

**Łukasz Mikuła**  
**Urszula Kaczmarek**

**From marketization to recentralization: the health-care system reforms in Poland and the post-New Public Management concept**

International Review of Administrative Sciences  
Band 85 (I), 2019, S. 28-44

**Von der Einführung der Marktwirtschaft zur Rezentralisierung: die Reformen des polnischen Gesundheitswesens und das Post New Public Management (P-NPM) Konzept**

Die Reformen der Gesundheitsorganisationen im Sinne des NPM hatten zum Ziel den Unternehmergeist der Krankenhausverwaltungen zu fördern, indem man auf Marktkräfte und Wettbewerb vertraute statt auf Planung. Es wurden strenge Leistungsmessungen und Kontrollmechanismen eingeführt sowie eine Verbesserung des Informationsaustausches und der Kooperation zwischen den Gesundheitsnetzwerken. Das bedeutsamste Ergebnis der NPM-Reformen in den Gesundheitssystemen ist die Umwandlung der Patienten in Kunden auf einem regulierten Wettbewerbsmarkt. Weiteres wichtiges Element der NPM-Agenda im Gesundheitswesen ist die zunehmende Rolle privater Anbieter von Gesundheitsleistungen. Da die NPM-Theorie verschiedene geistige Wurzeln hat, ist sie in den verschiedenen kapitalistischen und institutionellen Systemen differenzierender Interpretation zugänglich, und ihre Umsetzung schwankt von Land zu Land, was vor allem im Kontext der mittel- und osteuropäischen Länder wichtig ist.

Die NPM-Diskussion in den späten 90er Jahren enthielt einige Skepsis in Bezug auf ihre generelle Anwendbarkeit, vor allem in Entwicklungsländern. Es wird argumentiert, dass das NPM den mittel- und osteuropäischen Ländern von außen aufgezwungen wurde und dass dieses Konzept für Schwellenländer und Entwicklungsländer ungeeignet ist, weil ihr Bedürfnis nach Verwaltungsreformen sich von den westlichen Ländern, für die es entwickelt wurde, sehr unterscheidet. So gesehen, ist es falsch, NPM in mittel- und osteuropäischen Ländern einzuführen, weil deren Bedürfnisse aufgrund der Übergangs- und entwicklungsbedingten Besonderheiten und des Erbes der Vergangenheit, besser durch klassische öffentliche Verwaltung im Sinne von Max Weber erfüllt werden können. Es wird geltend gemacht, dass die Werkzeuge und Mechanismen des NPM in den mittel- und osteuropäischen Ländern sehr zwiespältige, mehr negative als positive Ergebnisse geliefert hätten, nicht so sehr wegen ihres Charakters, als wegen fehlerhafter oder gar nicht vollzogener Anwendung. Andererseits wird argumentiert, dass das NPM in den mittel- und osteuropäischen Ländern nicht immer in dem erhofften und erstrebten Maße erfolgreich gewesen sei, es aber genügend Beweise gebe dafür, dass einige der zentralen Ideen des NPM zu Verbesserungen in der öffentlichen Verwaltung oder Maßnahmen vor verschiedenen organisatorischen Hintergründen geführt hätten. Vor dem Zusammenbruch des kommunistischen Systems zeigten die Gesundheitssysteme der mittel- und osteuropäischen Länder sehr ähnliche Organisationsmuster (benannt nach dem Erfinder) – das sog. Semashko-Modell. Grundannahme dieses Ansatzes war es, dieselben und möglichst die vollständigsten medizinischen Leistungen allen Bürgern zugute kommen zu lassen, obwohl es in der Praxis zahlreiche Mängel und Defizite aufwies, z.B. fehlende medizinische Behandlung, schlechte Gesundheitsvorsorge, veraltete medizinische Geräte. Nach 1989 führten alle mittel- und osteuropäischen Länder umfangreiche Reformen ihres Gesundheitswesens durch, wobei die Geschwindigkeit des Wandels verschieden war: schneller

in Mitteleuropa, langsamer in der früheren Sowjetunion. Die Veränderungen unterscheiden sich je nach den spezifischen Bedingungen zu Anfang und während des Prozesses. Es gibt jedoch einige gemeinsame Aspekte: eine fast allgemeine Hinwendung zu Krankenversicherungen anstelle steuerfinanzierter Modelle, Privatisierung und die Einführung privater Vergütungen und Eigenbeiträge; dazu Bemühungen zur Verstärkung der medizinischen Grundversorgung, oft kombiniert mit einem Modell von Allgemeinmedizinern als Hausärzten. Von dem Ergebnis dieser Veränderungen wurde viel erwartet, aber viele Erwartungen an die Marktorientierung des Gesundheitswesens wurden nicht erfüllt. Viele Entscheidungen im Bereich der Gesundheitspolitik berücksichtigten eher politische Fragen als objektive Daten und Argumente.

### **Analytischer Rahmen: Post-NPM-Konzept und Forschungsmethoden**

Polen wurde kürzlich ein „großes, in Bezug auf die Analyse der Gesundheitspolitik aber unerforschtes“ Land genannt. Daher wird hier versucht, diese Lücke durch Evaluierung der Ergebnisse der Reformen nach 1990 im Kontext des NPM und der P-NPM-Ideen teilweise zu schließen. Viele Jahre fehlte die internationale kritische Diskussion über das NPM und seine Konsequenzen im politischen Diskurs Polens. Modernisierung, Europäisierung, und Einholen des Westens waren intellektuell und rhetorisch synonym mit Befürwortung des freien Marktes, Privateigentum und Unterstützung ausländischer Investitionen in allen Bereichen von Industrie und Dienstleistungen. Es konnte kein wissenschaftliches Papier gefunden werden, das sich explizit mit dem P-NPM-Konzept im spezifisch polnischen Kontext befasste. Jedoch findet man bei der Untersuchung der jüngsten Entwicklungen des polnischen Gesundheitssystems eine Anzahl von Reformen und Vorschlägen, die als Reaktion auf reale oder eingebildete Mängel des NPM-Projekts interpretiert werden könnten. Die vorgeschlagenen Reformmaßnahmen enthalten Elemente, die in anderem nationalen Kontext „P-NPM“ genannt werden. Das P-NPM-Konzept im Sozialbereich befindet sich noch in einem frühen institutionellen Umsetzungsstadium. Obwohl es ein Sammelbegriff für ganz verschiedene Reformtrends ist, können einige ihrer allgemeinen Merkmale genannt werden. In diesem Beitrag wird ein Forschungsrahmenwerk benutzt, das sich auf umfassende Literaturliteraturauswertung stützt; daraus ergeben sich vier Interpretationsmethoden:

- die durch das Konzept bevorzugten Organisationsmodelle
- die vorherrschende Steuerungsart der öffentlichen Verwaltung
- die Vorstellungen von der Rolle der Nutzer bei der Bereitstellung und Nutzung öffentlicher Dienstleistungen
- die Kriterien für die Bewertung der Verwaltungsperformance.

Das Hauptinteresse der Studie liegt auf der Anpassung der postsozialistischen Nachwendeländer wie Polen an international sich verbreitende Verwaltungsreformtrends, die vor ihrem historischen Hintergrund interpretiert werden müssen. Es wird geprüft, ob das NPM-inspirierte Modell der Umgestaltung des Gesundheitssystems beendet ist und jetzt durch neue Regulierungen ersetzt wird, die als Ausformungen internationaler P-NPM-Tendenzen betrachtet werden können. Schließlich wird untersucht, ob die kürzliche Krankenhausreform in Polen als P-NPM-Aktion betrachtet werden kann oder bloß die Folge irgendwelcher politischer Anti-NPM-Ressentiments ist.

Folgende Quellen wurden verwendet:

1. Rechtsakte, politische Dokumente u. weitere Literatur zur spezifischen historischen Entwicklung des Gesundheitssystems in Polen von der kommunistischen Zeit bis zu der demokratischen und marktorientierten Umgestaltung der 1990er Jahre sowie die Privatisierung im Krankenhausbereich nach 1999;
2. Neue Regulierungen, eingeführt durch Gesetz v. 23.03.2017 über die Änderung des Gesetzes über die staatsfinanzierten Gesundheitsdienste, die das Gesundheitssystem nach der politischen Agenda der PiS-Partei radikal geändert haben;
3. Analysen parlamentarischer Debatten sowie die Ansichten prominenter Politiker über die polnische Gesundheitspolitik aus den Medien, aus denen die Argumente für und gegen die kürzliche Reform hervorgehen;
4. Anfängliche Reaktionen auf die neuen Lösungen sowie sieben Interviews mit Krankenhauskontrolleuren der Stadtverwaltung, Geschäftsführern und Finanzdirektoren städtischer Krankenhäuser in Posen.

Die umfassendste Umwandlung des polnischen Gesundheitssystems geschah 1999, zehn Jahre nach dem demokratischen Durchbruch, als Teil der zweiten Welle der Gebiets- und Verwaltungsreformen. Die Organisationsmodelle jener Zeit folgten meistens den Prinzipien der Dezentralisierung, der Gründung von halb-selbständigen Agenturen und der Kommerzialisierung des Gesundheitswesens. Die Reform von 1999 basierte auf der Abschaffung der Budget-bezogenen Finanzierung des Gesundheitssystems und auf der Einführung eines gemischten Modells zwischen Staatsfinanzierung und Versicherung. Es wurde ein System von 16 regionalen Krankenkassenfonds geschaffen. Die meisten Krankenhäuser wurden den Kreisen und Regionalregierungen unterstellt.

Die ersten Reformen geschahen aufs Geratewohl mit geringer Kontinuität im Reformprozess. Dies erklärt sich aus den verschiedenen politischen Agenden der regierenden Parteien und aus dem Mangel an Expertise sowie gründlicher Analyse vor Beginn der Reformen. 2003 gab es neue gesetzliche und organisatorische Änderungen, die eine teilweise Rezentralisierung der Finanzierung und die Schaffung eines Nationalen Gesundheitsfonds als zentrale Regierungsagentur mit Rechtspersönlichkeit umfassten. Die Abkehr von der Reform von 1999 hatte negative Konsequenzen, weil das neue System sich nicht stabilisieren konnte und weil die Einführung privater Krankenversicherungen nicht umgesetzt wurde.

Als Ergebnis der Reform von 1999 wurde ein Markt für medizinische Dienste etabliert. Die Einrichtungen wurden unabhängig und trugen sich selbst, indem sie für jeden Patienten und jede Dienstleistung eine Vergütung forderten. Dieser marktähnliche Ansatz wurde das vorherrschende Verwaltungsmodell im Gesundheitssektor. Doch in vielen Fällen reichten die Einkünfte des Nationalen Gesundheitsfond nicht aus, um alle Kosten der Gesundheitsinstitutionen zu decken, die folglich ins Defizit gerieten. Verschuldete Krankenhäuser, aber auch potenziell gewinnbringende, sind nach der NPM-Lehre für die Reform des öffentlichen Sektors oft privatisiert worden. Kommunalverwaltungen konnten verschuldete Krankenhäuser aus Furcht vor überbordenden Kosten verkaufen oder verpachten, ebenso gewinnbringende, um an Mittel zu kommen, mit denen andere kommunalpolitische Zwecke finanziert werden konnten.

Dieser Prozess der spontanen Liberalisierung durch Privatisierung vollzog sich nur zögerlich. Zwischen 1. Januar 1999 und 30. Juni 2011 wurden 113 Krankenhäuser umgewandelt. Der Eigentümerwechsel gewann Momentum trotz Fehlens spezifischer Regelungen, z.B. für die Umwandlung öffentlicher Kliniken in GmbHs. Es folgte das Gesetz über Medizinische Behandlung v. 1.11.2011, dessen Hauptziele die Standardisierung der Bezeichnung medizinischer Einrichtungen, verstärkte gemeinsame Verantwortung der geldgebenden Institutionen und Vereinfachung der Kommerzialisierung waren. Das Gesetz bot völlig neue

Möglichkeiten, eine unabhängige öffentliche medizinische Einrichtung in eine GmbH oder in eine AG umzuwandeln. Diese neue legale Umwandlung erfordert nicht die Liquidierung und anschließende Übernahme der vorhandenen Verbindlichkeiten durch die Kommune. Zwischen 1.7.2011 und 2014 wurden 48 Einrichtungen umgewandelt. Alles in allem umfasste die Kommerzialisierung 18% aller Krankenhäuser in Polen. Die Entwicklung der privaten Gesundheitspflege in Polen bestand nicht nur in der Privatisierung großer öffentlicher Krankenhäuser, sondern auch in der Ausbreitung privater medizinischer Praxen, Apotheken und Polikliniken. Insgesamt war das ein eher unkoordinierter Vorgang. Die Reform von 1999 wurde von dem Slogan „Das Geld folgt dem Patienten“ begleitet. Als Ergebnis haben sich die Vorstellung vom Kunden und die Position des Patienten geändert. Der Patient wurde etwas „Erwünschtes“, um den man sich kümmern muss. Dieser Wandel vollzog sich in den kommerziellen Einrichtungen am schnellsten, aber auch die öffentlichen Krankenhäuser begannen wie Privatfirmen zu agieren. Sie begannen, einträgliche Patienten zu akquirieren, auch um verlustbringende Aktivitäten auszugleichen. Der Zugang zu medizinischer Behandlung hat sich seit 1999 erheblich verbessert, aber es wurde ein Deckel eingezogen, derart dass zwar für jeden Patienten gezahlt wurde, aber nur bis zu einer festgelegten Grenze. Das war wohlbegründet, denn es gab Befürchtungen, dass die Erstattung jeder medizinischen Leistung zu steigenden Ansprüchen führen würde. Das neue Phänomen hieß dann „Over-Performance“: Krankenhäuser, die mehr Patienten aufnahmen als vertraglich vorgesehen, hofften, früher oder später dafür entschädigt zu werden. Ein Ergebnis der Reform des Gesundheitssystems war die Wirtschaftlichkeit als wichtigstes Element. Aber mehrere Jahrzehnte versagte die Regierung bei der Lösung der Probleme betr. den Zugang zu medizinischen Behandlungen: Kein Geld für Kernspintomographien, Computertomographien, Labore zu Rettung von Herzinfarktpatienten. Diese wurden dann durch private Geldgeber innerhalb weniger Jahre gelöst durch die Gründung der Gesundheitsfonds, die dem Staat aus der Misere halfen. Die Gründung privater Krankenhäuser und Kliniken inspirierte die öffentlichen Anbieter, ihre Einrichtungen zu modernisieren und ihre Behandlungsmethoden zu verbessern.

In den letzten 15 Jahren haben sich die Ausgaben privater Haushalte für Gesundheitsleistungen verdoppelt, aber generell sind die Polen dem Gedanken der Selbstbeteiligung und der freiwilligen Zusatzversicherung abgeneigt.

### **Die Reform des Krankensektors von 2017 und erste Reaktionen**

Die Wahlen von 2015 brachten durch den Sieg der rechtgerichteten Partei Recht und Gerechtigkeit einen bedeutenden politischen Wandel und damit Pläne für die Neuorganisation des Gesundheitssystems. Als Hauptprobleme erkannte der Gesundheitsminister: polnische Patienten werden in gewinnbringende und nicht gewinnbringende geteilt, d.h. die letzteren werden als unerwünscht in den Krankenhäusern wahrgenommen. Obendrein picken sich private Kliniken die besten Patienten heraus, die medizinische Dienstleistungen gewinnbringend machen, während sie den Rest den öffentlichen Einrichtungen überlassen. Das Problem der Kluft zwischen öffentlichen und privaten Einrichtungen gibt es auch in anderen Ländern, z.B. in Frankreich. Der Gesundheitsminister kündigte Änderungen an, wodurch ein System grundlegender Krankenhausleistungen, ein sog. Krankenhaus-Netzwerk geschaffen wurde. Ziel war, Patienten Zugang zu Krankenhausbehandlungen sowie Spezialbehandlungen ambulant in Kliniken zu gewähren. Ein Krankenhaus, das die Voraussetzungen erfüllt und sich für das Netzwerk qualifiziert, erhält die 100%ige Garantie, dass es über eine Vier-Jahres-Periode eine pauschale Zuwendung erhält, unabhängig von einem Wettbewerb. Krankenhäuser, die es nicht schaffen, in das Netzwerk aufgenommen zu werden, kriegen die Chance, Verträge über medizinische Behandlungen zu erhalten, sofern sie einen entsprechenden Wettbewerb

erfolgreich bestehen. Schließlich ist die Abschaffung des Nationalen Gesundheitsfonds geplant, wobei die Zuständigkeiten zwischen dem Gesundheitsministerium und den neuen regionalen Gesundheitsbüros verteilt werden sollen. Damit verbunden wird der Übergang von einem Versicherungs- zu einem Budget-finanzierten Modell, das entsprechend der verfassungsrechtlichen Verantwortung des Staates die Gesundheitsversorgung für alle Bürger gewährleistet.

Obwohl die Zeit seit der Einführung des neuen Krankenhaus-Organisationsmodells am 1.10.2017 noch zu kurz ist, gibt es einige beachtliche Hinweise von befragten Krankenhausleitern, Verwaltungs- und Finanzmanagern kommunaler Krankenhäuser:

1. Krankenhausleiter und -manager loben die größere Stabilität durch die pauschale Zuwendung,
2. Obwohl die pauschale Zuwendung bei der Mittelübertragung vom Nationalen Gesundheitsfonds auf die Krankenhäuser mehr Flexibilität erlaubt, erfordert sie stärkere innerbetriebliche Management-Verantwortung,
3. Da einige Krankenhäuser dem Netzwerk-System nicht beigetreten sind, müssen sie sich an dem offenen Wettbewerb um Geldmittel beteiligen, was zu Unsicherheit über ihre künftige Existenz führt.
4. Mit 2015 als Basisjahr für die Berechnung der pauschalen Zuwendung für Krankenhäuser scheint es allgemein immer weniger Geld zu geben – das Problem der „Over-Performance“ der vorhergehenden Jahre ist noch immer nicht gelöst.

### **Wieviel P-NPM steckt in den neuen Reformen?**

Die umfassende Reform des polnischen Gesundheitssystems von 1999 war weitgehend verankert in den Traditionen des NPM. Sie brachte sowas wie einen Markt für medizinische Dienstleistungen, Wettbewerb zwischen öffentlichen und privaten Krankenhäusern und die Möglichkeit, öffentliche Krankenhäuser in kommerzielle Unternehmen umzuwandeln. In diesem Zusammenhang muss über die Interpretation der Reform von 2016/2017 als Ergebnis der politischen Wende nachgedacht werden, vor allem, was in diesem Kontext P-NPM bedeutet. Was die Organisationsmodelle angeht, so gründeten die vorgeschlagenen Reformen hauptsächlich auf einer Kritik der bestimmenden Charakteristika des NPM: die Vermarktlichung, die Schaffung unabhängiger Einheiten (Agenturen), die Fragmentierung des öffentlichen Sektors. Die vertikale Rezentralisierung ist der Hauptpunkt der Reform, jedoch ist eines der P-NPM-Elemente, die funktionale Integration auf der horizontalen Ebene, kaum zu sehen. Tatsächlich ist das NPM-Modell im Krankenhausbereich seit der Reform von 1999 nie voll angewendet worden.

Weiteres Problem der Interpretierung der Regierungsvorschläge für den Krankenhaussektor im Sinne der P-NPM-Begriffe ist die vollständige Abwesenheit solcher organisatorischer Ideen wie die funktionelle Re-Integration, die Bildung von Netzwerken oder neue Möglichkeiten der Koordinierung zwischen den Agenturen. Das neue Gesetz über die Gesundheitsreform wird auch „Gesetz über das Krankenhausnetzwerk genannt“, sogar in offiziellen Regierungsverlautbarungen, ein sehr spezielles Verständnis von „Netzwerk“: ein hierarchisches System von Krankenhäusern, die vom Staat bestimmt werden! Wenn das P-NPM gedacht wird als eine neue Idee der Organisation öffentlicher Verwaltung und Politik durch Hinzufügung einer neuen Ebene von Verwaltungsstrukturen und -verfahren auf den NPM-Hintergrund und nicht mit einer Rückkehr der weberianischen Verwaltung assoziiert wird, dann können die vorgesehenen Reformen des polnischen Krankenhaussektors nicht als Post-NPM betrachtet werden - sie können eher als eindeutig anti-NPM beschrieben werden.

Wenn es um die Diskussion über die Koordinierung als erster Modus der öffentlichen Verwaltung innerhalb eines P-NPM- Verwaltungshintergrunds und die Kritik der kommunikativen und informationellen Mängel als Folgen der Umsetzung marktähnlicher Verwaltungsregelungen geht, dann scheinen die kürzlichen Vorschläge für die Reform des polnischen Krankensektors in dieses System zu passen, zumindest in allgemeiner Weise. Das marktähnliche wettbewerbsorientierte System der vertraglichen Vereinbarung medizinischer Leistungen durch den Nationalen Gesundheitsfonds, flexibel aber instabil, war eines der meist kritisierten Elemente des Gesundheitssystems. Die Idee der verstärkten Politisierung der öffentlichen Verwaltung ist eines der Hauptziele der PiS-Regierung. Wenn wir Koordinierung als Schlüsselfrage der öffentlichen Verwaltung im P-NPM-Konzept betrachten, dann scheinen die Mittel und Instrumente zu seiner Verbesserung, die für den Krankensektor vorgeschlagen werden, radikal zu sein. Die Vision eines koordinierten Krankenhaus-Netzwerks bedeutet die weitgehende Zurückweisung des bestehenden Gesundheitssystems und weist starke Bezüge auf zu einer direkten politischen Kontrolle des Gesundheitssektors. Die Verbesserung der Handlungsfähigkeit des Gesundheitssektors ist das Hauptargument für die Umwandlung des Krankenhaussystems, jedoch gibt es Befürchtungen, dass dieses Reformelement alle anderen ebenso wichtigen Ziele, wie die Verbesserung der medizinischen Dienstleistungen, überlagern wird.

Schließlich noch die Interpretation der vorgeschlagenen Reformen des polnischen Krankensektors in Bezug auf die Idee des Nutzers. Wenn das P-NPM-Konzept die Rolle des Nutzers als Bürger und Wähler in einem demokratischen System unterstreicht statt des Kunden, dann ist diese Ansicht in dem Narrativ vor der Reform relativ schwach. Die offiziellen Aussagen von Führungskräften der Regierung und Abgeordneten der PiS-Partei sind oft voller rhetorischer Figuren wie dem „Willen der Nation“ oder dem „Willen des Souveräns“, um beabsichtigte Maßnahmen in allen Politikbereichen zu rechtfertigen. Das Konzept der politischen Legitimität und Verantwortlichkeit im Krankenhausbereich ist sehr verschwommen: die Bürger gaben einer Partei die Entscheidungsmacht, daher hat sie nun jede Befugnis, das Gesundheitssystem im Einklang mit ihren Ideen und Vorstellungen zu ändern. Denn die marktähnlichen Wettbewerbsverfahren des Nationalen Gesundheitsfonds werden durch von der Regierung auferlegte Faktoren ersetzt. Die demokratische Kontrollfunktion wird also beschränkt auf die alle 4 Jahre abgehaltenen Wahlen. Was das angeht, war die Reform von 1999, die die Kontrolle der meisten Allgemeinkrankenhäuser von der Staatsverwaltung direkt gewählten Kreis- und Stadträten übertrug, weitaus progressiver.

## **Zusammenfassung**

Das P-NPM-Konzept befindet sich noch in einem frühen Stadium der Institutionalisierung. Auf theoretischem Gebiet kann man den Beginn der Konsolidierung des Verständnisses für dieses Konzept wahrnehmen. Die beabsichtigte Reform des polnischen Krankensektors wirft am praktischen Beispiel weitere Fragen zur Interpretation des P-NPM-Konzepts auf. Diese Reform ist eine Reaktion auf viele wirkliche oder eingebildete Mängel des NPM-Projekts. Das Programm der Rückgängigmachung der Vermarktlichung und der Schaffung selbständiger Agenturen zeigt Spuren des P-NPM-Konzepts, kann aber auch als politisch motivierte Aktion zur Stärkung der strengen Kontrolle der Regierungspartei über einen wichtigen Bereich des öffentlichen Sektors verstanden werden, wie auch auf dem Gebiet der Bildung, der Medien und der Justiz. Obwohl es in der kürzlichen Reform Elemente des P-NPM gibt, unterscheidet sich ihre kommunikative Legitimation und die Rhetorik dahinter von westeuropäischen Beispielen. Was am Ende herauskommen wird, ist völlig unklar, aber es verbleibt eine wichtige Frage: soll man jede Anti-NPM-Maßnahme als Teil des mehr oder weniger institutionalisierten P-NPM-Konzepts begreifen?