 16, 1997, pp. 244-51.
- YOUNG, M. E. (1983), A study of Barefoot Doctors Activities in China, PhD. Diss., John Hopkins Univ., Baltimore, 1983.
- YU, D. (1992), Changing in health care financing and health status: the case of China in the 1980s, Innocenti Occasional Papers, Economic policy series No. 34, 1992.
- YUEXI COUNTY NCMS OFFICE (2003), The NCMS implementation plan, Yuexi, 2003.
- ZHA, Z. (1991), Design to establish county-level health care foundation, in: *Chinese Health Economics (Zhong Guo Wei Sheng Jing Ji)*, Vol. 9, No. 28, 1991.
- ZHAN, Z. (2005), Analysis of Factors Preventing Farmers From Being Participants, in: *Health Economy Research*, No. 4, 2005, pp 21-22:
- ZHAN, S. / TANG, S. / GUO, Y. (1997), Drug Prescribing in Rural Health Facilities in China: Implications for Service Quality an Cost, in: *IDS Bulletin*, Vol. 28, No. 1, 1997, pp. 66-71.
- ZHANG, C. M. (1991), The Cooperative Medical Care System in Yuan County, Study of Health Care Financing System in Rural China (in Chinese), in: *Shanghai Scientific and Technical Press*, 1991, pp. 85-90.
- ZHANG, F. (2004), Healthcare co-ops expanding cautiously - Setting rules, developing policies, improving management instrumental, in: *China Daily (renmin ribao)*, 6./7.11.2004, p. 1.
- ZHANG, W. (2005), Das Sozialwesen in China, Schriftenreihe Chemnitzer Beiträge zur Sozialpolitik, Bd. 2, Diss. Technische Univ. Chemnitz 2005, Hamburg, 2005.

- ZHANG, X. / FENG, Z. / ZHANG, L. (2003), Analysis on Quality of Prescription of Township Hospitals in Poor Areas, in: *Chinese Rural Health Service Management (Zhong Guo Nong Cun Wei Sheng She Ye Guan Li)*, Vol. 23, No. 12, 2003, pp. 33-5.
- ZHAO, F. X. (1992), A rapidly expanding rural cooperative health care scheme in Changzhi City, in: *Chinese Rural Health Service Administration (Zhong Guo Nong Cun Wei Sheng She Ye Guan Li)*, Vol. 9, No. 28, 1992.
- ZHAO, Y. (2001), Report on the estimation of total health expenditure in China in 1999, in: *Chinese Health Economics (Zhong Guo Wei Sheng Jing Ji)*, Vol. 13, 2001.
- ZHE, G. / QI, G. M. / U. A. (1992), Strategy of infectious disease prevention in the future ten years in China, in: *Chinese Public Health (Zhong Guo Gong Gong Wei Sheng)*, Vol. 8, No. 4, 1992, p. 145.
- ZHENG, G. C. (1997), The Path of Social Security with Chinese Characteristics (Lun Zhongguo tese de she-hui baozhang daolu), Wuhan, 1997.
- ZHENG, S. (2004), Soziale Sicherheit in der Volksrepublik China. Nachhaltige Entwicklung von Chinas sozialer Sicherheit, 2004 [<http://www.issa.int/pdf/GA2004/4zheng.pdf>].
- ZHENG, X./HILLER, S. (1995), The Reforms of the Chinese Health Care System: County Level Changes: The Jiangxi Study, in: *Social Science & Medicine*, Vol. 41, No. 8, Oct. 1995, pp. 1057-64.
- ZHOU, S. Q (1991a), The need for re-establishing Cooperative Medical System, in: *Chinese Rural Health Service Administration (Zhong Guo Nong Cun Wei Sheng She Ye Guan Li)*, No. 4, 1991, p. 65.
- ZHOU, S. Q. (1991b), Seize the right time to extent, cooperative medical insurance schemes, in: *Chinese Health Economy (Zhong Guo Wei Sheng Jing Ji)*, No. 9, 1991, p. 57.
- ZHOU, S. Q. (1991c), Cooperative medical insurance, in: *Chinese Hospital Management (Zhong Guo Yi Yuan Guan Li)*, Vol. 11, No. 5, 1991.
- ZHU, A. (1988), A systematic study of rural cooperative medical system, in: *Chinese Rural Health Service Administration (Zhong Guo Nong Cun Wei Sheng She Ye Guan Li)*, Vol. 11, 1988, p. 22.
- ZHU, Y. (1991), Model selection and fund allocation of cooperative medical care, in: *Chinese Rural Health Service Administration (Zhong Guo Nong Cun Wei Sheng She Ye Guan Li)*, Vol. 12, 1991, pp. 631-635.
- ZHU, A. R. / WU, Y. M. / YE, Y. D. (1991), Re-establish the cooperative health care, in: *Chinese Rural Health Service Administration (Zhong Guo Nong Cun Wei Sheng She Ye Guan Li)*, Vol. 12, No. 19, 1991.
- ZHU, N. / LING, Z. / U. A. (1989), Factors Associated with the Decline of the Co-operative Medical System and Barefoot Doctors in China, in: *Bulletin of World Health Organization*, Vol. 67, No. 4, 1989, pp. 431-41.
- ZUO, X. (1997), Chinas Fiscal Decentralisation and the Financing of Local Services in Poor Townships, in: *IDS Bulletin*, Vol. 28, No. 1, 1997, pp. 80-91.

Richtlinien und Empfehlungen:

- BEIJING CITY GOVERNMENT (2001), Beijing Basic Comprehensive Health Insurance Act, No. 2001-68, February 20th, Beijing, 2001.
- BEIJING CITY GOVERNMENT (1995), Beijing Catastrophic Health Insurance for Employees and Retired Employees of Local Enterprises, Paper No. 6, March 3rd, Beijing, 1995.
- CCP ORGANIZATION DEPARTMENT / MoPS / MoH (2003), Implementation Guideline On Deepening Personnel System Reform in Health-Care Institutions, Ministry of Personnel Document, No. 31 (2000), Beijing, [<http://www.moh.gov.cn>].
- MoC (2003a), Guidelines for Establishing Medical Financial Assistance Systems (MFA) for the Urban Poor, Ministry of Civil Affairs, 2003.
- MoC (2003b), Guidelines for Establishing Medical Financial Assistance Systems (MFA) for the Rural Poor, Ministry of Civil Affairs, 2003.

- MoF (1979)*, The Trial Method Being Responsible for One's Budget in the PSUs of the Art, Education and Health Sector, Ministry of Finance, Beijing, 1979.
- MoF/MoH (1998)*, Regulation of Hospital Finance and Regulation of Hospital Accounting, Beijing, 1998.
- MOF/NPC/MoH, (2000)*, Opinions on Health Budgetary Subsidy for Health Care, 93 Notices on Tax Policy on Health Facilities, MoF, Document No. 42, Beijing, July 10, 2000.
- MOF / STATE COMMISSION OF HEALTH PLANNING AND DEVELOPMENT / MoH (2000)*, The guideline for allocating government budget, Ministry of Finance, Beijing, 2000.
- MoH (2002b)*, PCR National-Standard for Health Institution, Ministry of Health, Beijing, 2002.
- MoH (2000)*, Implementing Guidelines on the further Reform of Personnel in Health Sector, Ministry of Health, Beijing, 2000.
- MoH (Ed.) (1999c)*, Opinions about Development of Community Health Services in the Cities, No. 326 Document, Beijing, 1999.
- MoH (1997)*, Decision of the Central Committee of the Chinese Communist Party and the State Council on health reform and development, Ministry of Health, Beijing, January 1997.
- MoH (1980)*, Application Report to the State Council on the Permission of the Private Medical Practice, Ministry of Health, Beijing, 1980.
- MoH – DEPARTMENT OF HEALTH PLANNING AND FINANCE (2004)*, Report on adjustment of fee schedules, Ministry of Health, Beijing, 2004.
- MoH / MoF (2000)*, Provisional Methods for the Management of Drug Revenues and Expenditures in Hospitals, Health Planning and Financing, Document No. 229, Beijing, 2000.
- MoH / MoF / MoA (2003)*, Opinions on Establishment of NCMS, Beijing, 2003.
- MoH / MoF / MoC (2003)*, Guidance on Enhancement of NCMS Pilot Counties, Beijing, 2003.
- MoH / STCMA (2004)*, Joint Notice on Further Strengthening the Management of Medical Service Prices and Drug Prices in Medical Institutions, Beijing, 2004.
- MoL (2002)*, Issue of Statistics on Development of Social Security in 2001 (2001niandu Laodong He Shehuibaozhangshiye Fazhan Tongji Gongbao), Beijing, 2002.
- MoLSS (1999)*, Directives on the establishment of the Basic Medical Treatment insurance scheme`, Ministry of Labour and Social Security, Beijing, 1999.
- NPC / MoH (2000)*, National Planning Committee and MOH's Joint Opinions on Reforming Medical Services Price Management, National Planning Committee, Beijing, 2000.
- PATRIOT HEALTH CAMPAIGN COMMITTEE (1989)*, The Announcement of Developing Healthy City Activities, Beijing, 1989.
- STATE COUNCIL (2001)*, State Council's Guidelines on Rural Health Reform and Development, Beijing, 2001.
- STATE COUNCIL (2000a)*, Decision to establish urban employee's basic health insurance system 1998, Beijing, Neuveröffentlichung 2000.
- STATE COUNCIL (2000b)*, Implementing Guideline for Classified Administration on Urban Medical Institutions, Beijing, 2000.
- STATE COUNCIL (1999)*, 10 Ministries' Opinions On The Development Of Urban Community Health Services, Beijing, July 16, 1999.
- STATE COUNCIL (1998a)*, State Council's Decisions on Building Up a Basic Medical Insurance for Urban Employees, Beijing, 1998.
- STATE COUNCIL (1998b)*, Resolution on building a basic health insurance system for urban employees and workers, on: High Level Discussion Conference on Chinese Health Care Reform, December 14th 1998, Beijing, 1998.

STATE COUNCIL (1997a), Decision of the Central Committee of the Chinese Communist Party and the State Council on Health Reform and Development', Government Policy Statement, 15 January 1997, Beijing

STATE COUNCIL (1997b), Circular of the CPC Central Committee on Transmitting some Suggestions on the Development and Improvement of Rural Cooperative Medical Care submitted by the Ministry of Health and other Agencies, 28 May 1997.

STATE COUNCIL (1989), The Recommendation Regarding the Expansion of Health Care Reform, Beijing, 1989.

STATE COUNCIL / CENTRAL COMMITTEE OF CP (2002a), Decisions of the Central Committee of the Communist Party of China and the State Council on further strengthening rural health work, Beijing, 2002.

STATE COUNCIL / CENTRAL COMMITTEE OF CP (2002b), Decision on Enhancement on Health Work in Rural Areas, Central Committee of the Communist Party of China and the State Council, Beijing, 2002.

STATE COUNCIL / CENTRAL COMMITTEE OF CP (2002c), Central Party Committee and State Council's Decision on Establishing a New CMS for Rural Population, Beijing, 2002.

STATE COUNCIL / CENTRAL COMMITTEE OF CP (2002d), Decision about the development of rural health care, Policy Document No. 13, Beijing, 2002.

STATE COUNCIL / CENTRAL COMMITTEE OF CP (1997a), Decision on Health Reform and Development by the Central Party Committee and State Council, Beijing, January 15, 1997.

STATE COUNCIL / CENTRAL COMMITTEE OF CP (1997b), Decision about development of urban health care system. Policy Document No. 4, Beijing, 1997.

STATE COMMISSION OF PLANNING AND DEVELOPMENT (2000), Reforms of drug pricing policy, Document No. 961, Beijing, 2000.

STATE DEVELOPMENT AND PLANNING COMMISSION / MoH (2000), Opinions on Reforming Price Management in Medical Service, Beijing, 2000.

Chinesische Gesetzestexte:

29.12.2001: Zhong hua ren min gong he guo ren kou yu ji hua sheng yu fa (Das Bevölkerungs- und Familienplanungsgesetz der VR China).

24.04.2001: Lao dong he she hui bao zhang shi ye fa zhan di shi ge wu nian ji hua gang yao (Planskizze des 10. Fünfjahresplans für die Entwicklung der Arbeit und sozialen Sicherung. Lao she bu fa 2001, Nr. 5).

23.01.1994: Nong cun wu bao gong yang gong zuo tiao li (Bestimmungen für die Versorgungsarbeit der »Fünf-Garantien« auf dem Lande. Erlass des Staatsrats, Nr. 141).

05.07.1994: Zhong hua ren min gong he guo lao dong fa (Das Arbeitsgesetz der VR China).

15.01.1997: Zhong gong zhong yang, guo wu yuan guan yu wei sheng gai ge yu fa zhan de jue ding (Beschluss des Zentralkomitees der Kommunistischen Partei Chinas sowie des Staatsrats über die Reform und Entwicklung des Gesundheitswesens. Zhong fa 1997, Nr. 3).

14.12.1998: Guo wu yuan guan yu jian li cheng zhen zhi gong ji ben yi liao bao xian zhi du de jue ding (Beschluss des Staatsrats zur Basiskrankenversicherung für Arbeiter und Angestellte in den Städten. Guo fa 1998, Nr. 44).

22.01.1999: She hui bao xian fei zheng jiao zan xing tiao li (Vorläufige Bestimmungen zur Einzahlung des Sozialversicherungsbeitrags. Erlass des Staatsrats, Nr. 259).

01.12.1999: Guan yu yin fa she hui bao zhang ka jian she zong ti gui hua de tong zhi (Bekanntgabe zur Einführung des »Ausweises für soziale Sicherung«. Lao she bu han 1999, Nr. 213).

24.04.2001: Lao dong he she hui bao zhang shi ye fa zhan di shi ge wu nian ji hua gang yao (Planskizze des 10. Fünfjahresplans für die Entwicklung der Arbeit und sozialen Sicherung. Lao she bu fa 2001, Nr. 5).

- 12.07.2001: Zhong de she hui bao xian xie ding (Sozialversicherungsabkommen zwischen China und Deutschland).
- 29.12.2001: Zhong hua ren min gong he guo ren kou yu ji hua sheng yu fa (Das Bevölkerungs- und Familienplanungsgesetz der VR China).
- 29.04.2002: Zhong guo nong cun chu ji wei sheng bao jian fa zhan gang yao. 2001-2010 (Entwicklungsskizze der primären medizinischen Versorgung auf dem Lande. 2001-2010. Wei ji fu fa 2002, Nr. 115).
- 29.10.2002: Zhong gong zhong yang guo wu yuan guan yu jin yi bu jia qiang nong cun wei sheng gong zuo de jue ding (Beschluss des Zentralkomitees der Kommunistischen Partei Chinas sowie des Staatsrats über die weitere Stärkung der ländlichen Gesundheitsarbeit. Zhong fa 2002, Nr. 13).
- 18.12.2002: Guan yu nong cun wei sheng ji gou gai ge yu guan li de yi jian (Vorschläge zur Reform und Verwaltung der ländlichen Einrichtungen für medizinische Versorgung. Wei ji fu fa 2002, Nr. 315).

Websites:

www.molss.gov.cn (Ministry of Labour and Social Security)
www.mca.gov.cn (Ministry of Civil Affairs)
www.moh.gov.cn (Ministry of Health)
www.stats.gov.cn (National Bureau of Statistics of China)
www.chinapop.gov.cn (China Population)
www.chinasafety.gov.cn (Staatl. Kontroll- und Aufsichtsamt für Produktionssicherheit)
www.ndrc.gov.cn (National Development and Reform Commission)
www.cass.net.cn (Chinese Academy of Social Sciences)
www.clssn.com (China Labour and Social Security News)
www.worldbank.com
www.oecd.org
www.piccnet.com.cn PICC (The People's Insurance Company of China)