

GATS

Implikationen der Liberalisierung des Handels mit Dienstleistungen auf Gesundheits- und soziale Dienste

Werner Raza

Einleitung - der internationale Handel mit Dienstleistungen und die Entstehung des GATS

Das Allgemeine Abkommen über den Handel mit Dienstleistungen – GATS stand in den letzten Monaten verstärkt in der öffentlichen Kritik. Als Teil der Schlussakte der Uruguay Verhandlungsrunde in Marrakesch 1994 angenommen und mit 1.1.1995 in Kraft getreten, haben im Jahr 2000 neuerlich Verhandlungen mit dem Ziel einer weiteren Liberalisierung des Handels mit Dienstleistungen begonnen. Hintergrund dessen bildet die Bedeutungszunahme des Dienstleistungshandels in den letzten 25 Jahren. Mittlerweile beträgt sein Anteil ca. 20% des gesamten Welthandels. In der Öffentlichkeit umstritten sind allerdings die Wirkungen einer Liberalisierung öffentlicher Dienste. Der Frage nach den Implikationen der laufenden GATS Verhandlungen auf Gesundheits- und soziale Dienste geht daher der folgende Beitrag nach.

Stand der österreichischen Liberalisierungsverpflichtungen vor Beginn der neuen Verhandlungsrunde

Im GATS ist der gesamte Dienstleistungsbereich durch ein Klassifikationsschema in 12 Sektoren und über 150 Subsektoren gegliedert. In allen 12 Sektoren ist Österreich 1995 bzw. bei den Nachverhandlungen in den darauf folgenden Jahren bereits zum Teil weitgehende Liberalisierungsverpflichtungen eingegangen. Österreich zählt damit im internationalen Vergleich zu den Staaten mit dem höchsten Liberalisierungsniveau. Einzig bestimmte umweltrelevante öffentliche Dienste und die Entsendung von Arbeitskräften (Mode 4) unterliegen bisher keinen oder nur recht geringen Liberalisierungsbindungen im GATS. In den Bereichen Gesundheits- und soziale Dienste ist Österreich aber bereits sehr weitgehende Verpflichtungen eingegangen (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Bestehende GATS Verpflichtungen Österreichs bei Gesundheits- und sozialen Dienstleistungen seit 1.1.1995

| |
|---|
| Volle bzw. weitgehende GATS Liberalisierung bzgl. Marktzugang und Inländerbehandlung: <ul style="list-style-type: none">• Gesundheitsdienstleistungen: Kurhotels und Heilbäder, Pflegeheime, Altenheime: für Konsum im Ausland (mode 2) und kommerzielle Präsenz (mode 3), eingeschränkt für mode 4; Soziale Dienstleistungen (Altenpflege, Behindertenpflege, Waisenhäuser, Drogen-/Alkoholrehabilitation, Kindertagesbetreuung u.A.): voll für mode 2 und mode 3, mode 4 ist auf Schlüsselkräfte und Spezialisten im Zusammenhang mit Niederlassungsgründung beschränkt. |
| Eingeschränkte GATS Liberalisierung bzgl. Marktzugang und Inländerbehandlung: <ul style="list-style-type: none">• Spitalsdienstleistungen: Österreich hat den Marktzugang für mode 2 voll, für mode 3 vorbehaltlich einer Prüfung anhand des Krankenanstaltenplan geöffnet, die Inländerbehandlung wurde voll gewährt für mode 2 und 3. Mode 4 ist eingeschränkt. |
| Keine GATS Liberalisierungsverpflichtungen bzgl. Marktzugang und Inländerbehandlung: <ul style="list-style-type: none">• Gesetzliche Sozial und Pensionsversicherungen: fallen grundsätzlich unter die Finanzdienstleistungen. Sie sind im sog. Finanzdienstleistungsanhang als in hoheitliche Zuständigkeit fallende Dienstleistungen vom Abkommen ausgenommen, allerdings nur solange sie nicht im Wettbewerb mit privaten Anbietern erbracht werden. |

Die Liberalisierungszugeständnisse beziehen sich i.d.R. sowohl auf den Marktzugang und die Inländerbehandlung, ihr Schwerpunkt liegt auf den Erbringungsarten 2 und 3. Eine Liberalisierung bei Mode 1 ist zumeist aus technischen Gründen nicht relevant. Weitergehende Liberalisierungen bei Mode 4 wurden bislang aus arbeitsmarktpolitischen und qualifikationsbezogenen Überlegungen nicht vorgenommen.

Die laufenden Verhandlungen

Im Jänner 2000 wurde der Beginn einer neuen Verhandlungsrunde beschlossen. Damit wird die im GATS festgeschriebene fortschreitende Liberalisierung des Dienstleistungshandels vorangetrieben. Der Verhandlungsablauf sieht vor, dass in einem ersten Schritt alle Mitgliedsstaaten bis 30. Juni 2002 ihre Liberalisierungsforderungen an die anderen Vertragsstaaten in Genf vorlegen. Dies ist mittlerweile größtenteils erfolgt. In einem zweiten Schritt machen die Staaten (bzw. die EU als Ganzes) dann bis 31.3.2003 erste Liberalisierungsangebote. In diesem Prozess befinden wir uns zurzeit. Der

Verhandlungsfortschritt soll dann bei 5. WTO Ministerkonferenz im September 2003 in Cancun, Mexiko evaluiert werden. Mit der Konferenz sollen die Verhandlungen in die entscheidende Phase treten. Der Abschluss der Verhandlungen ist für 1.1.2005 vorgesehen.

Die Forderungslisten der EU, der USA und anderer Staaten liegen mittlerweile vor. Von der EU wurden keine Forderungen im Bereich Gesundheits- und soziale Dienste an andere Staaten gestellt. Forderungen von Drittstaaten an die EU gibt es eingeschränkt. Es liegen verschiedene und zum Teil weitgehende Forderungen von Entwicklungsländern vor hinsichtlich der Liberalisierung von Mode 1, Mode 3 bzw. Mode 4 für ärztliche, zahnärztliche und Hebammen-Dienste, Dienstleistungen von Krankenschwestern, Physiotherapeuten und paramedizinischem Personal, sowie für Krankenhausdienstleistungen. Darüber hinaus gibt es Forderungen zur Anerkennung der Qualifikationen von Ärzten, Zahnärzten und medizinischem Fachpersonal aus diesen Ländern. Offenbar geht es bei diesen Forderungen darum, dass ausländische Ärzte und andere Anbieter von medizinischen Leistungen vor Ort tätig sein können als sog. Contractual Services Suppliers oder Independent Professionals, d.h. ohne Ansässigkeitsforderung bzw. Niederlassungspflicht, bzw. sie auch im Rahmen von Belegspitälern ihre Dienste anbieten können.

Entgegen den Erwartungen wurden interessanterweise bislang seitens der USA keine Forderungen in Bezug auf Gesundheitsdienstleistungen erhoben.

Das EU Liberalisierungsangebot

Die EU Kommission hat am 6. Februar 2003 einen Entwurf für ein Liberalisierungsangebot der EU an die anderen WTO Verhandlungspartner vorgelegt. Wohl infolge des europaweiten öffentlichen Drucks von Zivilgesellschaft, Städte und Gemeinden, sowie einiger Mitgliedsstaaten agiert die EK in Bezug auf öffentliche Dienstleistungen einstweilen verhalten. Konkret hat die EK im Angebotsentwurf KEINE Angebote - über den Liberalisierungsstand von 1995 - hinaus für die Bereiche der Wasserversorgung, der audiovisuellen Dienstleistungen, von Gesundheits- und sozialen Diensten, sowie Bildungsdienstleistungen vorgesehen. Mit einem Abweichen von dieser restriktiven Linie seitens der EK ist vorläufig nicht zu rechnen, auch wenn es Unzufriedenheit darüber bei manchen Mitgliedsstaaten gibt. Im Bereich des Möglichen bleibt allerdings, dass es in der Endphase der Verhandlungen im kommenden Jahr zu Abtuschen zwischen der EU und den WTO Verhandlungspartnern unter Einbezug auch dieser öffentlichen Dienstleistungen kommt.

Mögliche Implikationen der laufenden Verhandlungsrunde zu GATS - eine grobe Einschätzung

Nachdem die Verhandlungen momentan ja noch nicht abgeschlossen sind, ist eine detaillierte Abschätzung der Auswirkungen noch nicht möglich. Im Folgenden handelt es sich daher nur um eine vorläufige und grobe Bewertung der Implikationen von GATS Liberalisierungen im Gesundheits- und Sozialbereich.

1. De facto Irreversibilität einer GATS Liberalisierung: in nationaler Autonomie von Österreich vorgenommene Liberalisierungen können durch eine entsprechende Gesetzesänderung vergleichsweise unaufwendig zurück genommen werden. Eine GATS Bindung bedeutet eine völkerrechtliche Verpflichtung, aus der man, wenn überhaupt, nur unter Inkaufnahme beträchtlicher wirtschaftlicher und politischer Kosten rauskommt.
2. Diskriminierungsverbot zwischen in- und ausländischen Anbietern: ein spezifisches Problem im GATS ist die Grenzziehung zwischen privat erbrachten und öffentlichen bzw. gemeinwirtschaftlichen Dienstleistungen. In formaler Hinsicht bezieht sich das GATS nur auf privatwirtschaftliche Dienstleistungen. Art I.3 GATS nimmt „Dienstleistungen in Ausübung hoheitlicher Zuständigkeit“ vom GATS aus. Allerdings sind darunter nur solche Dienstleistungen zu verstehen, die weder „zu kommerziellen Zwecken, noch auch im Wettbewerb mit einem oder mehreren Anbietern“ (Art I.3.c) erbracht werden. Mit Ausnahme bestimmter hoheitlicher Finanzdienste (Notenbanken, gesetzliche Sozialversicherung) wird im GATS nicht näher erläutert, welche Dienstleistungen darunter zu verstehen sind. Das führt zu einigen Unklarheiten. Wenn zum Beispiel in einem Land bestimmte Dienstleistungen sowohl von der öffentlichen Hand als auch von Privaten angeboten werden, und das ist in Österreich im Gesundheits- und Sozialbereich der Fall, kann es durchaus zu Abgrenzungsproblemen kommen. Das wurde vom WTO Sekretariat bereits eingeräumt. Trägt ein Staat hier nicht durch eine Ausnahmeklausel für öffentliche Dienste explizit Vorsorge (einen solchen Vorbehalt gibt es momentan nur für die EU-12), so kann nicht ausgeschlossen werden, dass über das GATS in Zukunft öffentliche Dienste, insbesondere über deren Finanzierung, ausgehebelt werden. Nämlich dann, wenn in grundsätzlich liberalisierten Sektoren ausländische private Unternehmen volle Gleichbehandlung in Bezug auf die Gewährung von öffentlichen Förderungen

fordern. Damit würde der Wettbewerb um öffentliche Zuwendungen intensiviert. Das würde im Sozialbereich vermutlich insbesondere zulasten der zahlreichen Non-Profit-Organisationen gehen. Zum anderen ist darauf hinzuweisen, dass die explizite Ausnahme für gesetzliche Sozialversicherungssysteme – worunter Pflichtversicherungen im Bereich der Kranken- und Unfallversicherung fallen – eben nur solange gilt, als diese Systeme nicht in Konkurrenz zu privaten Anbietern stehen, solange also in Österreich das Pflichtversicherungssystem beibehalten wird. Sollte die Pflichtversicherung fallen und etwa eine Versicherungspflicht eingeführt werden, wodurch es den BürgerInnen freigestellt wäre, ob sie sich weiter bei den öffentlichen Versicherungsanstalten oder auch bei privaten Anbietern versichern möchten, würde der Subsektor Kranken- bzw. Unfallversicherungsdienstleistungen inklusive der öffentlichen Anbieter den Bestimmungen des Abkommens voll unterliegen. Ähnliches gilt für den Fall des Abgehens vom System der Pflichtversicherung bei den Pensionen.

3. Einschränkung der nationalen Handlungsautonomie: Eine allgemeine, aber speziell für umweltbezogene Dienstleistungen relevante Problematik stellt sich im Zusammenhang mit der künftigen Möglichkeit zur autonomen Definition und Durchsetzung innerstaatlicher Regulierung im GATS, z.B. in Bezug auf Qualitätsstandards im Gesundheits- und Sozialbereich. Bekanntlich sind alle im Hinblick auf eine bestimmte Dienstleistung getroffenen regulatorischen Maßnahmen der WTO bekannt zu geben (Art III). Sieht ein WTO Mitglied darin eine Einschränkung einer eingegangenen Liberalisierungsverpflichtung, kann es die Rücknahme bzw. Änderung der Maßnahme verlangen, oder Kompensationsverhandlungen fordern. Darüber hinaus gibt es im Rahmen des Verhandlungsprozesses im Zusammenhang mit Art VI.4 (innerstaatliche Regulierung) Bestrebungen, sog. Disziplinen, d.h. Richtlinien zu entwickeln, die gewährleisten sollen, dass bestimmte nationale Regelungen (Qualifikationserfordernisse- und verfahren, technische Normen, Zulassungserfordernisse) keine „unnötigen Hemmnisse für den Handel mit Dienstleistungen darstellen“. Diese sog. Notwendigkeitsprüfung soll sicherstellen, dass die genannten Maßnahmen „nicht belastender sind als nötig, um die Qualität der Dienstleistung zu gewährleisten“, d.h. konkret soll überprüft werden, ob die betreffende Maßnahme jene ist, die den Handel am wenigsten beeinträchtigt. Im Rahmen der zuständigen WTO Arbeitsgruppe werden zurzeit exemplarisch Maßnahmen diskutiert, welche unter die Anwendung des Art VI.4 fallen könnten. Grundsätzlich kann dies den gesamten Bereich des nationalen Regulatoriums im Bereich Gesundheit und Soziales betreffen. Besonders relevant sind laut WTO Sekretariat diese Disziplinen aber im Hinblick auf Qualifikations- und Berufsbefähigungsnachweise für niedergelassene Ärzte, Hebammen etc., bei Zulassungsverfahren für institutionelle Anbieter, sowie im Hinblick auf die Bestimmungen über die Abgeltung von im Ausland konsumierten Gesundheitsdienstleistungen. Wenngleich ein gewisses Maß an internationaler Harmonisierung in den genannten Bereichen überlegenswert erscheint, enthalten die im Zusammenhang mit Art VI.4 in Ausarbeitung befindlichen Normierungen doch auch die Gefahr einer unter qualitativen Gesichtspunkten unerwünschten Deregulierung, zumal in einem so sensiblen Bereich wie Gesundheit und soziale Dienste.

Neben den bislang behandelten Aspekten zielt die Mehrzahl der nunmehr vorliegenden Verhandlungsforderungen auf eine Liberalisierung der Dienstleistungserbringung durch die temporäre Migration von natürlichen Personen, konkret Ärzten, Krankenpflegepersonal, Hebammen und sonstigen para-medizinischen Berufsgruppen (Mode 4) ab. Das hätte eine Reihe von Implikationen in arbeitsmarktpolitischer Hinsicht. Insbesondere im Bereich des Pflegepersonals im Spitalsbereich und im Bereich der häuslichen Pflege würden sich - durch die rechtlich weitgehend unbeschränkte Möglichkeit ausländisches Personal einzusetzen - die derzeit unattraktiven Arbeitsbedingungen weiter verschlechtern oder zumindest nicht verbessern. Weiters würde die Bereitschaft, inländische Arbeitskräfte in diesen Bereichen auszubilden, voraussichtlich abnehmen. Der Anteil inländischer Arbeitskräfte würde in Folge zurückgehen und hätte daher negative Auswirkungen auf die Höhe der Arbeitslosigkeit und die Finanzierung der Sozialsysteme, insbesondere wenn temporär beschäftigtes ausländisches Personal – wie von manchen Ländern gefordert - keine Sozialversicherungsbeiträge bezahlen würde. Letztendlich besteht auch die Gefahr einer Segmentierung des Arbeitsmarktes. Daneben stellen sich in diesem Zusammenhang Fragen der Qualitätssicherung medizinischer Dienstleistungen im Fall der Zulassung ausländischer Ärzte, Hebammen etc.

Werner Raza ist Mitarbeiter der Abteilung EU und Internationales der AK Wien und Lehrbeauftragter an der Wirtschaftsuniversität Wien

Email: werner.raza@akwien.at