

erlassen, in der auch die Rentenversicherung der ländlichen Wanderarbeiter geregelt wird.<sup>571</sup> Daher hat der Prozess einer Zusammenführung beider Systeme bereits begonnen.

### 3. Würdigung

Im Integrationsprozess der sozialen Altersversicherungen wurde ein Grundmodell ausgearbeitet. Nun werden alle sozialen Altersversicherungen nach dem Modell „Solidarfonds mit Individualkonto“ errichtet. Der Solidarfonds der städtischen Rentenversicherung ist weiterhin beitragsfinanziert, allerdings existiert nun eine steuerfinanzierte Basisrente auf dem Land. Ob eine einheitliche Basisrente für alle Bürger auf dieser Grundlage entwickelt wird, ist zurzeit noch unklar. Aber die Errichtung einer einheitlichen Basisrente wurde schon von einigen Experten vorgeschlagen.<sup>572</sup> Die Koordinierung der Altersversicherungen könnte meines Erachtens damit weiter geführt werden, dass der Solidarfonds der städtischen Rentenversicherungen durch eine Basissicherung, die durch Beiträge der Arbeitgeber und Steuern finanziert würden, ersetzt würde. Sie sollte leistungsdefiniert sein und im Umlageverfahren verwaltet werden. Auf dem Land könnten die Basisrente, die Bodensicherung und die Steuerermäßigung eine Basissicherung bilden. Je nach Beruf könnten unterschiedliche beitragsdefinierte Zusatzsicherungen greifen.

Mit der Einführung der Basisrente ist es nach meiner Ansicht sehr fraglich, ob die chinesischen Altersversicherungen weiter als „Sozialversicherung (社会保险 shèhuì bǎoxiǎn)“ bezeichnet werden können. Sie umfassen jetzt Solidarfonds, Basisrente und Individualkonten, die jeweils im Umlageverfahren oder im Kapitaldeckungsverfahren verwaltet werden. Die Teilnahme an der ländlichen Altersversicherung ist nun freiwillig. Dies differenziert sie schon sehr von der klassischen Sozialversicherung.

## II. Gesundheitssicherung

Sowohl der Aufbau der Alterssicherung gestaltet sich als schwierig, als auch die Gesundheitssicherung. Keine andere Reform der sozialen Sicherung hat wie die Gesundheitsreform direkt unter der Umwandlung der staatlichen Verantwortung mehr gelitten.

---

571 § 2 Abs. 1 der Vorläufigen Maßnahmen zur Übertragung und Fortsetzung der Rentenversicherungsbeziehungen der Arbeitnehmer in städtischen Unternehmen von 2009.

572 李迎生, 立足现实, 面向未来: 农村养老保障制度改革的过渡模式设计 (Li, Yingsheng, Ein Übergangsmodell der ländlichen Alterssicherungsreform), in: 社会保障制度 (Social Security System), 2006/2, S. 27ff.; 葛延风, 完善城镇职工养老保险制度的思路与对策 (Ge, Yanfeng, Approaches and Policies to Enhance the Workers' Pension System in Urban Areas), in: 陈佳贵/王延中, 中国社会保障发展报告2001-2004 (Chen, Jiagui/Wang, Yanzhong (Hrsg.), China Social Security System Development Report 2001-2004), S. 197ff.; 唐钧, 中国的社会保障政策评析 (Tang, Jun, Kommentar zur chinesischen Sozialpolitik), in: 东岳论丛 (Dong Yue Tribune), 2008/1, S. 12ff.

Die Kosten für eine „rationale Verantwortungsbeteiligung zwischen Staat, Gesellschaft und dem Einzelnen“ wurden lange Zeit von den Bürgern allein getragen.

### 1. Tradition des Gesundheitswesens

Seit Gründung der Volksrepublik hat die chinesische Regierung sich bemüht, durch die einheitliche Planung ein umfassendes Gesundheitssystem für alle Bürger aufzubauen. Ein Drei-Stufen-Netz von Krankenhäusern und Sanitätsstationen gewährleistete als Einrichtungen des öffentlichen Gemeinwohls eine primäre medizinische Versorgung mit Prävention und medizinischer Behandlung. Durch das kostenlose Gesundheitsabsicherungssystem in den Städten und das kooperative medizinische System auf dem Land, die den größten Teil der Bevölkerung umfassten, wurden die medizinischen Dienstleistungen hauptsächlich vom Staat und Kollektiv finanziert. Bis 1980 übernahmen die Regierung und die soziale Gesundheitsabsicherung ca. 80% der Gesamtausgaben des Gesundheitswesens.<sup>573</sup>

Das Gesundheitssystem in der Periode der Planwirtschaft entsprach den damaligen wirtschaftlichen, politischen und gesellschaftlichen Grundlagen. Mit dem Finanzsystem der einheitlichen Einnahmen und Ausgaben konnte die staatliche Umverteilungsfunktion sich voll entfalten. Die überwiegende Rolle des Volks- und Kollektivseigentums vereinfachte das Aufbringen des Gesundheitsabsicherungsfonds. Die große Mobilisierungsfähigkeit der Regierung gewährleistete die Teilnahme der Bürger an der patriotischen Hygienebewegung.<sup>574</sup> In der Periode der Planwirtschaft wurden nur ca. 3% BIP in China für die medizinischen Aufwendungen ausgegeben, damit wurden die Bedürfnisse der Bevölkerung an medizinischer Versorgung grundsätzlich befriedigt.<sup>575</sup> Dieses System wurde deswegen von internationalen Organisationen wie der WHO und der Weltbank als Vorbild für Entwicklungsländer bezeichnet.<sup>576</sup>

Die Partei wollte in der Wirtschaftsreform die Erfolge des Gesundheitswesens weiter ausbauen. „Jeder genießt medizinische Versorgung“ wurde als „ein wichtiges Ziel der sozialistischen Modernisierung“ und „eine wichtige Voraussetzung der nachhaltigen wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklung“ im „Beschluss des Zentralkomitees der KP Chinas und des Staatsrats über die Reform und die Entwicklung des Gesundheitswesens“ von 1997<sup>577</sup> formuliert. Dieser Beschluss hielt an den konsequenten

---

573 卫生部, 2004年中国卫生统计提要 (*Gesundheitsministerium, Health Expenditure Report 2004*), <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjty/digest2004/s30.htm> (Stand: 15. 07. 2010).

574 葛延风/贡森, 中国医改: 问题, 根源, 出路 (*Ge, Yanfeng/Gong, Sen, Chinese Healthcare Reform*), S. 79.

575 Ausführlich vgl: 王绍光, 政策导向, 汲取能力与卫生公平 (*Wang, Shaoguang, State Policy Orientation, Extractive Capacity and the Equality of Healthcare in Urban China*), in: 中国社会科学 (*Social Sciences in China*), 2005/6, S. 101ff; 葛延风/贡森, 中国医改: 问题, 根源, 出路 (*Ge, Yanfeng/Gong, Sen, Chinese Healthcare Reform*), S. 2ff.

576 *World Bank, Financing Health Care: Issues and Options for China*. S. 2ff.

577 中共中央, 国务院关于卫生改革与发展的决定, 中发 (1997) 3号, vom 15. 01. 1997.

Richtlinien „das Gesundheitswesen ist ein öffentliches Wohlfahrtswesen, dafür muss die Regierung wichtige Verantwortung übernehmen“ fest und verlangte „die gesellschaftliche Effizienz an die erste Stelle zu stellen, um der einseitigen Berücksichtigung von wirtschaftlicher Effizienz vorzubeugen“.<sup>578</sup> Wie früher das ländliche Gesundheitssystem und die Prävention Arbeitsschwerpunkte des Gesundheitswesens waren, sind sie dies auch heute noch. Die Regierungen verschiedener Ebenen haben für das Gesundheitswesen mehr Geldmittel anzulegen, bis Ende des 20. Jahrhunderts sollte die Gesamtsumme der Gesundheitskosten ca. 5% BIP betragen.<sup>579</sup>

Allerdings standen die Regierungsmaßnahmen in dieser Phase im Gegensatz zu den im Parteibeschluss von 1997 festgelegten Richtlinien. Die Gesundheitsreform wurde seit den 1980er Jahren tief beeinflusst durch das liberale Reformmodell der Staatsunternehmen – marktorientierte Reform und Kommerzialisierung, und wich daher lange Zeit von dem „öffentlichen Wohlfahrtswesen“ ab.

## 2. Gesundheitsreform 1985 – 2005

### a) Wirtschaftlicher Hintergrund und Orientierungslinien

Die Hauptaufgabe der Wirtschaftsreform in den 1980er Jahren lag darin, durch die wirtschaftliche Dezentralisierung die Vitalität der Unternehmen anzureizen. Die Gesundheitsreform kopierte im Wesentlichen das Modell der Unternehmensreform.<sup>580</sup> Die Regierung versuchte mittlerweile durch Einführung der freien Konkurrenz auf dem Markt die wirtschaftliche Effizienz der Krankenhäuser zu steigern. Mit der Parole „Effizienz genießt Priorität“ wurden die finanzielle Entlastung des Staates und die Selbstverantwortung der Einzelnen für die Gesundheitskosten besonders bevorzugt.<sup>581</sup>

Auf der anderen Seite hatte die seit 1980 eingeleitete Finanzreform<sup>582</sup> auf die Ausrichtung der Gesundheitsreform unmittelbar eingewirkt. Mit der finanziellen Dezentralisierung in den 1980er Jahren waren die lokalen Regierungen für ihr Finanzwesen die voll verantwortlich. Die regionalen Regierungen, insbesondere die Regierungen auf Kreisebene übernahmen die Hauptverantwortung für das Gesundheitswesen. Demgegenüber wurde die Finanzfähigkeit der Zentralregierung stark geschwächt.<sup>583</sup> Die Einnahmenquote des Staates ist von 31.2% BIP 1978 auf 10.7% BIP 1995 stetig gesunken,

---

578 Nr. 1 des Beschlusses des Zentralkomitees der KP Chinas und des Staatsrats über die Reform und Entwicklung des Gesundheitswesens von 1997: Ziele und Richtlinien.

579 Nr. 1 des Beschlusses des Zentralkomitees der KP Chinas und des Staatsrats über die Reform und Entwicklung des Gesundheitswesens von 1997: Ziele und Richtlinien.

580 Ausführlich vgl. 劳动和社会保障部社会保障研究所, 中国卫生改革的方向与总体思路 (*Forschungsinstitut für soziale Sicherheit beim Ministerium für Arbeit und soziale Sicherheit, Vorschläge zur Gesundheitsreform*), in: 社会保障研究 (Forschung über sozialen Sicherheit), 2007/3, S. 19.

581 Vgl. 王绍光, 政策导向, 汲取能力与卫生公平 (*Wang, Shaoguang, State Policy Orientation, Extractive Capacity and the Equality of Healthcare in Urban China*), in: 中国社会科学 (Social Sciences in China), 2005/6, S. 105.

582 Ausführlich: Erster Teil, Finanzsystem.

583 Ausführlich: Erster Teil, Wirtschaftsreform.

davon betrug die Einnahmenquote der Zentralregierung nur knapp 5% BIP.<sup>584</sup> Die Zentralregierung war lange Zeit nicht fähig, die finanzielle Verantwortung für das Gesundheitssystem zu übernehmen.

Mit dem Aufbau des Systems der Steuereinnahmenaufteilung flossen die Einnahmen seit 1994 wieder zur Zentralregierung, allerdings blieb die Ausgabenverantwortung für das Sozialwesen noch bei den regionalen Regierungen. Wegen den finanziellen Schwierigkeiten reduzierten die regionalen Regierungen ihre Ausgaben für den öffentlichen Gesundheitsdienst. Um die finanzielle Lücke zu füllen, haben die Regierungen den öffentlichen Krankenhäusern erlaubt, durch Preiserhöhung ihre Kosten auszugleichen. Die Gesundheitseinrichtungen beschränkten seitdem den Weg der Kommerzialisierung.

Im Jahre 2002 betrug die Ausgaben des Staates für das Gesundheitswesen nur 15.2% der gesamten Gesundheitsausgaben, demgegenüber haben die sozialen Versicherungen und die Arbeitseinheiten 26.5%, die Einzelnen 58.3% der gesamten Gesundheitsausgaben getragen.<sup>585</sup>

Tabelle 14: *Gesamte Gesundheitsausgaben 1980-2006*

|  | 1980  | 1990  | 1995   | 2000   | 2005   | 2006   |
|--|-------|-------|--------|--------|--------|--------|
| <i>Gesamte Gesundheitsausgaben (100 Mio. RMB)</i>                        | 143.2 | 747.4 | 2155.1 | 4586.6 | 8659.9 | 9843.3 |
| <i>Gesundheitsausgaben der Regierung</i>                                 | 51.9  | 187.3 | 387.3  | 709.5  | 1552.5 | 1778.9 |
| <i>Gesundheitsausgaben der Sozialversicherungen und Arbeitseinheiten</i> | 61.0  | 293.1 | 767.8  | 1171.9 | 2586.4 | 3210.9 |
| <i>Gesundheitsausgaben der Einzelnen</i>                                 | 30.3  | 267.0 | 1000.0 | 2705.2 | 4521.0 | 4853.5 |
|  |       |       |        |        |        |        |
| <i>Prozentsatz der Gesundheitsausgaben</i>                               | 100.0 | 100.0 | 100.0  | 100.0  | 100.0  | 100.0  |
| <i>Gesundheitsausgaben der Regierung</i>                                 | 36.2  | 25.1  | 18.0   | 15.5   | 17.9   | 18.1   |
| <i>Gesundheitsausgaben der Sozialversicherungen und Arbeitseinheiten</i> | 42.6  | 39.2  | 35.6   | 25.5   | 29.9   | 32.6   |
| <i>Gesundheitsausgaben der Einzelnen</i>                                 | 21.2  | 35.7  | 46.4   | 59.0   | 52.2   | 49.3   |
| <i>Anteil der Gesundheitsausgaben an BIP</i>                             | 3.15  | 4.00  | 3.54   | 4.62   | 4.73   | 4.67   |
| <i>Gesundheitsausgaben pro Kopf</i>                                      | 14.51 | 65.4  | 177.9  | 361.9  | 662.3  | 748.8  |
| <i>in den Städten</i>  | ...   | 158.8 | 401.3  | 828.6  | 1122.8 | 1248.3 |
| <i>auf dem Land</i>  | ...   | 38.8  | 112.9  | 209.4  | 318.5  | 361.9  |

Quelle: <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjty/digest2008/q119.htm>.

## b) An der Selbstverantwortung orientierte Reform der Gesundheitsabsicherung

Der Zusammenbruch des alten Gesundheitsabsicherungssystems fing mit der Dekollektivierung der Landwirtschaft an und erreichte seinen Tiefpunkt mit der Einführung der Grundkrankenversicherung für Arbeitnehmer in den Städten. Der größte Teil der

584 国家统计局, 中国统计摘要2004 (*National Bureau of Statistics of China, China Statistical Abstract 2004*), S. 69.

585 *Gesundheitsministerium, Health Expenditure Report 2002*, <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjty/digest2004/s30.htm> (Stand: 15. 07. 2010).

Bauern und die nicht beschäftigten Stadtbewohner genossen seitdem lange Zeit keine staatliche und kollektive Unterstützungen für die medizinische Versorgung, sie mussten hierfür selbst zahlen. Nach dem Bericht des Gesundheitsministeriums waren ca. 50% der städtischen Bevölkerung und ca. 80% der ländlichen Bevölkerung im Jahre 2003 überhaupt nicht von den Krankenversicherungen und anderen Absicherungsmaßnahmen erfasst.<sup>586</sup>

Die Versicherten der neu eingeführten sozialen Krankenversicherungen (Grundkrankenversicherung für Arbeitnehmer in den Städten, Grundkrankenversicherung für die städtischen Bewohner sowie das ländliche kooperative medizinischen System<sup>587</sup>) leiden unter der deutlichen Absenkung des Leistungsniveaus. Diese sozialen Krankenversicherungen wurden hauptsächlich nur für die medizinische Behandlung schwerer Krankheiten errichtet. Das bedeutet, dass die ambulanten Behandlungen meistens von den Versicherten selbst finanziert werden müssen.<sup>588</sup> Außerdem sind die Regelungen über die Leistungsniveaus auch sehr streng. Mit der Einführung der Höchst- und Mindestauszahlungsgrenzen müssen bei der Grundkrankenversicherung für Arbeitnehmer durchschnittlich ca. 40% der Behandlungskosten,<sup>589</sup> bei der neuen kooperativen medizinischen Sicherung über 70% der Kosten<sup>590</sup> von den Versicherten selber getragen werden.

Tabelle 15: *Prozentuale Aufteilung der Bevölkerung nach Zweigen der Gesundheitssicherung (2003)*

|                                      | Total (%) | Stadt (%) | Land (%) |
|--------------------------------------|-----------|-----------|----------|
| Kooperative Krankenversicherung      | 8.8       | 6.6       | 9.5      |
| Grundkrankenversicherung             | 8.9       | 30.4      | 1.5      |
| Versicherung für schwere Krankheiten | 0.6       | 1.8       | 0.1      |
| Beamtenversicherung                  | 1.2       | 4.0       | 0.2      |
| Arbeiterversicherung                 | 1.3       | 4.6       | 0.1      |
| Andere soziale Versicherungen        | 1.4       | 2.2       | 1.2      |
| Private Krankenversicherung          | 7.6       | 5.6       | 8.3      |
| Selbstfinanzierung                   | 70.3      | 44.8      | 79.0     |

Quelle: <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/pjtjy/digest2004/s55.htm>.

586 卫生部统计信息中心, 第三次国家卫生服务调查分析报告 (*Statistikzentrum des Gesundheitsministeriums*, Abstract of the Report on the 3rd National Health Service Investigation and Analysis), in: 中国医院 (Chinese Hospitals), 2005/1, S. 7.

587 Ausführlich vgl. Dritter Teil, Vorsorgesysteme.

588 葛延风/贡森, 中国医改: 问题, 根源, 出路 (*Ge, Yanfeng/Gong, Sen, Chinese Healthcare Reform*), S. 12.

589 高书生, 社会保障改革何去何从 (*Gao, Shusheng, Die Reform der sozialen Sicherheit steht am Scheideweg*), S. 296.

590 新型农村合作医疗试点工作评估组, 发展中的中国新型农村合作医疗 — 新型农村合作医疗试点工作评估报告 (*Abschätzungsgruppe für die Pilotprojekte des neuen kooperativen medizinischen Systems*, Das chinesische neue kooperative medizinische System in der Entwicklungsphase - Abschätzungsbericht über das neue kooperative medizinische System), S. 12.

Die Ausgabenkontrolle der oben erwähnten sozialen Krankenversicherungen wird hauptsächlich durch strikte Beschränkung der Leistungen von versicherten Personen erreicht. Die Krankenhäuser hingegen werden nicht kontrolliert. Die versicherten Personen der Krankenversicherungen müssen die medizinischen Kosten zuerst selbst bezahlen, dann erhalten sie mit umständlichen Formalitäten von den Sozialversicherungsträgern die Erstattung. Für die Landbewohner ist dies besonders umständlich.<sup>591</sup> Bei der Grundkrankenversicherung für Arbeitnehmer in Städten wird ein Individualkonto für die Kosten der ambulanten Behandlungen eingeführt, in das knapp 50% der Gesamtbeiträge von Arbeitnehmer und Arbeitgeber eingezahlt werden. Dieses aus der gesetzlichen Rentenversicherung kopierte Modell wird von Anfang an von den Experten kritisiert.<sup>592</sup> Die Solidaritätsfunktion der sozialen Krankenversicherung wird wegen der Einführung des Individualkontos beschränkt, da der Solidarfonds nur über 4.2% der Lohnsumme und damit knapp über 50% der Gesamtbeiträge verfügt. Für die Versicherten, die oft krank sind, ist die Summe des individuellen Kontos zu niedrig. Das bedeutet, dass er die Basiskrankenversorgung hauptsächlich selbst finanzieren muss.<sup>593</sup> In der Tat sind die Verwaltungskosten für die individuellen Konten ziemlich hoch, die Zinsen aber zu niedrig. Die Gelder werden oft von den Versicherten für andere Zwecke oder von anderen Personen benutzt.<sup>594</sup>

Die Betonung von Selbstverantwortung des Einzelnen ist sogar der Leitgedanke des Aufbaus der medizinischen Hilfe geworden. Manche Regelungen der sozialen Krankenversicherungen, wie die Regelungen über die Höchst- und Mindestauszahlungsgrenzen, und die Beschränkung der Leistungen auf die schweren Krankheiten wurden auch in den meisten Pilotplänen der medizinischen Hilfe eingeführt.<sup>595</sup> Wegen den strengen

---

591 葛延风/贡森, 中国医改: 问题, 根源, 出路 (*Ge, Yanfeng/Gong, Sen, Chinese Healthcare Reform*), S. 13; 新型农村合作医疗试点工作评估组, 发展中的中国新型农村合作医疗 — 新型农村合作医疗试点工作评估报告 (*Gesundheitsministerium, Abschätzungsgruppe für die Pilotprojekte des neuen kooperativen medizinischen Systems, Das chinesische neue kooperative medizinische System in der Entwicklungsphase - Abschätzungsbericht über das neue kooperative medizinische System*), S. 3.

592 Siehe: 高书生, 社会保障改革何去何从 (*Gao, Shusheng, Die Reform der sozialen Sicherheit steht am Scheideweg*), S. 171.

593 劳动和社会保障部社会保障研究所, 关于中国医疗保障制度改革的框架性建议 (*Forschungsinstitut für soziale Sicherheit beim Ministerium für Arbeit und soziale Sicherheit, Vorschläge für die Reform des chinesischen Gesundheitssystem*), in: 社会保障研究 (Forschung über sozialen Sicherheit), 2007/5, S.16; 林嘉, 社会保障法的理念, 实践与创新 (*Lin, Jia, Theory, Practice and Innovation on Social Security Law*), S. 228ff.; 高书生, 社会保障改革何去何从 (*Gao, Shusheng, Die Reform der sozialen Sicherheit steht am Scheideweg*), S. 171; 葛延风/贡森, 中国医改: 问题, 根源, 出路 (*Ge, Yanfeng/Gong, Sen, Chinese Healthcare Reform*), S. 12.

594 Beispielsweise werden mit Hilfe der Versicherungskarte, die eine Bankkarte gleicht, in Apotheken neben Medikamente auch Hautpflegeprodukte gekauft. Die Versichertenkarte wird beispielsweise auch an Familienmitglieder verliehen. 劳动和社会保障部社会保障研究所, 关于中国医疗保障制度改革的框架性建议 (*Forschungsinstitut für soziale Sicherheit beim Ministerium für Arbeit und soziale Sicherheit, Vorschläge für die Reform des chinesischen Gesundheitssystem*), in: 社会保障研究 (Forschung über sozialen Sicherheit), 2007/5, S.16.

595 Ausführlich vgl. 陈佳贵/王延中, 中国社会保障发展报告 (2007) No. 3 (*Chen, Jiagui/Wang, Yanzhong* (Hrsg.), *China Social Security System Development Report (2007) No. 3*), S. 134.

Beschränkungen ist das Leistungsniveau der medizinischen Hilfe sehr gering. Das Phänomen „Krankheit führt zur Armut“ wurde dadurch nicht wie erwartet vermindert.

Das niedrige Leistungsniveau beeinträchtigte die Motivation der Bürger, an den neuen Krankenversicherungen teilzunehmen. Insbesondere bei dem neuen ländlichen kooperativen medizinischen System, bei dem die Teilnahme freiwillig ist, blieb die Teilnehmerate lange Zeit auf niedrigem Niveau. 2003 lag die Deckungsrate des neuen kooperativen medizinischen Systems bei nur 8.8%, der Grundkrankenversicherung für Beschäftigte in Städten bei nur 8.9% der Bevölkerung.<sup>596</sup>

### c) Marktorientierte Reform der öffentlichen Gesundheitsdienste

In der Periode der Planwirtschaft wurde das öffentliche Gesundheitswesen als ein Teil der sozialen Wohlfahrt behandelt. Der Staat kontrollierte die Preise der medizinischen Dienstleistungen und der Arzneimittel, damit die Gesundheitsleistungen im Rahmen des Möglichen für alle Bürger finanzierbar waren. Vor 1978 bekamen die Krankenhäuser über 50% ihrer Einnahmen aus dem Regierungshaushalt.<sup>597</sup> Um die Finanzbelastung zu mindern, hat die Regierung ab 1985 die Reform des Gesundheitswesens eingeleitet.<sup>598</sup> Als Schwerpunkt der Reform wurde die Erweiterung der autonomen Befugnisse der Krankenhäuser im Bericht des Gesundheitsministeriums über die Gesundheitsreform von 1985 vorgebracht.<sup>599</sup>

Mit der Einführung eines Haushaltsverantwortungssystems in den öffentlichen Krankenhäusern wurden die staatlichen Finanzierungen für den Gesundheitsdienst deutlich verringert, bis Ende der 1990er Jahre betragen die Zuschüsse der Regierung nur 6% der Einkommen der Krankenhäuser.<sup>600</sup> Statt der finanziellen Unterstützung wurden die Krankenhäuser von der Regierung ermächtigt, die Preise der medizinischen Dienstleistungen und der Arzneimittel zu erhöhen,<sup>601</sup> damit die Finanzlücke geschlossen werden konnte. Die Einkommen aus Dienstleistungen und Arzneimittel sind seitdem die Haupteinnahmequellen der öffentlichen Krankenhäuser geworden.

Die Bewirtschaftungsautonomie mit der Erlaubnis zur Festsetzung und Erhöhung der Preise führte zu einem Missbrauch in den öffentlichen Krankenhäusern, indem die

---

596 *Gesundheitsministerium*, Health Expenditure Report 2004, <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjty/200805/35311.html> (Stand: 15. 07. 2010).

597 王绍光, 政策导向, 汲取能力与卫生公平 (Wang, Shaoguang, State Policy Orientation, Extractive Capacity and the Equality of Healthcare in Urban China), in: 中国社会科学 (Social Sciences in China), 2005/6, S. 109.

598 卫生部, 关于卫生工作改革若干政策问题的报告 (Bericht des Gesundheitsministeriums über einige politische Linien der Gesundheitsreform), 国发 (1985) 62号, vom 25. 04. 1985, in: 中国卫生年鉴 (Yearbook of Public Health in The People's Republic of China), S. 389ff.

599 Bericht des Gesundheitsministeriums über einige politische Linien der Gesundheitsreform von 1985.

600 王绍光, 政策导向, 汲取能力与卫生公平 (Wang, Shaoguang, State Policy Orientation, Extractive Capacity and the Equality of Healthcare in Urban China), in: 中国社会科学 (Social Sciences in China), 2005/6, S. 109.

601 Nr. 8 des Berichts des Gesundheitsministeriums über einige politische Richtlinien der Gesundheitsreform von 1985.

Krankenhäuser den Patienten aus Profitmotiven nicht bedarfsgerechte Dienste und Arzneimittel anboten und daraufhin hohe Rechnungen erstellten. Die Behandlungskosten stiegen deshalb in den 1990er Jahren enorm. Mangels ausreichenden Krankenversicherungsschutzes konnten viele Patienten die Kosten der medizinischen Behandlung nicht tragen. Sie blieben entweder der Behandlung fern oder gerieten wegen der hohen Belastung in Armut.

Während die städtischen Krankenhäuser durch die marktorientierte Reform expandierten, schrumpfte das Gesundheitsnetz für Prävention und Gesundheitserhaltung mangels staatlicher finanzieller Unterstützung, da es gerade nicht kommerziell bewirtschaftet wird. Demzufolge erhöhte sich das Auftreten von Infektionskrankheiten und Epidemien in den letzten Jahren erheblich.<sup>602</sup>

#### d) „ein ungerechtes Gesundheitssystem“

Das chinesische Gesundheitssystem geriet seit der Reform in einen Teufelskreis. Einerseits erhöhten sich die Behandlungskosten rasant, andererseits sanken das Leistungsniveau und die Deckungsrate der Gesundheitsabsicherung deutlich ab. Dies führte zu dem Verzicht der armen Bevölkerung auf medizinische Behandlung und zu neuer Armut wegen der hohen finanziellen Belastung. Nach einem Untersuchungsbericht des Ministeriums für Zivile Angelegenheiten sind Krankheiten am Anfang des 21. Jahrhunderts die häufigste Ursache für Armut in China geworden.<sup>603</sup> Der Gesundheitszustand der Bevölkerung, der im Allgemeinen durch die durchschnittliche Lebenserwartung und die Säuglingssterblichkeit widerspiegelt wird, verbesserte sich seit den 1980er Jahren nicht mehr deutlich wie vor der Reform.<sup>604</sup>

In der Gesundheitsreform hat der Staat nur eines seiner Hauptziele – Reduzierung der staatlichen Finanzbelastung für das Gesundheitssystem – erreicht. Die Gesamtsumme der Gesundheitsausgaben ist von 3.17% BIP im Jahre 1980 auf 5.62 % BIP im Jahre 2003 gestiegen, davon wurden nur 17% der Gesundheitskosten im Jahre 2003 aus dem Regierungshaushalt finanziert.<sup>605</sup> Der Anstieg der Gesundheitsausgaben wurde von den Bürgern getragen, die Gesundheitskosten sind an die dritte Stelle der Familienausgaben (hinter Lebensmittel, Bildung) gerückt.<sup>606</sup> Mangels ausreichender sozialer Sicherung sind die Bürger dazu gezwungen, mehr Geld für das Alter und Krankheiten zu

---

602 Ausführlich: 王绍光, 中国公共卫生的危机与转机 (Wang, Shaoguang, Krise und Wendung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in China), in: 比较 (Comparative Studies), 2003/7, S. 52ff.

603 民政部, 全国百城万户低保抽查结果 (Ministerium für Zivile Angelegenheiten, Untersuchungsergebnisse der Stichprobe für das städtische System des Existenzminimums), 2002, <http://www1.mca.gov.cn/mca/news/news2002112701.html> (Stand: 15. 07. 2010).

604 王绍光, 中国公共卫生的危机与转机 (Wang, Shaoguang, Krise und Wendung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in China), in: 比较 (Comparative Studies), 2003/7, S. 54.

605 陈佳贵/王延中, 中国社会保障发展报告 (2007) No. 3 (Chen, Jiagui/Wang, Yanzhong (Hrsg.), China Social Security System Development Report 2007 No. 3), S. 3, 14.

606 卫生部统计信息中心, 第三次国家卫生服务调查分析报告 (Statistikzentrum des Gesundheitsministeriums, Abstract of the Report on the 3rd National Health Service Investigation and Analysis), in: 中国医院 (Chinese Hospitals), 2005/1, S. 3.



sparen. Die Ausweitung der Inlandsnachfrage – eine wichtige Strategie der chinesischen Regierung für das nachhaltige Wirtschaftswachstum – wird dadurch eingeschränkt.

Nur die Krankenhäuser und die medizinischen Unternehmen sind die Nutznießer der Gesundheitsreform. Obwohl die Nutzungsrate der medizinischen Einrichtungen Jahr für Jahr stetig gesunken ist, stiegen die Einkommen der Krankenhäuser deutlich.<sup>607</sup> Die Leitlinie der Gesundheitsreform, durch die marktorientierte Konkurrenz die Effizienz der Gesundheitseinrichtungen zu erhöhen sowie die Preise der medizinischen Dienstleistungen zu reduzieren, erwies sich in der Praxis als undurchführbar.

Aus der zwanzigjährigen Reform Erfahrung wurde der Schluss gezogen, dass der Aufbau eines gerechten und effektiven Gesundheitssystems nicht durch die marktorientierte Reform in China verwirklicht wurde. Die Öffentlichkeit kritisiert übereinstimmend, dass die Regierung ihre Verantwortung für die Finanzierung und die Erhaltung des Gesundheitssystems nicht wahrnimmt.<sup>608</sup> Nicht nur die Bürger akzeptierten die Folgen der Gesundheitsreform nicht. Auch die staatlichen Forschungsinstitute und die Experten kritisierten vehement die Gesundheitsreform. Sie sind der Auffassung, dass die Reform im Wesentlichen gescheitert ist.<sup>609</sup> Im Jahre 2000 stellte die WHO ihre 191 Mitgliedstaaten nach der Gerechtigkeit des Gesundheitssystems in eine Reihe, China rangierte an 188. Stelle.<sup>610</sup>

### 3. Neue Runde der Gesundheitsreform

Die zunehmende Kritik hat die Regierung dazu gezwungen, seit 2006 eine neue Runde der Gesundheitsreform in Gang zu setzen. Eine Koordinationsgruppe für die Gesundheitsreform, an der 16 Ministerien und Kommissionen des Staatsrats beteiligt sind, wurde im Jahre 2006 errichtet. Die Staatskommission für Entwicklung und Reform und das Gesundheitsministerium leiten die Ausarbeitung des Reformplans. Am Ende des Jahres 2007 hat der Staatsrat in einem Bericht an den Ständigen Ausschuss des Nationalen Volkskongresses die Richtlinien der neuen Gesundheitsreform aufgrund der von der KP Chinas seit 2006 aufgestellten Leitgedanken und die Schwerpunkte der Arbeit ver-

---

607 卫生部统计信息中心, 第三次国家卫生服务调查分析报告 (*Statistikzentrum des Gesundheitsministeriums*, Abstract of the Report on the 3rd National Health Service Investigation and Analysis), in: 中国医院 (Chinese Hospitals), 2005/1, S. 10.

608 Ausführlich: 劳动和社会保障部社会保障研究所, 中国卫生改革的方向与总体思路 (*Forschungsinstitut für soziale Sicherheit beim Ministerium für Arbeit und soziale Sicherheit*, Die Richtung und die Gesamtlinien der chinesischen Gesundheitsreform), in: 社会保障研究 (Forschung über sozialen Sicherheit), 2007/2, S. 3.

609 国务院发展研究中心课题组, 对中国医疗卫生体制改革的评价与建议 (*Forschungszentrum des Staatsrats für Entwicklung*, Kommentar und Vorschläge zur Reform des Gesundheitssystems Chinas), in: 中国发展评论 (China Development Review), 2005/3, Heft 7-1; 王绍光, 中国公共卫生的危机与转机 (*Wang, Shaoguang*, Krise und Wendung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in China), in: 比较 (Comparative Studies), 2003/7, S. 52ff.

610 *World Health Organization*, The World Health Report 2000: Health System: Improving Performance, S. 152.

öffentlich.<sup>611</sup> Wegen des heftigen Streits über die Reformmodelle wurden erst am 17. März 2009 der Reformplan von dem Zentralkomitee der Partei und dem Staatsrat festgelegt.<sup>612</sup> Gleichzeitig hat der Staatsrat die Durchführungsmaßnahmen der Gesundheitsreform (2009 - 2011) ausgearbeitet.<sup>613</sup>

#### a) Übereinstimmung: Verstärkung der Regierungsverantwortung

Da die gegenwärtige schwierige Lage der Gesundheitsreform sich hauptsächlich aus den Finanzproblemen der Regierung und den falschen Leitlinien ergibt, herrscht in den akademischen Kreisen Optimismus, dass die Gesundheitsreform durch die Aufstockung der staatlichen finanziellen Unterstützung und die Regulierung der Gesundheitspolitik aus der schwierigen momentanen Lage befreit werden kann.<sup>614</sup>

Die Leitgedanken der neuen Gesundheitsreform wurden zuerst von der KP Chinas im Beschluss über den Aufbau einer sozialistischen harmonischen Gesellschaft von 2006<sup>615</sup> veröffentlicht:

„Der gemeinnützige Charakter des öffentlichen Gesundheitssystems ist festzuhalten, die Verantwortung der Regierung ist zu verstärken.“

Die neue Gesundheitsreform kehrt grundlegend wieder zu den im Beschluss von 1997<sup>616</sup> festgelegten Richtlinien zurück. Die Richtlinie „Kommerzialisierung des Gesundheitssystems“ wird zurzeit von der „überwiegenden Rolle der Regierung im Bereich der öffentlichen Gesundheitsversorgung und medizinischen Dienstleistungen“<sup>617</sup> ersetzt. Die Regierungsverantwortung beinhaltet hauptsächlich zwei Aspekte. Einer ist die Rolle der Regierung für Aufbringen und Verteilung der Geldmittel, der andere ist

---

611 国务院关于城乡医疗卫生体制改革和加强食品药品安全监管情况的报告 (Bericht des Staatsrats über die Gesundheitsreform sowie die Überwachung- und Verwaltungsarbeit von Lebensmittel und Arzneimittel), vom 26. 12. 2007, in: 健康报 (JKB), vom 27. 12. 2007;

612 中共中央, 国务院关于深化卫生体制改革的意见 (Mitteilungen des Zentralkomitees der KP Chinas und des Staatsrats über die Vertiefung der Gesundheitsreform), 中发 (2009) 6号, vom 17. 03. 2009.

613 国务院医药卫生体制改革近期重点实施方案 (2009-2011) (Durchführungsplan des Staatsrats für die Gesundheitsreform 2009-2011), 国发 (2009) 12号, vom 18. 03. 2009.

614 王绍光, 政策导向, 汲取能力与卫生公平 (Wang, Shaoguang, State Policy Orientation, Extractive Capacity and the Equality of Healthcare in Urban China), in: 中国社会科学 (Social Sciences in China), 2005/6, S. 120.

615 中共中央关于构建社会主义和谐社会若干重大问题的决定 (Beschluss des Zentralkomitees der KP Chinas über einige wichtigen Fragen zur Strukturierung einer harmonischen sozialistischen Gesellschaft), vom 11. 10. 2006.

616 中共中央, 国务院关于卫生改革与发展的决定 (Beschluss des Zentralkomitees der KP Chinas und des Staatsrats über die Reform und Entwicklung des Gesundheitswesens), 中发 (1997) 3号, vom 15. 01. 1997.

617 国务院关于城乡医疗卫生体制改革和加强食品药品安全监管情况的报告 (Bericht des Staatsrats über die Gesundheitsreform sowie die Überwachung- und Verwaltungsarbeit von Lebensmittel und Arzneimittel), vom 26. 12. 2007, in: 健康报 (JKB), vom 27. 12. 2007; 中共中央, 国务院关于深化卫生体制改革的意见 (Mitteilungen des Zentralkomitees der KP Chinas und des Staatsrats über die Vertiefung der Gesundheitsreform), 中发 (2009) 6号, vom 17. 03. 2009.

der allseitige Eingriff der Regierung in den Aufbau des Gesundheitssystems.<sup>618</sup> Durch den Eingriff und die Führung der Regierung wird der gemeinnützliche Charakter des Gesundheitssystems gewährleistet, während der Markt weiter eine Regulierungsfunktion ausübt.<sup>619</sup>

Die Ziele der neuen Gesundheitsreform sind zum einen ein grundlegendes medizinisches System zu errichten, zum anderen den Bürgern sichere, wirksame und preiswerte Gesundheitsdienstleistungen anzubieten.<sup>620</sup> In dem Beschluss von 2006 wurde der Umfang eines grundlegenden Gesundheitssystems vollständig dargestellt. Es umfasst zunächst ein System der Gesundheitsabsicherung, dazu gehören die Grundkrankenversicherung für Arbeitnehmer in Städten, das neue kooperative medizinische System für die ländliche Bevölkerung, die Grundkrankenversicherung für die städtischen Bewohner und die medizinische Hilfe. Ferner beinhaltet es ein System der grundlegenden öffentlichen Gesundheitsversorgung, welches Krankheitsprävention, Beseitigung der Infektionskrankheiten und Epidemien, Erhaltung der Sozialhygiene sowie spezielle Gesundheitsfürsorge für Mütter und Kinder erfasst. Außerdem zählt das System der medizinischen Dienste dazu. Ein Netz der öffentlichen medizinischen Einrichtungen und ein Überweisungsmechanismus werden von der Regierung aufgebaut, alle medizinischen Einrichtungen werden von den lokalen Gesundheitsbehörden einheitlich geplant und verwaltet. Schließlich existiert ein System der Arzneiversorgung. Die Liste und Preise der unentbehrlichen Arzneimittel werden von der Regierung festgelegt, die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen dürfen zukünftig nicht mehr durch den Verkauf von Arzneimitteln Gewinne erzielen.<sup>621</sup>

Hinsichtlich der Finanzierungsverantwortung für das Gesundheitssystem wurde ein Rahmen im Jahre 2007 festgelegt:

„Die Regierung spielt eine Hauptrolle für die grundlegende öffentliche Gesundheitsversorgung und die grundlegenden medizinischen Dienstleistungen. Die grundlegende öffentliche Gesund-

---

618 Ausführlich vgl. 葛延风/贡森, 中国医改: 问题, 根源, 出路 (*Ge, Yanfeng/Gong, Sen, Chinese Healthcare Reform*), S. 18.

619 中共中央, 国务院关于深化卫生体制改革的意见 (Mitteilungen des Zentralkomitees der KP Chinas und des Staatsrats über die Vertiefung der Gesundheitsreform), 中发 (2009) 6号, vom 17. 03. 2009.

620 In: 中共中央关于构建社会主义和谐社会若干重大问题的决定 (Beschluss des Zentralkomitees der KP Chinas über einige wichtige Fragen zur Strukturierung einer harmonischen sozialistischen Gesellschaft), vom 11. 10. 2006; 胡锦涛, 在中国共产党第十七次全国代表大会上的报告 (*Hu, Jintao, Bericht auf dem 17. Parteitag der KP Chinas*), vom 15. 10. 2007, in: 人民日报 (RMRB), 25. 10. 2007; 温家宝, 2008年政府工作报告 (*Wen, Jiabao, Tätigkeitsbericht des Staatsrates 2008*), vom 05. 03. 2008, in: 人民日报 (RMRB), 20. 03. 2008.

621 中共中央关于构建社会主义和谐社会若干重大问题的决定 (Beschluss des Zentralkomitees der KP Chinas über einige wichtige Fragen zur Strukturierung einer harmonischen sozialistischen Gesellschaft), vom 11. 10. 2006; 高强, 努力保证人民公平享有基本卫生保健 (*Gao, Qiang, Kampf mit vollem Einsatz für die Gewährleistung eines gerechten grundlegenden Gesundheitssystems für alle Bürger*), in: 人民日报 (RMRB), vom 23. 11. 2006; 国务院关于城乡医疗卫生体制改革和加强食品药品安全监管情况的报告 (Bericht des Staatsrats über die Gesundheitsreform sowie die Überwachung- und Verwaltungsarbeit von Lebensmittel und Arzneimittel), vom 26. 12. 2007, in: 健康报 (JKB), vom 27. 12. 2007.

heitsversorgung wird hauptsächlich von der Regierung finanziert. Die Kosten der grundlegenden medizinischen Dienstleistungen werden von der Regierung, der Gesellschaft und dem Einzelnen rational verteilt. Die besonderen medizinischen Dienstleistungen werden durch den Einzelnen oder durch die kommerzielle Gesundheitsversicherung bezahlt. ... Die Regierung berücksichtigt bei ihrer finanziellen Unterstützung gleichzeitig sowohl die Forderungen von Lieferanten als auch von Nachfragern („*supplier and demander*“, dies sind nämlich die Gesundheitseinrichtungen und die Bürger) der medizinischen Dienstleistungen“.<sup>622</sup>

In den Mitteilungen der KP Chinas und der Regierung von 2009 wurde dieses „von der Regierung geführte Multi-Modell“ weiter konkretisiert: Die Regierungen verschiedener Ebenen sind für die Finanzierung der grundlegenden öffentlichen Gesundheitsversorgung und der öffentlichen medizinischen Einrichtungen, die Zuschüsse für die öffentlichen Krankenhäuser sowie die Unterstützungen für die Gesundheitsabsicherung verantwortlich. Das grundlegende Gesundheitssystem wurde in den Mitteilungen von 2009 zum ersten Mal als „öffentliches Gut für alle Bürger“ bezeichnet.<sup>623</sup> Dies wurde als der bislang wichtigste Schritt der Gesundheitsreform angesehen.<sup>624</sup>

#### b) Kontroverse: Finanzierungsmodell der Gesundheitsabsicherung

Nach der Festlegung der „Hauptrolle der Regierung für die grundlegende öffentliche Gesundheitsversorgung und die grundlegenden medizinischen Dienstleistungen“ konzentriert sich die Diskussion hauptsächlich darauf, wie die Richtlinie „rationale Kostenverteilung von der Regierung, der Gesellschaft und dem Einzelnen für die grundlegenden medizinischen Dienstleistungen“ durchgeführt wird. Es geht nicht nur um die Verteilungsquoten der Regierung, der Gesellschaft und der Bürger, sondern auch um das Finanzierungsmodell der Gesundheitsabsicherung. Konkret stellt sich die Frage: Wird das System hauptsächlich durch Steuermittel oder durch soziale Versicherungen finanziert? In dieser Frage gingen die Ansichten des Gesundheitsministeriums und des Ministeriums für Arbeit und soziale Sicherheit sowie der Experten sehr auseinander.

Nach der Meinung von *Ge, Yanfeng* und seiner Forschungsgruppe (Forschungszentrum des Staatsrats für Entwicklung) sollte ein Grundabsicherungssystem in die bestehenden Gesundheitsabsicherungssysteme (Krankenversicherungen, medizinische Hilfe) eingeführt werden. Dieses System wird vom Staat durch Steuermittel finanziert. Die häufig auftretenden Krankheiten werden in den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen der Wohnviertel der Städte oder in den Gesundheitsstationen auf der Gemeindeebene und Sanitätsstationen auf der Dorfebene kostenlos behandelt. Die sozialen Krankenver-

---

622 国务院关于城乡医疗卫生体制改革和加强食品药品安全监管情况的报告 (Bericht des Staatsrats über die Gesundheitsreform sowie die Überwachung- und Verwaltungsarbeit von Lebensmitteln und Arzneimitteln), vom 26. 12. 2007, in: 健康报 (JKB), vom 27. 12. 2007.

623 中共中央, 国务院关于深化卫生体制改革的意见 (Mitteilungen des Zentralkomitees der KP Chinas und des Staatsrats über die Vertiefung der Gesundheitsreform), 中发 (2009) 6号, vom 17. 03. 2009.

624 王军, 新医改负重启程 (*Wang, Jun*, Die neue Gesundheitsreform), in: 瞭望 (Liaowang), vom 07. 04. 2009.

sicherungen beinhalten die Sicherung für schwere Krankheiten, die nicht vom Grundabsicherungssystem übernommen werden. Zwischen beiden Systemen wird ein Überweismechanismus aufgebaut.<sup>625</sup>

Diese Vorschläge basieren auf der gegenwärtigen gesellschaftlichen Lage Chinas. Die Einkommensdisparitäten der Bevölkerung sind derzeit noch sehr hoch, viele arme Bürger, insbesondere die Bauern in den armen Gebieten besitzen nicht die Finanzen, an einer Krankenversicherung teilzunehmen. Die Regierung könnte durch staatliche Zuschüsse und medizinische Hilfe dieses Problem lösen, aber die Verwaltungskosten auf dem Land wären ziemlich hoch.<sup>626</sup> Andererseits entsprechen die derzeitige chinesische Beschäftigungsstruktur und die Organisations- sowie Verwaltungsfähigkeit der Sozialversicherungsträger noch nicht den Anforderungen eines effektiven Systems für Beschaffung und Bewirtschaftung der Krankenversicherungsfonds. Deshalb sei die Errichtung einer steuerfinanzierten medizinischen Grundabsicherung vorteilhaft.<sup>627</sup>

Dieser Reformplan wird als ein „gemischtes System“ bezeichnet, vom dem die Krankenversicherungen noch umfasst werden. Die Einführung eines steuerfinanzierten Sicherungssystems wird als eine „Rückkehr zur chinesischen Tradition der staatlichen Verantwortung“ angesehen.<sup>628</sup> Sie profitiert allerdings auch von der Erfahrung des britischen *National Health Systems*.<sup>629</sup> Die sozialistische Tradition, die europäischen Erfahrungen der Gesundheitsabsicherung sowie der liberale Einfluss sind auf dieser Weise verschmolzen.

Der Reformentwurf des Gesundheitsministeriums erfasst im Großen und Ganzen den Plan von Ge's Forschungsgruppe; in dem ein dreistufiges Gesundheitsabsicherungssystem vorgeschlagen wurden.<sup>630</sup> Die erste Stufe ist die einheitliche steuerfinanzierte Absicherung der grundlegenden medizinischen Dienstleistungen für alle Bürger. Die zweite Stufe sind die obligatorischen Krankenversicherungen für schwere Krankheiten. Die Grundkrankenversicherung für Arbeitnehmer wird von Arbeitnehmern und Arbeitgebern gemeinsam finanziert, sie umfasst auch die Familienangehörigen der Arbeitnehmer. Schließlich ist die dritte Stufe die kommerzielle Krankenversicherung.

Das Modell „steuerfinanzierte medizinische Grundabsicherung“ wurde auch von vielen anderen Experten vorgeschlagen.<sup>631</sup> Demgegenüber hat der Soziologe Gu, Xin eine

---

625 葛延风/贡森, 中国医改: 问题, 根源, 出路 (*Ge, Yanfeng/Gong, Sen, Chinese Healthcare Reform*), S. 240ff.

626 葛延风/贡森, 中国医改: 问题, 根源, 出路 (*Ge, Yanfeng/Gong, Sen, Chinese Healthcare Reform*), S. 232.

627 葛延风/贡森, 中国医改: 问题, 根源, 出路 (*Ge, Yanfeng/Gong, Sen, Chinese Healthcare Reform*), S. 256.

628 王绍光, 医改不存在迷局: 理性回归中国传统 (*Wang, Shaoguang, Gesundheitsreform: Rückkehr zur chinesischen Tradition*), in: 书城 (*Booktown*), 2005/10, S. 33ff.

629 王世玲/定军, 关于医改新方案的报道 (*Wang, Shiling/Ding, Jun, Bericht über die neuen Pläne der Gesundheitsreform*), in: 21世纪经济报道 (*21CBH*), vom 23. 09. 2006.

630 王世玲/定军, 关于医改新方案的报道 (*Wang, Shiling/Ding, Jun, Bericht über die neuen Pläne der Gesundheitsreform*), in: 21世纪经济报道 (*21CBH*), vom 23. 09. 2006.

631 Siehe: 王绍光, 医改不存在迷局: 理性回归中国传统 (*Wang, Shaoguang, Gesundheitsreform: Rückkehr zur chinesischen Tradition*), in: 书城 (*Booktown*), S. 33ff; 刘军民, 过度市场化与高度

andere Meinung geäußert: Durch ein soziales Krankenversicherungssystem, das in China als „*deutsches Modell*“ bezeichnet wird, könnte das Ziel „Jeder genießt medizinische Versorgung“ schrittweise vervollkommen werden. Im Vergleich mit dem Aufbau eines neuen Absicherungssystems könnten die Übergangskosten der Gesundheitsreform durch die Verbesserung der bestehenden Krankenversicherungssysteme (Grundkrankenversicherung für Arbeitnehmer, Grundkrankenversicherung für die städtischen Bewohner und das neue kooperative medizinische System für die ländliche Bevölkerung) in großem Maßstab reduziert werden, und die Gesundheitsreform würde damit stabiler vorangehen.<sup>632</sup> Nach dem Reformplan von *Gu* sollten folgende Maßnahmen durchgeführt werden:<sup>633</sup> Die Deckungsrate der sozialen Krankenversicherungen ist durch die Erhöhung der staatlichen Zuschüsse und die Umwandlung der freiwilligen Systeme zu den obligatorischen Systemen zu erhöhen. Die Leistungen der sozialen Krankenversicherungen umfassen nicht nur die Behandlung der schweren Krankheiten, sondern auch die grundlegenden medizinischen Dienstleistungen. Das Leistungsniveau der sozialen Krankenversicherungen wird auf 70%-80% angehoben.

Das Ministerium für Arbeit und soziale Sicherheit neigte auch zu dem Modell der „Krankenversicherungen für alle Bürger“.<sup>634</sup> In einem Forschungsbericht hat das Forschungsinstitut für soziale Sicherheit erklärt, dass die Regierung ein steuerfinanziertes Grundabsicherungssystem der medizinischen Dienstleistungen nicht finanzieren könne. Mit einem solchen System könne die hohe Belastung der Regierung oder die Unzufriedenheit der Bürger für die Gesundheitsleistungen zur direkten Konfrontation zwischen Regierung und Bürger führen, die allerdings durch die Einführung eines Dritten – der Sozialversicherungsträger – vermieden werden könne.<sup>635</sup>

Um die Stabilität der Gesellschaft in der Wirtschaftsreform aufrechtzuerhalten, wird das Prinzip „Stabilität und Kontinuität der gegebenen politischen Richtlinien sind festzuhalten“ immer von der KP Chinas und der Regierung betont. Angesichts dieser Situation wird die Gesundheitsabsicherung in gewissem Maße im Rahmen des bestehenden Systems vorangetrieben. Die sozialen Krankenversicherungen spielen bei der Festlegung des neuen Reformplans der Gesundheitsabsicherung weiter die wichtigste Rolle.

---

分权化: 中国医疗卫生改革的双重误区 (*Liu, Junmin*, Over Marketization and high Decentralization: Double Error in China's Health Care), in: 开放导报 (China Opening Herald), 2005/5, S. 42; 李玲, 医改方向: 政府主导下市场补充 (*Li, Ling*, Gesundheitsreform: Hauptverantwortung der Regierung mit dem Marktsystem als Ergänzung), in: 中国医疗前沿 (China Healthcare Innovation), 2006/1, S. 33ff.

632 顾昕, 通向全民医保的渐进主义之路 (*Gu, Xin*, Ein Weg zur Gesundheitsabsicherung für alle Bürger), in: 东岳论丛 (Dong Yue Tribune), 2008/1, S. 11.

633 顾昕, 通向全民医保的渐进主义之路 (*Gu, Xin*, Ein Weg zur Gesundheitsabsicherung für alle Bürger), in: 东岳论丛 (Dong Yue Tribune), 2008/1, S. 8ff.

634 王世珍/定军, 关于医改新方案的报道 (*Wang, Shiling/Ding, Jun*, Bericht über die neuen Pläne der Gesundheitsreform), in: 21世纪经济报道 (21CBH), vom 23. 09. 2006.

635 劳动和社会保障部社会保障研究所, 中国卫生改革的方向与总体思路 (*Forschungsinstitut für soziale Sicherheit beim Ministerium für Arbeit und soziale Sicherheit*, Die Richtung und die Gesamtlinien der chinesischen Gesundheitsreform), in: 社会保障研究 (Forschung über die soziale Sicherheit), 2007/2, S. 34ff.

Ein deutliches Anzeichen dafür ist die Beschleunigung des Aufbaus der Grundkrankenversicherung für die städtischen Bewohner und des neuen kooperativen medizinischen Systems für die ländliche Bevölkerung seit 2008. In den Mitteilungen von 2009 wurde gefordert, bis 2011 die Teilnehmerate der Grundkrankenversicherungen auf 90% der gesamten Bevölkerung zu steigern. Das Leistungsniveau verschiedener Krankenversicherungen und die staatlichen Zuschüsse für die Gesundheitsversicherungen werden Schritt für Schritt erhöht. Schließlich werden die Rahmen der Versicherungszweige grundlegend vereinheitlicht.<sup>636</sup>

#### 4. Ein gemischtes System?

Hinsichtlich der Konkretisierung der Richtlinie „gleiche Berücksichtigung der Forderungen von Lieferanten und Nachfragern der medizinischen Dienstleistungen“ wurden die Schwerpunkte auch in den Mitteilungen erwähnt. Während die staatlichen Zuschüsse für die öffentlichen Krankenhäuser erhöht werden, wird das Leistungsniveau der Krankenversicherungen ebenfalls allmählich erhöht, um die Belastung des Einzelnen zu mindern.<sup>637</sup> Von 2009 bis 2011 sollen insgesamt 850 Mrd. RMB von den Regierungen für das Gesundheitssystem investiert werden (davon 332 Mrd. RMB von der Zentralregierung), davon werden zwei Drittel der Geldmittel für die Bedürftigen genutzt.<sup>638</sup> Im Jahre 2010 werden die Zuschüsse für das neue kooperative medizinische System der ländlichen Bevölkerung und die Grundkrankenversicherung der städtischen Bewohner auf 120 RMB pro Person erhöht.<sup>639</sup> Das heißt, dass obwohl die sozialen Krankenversicherungen beim Aufbau der Gesundheitsabsicherung weiter die wichtigste Rolle spielen sollen, nehmen der Gemeinwohlcharakter des Gesundheitssystems und die staatliche Verantwortung deutlich zu. Die Regierung übernimmt in gewissem Maß (zumindest im Zeitraum 2009-2011) die Finanzierung der Gesundheitsabsicherung.

Andererseits wird die „Funktion des Marktmechanismus“<sup>640</sup> in der neuen Reformrunde – insbesondere beim Aufbau des Arzneimittelsystems – weiter betont. Im „Ent-

---

636 中共中央, 国务院关于深化卫生体制改革的意见 (Mitteilungen des Zentralkomitees der KP Chinas und des Staatsrats über die Vertiefung der Gesundheitsreform), 中发 (2009) 6号, vom 17. 03. 2009.

637 国务院关于城乡医疗卫生体制改革和加强食品药品安全监管情况的报告 (Bericht des Staatsrats über die Gesundheitsreform sowie die Überwachung- und Verwaltungsarbeit von Lebensmittel und Arzneimittel), vom 26. 12. 2007, in: 健康报 (JKB), vom 27. 12. 2007; 中共中央, 国务院关于深化卫生体制改革的意见 (Mitteilungen des Zentralkomitees der KP Chinas und des Staatsrats über die Vertiefung der Gesundheitsreform), 中发 (2009) 6号, vom 17. 03. 2009.

638 国务院医药卫生体制改革近期重点实施方案 (2009-2011) (Durchführungsplan des Staatsrats für die Gesundheitsreform 2009-2011), 国发 (2009) 12号, vom 18. 03. 2009.

639 Durchführungsplan des Staatsrats für die Gesundheitsreform 2009-2011.

640 中共中央, 国务院关于深化卫生体制改革的意见 (Mitteilungen des Zentralkomitees der KP Chinas und des Staatsrats über die Vertiefung der Gesundheitsreform), 中发 (2009) 6号, vom 17. 03. 2009.

wurf der Mitteilungen über die Gesundheitsreform“<sup>641</sup> wurde festgestellt, dass die unentbehrlichen Arzneimittel durch die vom Staat festgelegten Hersteller produziert werden sollten. Dies wurde allerdings wegen des heftigen Einwandes der Arzneimittelhersteller und Apotheken aus der endgültigen Fassung gestrichen.<sup>642</sup> In diesem Bereich wird „die Funktion des Markts unter der Makro-Kontrolle der Regierung voll entfaltet“.<sup>643</sup> Beim Ankaufen der unentbehrlichen Arzneimittel wird ein Wettbewerbsmechanismus eingeführt. Der Staat legt nur die empfohlenen Preise der Arzneimittel fest.

Zusammengefasst ist der gegenwärtige Reformplan ein Verbesserungsplan für einen kurzen Zeitraum und keine völlige Neuerung des Gesundheitssystems. Staatliche Verantwortung, Marktmechanismus, Gesundheitsversicherungen und Steuerfinanzierung wurden gemischt im Reformplan geregelt, ein Konsens über das Finanzierungsmodell existiert zurzeit noch nicht. Im Reformplan wurden die Aufhebung des Individualkontos der Grundkrankenversicherung<sup>644</sup> und die Ersetzung der Kostenerstattung durch Vorauszahlung,<sup>645</sup> die von vielen Experten vorgeschlagen wurde, auch nicht erwähnt.

Die Regierung hat versprochen, bis 2011 den Rahmen des grundlegenden Gesundheitssystems aufzubauen, 2020 ein alle städtische und ländliche Bewohner erfassendes Gesundheitssystem zu vervollkommen.<sup>646</sup> Dafür hat die Regierung seit 2006 die Ausgaben für das Gesundheitssystem in großem Maßstab aufgestockt und eine Reihe von Maßnahmen durchgeführt. Die Schwerpunkte der Reform liegen zurzeit in der Vervollkommnung des Systems der öffentlichen Gesundheitsversorgung, des ländlichen Drei-

---

641 关于深化卫生体制改革的意见 (征求意见稿) (Entwurf zur den Mitteilungen über die Vertiefung der Gesundheitsreform), vom 14. 10. 2008. [http://shs.ndrc.gov.cn/yg/qwll/t20081014\\_240214.htm](http://shs.ndrc.gov.cn/yg/qwll/t20081014_240214.htm) (Stand: 15. 07. 2010).

642 杨中旭, 新医改最后博弈: 围绕市场化与回归计划激烈交锋 (Yang, Zhongxiu, Die neue Gesundheitsreform: Kommerzialisierung oder Planwirtschaft?), in: 中国新闻周刊 (China Newsweek), 2009/13, S. 22ff.

643 中共中央, 国务院关于深化卫生体制改革的意见 (Mitteilungen des Zentralkomitees der KP Chinas und des Staatsrats über die Vertiefung der Gesundheitsreform), 中发 (2009) 6号, vom 17. 03. 2009.

644 高书生, 社会保障改革何去何从 (Gao, Shusheng, Die Reform der sozialen Sicherheit steht am Scheideweg), S. 171; 葛延风/贡森, 中国医改: 问题, 根源, 出路 (Ge, Yanfeng/Gong, Sen, Chinese Healthcare Reform), S. 110; 劳动和社会保障部社会保障研究所, 关于中国医疗保障制度改革框架性建议 (Forschungsinstitut für soziale Sicherheit beim Ministerium für Arbeit und soziale Sicherheit, Vorschläge für die Reform des chinesischen Gesundheitssystem), in: 社会保障研究 (Forschung über die soziale Sicherheit), 2007/5, S. 16.

645 劳动和社会保障部社会保障研究所, 关于中国医疗保障制度改革的框架性建议 (Forschungsinstitut für soziale Sicherheit beim Ministerium für Arbeit und soziale Sicherheit, Vorschläge für die Reform des chinesischen Gesundheitssystem), in: 社会保障研究 (Forschung über die soziale Sicherheit), 2007/5, S. 16; 顾昕, 中国医疗服务体制的改革后果与政府角色 (Consequences of Reform and Government Role in China's Health Care System), in: 陈佳贵/王延中, 中国社会保障发展报告 (2007) No. 3 (Chen, Jiagui/Wang, Yanzhong (Hrsg.), China Social Security System Development Report (2007) No. 3), S. 244.

646 中共中央, 国务院关于深化卫生体制改革的意见 (Mitteilungen des Zentralkomitees der KP Chinas und des Staatsrats über die Vertiefung der Gesundheitsreform), 中发 (2009) 6号, vom 17. 03. 2009.



Stufen-Netzes und der städtischen Gesundheitseinrichtungen in Wohnvierteln sowie des Systems der Gesundheitsabsicherung.<sup>647</sup>

Aufgrund der hohen Finanzkraft der Zentralregierung ist vorauszusehen, dass diese Ziele in absehbarer Zeit erreicht werden können. Die Deckungsrate des neuen kooperativen medizinischen Systems für die ländliche Bevölkerung erreichte im Jahre 2009 schon über 90%. Allerdings kann die nachhaltige Entwicklung des Gesundheitssystems nicht nur mit ausreichender finanzieller Unterstützung gewährleistet werden, es bedarf eines umfassenden Reformplans. Zurzeit muss die Regierung manche wichtige Aspekte des Reformplans, wie ein vernünftiges Umverteilungssystem zwischen der Zentralregierung und den lokalen Regierungen, ein der Realität und den Anforderungen der Öffentlichkeit entsprechendes Grundmodell des Krankenversicherungssystems, sowie ein Kontrollmechanismus der medizinischen Dienstleistungen und der Arzneimittelversorgung konkretisieren. Die oben genannten Aspekte überschreiten in gewissem Umfang den Rahmen der Gesundheitsreform, betreffen die weitere Reform des Finanzsystems, die Entwicklung der sozialistischen Marktwirtschaft sowie den Aufbau der Staatstheorien.

### *III. Beschäftigungsförderung und Arbeitslosensicherung*

Als der bevölkerungsreichste Staat der Erde steht die Volksrepublik China in ihren wirtschaftlichen Umstrukturierungsprozessen oft unter hohem Druck, Beschäftigung zu schaffen. Die Arbeitslosigkeit erreichte Anfang der 1950er Jahre, Ende der 1970er Jahre und Mitte der 1990er Jahre ihre Höchstwerte. Die Beschäftigungspolitik hatte sich den wirtschaftlichen und politischen Grundlagen entsprechend oft verändert. In der Periode der Planwirtschaft lag der Schwerpunkt der Beschäftigungspolitik in der Beseitigung der Arbeitslosigkeit, seit der Phase „Reform und Öffnung“ ändert der Schwerpunkt sich zu einer aktiven Beschäftigungsförderung,<sup>648</sup> die zurzeit in Verbindung mit der Arbeitslosenversicherung und der Sicherung des Existenzminimums ein soziales Sicherungsnetz für die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter bildet.

#### *1. Beschäftigungspolitik in der Periode der Planwirtschaft*

Am Anfang der 1950er Jahre kam es zum ersten Höhepunkt der Arbeitslosigkeit in der Volksrepublik. Die Zahl der Arbeitslosen in den Städten betrug über vier Millionen.

---

647 2008年政府工作报告 (Tätigkeitsbericht des Staatsrats 2008), vom 05. 03. 2008; 中共中央, 国务院关于深化卫生体制改革的意见 (Mitteilungen des Zentralkomitees der KP Chinas und des Staatsrats über die Vertiefung der Gesundheitsreform), 中发 (2009) 6号, vom 17. 03. 2009.

648 Ausführlich siehe: 胡鞍钢/程永宏, 从计划体制转向市场机制: 对中国就业政策的评估 (1949-2001) (Hu, Angang/Cheng, Yonghong, Vom planwirtschaftlichen System zum marktwirtschaftlichen System – Kommentar zur chinesischen Beschäftigungspolitik (1949-2001), in: 胡鞍钢/程永宏/杨韵新, 扩大就业与挑战失业 (Hu, Angang/Cheng, Yonghong/Yang, Yunxin (Hrsg.), Beschäftigungsförderung und Arbeitslosigkeitsbeseitigung), S. 3 ff.