

# Mit dem GATS ins Zwei-Klassen-System

## Das Gesundheitswesen am Scheideweg

von Wolfram Schaffar

*Thailand verfolgt gerade den ehrgeizigen Plan, ein allgemeines Gesundheitssystem einzuführen, und legt dabei mit der Umsetzung des 30-Baht-Programms und dem Universal Care Act vom vergangenen Jahr eine erstaunliche Geschwindigkeit vor. Thailands Bemühungen, die von verschiedenen Entwicklungsländern mit großer Aufmerksamkeit verfolgt werden, könnten jedoch bald durch das GATS (General Agreement on Trade in Services), das Dienstleistungsabkommen der WTO, unterhöhlt werden. Thailand steht an einer Wegscheide: Ende März muss Thailand der WTO melden, ob man Gesundheitsdienstleistungen im Rahmen des GATS auf dem Weltmarkt handeln möchte.*

Sollte Thailand dem Druck des Handelsministeriums und der Lobby der Privatkliniken nachgeben und sich dafür entscheiden, verliert der Staat seine Regelungsgewalt auf diesem Gebiet. Damit wäre die Entscheidung für ein exportorientiertes privatwirtschaftlich organisiertes Gesundheitswesen irreversibel festgeschrieben und dem Projekt einer allgemeinen Gesundheitsversorgung droht das Aus.

Eine der eindrucklichsten Geschichten, die mir in Thailand jemals erzählt wurden, waren die Erinnerungen eines thailändischen Freundes, der in den 80er Jahren als Jugendlicher aus der Nordprovinz Chiangrai nach Bangkok kam um dort als Koch in einem Restaurant Geld zu verdienen. Als er sich eines Abends bei einem Arbeitsunfall mit siedendem Öl den Arm und eine gesamte Körperhälfte verbrannt hatte, begann für ihn eine Tortur: Mit seinen offenen Brandwunden schleppte ihn sein Bruder auf dem Rücken von einem Krankenhaus zum nächsten, doch weil er keine Versicherung vorweisen konnte, wurde er nirgendwo aufgenommen. Am Rande der Er-

schöpfung fanden die beiden schließlich ein christliches Krankenhaus, in dem er gratis eine basale Behandlung bekam.

### Das 30-Baht- Programm war ein zentrales Wahlversprechen

Der Zustand, ohne Krankenversicherung mit jedem Unfall und jeder Krankheit möglicherweise dem finanziellen Ruin ausgesetzt zu sein, ist vielen Thailändern bekannt, — noch im Jahr 2001 waren ein Drittel der Bevölkerung ohne Versicherungsschutz<sup>1</sup> — und so ist es kein Wunder, dass dieses Thema in der öffentlichen Diskussion und in den Medien so viel Aufmerksamkeit genießt. Die Einführung des 30-Baht-Programms, das der Bevölkerung ermöglicht, sich für die Selbstbeteiligung von 30 Baht (0,65 Euro) pro Arztbesuch behandeln zu lassen, war eines der zentralen Wahlversprechen von Ministerpräsident Thaksin Shinawatra, mit dem er es Januar 2001 geschafft hat, seiner Partei Thai Rak Thai (Thai lieben Thai) die Mehrheit zu verschaffen. »Egal, wie man zu Thaksin steht, das 30-Baht-Programm kann von keiner künftigen Regierung mehr zurückgenommen werden«, meint Saree Ongsomwang

von der Foundation for Consumers in Nonthaburi im Norden von Bangkok, die aktiv für die Umsetzung der allgemeinen Gesundheitsversorgung kämpft, in einem Interview 2002.

Pläne für die Einrichtung einer gesetzlichen Krankenversicherung gab es in Thailand schon sehr lange. Bereits im Jahre 1954 wurde der Social Security Act verabschiedet, trat jedoch nie in Kraft und erst mit einer Verspätung von 20 Jahren konnten Mitte der 70er Jahre erste Schritte in Richtung einer gesetzlichen Krankenversicherung verwirklicht werden: 1974 wurde mit dem Workmen's Compensation Fund eine Versicherung für Arbeitsunfälle geschaffen; mit dem Free Medical Care for Low Income Households Scheme wurde 1975 ein Programm für Bedürftige verabschiedet, und 1978 wurde mit dem Royal Decree on the Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS) die Gesundheitsversorgung von Angestellten öffentlicher Unternehmen und Beamten geregelt. Es dauerte aber noch einmal weitere 20 Jahre bis Anfang der 90er Jahre mit dem Social Security Act ein breit angelegtes beitragsfinanziertes Versicherungssystem für Angestellte von Privatunternehmen des formellen Sektors, das heißt von Unternehmen mit mehr als zehn Angestellten, geschaffen wurde. Bei dieser Pflichtversicherung zahlen der Angestellte und

*Der Autor ist er an der Uni Bonn, Abteilung für Südostasienwissenschaften am Seminar für Orientalische Sprachen tätig und engagiert sich bei AT-TAC, Ortsgruppe Köln.*

der Arbeitgeber jeweils einen Beitrag von drei Prozent des Gehalts und der Staat noch einmal zwei Prozent des Gehalts in einen Fonds ein, der vom Social Security Office als unabhängige Behörde im Arbeits- und Sozialministerium verwaltet wird.<sup>2</sup>

## Ein Drittel der Bevölkerung ist ohne Versicherungsschutz

Trotz dieser Programme, zu denen sich noch eine Reihe anderer lokaler und nationaler Wohlfahrts- und Bedürftigenprogramme reihte, waren im Jahre 1995 noch immer 35,5 Prozent der Bevölkerung ohne Versicherungsschutz.<sup>3</sup> Ein wichtiger Grund hierfür lag darin, dass nach der offiziellen Definition die meisten Selbständigen und alle Unternehmen mit bis zu zehn Angestellten zum informellen Sektor zählen, und damit weder vom Social Security Act erfasst, noch über ein Bedürftigenprogramm abgedeckt wurden — nach einer Statistik des National Security Office von 1997 waren das immerhin 75 Prozent aller angestellten Arbeitskräfte.<sup>4</sup>

Ab 2001 bediente sich die Regierung Thaksin verschiedener Strategien, um eine vollständige Abdeckung der Bevölkerung zu erreichen: Zunächst wurde im November 2001 der Social Security Act auf alle Unternehmen ausgedehnt — also auch auf solche, die nur ein bis neun Angestellte beschäftigen und bis dahin zum informellen Sektor gezählt wurden. Ein weiterer wichtiger Schritt war die Einführung des 30-Baht-Programms, das die verschiedenen, zum Teil zersplitterten staatlich finanzierten Wohlfahrtsprogramme ersetzte. Mit dem 30-Baht-Programm kann sich jeder Thailänder bei einem Vertragskrankenhaus registrieren lassen, das pro registrierten Versicherten von der öffentlichen Hand einen Pauschalbetrag von 1202 Baht (26 Euro) jährlich erhält und sich verpflichtet, für eine Selbstbeteiligung von 30-Baht pro Arztbesuch die Versicherten zu behandeln.

Mit dem Universal Care Act, der im September 2002 als letzte Kammer den Senat passierte, nahm die Regierung Thaksin schließlich einen weiteren Schritt in Richtung allgemeine Gesundheitsversorgung. Mit

diesem Gesetz sollen der Social Security Fund der Angestelltenversicherung mit dem Haushaltsposten des 30-Baht-Programms zusammengelegt werden, ein einheitlicher Katalog über die ärztliche Behandlung für alle Versicherungssysteme verabschiedet und schließlich ein System geschaffen werden, das die qualitätsvolle und gleichwertige Behandlung aller Patienten juristisch einklagbar macht. Gegen dieses Gesetz regten sich Proteste vor allem von Seiten einiger Gewerkschaften, die beklagen, ihr durch Beiträge erwirtschafteter Fonds würde durch die Zusammenlegung mit den Budgets der staatlich finanzierten Programme, dem 30-Baht Programm und der Versicherung von Beamten und Staatsangestellten, geplündert. Zusätzlich Protest kam von den Ärzten, die bei der Einführung eines Klagerichts fürchten, unverschuldet Regressforderungen ausgesetzt zu werden.

Som umstritten die Schritte der Thaksin-Administration innenpolitisch auch sein mögen, Bjorn Melgaard, Länderbeauftragter der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Thailand, gesteht zu, dass »Thailand sich viel schneller der universellen Gesundheitsversorgung nähert als andere vergleichbare Länder der Region«<sup>5</sup>, und auch Monica Burns, Spezialistin für Soziale Sicherungssysteme der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) in Bangkok rät allen Kritikern des 30-Baht Programms zu Geduld:

»In vielen Ländern, in denen wir eine allgemeine Gesundheitsversorgung haben, hat es eine viel längere Zeit gedauert, bis sich das System eingespielt hat.«<sup>6</sup>

Viroj Tangcharoensathien, Wissenschaftler im International Health Policy Program des Gesundheitsministeriums, weist auf eine ganz andere Gefahrenquelle für die Pläne der Regierung hin. Die Weltbank beobachtet argwöhnisch die Entwicklungsschritte hin zur wohlfahrtsstaatlichen allgemeinen Krankenversorgung und wolle in Thailand politisch Einfluss nehmen.<sup>7</sup> Seine Bedenken sind nicht unbegründet: Der Internationale Währungsfonds (IWF) und die Weltbank verfolgen in ihren Strukturanpassungsmaßnahmen und bei der Finanzierung von Entwicklungsprojekten seit langem eine ganz andere, einseitig auf Privatisierung und marktwirtschaftlich organisierte Gesundheitssysteme ausgerichtete Politik — also eine Politik, die einem starken Engagement des Staates bei der Regulierung und Kontrolle des Gesundheitssystems genau entgegenzusetzen ist.<sup>8</sup> Auch die WHO favorisiert in ihren Programmen unter dem Schlagwort Public Private Partnership ein Entwicklungsparadigma, das dem privaten Sektor eine zentrale Rolle im Gesundheitssystem zuweist.<sup>9</sup> Aber mehr noch als von den internationalen Finanzinstitutionen geht derzeit von den laufenden GATS-Verhandlungen Gefahr für das thailändische Projekt aus.



Foto: Archiv

Profitiert auch er vom 30-Baht-Programm?

## Das GATS ist 1995 in Kraft getreten

Das GATS ist mit der Gründung der *World Trade Organisation* (WTO) im Jahr 1995 in Kraft getreten und umfasst in seiner Definition alle Dienstleistungen — Bildung, Wasser- und Energieversorgung, Finanzdienstleistungen, und eben auch Gesundheitsdienstleistungen. Ähnlich wie das GATT (General Agreement on Tariffs and Trade), das Abkommen über den Handel mit Industriegütern, ist es das Ziel des GATS, einen weltweiten Handel mit Dienstleistungen unter den Prinzipien des Marktzugangs, der Meistbegünstigung und Inländerbehandlung durchzusetzen, tarifäre und nicht-tarifäre Handelshemmnisse abzubauen und nach marktwirtschaftlichen Prinzipien organisierte Dienstleistungsmärkte zu erschließen.

Wie kann nun ein immaterielles Gut wie zum Beispiel eine Arztkonsultation grenzüberschreitend gehandelt werden? Hierfür definiert das Abkommen vier Erbringungsarten. Erbringungsart eins bezieht sich auf die grenzüberschreitende Lieferung, wenn zum Beispiel ein Arzt eine Ferndiagnose stellt oder eine Laborprobe zur Untersuchung verschickt wird. Um die Erbringungsart zwei handelt es sich, wenn der Konsument einer Dienstleistung in das Land reist, in dem die Dienstleistung angeboten wird. Ein europäischer Tourist, der nach Thailand kommt, »konsumiert Erholung«, ein Patient, der sich in einer thailändischen Klinik behandeln lässt, konsumiert nach dem Verständnis der WTO eine Gesundheitsdienstleistung — Thailand exportiert und Europa importiert in diesem Fall. Die Erbringungsart drei ist als »kommerzielle Präsenz im Ausland« definiert. Wenn in Bangkok mit US-amerikanischem Kapital eine Privatklinik errichtet wird, handelt es sich nach WTO-Logik um einen Import von Gesundheitsdienstleistungen nach Thailand.

Bei der Erbringungsart vier verhält es sich umgekehrt zur zweiten Erbringungsart. Hier reist der Erbringer der Dienstleistung in das Land, in dem die Dienstleistung konsumiert wird. Mit einer Krankenschwester, die zeitlich begrenzt als Gastarbeiterin

nach Europa kommt und mit dem erwirtschafteten Geld ihre Familie in Thailand unterstützt, exportiert Thailand laut WTO Gesundheitsdienstleistungen.

Das GATS lässt sich als ein Handels- und mit der dritten Erbringungsart auch als ein Investitionsabkommen charakterisieren. Kritiker des GATS sehen nun in einer Reihe von Regelungen eine Gefahr für die gesamte öffentliche Daseinsvorsorge. Für die Bereiche Bildung, Gesundheit und andere Bereiche bedeutet das GATS nichts weniger als eine Aus-



**Wird Thailands Gesundheitssektor bald zum Touristenmagnet?**

belung staatlicher Kontroll- und Regulierungsmechanismen.

Auf Druck vieler Entwicklungsländer, die sich in der Uruguayrunde vehement gegen die Aufnahme von Dienstleistungen in die WTO gewehrt haben, ist im GATS ein sogenannter Positivistenansatz eingebaut. Das heißt zunächst braucht nur der Bereich des Dienstleistungssektors liberalisiert zu werden, den ein Land explizit in einer Länderliste erwähnt. Thailand hat zum Beispiel den Gesundheitssektor noch nicht unter die GATS gestellt. Die WTO wird nicht müde ihren Kritikern vorzuhalten, dass mit dem Positivistenansatz kein Land gezwungen werde, Bereiche zu öffnen, die als noch nicht konkurrenzfähig betrachtet werden oder die überhaupt nicht liberalisiert werden sollen. Doch die Tücke liegt hier im

Detail: Bereiche, in denen die Dienstleistungen bereits teilweise von privaten Anbietern erbracht werden, fallen automatisch unter die GATS-Bestimmungen (Art.I.3.c). Da durch die Vorarbeit des IWF und der Weltbank in Thailand und in den meisten Ländern des Südens der Gesundheitsbereich bereits teilprivatisiert ist, lassen sich hier die Bestimmungen des GATS anwenden.

Außerdem definiert die Präambel des GATS das Ziel einer »fortschreitenden Liberalisierung«, die durch fortlaufende Handelsrunden erreicht werden soll. Bei der letzten WTO-Ministerkonferenz in Doha im November 2001 wurde der Fahrplan der jetzigen Handelsrunde GATS 2000 festgelegt und bestimmt, dass bis Ende Juni 2002 die Liberalisierungsforderungen der WTO-Mitglieder und März 2003 die Angebote für weitere Liberalisierung in Genf eingereicht werden müssen.

## »Rat für Handel mit Dienstleistungen«

Wird ein Sektor unter dem GATS gehandelt, gelten die Prinzipien der Nicht-Diskriminierung und der Inländerbehandlung. Konkret heißt das, dass Subventionen, mit denen zum Beispiel öffentliche Gesundheitseinrichtungen unterhalten werden, auch allen anderen ausländischen privaten Anbietern zur Verfügung gestellt werden müssen, die im Sinne der Erbringungsart drei über ihre kommerzielle Präsenz eine ähnliche Einrichtung in Thailand errichten wollen. Ebenso stehen Zulassungsbestimmungen für Ärzte und Hospitäler unter Generalverdacht, als nicht-tarifäre Handelshemmnisse ausländische Konkurrenz vom thailändischen Markt fernzuhalten. Das GATS sieht daher die Einrichtung eines »Rats für den Handel mit Dienstleistungen« (Art. III, XXIV) vor, der sicherstellen soll, dass »Maßnahmen, die Qualifikationsanfordernisse und -verfahren, technische Normen und Zulassungserfordernisse betreffen, keine unnötigen Hemmnisse für den Handel mit Dienstleistungen darstellen.« (Art. VI.4).

Welche technischen Normen sind nun unnötige Hemmnisse? Die Europäische Union versteht im Be-

Foto: R. Dusik

reich der Telekommunikation darunter alle Arten von »wettbewerbshemmenden Praktiken«, und in dieser weitreichenden Interpretation sind die zentralen Mechanismen eines staatlich geregelten allgemeinen Gesundheitswesens, die auf explizit nicht-marktwirtschaftlichen Prinzipien wie Quersubventionierung, Risikostreuung, Blockverträgen und Pflichtversicherungen beruhen, unter Beschuss.<sup>10</sup> Dass die WTO tatsächlich in diesem Sinne in das Gesundheitswesen Thailands einzugreifen versucht, ist schon in ersten Scharmützel zu erkennen. So musste sich im Januar das Gesundheitsministerium gegen eine WTO-Forderung wehren, die Lizenzierungsbestimmungen für Ärzte aufzuheben.<sup>11</sup>

Eine weitere Gefahr sieht Suwit Wibulpolprasert<sup>12</sup> vom thailändischen Gesundheitsministerium in den GATS-Bestimmungen zur dritten und vierten Erbringungsart. In den Jahren 1963 bis 1965 verließen über 37 Prozent der Studierenden medizinischer Hochschulen direkt nach ihrer Graduierung das Land. Im Zuge des Vietnamkrieges hatten die USA einen großen Bedarf an medizinischem Personal und erleichterten die Migration dieser Berufsgruppe nach Nordamerika. Erst durch staatliche Maßnahmen, die junge Mediziner zum Dienst in öffentlichen Krankenhäusern verpflichtete, und nach der Beendigung des Krieges konnte dieser »externe Brain-Drain«, der Abfluss von Spezialisten, gestoppt werden und eine flächendeckende Versorgung thailändischer Krankenhäuser mit medizinischem Personal sichergestellt werden.

### Erneuter externer Brain-Drain befürchtet

Eine ähnlich dramatische Entwicklung fand in den wirtschaftlichen Boom-Jahren von Mitte der 80er bis Mitte der 90er Jahre statt, als große Mengen ausländischer Direktinvestitionen nach Thailand flossen und die aus dem Boden schießenden Privatkliniken medizinisches Personal mit höheren Gehältern locken konnten als die öffentlichen Kliniken. Durch diesen »internen Brain-Drain« kam es wieder zu Versorgungsgaps in den ländlichen Gebieten und erst die Asienkrise und der damit

einsetzende Abfluss ausländischen Kapitals dämpfte diese Entwicklung ab. Suwit befürchtet, dass unter dem GATS mit der Erbringungsart vier ein erneuter externer Brain-Drain einsetzen wird, und dass über vermehrte Investitionen gemäß der dritten Erbringungsart der interne Brain-Drain wieder zunimmt. Unter WTO-Bedingungen könnten dann staatliche Gegenmaßnahmen wie eine Dienstpflicht oder ähnliches nicht mehr ohne Zustimmung des WTO-Rats getroffen werden.

Tatsächlich ist es vor allem die Lobby der Privatkliniken, die sich massiv für eine Öffnung des Gesundheitsmarktes unter dem GATS einsetzt.<sup>13</sup> Mit bis zu 300 Prozent Überkapazitäten<sup>14</sup> und einem exzellenten technischen und medizinischen Standard sei man prädestiniert für die einträgliche Behandlung ausländischer Patienten.<sup>15</sup> Die Privatkliniken sind bereits eine enge Kooperation mit dem Handelsministerium eingegangen und werben auf der Internetseite der Abteilung für Handelsförderung für ihre Gesundheitsdienstleistungen. Das Ministerium wiederum hilft den interessierten ausländischen Patienten bei Problemen der Aufenthaltsgenehmigung und anderen Formalitäten.<sup>16</sup>

Mit der Entscheidung, das Gesundheitswesen unter das GATS-Regime zu stellen, geht es um eine fundamentale Weichenstellung. Es geht um die Entscheidung zwischen einerseits einem exportorientierten Gesundheitswesen, das nach den Regeln des Weltmarkts organisiert ist und ausländische Direktinvestitionen anzieht, um in Privatkliniken mit der Behandlung von kapitalkräftigen ausländischen Patienten Geld zu verdienen, und andererseits einem universalen Gesundheitssystem, in dem der Staat die Qualität und die Verteilung der knappen Ressourcen regelt und eine flächendeckende und bezahlbare Gesundheitsversorgung ermöglicht. Die Weichenstellung ist darüber hinaus endgültig. Das GATS ist so angelegt, dass einmal geleistete Zugeständnisse nicht zurückgenommen werden können, und während die Weltbank oder der IWF nur über finanzielle Druckmittel auf die Politik eines Landes Einfluss nehmen können, handelt es sich beim GATS um einen völkerrechtlichen Vertrag, dessen Umsetzung verbindlich ist.

So nationalistisch die Bemerkungen der Thaksin-Administration zu ihren Plänen einer allgemeinen Gesundheitsversorgung auch sein mögen — Viroj<sup>17</sup> spricht von den »freiheitsliebenden thailändischen« Reformern, die sich allein auf thailändische Expertise verlassen und keine Einmischung von Seiten der Weltbank oder des Währungsfonds dulden -, das Gelingen des Projekts hätte eine enorme überregionale Signalwirkung. Was hier umgesetzt wird, ist nichts anderes als das, woran die Clinton-Administration seinerzeit gescheitert ist — ein schillerndes Beispiel dafür, dass es möglich ist, auch in sogenannten Zeiten leerer Kassen und sogar unter dem Einfluss einer schweren Finanzkrise eine bezahlbare allgemeine Gesundheitsversorgung einzurichten. Fatal wäre es, wenn dieses Experiment durch die Intervention der WTO verhindert werden sollte.

### Anmerkungen

- 1) Viroj Tangcharoensathien (2001) »Universal Coverage. Experience from Thailand«, 6.2001, <http://w3.whosea.org/hspa/presDrViroj20.htm>
- 2) Amara Pongsapich, Rakawin Leechanachaphan & Naruemol Bunjongjit (2002) »Social Protection in Thailand.« in: Erfried, Adam, Michael von Hauff & Marei John (eds.) Social Protection in Southeast & East Asia.FES, Singapore 2002.
- 3) Schramm, Bernd (2002) Sozialpolitik in Thailand. Die Entwicklung eines Wohlfahrtsstaates zwischen Paternalismus und Moderne. Institut für Asienkunde, Hamburg 2002 und »Der Aufbau eines staatlichen Systems sozialer Sicherung in Thailand.« Internationales Asienforum, 33:1-2, 47-65.
- 4) s. Anm. 2
- 5) The Christian Science Monitor, 14.8.2002, <http://www.csmonitor.com/>
- 6) <http://www.bangkokpost.net/>
- 7) s. Anm. 1
- 8) Sexton, Sarah (2001) »Trading Health Care Away? GATS, Public Services And Privatization«, <http://www.thecornerhouse.org.uk/briefing/>
- 9) ebd.
- 10) ebd.
- 11) s. Anm. 6
- 12) Suwit Wibulpolprasert (2002) »International Trade and Migration of Health Workforce: Experienced from Thailand«, April 2002, [http://www.wto.org/english/tratop\\_e/serv\\_e/symp\\_mov\\_natur\\_perso\\_april02\\_e.htm](http://www.wto.org/english/tratop_e/serv_e/symp_mov_natur_perso_april02_e.htm)
- 13) Interview mit Saree Ongsomwang, September 2002
- 14) Suwit Wibulpolprasert (2002) »Policy Issues/Questions in Services Trade Affecting the Health Sector«, Januar 2002, <http://unstats.un.org/unsd/tradeserv/meetings2.asp>
- 15) Bumrungrad Hospital, <http://www.bumrungrad.com/>
- 16) Department of Export Promotion, <http://www.dephtai.go.th/>, <http://exporter.thaitrade.com/servicetrade/>
- 17) s. Anm. 1